



วิทยานิพนธ์

ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของ
ครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ
อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

**ATTITUDE TOWAED DEATH, SELF-AWARENESS, FAMILY
SUPPORT AND DEPRESSION OF THE ELDERLY IN THE
ELDERLY CLUB AT AMPHOE SIKHUI, NAKHON
RATCHASIMA PROVINCE**

นางสาวดุขฎิ กฤษฎิ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2551



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

ปริญญา

จิตวิทยาชุมชน

จิตวิทยา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ทศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว
กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

Attitude toward Death, Self - Awareness, Family Support and Depression
of the Elderly in the Elderly Club at Amphoe Sikhui, Nakhon Ratchasima Province

นามผู้วิจัย นางสาวศุภฎี กฤษฎี

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพย์วัลย์ สุรินยา, Ph.D.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์สุภาณี สนธิรัตน์, Ed.D.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพย์วัลย์ สุรินยา, Ph.D.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2551

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

Attitude toward Death, Self-Awareness, Family Support and Depression of the Elderly
in the Elderly Club at Amphoe Sikhui, Nakhon Ratchasima Province

โดย

นางสาวคุษฎี กฤษฎี

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

พ.ศ. 2551

ดุษฎี ฤกษ์ 2551: ทักษะคิดต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว
กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพย์วัลย์ สุรินยา, Ph.D. 186 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับทักษะคิดที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง
การสนับสนุนของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิดที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของ
ครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมในการทำนาย ภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 372 คน สุ่มเลือก
โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่
แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะคิดต่อความตาย แบบสอบถามเกี่ยวกับ
การตระหนักรู้ในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า
สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t-test, F – test, การทดสอบความแตกต่าง
รายคู่โดยวิธี LSD, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient),
การวิเคราะห์หาคัดลอกพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับทักษะคิดต่อความตายอยู่ในระดับสูง การตระหนักรู้
ในตนเองอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย
2) ผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน 3) ผู้สูงอายุที่มีอายุ
สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 4) ทักษะคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .01 5) การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ 6) การสนับสนุน
ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
7) ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การสนับสนุนของครอบครัว
อายุ 80 - 89 ปี และทักษะคิดต่อความตาย สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 15

ดุษฎี ฤกษ์
ลายมือชื่อนิสิต

ศรินยา
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

27 / พ.ศ. / 51

Dussadee Kritsadee 2008: Attitude toward Death, Self-Awareness, Family Support and Depression of the Elderly in the Elderly Club at Amphoe Sikhui, Nakhon Ratchasima Province. Master of Science (Community Psychology), Major Field: Community Psychology, Department of Psychology. Thesis Advisor: Assistant Professor Tippawan Surinya, Ph.D. 186 pages.

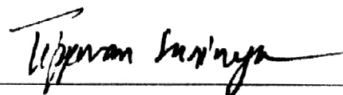
The Objective of this research was to: 1) Study to attitude toward death, self-awareness, family support and depression of elderly. 2) Compare depression of the elderly as compound by personal factors. 3) Study the relationship between attitude toward death, self-awareness, family support and depression of elderly. 4) Study the factors predicting depression of elderly.

The samples used in the research were 372 elderly in the elderly club at Amphoe Sikhui, Nakhon Ratchasima Province selected by two-stage sampling technique. The questionnaire composed of 5 parts: personal data, Self-awareness, Family support and Depression. The statistical methods used for analysis were percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, Multiple Comparison (LSD), Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis

The Results were as follows: 1) Almost of elderly persons had the attitude toward death, self-awareness, family support at the highs level and depression at the mild clinical severity. 2) The elderly who were different in sex, level of education, income did not have differences in depression. 3) The elderly who were different in age, marital status, disease of personal, type family would have differences in depression with statistically significance at .05 level. 4) There was a positive relationship between attitude toward death and depression with statistically significance at .01 levels. 5) The self-awareness was not significance statistically related to depression. 6) The family support was negative related to depression with statistically significance at .01 levels. 7) Type family, disease, family support, age and attitude toward death could jointly predict the variants of depression of the elderly about 15 percent.

Dussadee Kritsadee

Student's signature



Thesis Advisor's signature

27 / 05 / 08

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุปานี สนธิรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ บัณฑิต สว่างโสภากุล ประธานการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในเนื้อหาสาระ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสูงเนินและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสีคิ้ว ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือและประสานงานต่างๆ และที่สำคัญ คือ ประธานชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลสีคิ้วและเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสีคิ้ว รวมทั้งผู้สูงอายุทุกท่าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ที่ให้ความกรุณาและร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนๆ จิตวิทยาชุมชน รุ่น 5 ที่ได้ให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือเสมอมา ทำยที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และขอบคุณน้องชาย ที่เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกด้าน ด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย จนสำเร็จการศึกษาตลอดจนทุกท่านที่ช่วยเหลือในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงอยู่ตลอดเวลา

คุณหญิง กฤษณี

เมษายน 2551

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(8)
บทที่ 1 บทนำ 1	
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร 9	
แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
แนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า	17
แนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความตาย	27
แนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ในตนเอง	37
แนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนของครอบครัว	47
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
กรอบแนวคิดในการวิจัย	60
สมมติฐานในการวิจัย	61
บทที่ 3 วิธีการวิจัย 62	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	64
การทดสอบเครื่องมือ	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	72
การวิเคราะห์ข้อมูล	72
สถิติที่ใช้ในการวิจัย	72
บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	74
ผลการวิจัย	74
ข้อวิจารณ์	117
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	130
สรุปผลการวิจัย	130
ข้อเสนอแนะ	136
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	139
ภาคผนวก	153
ภาคผนวก ก หนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูล	154
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	156
ภาคผนวก ค ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม	172
ภาคผนวก ง รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม	179
ภาคผนวก จ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	181
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	186

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และลักษณะครอบครัว	75
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติต่อความตาย	79
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตระหนักรู้ในตนเอง	83
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนของครอบครัว ด้านอารมณ์	93
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนของครอบครัว ด้านข้อมูลข่าวสาร	96
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนของครอบครัว ด้านสิ่งของ	99
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ	101
8	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ	101
9	จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ	102

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ	102
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ จำแนกตามอายุ ด้วยวิธีการ LSD	103
12	จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	103
13	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานสมรส	104
14	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ จำแนกตามสถานภาพสมรส ด้วยวิธีการ LSD	104
15	จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา	105
16	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา	106
17	จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้	106
18	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับรายได้	107

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
19	จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามโรคประจำตัว	107
20	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามโรคประจำตัว	108
21	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ จำแนกตามโรคประจำตัว ด้วยวิธีการ LSD	109
22	จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะครอบครัว	110
23	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะครอบครัว	110
24	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ จำแนกตามลักษณะครอบครัว ด้วยวิธีการ LSD	111
25	ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความตายกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	112
26	ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	112
27	ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวรายด้านและ โดยรวมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	113

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
28	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	116
29	แสดงการยอมรับและการปฏิเสธสมมติฐานจากการวิจัย	135
ตารางผนวกที่		
1	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของทัศนคติต่อความตาย	173
2	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการตระหนักรู้ในตนเองด้านค่านิยม	174
3	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการตระหนักรู้ในตนเองด้านรูปแบบความคิด	174
4	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการตระหนักรู้ในตนเองด้านการปรับตัว	175
5	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการตระหนักรู้ในตนเองด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	176
6	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์	176

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
7	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร	177
8	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการสนับสนุนของครอบครัวด้านสิ่งของ	178
9	ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	182

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงแนวทางในการตระหนักในตนเอง โดยขยายบริเวณเปิดเผยให้กว้างขึ้น	
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	62

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปัจจุบัน อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการควบคุมอัตราการเกิด ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี การเปลี่ยนแปลงของประชากรดังกล่าวนี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกันในหลายๆ ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 1) จากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติในปี ค.ศ. 1992 พบว่าประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ของโลกจะเพิ่มจาก 328 ล้านในปี ค.ศ. 1990 เป็น 828 ล้าน ในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งจะเพิ่มสูงถึง 2 เท่าครึ่ง ในขณะที่ประชากรรวมจะเพิ่มเพียงครึ่งเดียวเท่านั้น ปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุระหว่างประเทศด้อยพัฒนากับประเทศพัฒนาแล้วเท่ากับ 5 ต่อ 4 แต่ในอนาคตปี ค.ศ. 2025 จะเปลี่ยนเป็น 7 ต่อ 3 ในประเทศพัฒนาแล้วจำนวนผู้สูงอายุในช่วงทศวรรษ 1990 จะเพิ่มเฉลี่ยปีละ 2.5 ล้านคน และในช่วงปี ค.ศ. 2020-2025 จะเพิ่มเฉลี่ยปีละ 5 ล้านคน (Hugo and Graeme, 1992) สำหรับประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่ภาวะสังคมของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เห็นได้จากจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องมาจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น สถิติข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรแสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2538 ประชากรสูงอายุชายจะเพิ่มเป็น 4.8 ล้านคนหรือร้อยละ 8.11 ในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มเป็น 5.7 ล้านคนหรือร้อยละ 9.19 ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มเป็น 6.6 ล้านคนหรือร้อยละ 10.2 และแนวโน้มในปีพ.ศ. 2553 ประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มเป็น 7.6 ล้านคนหรือร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550)

ทางภาครัฐได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุจึงได้ออกนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังนี้ส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้เพื่อการปรับตัว การดูแลรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การออกกำลังกาย ให้มีบริการพื้นฐานและสวัสดิการทางสังคม และการสงเคราะห์อย่างเพียงพอ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานตามกำลัง ความถนัด ความสามารถและประสบการณ์ รวมทั้งได้ถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่ชนรุ่นหลัง ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว แบบสังคมไทยดั้งเดิม สนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชนจัดสวัสดิการและบริการผู้สูงอายุและ

ให้โอกาสผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรม สนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแล รักษา และให้บริการผู้สูงอายุ ให้มีการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และส่งเสริมการศึกษา วิจัย ประเมินผล เกี่ยวกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้มีมาตรการหลักเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ เผยแพร่ความรู้เพื่อการปรับตัว การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย รวมทั้งให้มีบริเวณและอุปกรณ์สำหรับการพักผ่อน การออกกำลังกาย การขยายบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพ อนามัย และอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ ที่ไม่มีรายได้ หรือไม่มีผู้อุปการะ ให้การศึกษา ฝึกอบรม หรือแนะแนวอาชีพแก่ผู้สูงอายุ ที่ยังทำงานได้ และขอให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน รัฐวิสาหกิจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงาน ตามความถนัดและศักยภาพ จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ทั้งเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่ชนรุ่นหลัง หรือการพัฒนาชุมชน ธรรมชาติให้ประชาชนและ สังคมเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการมีสมาชิกหลายรุ่นอายุอยู่ร่วมกันในครอบครัว และให้มีค่านิยม ในการเคารพคตินุญกตเวทิต่อบุพการี และผู้สูงอายุ ขอความร่วมมือสถาบันศาสนาเผยแพร่คำสอน เพื่อเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ให้ชุมชน เอกชน ดำเนินการจัดสวัสดิการและบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ โดยรัฐให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้วยมาตรการต่างๆ ให้มีการประสานดำเนินงานของหน่วยงาน ต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนอย่างใกล้ชิด และติดตามประเมินผลงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และสวัสดิการ ให้ความรู้และจัดฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และให้มีการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ให้มีศูนย์ข้อมูลกลาง และให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ (สาระสำคัญของนโยบายและ มาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว, 2535-2554)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการเปลี่ยนแปลง ของมนุษย์ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงวัยสูงอายุนั้น ภายในร่างกายจะมีกระบวนการอยู่ 2 อย่างพร้อมกัน คือ กระบวนการเจริญเติบโต และกระบวนการเสื่อมโทรม อัตราการเกิดของกระบวนการทั้งสอง เปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ในระยะ 40-50 ปีกระบวนการทั้งสองจะสมดุลกัน หลังจากนั้นกระบวนการ เสื่อมโทรมจะเร็วขึ้น และกระบวนการเจริญเติบโตจะลดลงอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งสูญเสียการหน้าที่ และตายไปในที่สุด (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2536: 35) จากสภาวะการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการ ดังกล่าวนั้นมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายทำให้กระบวนการทำงานต่างๆ ในร่างกายเสื่อมลง ทางจิตใจเกิดความกลัว ความสิ้นหวัง จิตใจห่อเหี่ยว ทางสังคมสูญเสียผู้คนอันเป็นที่รักสูญเสีย สถานภาพทางสังคม

เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความตายจึงเป็นสิ่งที่เข้ามาใกล้ชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงมีความครุ่นคิดเรื่องความตายมากกว่าวัยอื่น แต่อาจมีความกลัวเกี่ยวกับความตายน้อยลง และสามารถยอมรับความตายได้มากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน การเสื่อมสภาพของร่างกาย รวมทั้งการได้พบเห็นการเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฝูง (Kalish, 1987 cited in Cavanaugh, 1997) การรับรู้เกี่ยวกับความตายของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับค่านิยมและหลักปรัชญาในการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น (Kalish, 1985 cited in Atchley, 1997) บางคนมีทัศนคติต่อความตายในทางลบ โดยมองว่าความตายเป็นการสูญเสียสิ่งต่างๆ ส่วนบางคนมีทัศนคติต่อความตายในทางบวก ความตายเป็นการสิ้นสุดของการดำรงชีวิต เป็นความปรารถนาของพระเจ้า เป็นรางวัลที่สวยงาม (Atchley, 1997) ซึ่งล้วนแต่สร้างความตึงเครียดให้กับผู้สูงอายุและทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น ภาวะหรืออาการซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้านทั้งร่างกาย - จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก โดยมีรายงานพบว่า ประมาณร้อยละ 20-40 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตประจำวัน (Kranich, 1995: 61-64) จากการศึกษาที่รายงานพบว่า ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 10-15 มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า พบในเพศหญิงมากกว่าชาย และในผู้สูงอายุตอนต้น จะมีอาการน้อยกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของแพทย์ทั่วไปจะให้ความชุกของการเกิดโรคประมาณ ร้อยละ 12-45 (อรวรรณ ทองแดง, 2547)

หากผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้ในตนเอง คือมีการทำความรู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเองว่าตนเองขณะนี้มีความรู้สึกอย่างไรและต้องทำความเข้าใจว่าทำไมถึงเป็นเช่นนั้น รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง และสามารถควบคุมจัดการกับตนเองในด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เปิดใจกว้างยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นมากขึ้น มีการยอมรับได้ต่อการเจ็บป่วยและการเสื่อมลงของสภาพร่างกาย ก็จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

การสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Cobb, 1976) ผลของการสนับสนุนทางสังคมนอกจากจะทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแล้ว ยังช่วยป้องกันความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจด้วย (Wortman, 1984) สถาบันที่สำคัญที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคล ได้แก่

สถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันที่สำคัญอย่างมากในการช่วยให้บุคคลทุกช่วงวัยสามารถปรับตัวได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ครอบครัวไทยจะเป็นแบบขยายที่มีผู้สูงอายุอาศัยร่วมอยู่กับลูกหลานด้วย ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ และส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีได้ และจากการศึกษาของ Shanas (1979: 169-174) พบว่า ครอบครัวจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด ขณะที่ผู้สูงอายุเหล่านี้พักอาศัยอยู่ในโรงพยาบาลโดยมีเครือญาติอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วย หลาน ญาติพี่น้อง และผู้มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นเครือข่ายช่วยทางสังคมที่สำคัญเมื่อพักอาศัยอยู่ที่บ้าน Cohen and Wills (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพจิตไม่ดี เช่น ความวิตกกังวลและซึมเศร้า

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ทักษะคิดต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา และสาเหตุที่เลือกชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นเพื่อขยายโอกาสในการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม สร้างแรงสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งในบางครั้งอาจมีผลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้สูงอายุไปในทิศทางที่ต้องการ เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับ คือ ได้รับความรู้และได้รับบริการตรวจร่างกายส่งเสริมสุขภาพอนามัย ได้พัฒนาตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุยังคงบทบาท มีคุณค่า ส่งเสริมให้ครอบครัวให้ความสนใจผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งเสริมวัฒนธรรมที่ดีงามของไทย ส่งเสริมให้คนรุ่นเยาว์ยังคงยกย่องนับถือผู้สูงอายุด้วยเหตุดังกล่าวนี้ทางโรงพยาบาลสีคิ้ว ในจังหวัดนครราชสีมาได้อนุญาตให้ผู้วิจัยศึกษาตามความต้องการได้ เพื่อจะได้ทราบถึงทักษะคิดที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้นำผลการวิจัยมาใช้ในการให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับทักษะคิดที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมาที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

4. เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมในการทำนาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริม การป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้

2. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการเผยแพร่ให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น และช่วยสนับสนุนป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าได้

3. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการจัดทำโปรแกรมพัฒนาผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุได้

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยเรื่องทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5,240 คน (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550)

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของอำเภอสีคิ้ว ในจังหวัดนครราชสีมา

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่แสดงออกซึ่งความรู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

ทัศนคติต่อความตาย หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อความตาย ซึ่งอาจจะเป็นความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบ ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลหรือประสบการณ์

การตระหนักรู้ในตนเอง หมายถึง การทำความรู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถควบคุม และจัดการกับตนเองในด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

- **ด้านค่านิยม** หมายถึง สิ่งที่คุณคณยึดมั่นเป็นแนวคิด ความรู้สึก ความต้องการ ความเชื่อ เป็นแรงจูงใจ หรือสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้คุณคณสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางดำเนินชีวิตของตน ให้มีคุณค่าแก่ตนเองหรือสังคม

- **ด้านรูปแบบทางความคิด** หมายถึง กระบวนการทางการคิดที่คุณคณใช้เป็นแนวทางในการรับรู้ แปลความและโต้ตอบการรับรู้ โดยประสาทสัมผัสใช้อวัยวะ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง รับสัมผัส การรับรู้ในใจเป็นการรับรู้ทุกอย่างที่เกิดขึ้นในใจของเราเอง การคิดจัดระบบและรูปแบบใหม่ของประสบการณ์ที่ผ่านมา แล้วให้เข้ากับสภาพการณ์ปัจจุบัน และความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง

- **ด้านการปรับตัว** หมายถึง มีความเชื่อมั่นในตนเองเป็นตัวของตัวเอง เห็นคุณค่าในตนเอง มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับนับถือของกลุ่ม มีความมั่นคงทางอารมณ์และแสดงออกอย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ

- **ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** หมายถึง รู้และเข้าใจในการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเกิดขึ้นจากความต้องการของผู้สูงอายุกับผู้ที่มาปฏิสัมพันธ์จะเกิดเป็นพฤติกรรมต่อกัน การแสดงออกต่อกัน

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการเอาใจใส่ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

- **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านอารมณ์** หมายถึง แรงสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ รวมทั้งพฤติกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่และให้ความมั่นคงปลอดภัย

- **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร** หมายถึง การให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ การที่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม การพบปะพี่น้อง เพื่อนฝูง รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางด้านศาสนาจากสมาชิกในครอบครัว

- **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านสิ่งของ** หมายถึง เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง การอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดจนบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลจากสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว

- **อายุ** หมายถึง อายุปัจจุบันของผู้สูงอายุ แสดงด้วยตัวเลขจำนวนเต็ม หน่วยเป็นปี นับถึงวันตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 60 – 69 ปี, อายุ 70 – 79 ปี และ อายุ 80 - 89 ปี

- **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุในปัจจุบันตามที่รายงาน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สถานภาพโสด, สถานภาพสมรส และสถานภาพหย่าร้าง ม่าย หรือแยกกันอยู่
- **ระดับการศึกษา** หมายถึง การศึกษาอย่างเป็นทางการในปัจจุบันของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ไม่ได้รับการศึกษา, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนต้น, มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ปวช.) และอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.) หรือสูงกว่า
- **รายได้** หมายถึง รายได้ของผู้สูงอายุที่ได้รับต่อเดือน แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มี, ต่ำกว่า/เท่ากับ 2,500 บาท/เดือน, 2,501 – 5,000 บาท/เดือน, 5,001 – 7,500 บาท/เดือน, 7,501 – 10,000 บาท/เดือน, 10,001 บาท/เดือนขึ้นไป
- **โรคประจำตัว** หมายถึง โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานเป็นประจำไม่น้อยกว่า 1 ปี แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มี, โรคระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว ได้แก่ โรคปวดขา โรคกระดูกทับเส้น อัมพาต, โรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร และโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด
- **ลักษณะครอบครัว** หมายถึง ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ แบ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว หรือครอบครัวขยาย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว, ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรส, ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน, ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุตรและ (หรือ) หลาน และ ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยดังนี้ คือ

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความตาย
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ในตนเอง
5. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนของครอบครัว
6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

Yurick (1980: 31) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุวัยต้นคือระหว่าง 60-74 ปี ไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ สุขภาพกาย สุขภาพจิตดี ถ้าวัย 75 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าชราอย่างแท้จริง

Birren (n.d. cited in Hogstel, 1981: 68) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุว่าควรจะพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ จิต และสังคม เน้นการทำหน้าที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล ถ้ายังกระฉับกระเฉงทำหน้าที่ได้ดีปรับตัวก็ยังไม่แก่

ประสพ รัตนากร (2522: 1) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามนโยบายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

พิรสิทธิ์ คำนวนคิดป และคณะ (2523: 7) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนปลาย 75 ปีขึ้นไป

บรรรลุ คิริพานิช และคณะ (2526: 40) ได้เสนอว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน

อภิญา โสมลิน และคณะ (2532: 166) ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่อยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของกายภาพ ตลอดจนการทำงานของสรีระลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและภาวะโภชนาการที่ได้รับ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆที่ผ่านมา

สุรกุล เจนอบรม (2534: 4) ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

จากนิยามของผู้สูงอายุที่มีผู้กล่าวไว้อย่างมากมาย สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และด้วยเหตุที่คนโดยทั่วไป อายุยืนขึ้น นักชราวิทยาจึงแบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วงโดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคม ชีววิทยา ดังนี้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

1. ช่วงไม่ค้อยแก่ (The young - old) ช่วงนี้ อายุประมาณ 60 - 69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครองรายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไปช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตามสำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูง รู้จักปรับตัว ช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เรจะมีสมรรถภาพด้านต่างๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก การปรับตัวในช่วงนี้มีข้อเสนอแนะว่าควร ใช้แบบ “Engagement” คือ ยังเข้าร่วมกับกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The middle-aged old) อายุประมาณตั้งแต่ 70 – 79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลงการปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “Disengagement” คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมนักอีกต่อไป

3. ช่วงแก่จริง (The old-old) อายุประมาณ 80 – 89 ปี ผู้มีอายุขึ้นถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้นเพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆ ตามวัย (Both privacy

and stimulating) ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมาเริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

4. ช่วงแก่จริงๆ (The very old-old) อายุประมาณ 90 – 99 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ มีจำนวนค่อนข้างน้อย เป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ได้พบผ่านวิกฤตต่างๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมาย จะเป็นคาบระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

องค์ประกอบที่มีผลต่อความสูงอายุ

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ (2536: 38-41) ได้กล่าวว่า ความสูงอายุเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมาก มีผู้สนใจได้ทำการศึกษาค้นคว้าถึงกลไกความสูงอายุ พบว่า ความสูงอายุเกิดขึ้นได้เนื่องปัจจัยดังนี้ คือ

1. ปัจจัยจากภายนอก (Extrinsic factors) หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายนอกร่างกายรวมไปถึง เศรษฐกิจ สังคม อาชีพ สภาพภูมิประเทศ วัฒนธรรม ความเครียด รังสี มลพิษจากสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

2. ปัจจัยจากภายใน (Intrinsic factors) หมายถึง กระบวนการเกิดความสูงอายุจะค่อยๆ เป็นไปทีละน้อยๆ จนเกิดมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายในร่างกาย ซึ่งพิจารณาได้จากความสูงอายุเชิงชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงรหัสพันธุกรรม การเกิดอนุมูลอิสระ เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงวัยสูงอายุนั้น ภายในร่างกายจะมีกระบวนการอยู่ 2 อย่างพร้อมกัน คือ กระบวนการเจริญเติบโต และกระบวนการเสื่อมโทรม อัตราการเกิดของกระบวนการทั้งสองเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ในระยะ 40-50 ปีกระบวนการทั้งสองจะสมดุลกัน หลังจากนั้นกระบวนการเสื่อมโทรมจะเร็วขึ้น และกระบวนการเจริญเติบโตจะลดลงอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งสูญเสียการหน้าที่

และตายไปในที่สุด (จันทนา รัตนทวิวิชัย, 2536: 35) การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุมี 4 ด้านดังนี้
คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical aging)

เกิดจากเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายซึ่งจะมีผลต่อผู้สูงอายุดังนี้

1.1 การสูญเสียเซลล์ ขณะเป็นผู้ใหญ่เซลล์ของร่างกายจะมีจำนวนคงที่ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเซลล์เก่าแก่ตายไปแต่ไม่มีเซลล์ใหม่มาแทนที่ ทำให้เซลล์ในอวัยวะต่างๆ ลดจำนวนลงเป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลงด้วยโดยเฉพาะเซลล์ของสมอง ไต ปอด หัวใจกล้ามเนื้อและกระดูกอ่อน

1.2 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหรือเส้นใยคอลลาเจน (Collagen fiber) ซึ่งประกอบด้วยโปรตีนชนิดหนึ่ง ลักษณะคล้ายขี้ผึ้งอยู่รอบๆ เซลล์ เป็นส่วนประกอบของโครงสร้างของร่างกายให้เซลล์เกาะกัน พยุงและให้ความแข็งแรงแก่เนื้อเยื่อทำให้อวัยวะต่างๆ ได้แก่ แขน ขา กล้ามเนื้อ มีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่ว ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นแต่เมื่ออายุมากขึ้นการยืดหดตัวของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจะลดลง เกาะกันมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวไม่คล่องแคล่วเหมือนเดิมขาดความยืดหยุ่นเป็นเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งและตีตันทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ เซลล์ของกล้ามเนื้อลายจะลดลงและมีขนาดใหญ่ขึ้นเนื่องจากไขมันมาสะสมมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนยาน ส่วนกล้ามเนื้อเรียบจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อย

1.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบโครงกระดูก เมื่ออายุเริ่ม 45 ปี เซลล์กระดูกจะลดลงและในเพศหญิงจะลดมากกว่าเพศชาย แคลเซียมจะสลายออกจากกระดูกมากขึ้น การดูดซึมของแคลเซียมจากลำไส้ลดลงและสูญเสียทางไตมากขึ้น ทำให้กระดูก ผุกร่อน เปราะบาง หักง่าย รอยต่อของกระดูกสันหลังจะหดลง โค้ง ทำให้ความสูงลดลง

1.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนังเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเซลล์ผิวหนังจะมีจำนวนลดลงเซลล์ที่มีเหลือจะเจริญช้า อัตราการสร้างขึ้นมาแทนลดลง ทำให้ผิวหนังบางลง การหายของแผลช้าลงเส้นใยคอลลาเจนแข็งตัวมากขึ้น จึงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลงซึ่งพบมากบริเวณแขนขาทำให้ผิวหนังเหี่ยวยุ่น

1.6 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและประสาทสัมผัส มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1.6.1 เซลล์สมองและประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ น้ำหนักของสมองจะลดลงด้วย น้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นแทนที่เซลล์มีสารไลโปฟุสซิน (Lipofuscin) มากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วของการส่งสัญญาณและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงช่างบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทำงานไม่สัมพันธ์กันทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้

1.6.2 แบบแผนการนอนหลับ เวลานอนน้อยลงเวลาตื่นมากขึ้น ตื่นง่ายหลับยาก อาจเนื่องมาจากความกังวลในเรื่องต่างๆ การขาดการออกกำลังกาย การนอนกลางวันมากเกินไป การนอนกรนจะพบมากขึ้นตามอายุ

1.6.3 การสื่อสัญญาณประสาท การไม่สมดุลของสารบางชนิดในสมองเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าได้มากขึ้น

1.6.4 การไหลเวียนของโลหิตในสมองลดลง ความต้านทานของเส้นโลหิตในสมองเพิ่มขึ้นทำให้สมองได้รับโลหิตน้อยลงเกิดอาการหน้ามืดเป็นลมและภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดโลหิตได้

1.6.5 การมองเห็น สายตาดูเลง สายตาวาย เกิดต่อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม และปรับสายตาได้ช้าทำให้เวียนศีรษะได้ง่าย แก้วตาเริ่มขุ่นมัวเกิดจากการสะสมของสารไลปิด (Lipid) การผลิตน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้งระคายเคืองง่าย บางรายท่อน้ำตาอุดตันทำให้มีน้ำตา มากกว่าปกติ

1.6.6 การได้ยิน ประสาทคู่ที่ 8 เสื่อมลง เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลาง แข็งตัวมากขึ้น ทำให้หูตึง เวียนศีรษะง่าย สมรรถภาพการได้ยินเสียงสูงจะลดลง

1.6.7 การรับกลิ่นและรส เยื่อบุโพรงจมูกและอวัยวะรับกลิ่นในสมองเสื่อมลง ทำให้ประสาทรับกลิ่นบกพร่อง การรับรสเสื่อมลงเนื่องจากต่อมรับรสฝ่อลีบเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุ รับประทานอาหารสดจืดขึ้นหรือรับประทานอาหารไม่อร่อย เบื่ออาหาร การรับรสหวานจะสูญเสียก่อน รสเปรี้ยวและรสขม

1.7 การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตหัวใจ หัวใจของผู้สูงอายุจะไม่เปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง แต่กล้ามเนื้อหัวใจจะฝ่อลีบมีพังผืด มีไขมันและแคลเซียมสะสมมากขึ้น ผนังหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาทำให้การปิดเปิดไม่ดีเกิดลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ หลอดโลหิต ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้นยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว เกิดความดันโลหิตสูง-ต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่าทาง

1.8 ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและปอดใหญ่ขึ้น การหดขยายตัวของปอดไม่ดี กระดูกทรวงอกแข็งขึ้น กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อมทำให้หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่ายจำนวนถุงลมลดลง ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้น โป่งพองง่าย ผนังถุงลมแตกง่าย ทางเดินหายใจ การกำจัด สิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดี ติดเชื้อและสำลักง่าย

1.9 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร การไหลเวียนของโลหิตตลอดทางเดินอาหารลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้ท้องผูก ภาวะอาหารมีการผลิตน้ำย่อยลดลง ทำให้ดูดซึมเหล็กและแคลเซียมได้น้อยลง เป็นผลให้กระดูกผุ โลหิตจางได้ง่ายต่อมน้ำลายเสื่อม หน้าที่เนื่องจากมีพังผืดและไขมันสะสมมากขึ้น ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้งเกิดจากติดเชื้อในปากมากขึ้น ไปทำให้เบื่ออาหาร

1.10 เมตาบอลิซึมของร่างกายจะลดลง อัตราการย่อยสลาย การใช้สารอาหารและการสร้างเซลล์ของอวัยวะต่างๆ จะลดลงร้อยละ 2 ทุก 10 ปี ที่อายุเพิ่มขึ้นหลังจากที่ร่างกายหยุด การเจริญเติบโตแล้ว

1.11 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ได้มีขนาดเล็กลง การไหลเวียนของโลหิตลดลง การกรองของไตลดลง ขั้วของเสียได้น้อยลงแต่ขั้วน้ำออกมากขึ้น ทำให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน

1.12 การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อเสื่อมลงทำให้มีการปรับตัวสู่ภาวะปกติได้ช้าโดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งต้องอาศัยระบบต่างๆ รวมทั้งระบบประสาทต่อมได้สมองและต่อมหมวกไต มักเกิดโรคเบาหวานต่อมธัยรอยด์ทำงานผิดปกติได้บ่อยขึ้นต่อมเพศทำงานได้น้อยลง

1.13 ระบบภูมิคุ้มกันต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานลดลงทำให้เมื่อมีการติดเชื้อมีอาการรุนแรงและหายช้า

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological change)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางลบ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูญเสียจริงและการสูญเสียที่จินตนาการขึ้นเอง ได้แก่ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

2.1 สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อันเนื่องมาจากวัยอยู่ในช่วงอายุมากจึงมีเพื่อนฝูงหรือคู่ชีวิตตายจาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแยกหรือพราดจากบุคคลอันเป็นที่รัก รู้สึกหดหู่เศร้าใจนำไปสู่การนึกถึงความตายว่าเป็นสิ่งใกล้ตัวและรู้สึกกลัวตายก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว บุตรหลานที่เคยอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากันจะมีครอบครัวและมักจะแยกย้ายไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดถอยลง โดยต่างคนต่างอยู่หรือมีการติดต่อร่วมกิจกรรมกันน้อยลงกว่าแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยวและรู้สึกว่าตนมีค่าน้อยลง

2.3 การสูญเสียสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากถึงวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงาน ต้องพึ่งพาผู้อื่นขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลงเนื่องจากหมดภาวะติดต่อทางด้านธุรกิจ การงานหรือหมดภาวะหน้าที่รับผิดชอบทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่เกียรติยศชื่อเสียง ความนับหน้าถือตา ความภาคภูมิใจ และสูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) รู้สึกหมดหวังของเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ (Insecure) เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.4 สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ความสวยงามของรูปร่างหน้าตาลดลง ฮอร์โมนลดลง เกิดความเสื่อมทางด้านเพศ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศต่างๆ ที่ยังมีความต้องการอยู่ ซึ่งนับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญผู้สูงอายุจะเกิดความวิตกกังวลในเรื่องนี้

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Sociological change)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เกิดจากการเกษียณอายุหรือการออกจากงานที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำบทบาททางสังคมที่จะต้องเปลี่ยนแปลงไป สภาพการเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว และการที่จะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เป็นการสูญเสียที่สำคัญ 4 ประการ คือ

3.1 สถานภาพและบทบาททางสังคม เห็นได้จากการต่ออายุการทำงานเมื่อถึงเวลาเกษียณอายุแล้ว แสดงให้เห็นว่าเกียรติและคุณค่าของชีวิตของผู้สูงอายุยังยึดติดแน่นอยู่กับงานที่เคยทำ ไม่ใช่ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

3.2 การสมาคมกับเพื่อนฝูง การเหินห่างจากเพื่อนฝูงนั้น อาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ดั้งเดิมและสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเองทำให้เกิดความรู้สึกลำบากใจที่จะไปพบเพื่อนหรือการเดินทางไม่สะดวก ความอ้ำอวังว่าเหวเมื่อเพื่อนฝูงต้องตายจากไป

3.3 รายได้ การที่สภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุลดลงนี้ ทำให้ผู้สูงอายุประสบกับความลำบากมากมายหลายประการ ชีวิตในสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจถูกจำกัดลง เช่น การให้ของขวัญเพื่อนฝูงและญาติมิตรทำได้น้อยลง

3.4 แบบแผนการดำเนินชีวิต การเปลี่ยนแปลงทางแบบแผนการดำเนินชีวิตในสังคม มักเนื่องมาจากการสูญเสียสถานภาพทางสังคม ขาดการสังสรรค์กับเพื่อนฝูง

4. การเปลี่ยนแปลงด้านครอบครัว (Family change)

ในสังคมไทยสมัยก่อนผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวตลอดเวลา แต่ในปัจจุบันเป็นสังคมที่กำลังพัฒนาทางเศรษฐกิจ จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

4.1 โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว เมื่อบุตรเจริญเติบโตขึ้น มีครอบครัวของตนเองจึงแยกครอบครัวออกไป ทำให้บางครั้งผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง

4.2 การเสียชีวิตของกลุ่มหรือเพื่อนที่คบหากันมานาน หรือพี่น้องร่วมบิดามารดากัน

สรุปการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นมี 4 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม และการเปลี่ยนแปลงด้านครอบครัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้านจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1976) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การมีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตนตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น

Beeber (1998) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหารนอนไม่หลับ

พยอม อิงคตานูวัฒน์ (2525) ได้ให้ความหมายว่า ความซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอารมณ์ซึมเศร้า หมดหวัง โดดเดี่ยว พร้อมๆ กับรู้สึกว่าตนมีค่าน้อยลง

ดวงใจ กสานติกุล (2536) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบด้านสังคม หรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเอง เงียบและสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

ศรिवรรณา ต้นศิริ (2537) กล่าวว่า ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นความรู้สึกหม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย เป็นความเศร้าที่ยังไม่อาจเรียกว่าเป็นโรคจิตหรือโรคประสาท ในผู้สูงอายุ แต่สามารถนำไปสู่การเป็นโรคประสาทได้

บรรลุ ศิริพานิช (2538) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นได้เอง หรือเป็นปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น คู่ครองถึงแก่กรรม สิ้นหวัง มีความพิการจากโรคบางอย่าง จนทำให้มีผู้ช่วยเหลือตลอดเวลา ทั้งๆ ที่เคยช่วยตัวเองได้ดี

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546: 7-8) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์ไว้ 3 นัย ดังนี้

1. นัยทางอารมณ์และความรู้สึก (Mood and feeling) หมายถึง การแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง ถ้าอารมณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวแล้วหายไปในเวลาไม่นาน หรือเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่มีความน่าสลด มีการสูญเสียถือว่าเป็นอารมณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้ทุกคนตลอดช่วงชีวิตไม่ใช่ความผิดปกติ แต่ถ้าอารมณ์ที่ผิดปกติ นั้นจะเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ และ

ยืงนานไปยิ่งรู้สึกเศร้ามากขึ้น มีความรุนแรงจนพฤติกรรมผิดปกติ และมีอาการทั้งทางด้านร่างกาย และอาการทางจิต

2. นัยทางอาการ (Symptom) หมายถึง เป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว การนอนผิดปกติ หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำหรือเคยชอบ รวมทั้ง เรื่องเพศ กระสับกระส่าย กระวนกระวายไม่ยอมคบใคร นอกจากนั้นยังมีอาการเหมือนป่วย ทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้แลรักษาไม่หาย เช่น อาการปวดศีรษะ ไม่สบายท้อง ปวดตาม บริเวณต่างๆ ของร่างกาย ใจสั้น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. นัยของการเป็นโรค (Disease) หมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึง ความเจ็บป่วยทางจิตหลายโรค เช่น โรคประสาทวิตกกังวล โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าและ ความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม โรคอารมณ์ผิดปกติอื่นๆ

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2549: 259) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ปฏิกริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่ จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่แสดงออกซึ่งความรู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ซบอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

Blazer (1982: 55-100) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีที่เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันนี้ สามารถสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎีหลักดังนี้

1. ทฤษฎีชีววิทยา (Biological Theories) ทฤษฎีนี้มาจากการผสมผสานข้อมูลต่างๆ ที่ได้ จากการเจ็บป่วยทางจิตในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา สามารถสรุปได้เป็น 4 ทฤษฎีย่อยดังนี้

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ข้อสรุปทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาในฝาแฝดและครอบครัวของ Slater and Cowie ซึ่งปรากฏว่าอัตราเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ได้แก่ พ่อแม่ร้อยละ 14.3 ลูกร้อยละ 14.8 พี่น้องท้องเดียวกันร้อยละ 12.9 ส่วนในคู่แฝด หากคนหนึ่งเป็นคู่แฝดอีกคนหนึ่งมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นถึงร้อยละ 68 นอกจากนี้ยังพบว่า เพศของลูกทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ได้เท่าๆ กัน แต่ในพี่น้องท้องเดียวกัน เพศหญิงจะมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าเพศชายถึง 3 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบโครโมโซม X เป็นยิสต์เด่น (X chromosome – linked dominant)

1.2 ทฤษฎีเคมีประสาท (Biogenic Amine Theory) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นและหน้าที่ของสารสื่อประสาท Catecholamine neurotransmitters พบว่าภาวะซึมเศร้า นั้นที่ความสัมพันธ์กับการขาดหรือการลดลงของสารสื่อประสาท Catecholamine neurotransmitters

1.3 ทฤษฎีต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory) หมายถึง การหลั่งของ Cortisone เพิ่มขึ้น จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จึงพบว่า ผู้ป่วยโรค Cushing's syndrome จำนวนมากที่มีอาการภาวะซึมเศร้าและมีความผิดปกติทางอารมณ์ นอกจากนี้ Sachar, Finkelstein, and Hellman (1971: 263) พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการขาด growth hormone เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกิดจากความไม่สมดุลระหว่าง estrogen กับ prolactin ซึ่งในหญิงสูงอายุวัยชราในระบบสืบพันธุ์ จะลดการหลั่ง estrogen ลงอย่างรวดเร็ว จึงทำให้อารมณ์ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงง่าย

1.4 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวิตในรอบวัน (Circadian Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายการทำหน้าที่การทำงานของคนเราเกือบทุกอย่างจะดำเนินไปอย่างมีจังหวะ รวมทั้งการทำงานของสารสื่อประสาทและวงจรการนอนหลับ โดยระดับของ norepinephrine และ serotonin ในสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน เช่น การอดนอนเป็นบางครั้งบางคราวนั้น จะมีผลต่ออารมณ์ได้เช่นกัน

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theories) ได้อธิบายถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเกิดจากการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งก่อนๆ ในสภาพแวดล้อมทางสังคมนั้นว่าไม่เกิดประโยชน์อันใด ซึ่งรูปแบบพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้านี้ เกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูญเสียคนรัก ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้

จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ซึ่งความรู้สึกไร้ประโยชน์ ความรู้สึกสิ้นหวัง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดอาการซึมเศร้าได้

2.2 ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory) รูปแบบทางด้านความคิดของภาวะซึมเศร้านี้มีดังนี้

2.2.1 มีความคิดทางด้านลบ (Negative automatic thoughts) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะแสดงตนเองและประสบการณ์ที่ได้รับในปัจจุบันและอนาคต ในลักษณะวิถีทางที่เป็นลบ โดยผู้นั้นจะเชื่อว่าตนเองมีความบกพร่อง ซึ่งประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องขึ้น และทำให้รู้สึกไร้ค่า ไม่ได้รับการช่วยเหลือและสิ้นหวัง ไม่สามารถฟันฝ่าอุปสรรคไปได้ ซึ่งความคิดทางด้านลบทั้งต่อตนเอง โลกหรือสภาพแวดล้อม และอนาคต มีผลต่อภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

2.2.2 แบบแผนของภาวะซึมเศร้า (Depressogenic schemata) ศูนย์กลางของภาวะซึมเศร้าคือ ทักษะคิดของบุคคลนั้นๆ ต่อตนเองสภาพแวดล้อมทางสังคมและอนาคต โดยมีอัตมโนทัศน์แห่งตน เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมีทัศนคติต่อตนเองอย่างไร ซึ่งในผู้ที่มีทัศนคติต่อตนเองในด้านลบนั้น จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าไม่มีค่า และมักจะตีความปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งอื่นๆ ว่าเป็นสิ่งที่บกพร่อง ซึ่งการตีความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

3. ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories) บุคคลจะต้องพัฒนาไปตามวัย ตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงวัยสูงอายุ แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุมีการพัฒนาภายใน 6 ลักษณะคือ

- 3.1 การต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของสุขภาพ
- 3.2 การปรับตัวให้เข้ากับภาวะเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านการเงิน
- 3.3 การปรับตัวต่อการตายของคู่สมรส
- 3.4 การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน
- 3.5 การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบสังคมใหม่ และความรับผิดชอบในฐานะพลเมือง
- 3.6 การดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เหลืออยู่

Kane and Abrass (1984: 84) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ต่อไปนี้

1. สาเหตุทางชีวภาพ ประกอบด้วยการที่มีประวัติบรรพบุรุษเคยเป็นการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อสัญญาณประสาทจากการมีอายุสูงขึ้น
2. สาเหตุทางกายภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะความเจ็บปวด หรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การใช้ยาบางชนิด ภาวะพร่องความรู้สึกรัก เช่น สูญเสียการมองเห็น
3. สาเหตุทางจิต เนื่องจากภาวะที่ไม่ได้รับการแก้ไขจากความขัดแย้งทางจิต เช่น ความรู้สึกผิด ความโกรธ สูญเสียความจำ สมองเสื่อม หรือการที่มีบุคลิกภาพผิดปกติไปจากเดิม
4. สาเหตุทางสังคม เช่น การสูญเสียครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความว้าเหว แยกตัวเอง หรือการออกจากงาน ขาดรายได้ที่เคยได้รับ

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549: 259-260) กล่าวถึง สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุ ดังนี้ คือ

1. เหตุการณ์ในชีวิตประจำตัวและปัญหาต่างๆ เกิดการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่เป็นที่รัก
2. ความผูกพัน คิดสับสนอยู่กับสิ่งที่ผ่านไป และปรับตัวไม่ได้
3. สภาพร่างกายและอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย
4. ประสบการณ์การสูญเสีย เช่น การสูญเสียบุคคล พบแต่เหตุการณ์สูญเสียอยู่เสมอ และสิ่งที่สูญเสียเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อบุคคลนั้นๆ

สรุปได้ว่าสาเหตุภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ สาเหตุทางชีวภาพ สาเหตุทางกายภาพ สาเหตุทางจิต และสาเหตุทางสังคม

อาการของภาวะซึมเศร้า

Salmans (1995) ได้สรุปอาการของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. มีอารมณ์เศร้า เกือบตลอดทั้งวัน และเป็นติดต่อกับเกือบทุกวัน
2. ความกระตือรือร้น และความสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด ลดลงอย่างมากเกือบตลอดทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทั้งวัน
3. น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลงต่างๆ ที่ไม่ได้ควบคุมอาหาร
4. มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับบ่อยมากหรือนานผิดปกติเกือบทุกวัน
5. การเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนแปลง โดยมีอาการกระวนกระวายผุดลุกผุดนั่ง มากกว่าปกติหรือเคลื่อนไหวช้าลงรวมทั้งความคิดช้าลงหรือฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน
6. อ่อนเพลียไม่มีแรงเกือบทุกวัน
7. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกที่ตนเองผิดหรือไม่ดีอย่างมากเกินเหตุเกือบทุกวัน
8. ความสามารถในการคิดถดถอยหรือสมาธิไม่ดี หรือไม่สามารดตัดสินใจได้ และอาการนี้เป็นอยู่เกือบทุกวัน
9. คิดเรื่องความตายซ้ำๆ หรือคิดเรื่องการฆ่าตัวตายโดยอาจจะไม่มีแผนการที่แน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตาย

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ (2536: 385-386) ได้กล่าวถึง อาการภาวะซึมเศร้า คือ การขาดความสนใจและพอใจ ซึ่งรวมถึงความเศร้า หดหู่ หมกมุ่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า บุคลิกภาพถดถอย วิดกกังวล หวาดระแวง มีความเจ็บป่วยทางกายรวมทั้ง

ความเปลี่ยนแปลงในกิจวัตรประจำวันไม่มีความอยากอาหาร น้ำหนักตัวลดลง การนอนเปลี่ยนไป ไม่มีแรงเหนื่อยง่าย ท้องผูก การเคลื่อนไหวช้า มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยทั่วไปที่ทีมงานจิตเวชจะเป็นผู้บ่งชี้อาการที่เป็นอยู่ว่าเป็นหรือไม่เป็นอาการภาวะซึมเศร้า การประเมินทำโดยการสัมภาษณ์ทางคลินิก การทำแบบทดสอบ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2543) ได้สรุปอาการภาวะซึมเศร้าไว้ว่า อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียนโดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้

1. อาการทางกาย เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเปลี้ย เพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น
2. พฤติกรรมคำพูด ผู้ที่มีอายุน้อยมักมีอาการเซื่องซึม เซื่องช้า เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบา และแยกตัวไม่ยอมพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ส่วนในผู้สูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือกระวนกระวาย กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา
3. ด้านความคิด คิดแต่เรื่องร้ายๆ มองสภาพทุกอย่างในด้านลบ ขาดสมาธิและขาดความมั่นใจ วิดกกังวลไปต่างๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย ในรายที่มีอาการรุนแรง จะรู้สึกผิด รู้สึกท้อแท้ ตนเองไร้ค่า หมดหวังไม่มีทางออก

สรุปได้ว่าอาการภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านจิตใจและความรู้สึก หมายถึง ความรู้สึกเศร้า หม่นหมองทุกข์ใจ ผิดหวังในตนเอง ต่ำหนืดตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสุข ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง
2. ด้านความคิด หมายถึง มีความผิดปกติทางความคิด ไม่มีสมาธิ คิดเซื่องช้ากว่าปกติ ความจำแยลง ตัดสินใจลำบาก

3. ด้านร่างกาย อ่อนเพลียไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เพราะความทุกข์ที่สังคมยอมรับ ซึ่ง Harlon and Picket (1984) พบว่าเพศหญิงมีการปรับตัวได้ยากกว่ามีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชายเนื่องจากมีความรู้สึกรู้สึกว่ามีความสามารถด้านร่างกายที่ต่ำกว่าเพศชาย นอกจากนี้การศึกษาของ Hammen and Peters (1977 อ้างใน มาโนช ทับมณี, 2541: 30) พบว่า การแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน เนื่องจากเพศชายมักถูกคาดหวังจากสังคมว่าจะต้องเข้มแข็งและมีความสามารถมากกว่าเพศหญิง เพศชายที่แสดงความซึมเศร้าออกมาจึงถูกมองว่าเป็นบุคคลที่อ่อนแอและล้าเหลวดังนั้นผู้ชายส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มที่จะเก็บกดความซึมเศร้าไว้มาก และการศึกษาของ Lobo et al. (1995: 497-505) พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ผู้หญิงที่ซึมเศร้านักพบในเรื่องอารมณ์เศร้า การตำหนิตนเอง และรู้สึกสิ้นหวัง เพราะผู้หญิงมักมองตนเองว่าขาดลักษณะต่างๆ ที่เป็นเอกลักษณ์ของความเป็นหญิง เช่น สุขภาพ ความสวยงาม เส้นหัดึงดูใจ รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ทำให้มองโลกในแง่ร้าย คาดหวังในสิ่งที่ไม่ดี ตำหนิตนเองในด้านต่างๆ ไม่ยอมปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น

2. อายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม ความเสื่อมถอยต่างๆ ของร่างกายตามความสูงอายุ ทำให้เริ่มเจ็บป่วย ซึ่ง Kahn (1980 อ้างใน พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2527: 67) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมิได้มีกลุ่มเดียวและมิได้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่จะมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามกลุ่มอายุมีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอายุสูงๆ มักมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอายุต่ำๆ เช่น จากการศึกษาของ ศรีวรรณ ดันศิริ (2535: 87) ศึกษาประชากรผู้สูงอายุระหว่าง 60-74 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี มีความซึมเศร้าร้อยละ 100 กลุ่มอายุ 65-69 ปี มีความซึมเศร้าร้อยละ 77.4 และกลุ่มอายุ 70-74 ปี มีความซึมเศร้าร้อยละ 72.7 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ มาโนช ทับมณี (2541: 63) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย

3. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะชีวิตคู่ทำให้มีความผูกพันระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรส เมื่อมีการเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือ การขาดคู่สมรสจะทำให้ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ โดดเดี่ยว และอาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า Hogstel (1995: 210) กล่าวว่า ภัยสูงอายุเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตคู่ คือการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ทำให้ปรับตัวได้ยาก และพบว่าร้อยละ 22.5 ของคู่สมรสที่มีชีวิตอยู่จะตายตามกันไปใน 6 เดือนแรก เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Murrel, Himmelfarb and Wright (1983: 173-185) พบว่า บุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือคู่ มีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่เป็นม่าย หย่า หรือแยกกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ ดันศิริ (2535) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหย่ามีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่และโสด

4. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและการดำเนินชีวิต เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ผู้ที่มีความรู้มากจะมีการทำความเข้าใจและการปรับตัวยอมรับในเรื่องต่างๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่มีความรู้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Carmel and Mutran (1997) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำต้องการวิธีการที่ช่วยยืดชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความเข้าใจในปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง รวมทั้งมีความเชื่อถือไว้วางใจแพทย์และวิธีการรักษาที่ทันสมัยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง

5. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ และสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองสำเร็จตามความต้องการ ซึ่งจากการศึกษาของ Hale (1980 อ้างใน กมลิน ศาสตรา, 2531: 33) พบว่า แหล่งที่มาของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มาจากตนเองหรือคู่สมรสจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้มาจากคนอื่น และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในรายได้มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความพึงพอใจในรายได้

6. โรคประจำตัว เป็นตัวบ่งชี้สถานะสุขภาพ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเอง เมื่อมีโรคประจำตัวในระดับความรุนแรงของโรคสูงจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อสนอง

ความต้องการดูแลตนเองได้ เป็นการคุกคามต่อชีวิตและความผาสุก ซึ่งการศึกษาของ James (1992 อ้างใน มาโนช ทับมณี, 2541: 31) พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

7. ลักษณะครอบครัว ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว Duval (1975 cited in Chatfield, 1977: 593) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ ต้องการการดูแลและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และเศรษฐกิจจากครอบครัว นอกจากนี้ยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวอีกด้วย

สรุปในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ของอาการภาวะซึมเศร้า ในการประเมินนั้นต้องใช้ความระมัดระวังในการใช้แบบสอบถามอย่างมากเพื่อให้ได้ค่าตามสถานะที่แท้จริง โดยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แปลมาจากแบบวัด Reynolds Depression Screening Inventory ของ William and Kenneth (1998)

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความตาย

ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Attitude” มาจากรากศัพท์ภาษาละตินว่า “Aptus” แปลว่า ความโน้มเอียงเหมาะสม

Allport (1970) ได้ให้ความหมายว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาวะของความพร้อมทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ และสภาวะของความพร้อมนี้จะเป็นตัวกำหนดทิศทางของ ปฏิกริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ

หลอง ภิรมย์รัตน์ (2521: 42) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความพร้อมของบุคคลที่แสดง ท่าที่ตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามที่เคยนึกคิด

ชูชีพ อ่อนโลกสูง (2522: 103) ให้ความหมายว่า ทัศนคติ หมายถึง ความพร้อมที่จะ ตอบสนอง หรือแสดงความรู้สึกต่อวัตถุ สิ่งของ คน สัมผัสอื่นๆ ตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งความรู้สึก หรือการตอบสนองอาจเป็นไปในทางชอบหรือไม่ชอบ

ประกาศเพ็ญ สุวรรณ (2526: 1-2) ให้ความหมายว่า ทักษะคิด หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ รวมทั้งท่าทีการแสดงออก ที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

นิภา มนูญปิฎ (2531: 68) ได้ให้ความหมายของทักษะคิดว่า หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึก ท่าทีความชอบ การให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ การเกิด พฤติกรรมด้านทักษะคิดเป็นไปตามขั้นตอนดังนี้ คือ การรับรู้หรือการให้ความสนใจ การตอบสนอง ด้วยความเต็มใจ พอใจ และการแสดงตามค่านิยมที่นับถือ

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2540: 166) ได้ให้ความหมายทักษะคิดว่า หมายถึง ความรู้สึกนึก คิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกให้เห็น ได้จากคำพูด หรือพฤติกรรมที่สะท้อน ทักษะคิดนั้นๆ คนแต่ละคนมีทักษะคิดต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากน้อยต่างกัน ทักษะคิดแม้จะเป็นสิ่งนามธรรม แต่เป็นสิ่งที่จริงสำหรับบุคคลที่มีทักษะคิดนั้น

สรุปได้ว่า ทักษะคิด หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็น ความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบขึ้นอยู่กับ การได้รับข้อมูลหรือประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ

องค์ประกอบของทักษะคิด

ประกาศเพ็ญ สุวรรณ (2526: 3-5) กล่าวว่า ทักษะคิด เป็นความคิดเห็นที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1. ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive component) ได้แก่ ความคิดซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดนี้จะอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกัน
2. ด้านอารมณ์ (Affective component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้าความคิดอีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมีภาวะความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แสดงว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึกในด้านบวก และมีความรู้สึกในด้านลบ

3. ด้านการปฏิบัติ (Behavioral component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529: 127-128) ได้กล่าวว่าทัศนคติมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. องค์ประกอบทางความคิด ได้แก่ ความเชื่อ หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ หรืออาจเป็นความคิดในเรื่องต่างๆ ซึ่งความเชื่อ ความคิดเห็นดังกล่าวอาจเป็นไปได้ทั้งทางดีและไม่ดี

2. องค์ประกอบทางความรู้สึกหรืออารมณ์ คือ ความรู้สึกทางอารมณ์เกี่ยวกับความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยมากมักแสดงออกโดยสีหน้าและท่าทางต่างๆ

3. องค์ประกอบทางแนวโน้มของการกระทำหรือพฤติกรรม คือ ความพร้อมที่จะสนองตอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะเจาะจง

การเกิดของทัศนคติ

Krathwohl *et al.* (1974 อ้างใน สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2541: 55-57) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติมีพัฒนาการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. การรับรู้ (Receiving) เป็นความสนใจของบุคคลที่เกิดขึ้นในระยะแรกภายหลังที่มีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้น แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1.1 การรู้ตัว (Awareness) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อบางสิ่ง ต่อสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับระดับที่รู้ตัว โดยจะทำให้เกิดความสนใจแต่ไม่มีการจดจำ ไม่มีการประเมิน และไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก

1.2 การยินดีที่จะรับรู้ (Willingness to receive) เป็นการให้ความสนใจและเต็มใจที่จะร่วมในเหตุการณ์ที่มีสิ่งเร้า โดยไม่ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง

1.3 การสนใจในบางส่วน หรือใส่ใจโดยควบคุมไว้ (Controlled or selected attention) เป็นการพัฒนาทางจิตในระดับที่สูงขึ้น บุคคลจะสามารถควบคุมความสนใจของตน โดยสิ่งเร้าที่พอใจจะได้รับการเลือก และเริ่มกระทำเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ให้ความสนใจโดยการสนใจปรากฏการณ์ใหม่ๆ หรือเลือกสนใจในสิ่งที่แตกต่างจากสิ่งเร้า

2. การตอบสนอง (Responding) เป็นการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในเหตุการณ์ต่างๆ ตามความสนใจของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลที่ต่อเนื่องมาจากการรับรู้ในสิ่งเร้านั้นๆ แบ่งออกเป็น

2.1 การยินยอมตอบสนอง (Acquiescence in responding) เป็นการยอมกระทำตามความต้องการของสังคมหรือตามผู้ที่มีอำนาจเหนือตนกำหนดไว้

2.2 ความเต็มใจตอบสนอง (Willingness to response) เป็นความสมัครใจของบุคคลที่จะตอบสนองเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยตัวเอง มิใช่ตอบสนองหรือกระทำเพราะถูกบังคับ

2.3 ความพึงพอใจในการตอบสนอง (Satisfaction in response) เป็นการตอบสนองที่ทำด้วยความสมัครใจ เมื่อกระทำแล้วเกิดความพึงพอใจ มีความสุข สนุกสนาน

3. การเกิดค่านิยม (Valuing) เป็นการให้คุณค่ากับสิ่งของ ปรากฏการณ์ หรือพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งการให้คุณค่านี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลนั้นๆ ด้วย โดยเมื่อบุคคลให้คุณค่าหรือเกิดค่านิยมต่อสิ่งใด จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้นๆ มากขึ้น

3.1 การยอมรับค่านิยม (Acceptance of a value) เป็นความเต็มใจของบุคคลที่จะยอมรับว่าปรากฏการณ์ พฤติกรรม หรือบางสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามความเชื่อ หรือทัศนคติของตนเอง การยอมรับค่านิยมนี้ ถือว่าเป็นระดับต่ำสุดของการเกิดค่านิยม และการยอมรับนี้ก็มีอำนาจพอที่จะควบคุมพฤติกรรมของบุคคลได้

3.2 ความพอใจในค่านิยม (Preference for a value) เป็นความพอใจที่จะกระทำกิจกรรมบางอย่างตามค่านิยมที่มีอยู่หรือตามความต้องการของตน

3.3 ความเกี่ยวข้องผูกพัน (Commitment) เป็นความเชื่อ ความศรัทธาหรือการยอมรับของบุคคลที่เกิดขึ้นโดยไม่สนใจถึงแหล่งที่มาของสิ่งนั้นๆ ส่งผลให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมตามค่านิยมที่ตนผูกพันอยู่นี้ ร่วมกับพยายามทำให้ผู้อื่นยอมรับและกระทำตามด้วย

4. การจัดระเบียบของค่านิยม (Organization of values) เป็นการจัดการกับค่านิยมให้สอดคล้องและเป็นระบบ เพื่อให้ค่านิยมนั้นๆ มีความเด่นชัดมากขึ้น

4.1 การสร้างมโนทัศน์ของค่านิยม (Conceptualization of value) เป็นการจัดการที่มีลักษณะเป็นนามธรรม โดยบุคคลจะต้องวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่าข้อมูลต่างๆ ว่าสอดคล้องหรือขัดแย้งกับค่านิยมหรือความเชื่อของตนหรือไม่ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการประเมินหรือจัดระบบของค่านิยมต่อไป

4.2 การจัดระเบียบของระบบค่านิยม (Organization of values system) เป็นการจัดการกับค่านิยมที่ซับซ้อนและแตกต่างให้มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน เพื่อให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปในลักษณะเดียวกันตามค่านิยมที่ปรับขึ้นใหม่

5. การสร้างบุคลิกลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) เป็นการควบคุมพฤติกรรมการแสดงออกที่กำหนดไว้ภายในตัวซึ่งเป็นผลมาจากค่านิยมที่ยึดถือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในลักษณะนี้จะมีความคงทนเปลี่ยนแปลงยากแม้จะมีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้น และเมื่อเวลาผ่านไปจะเกิดการยอมรับว่าพฤติกรรมที่แสดงออกนี้เป็นบุคลิกเฉพาะของบุคคลนั้นๆ นอกจากนี้ยังสะท้อนความเชื่อ ความคิด และทัศนคติที่มีต่อปรัชญา หรือสิ่งอื่นๆ ที่บุคคลนั้นพบเห็นอีกด้วย

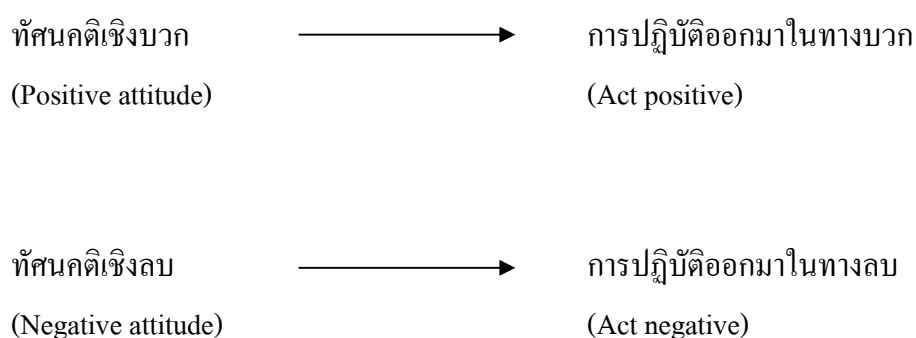
5.1 การกำหนดหลักทั่วไป (Generalized set) เป็นการตอบสนองของบุคคลที่เกิดขึ้นตามค่านิยมและทัศนคติที่แต่ละบุคคลได้กำหนดไว้ภายใน ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกในขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว สม่่าเสมอ และอยู่นอกเหนือการควบคุมของจิตใจ โดยในสถานการณ์เดียวกันบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในลักษณะที่เหมือนเดิม กระบวนการที่เกิดขึ้นนี้จะช่วยปรับเปลี่ยนการแสดงออกของบุคคลให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมมากขึ้น

5.2 การแสดงคุณลักษณะ (Characterization) เป็นจุดสูงสุดของขั้นตอนนี้ที่มีผลต่อลักษณะการแสดงออกของบุคคลซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการของทัศนคติ ความเชื่อ ความคิด โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นสากล ตามปรัชญาการดำรงชีวิต หรือแสดงออกตามสิ่งที่ต้องรู้ หรือควรรู้ การตอบสนองที่เกิดขึ้นนี้จะแสดงออกมาให้ผู้อื่นรับรู้ว่าเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลได้

สรุปได้ว่าทัศนคติมีการพัฒนาการเริ่มจากบุคคลมีการรับรู้และสนใจในข้อมูลหรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น แล้วตอบสนองโดยการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในเหตุการณ์ ส่งผลให้เกิดการให้คุณค่าหรือค่านิยมกับสิ่งที่ตนเองประสบ และในที่สุดบุคคลจะมีการแสดงออกตามค่านิยมหรือทัศนคติที่มีอยู่จนกลายเป็นคุณลักษณะที่เฉพาะของบุคคลนั้นๆ

ลักษณะของทัศนคติ

Schiffman and Kanuk (1994: 657) ได้กล่าวว่า ลักษณะทัศนคติ หมายถึง ความโน้มเอียงที่เรียนรู้เพื่อให้มีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะที่พึงพอใจหรือไม่พอใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคติ คือ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ถ้าเรามีท่าทีความรู้สึกหรือทัศนคติในเชิงบวก เราย่อมปฏิบัติออกมาในทางบวกแต่ถ้าเรามีท่าทีความรู้สึกหรือทัศนคติในเชิงลบ เราย่อมปฏิบัติออกมาในทางลบ ทัศนคติจึงมีลักษณะดังนี้



การวัดทัศนคติ

Oskamp and Stuart (1977: 6-7) ได้กล่าวถึงการศึกษาทัศนคติมี 5 วิธี คือ

1. การอธิบาย เป็นการศึกษาจากกลุ่มผลประโยชน์กลุ่มเดียว หรือเปรียบเทียบความคิดเห็นของกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ซึ่งในการศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับการวัดและการสำรวจความคิดเห็น
2. การวัดทัศนคติ ได้พัฒนาวิธีการที่ซับซ้อนของการทดสอบและเครื่องมือวัดทัศนคติ เช่น แบบวัดทัศนคติ
3. การสำรวจความคิดเห็น มักเกี่ยวข้องกับการทัศนคติที่เป็นประเด็นปัญหาทางสังคมที่มีความสำคัญต่อประชาชนส่วนใหญ่การสำรวจความคิดเห็นควรระมัดระวังในเรื่องการสุ่มตัวอย่างจากประชาชนทั้งหมด ซึ่งจะทำให้ผลการศึกษາสามารถเป็นตัวแทนของความคิดเห็นของประชาชน
4. ใช้ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับการอธิบายธรรมชาติเบื้องต้นของทัศนคติว่าเกิดได้อย่างไร และเปลี่ยนแปลงอย่างไร
5. การทดลองเกี่ยวข้องกับการใส่สถานการณ์ เพื่อสร้างความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มขึ้นไปของตัวแปรอิสระและผลของตัวแปรตาม การทดลองทัศนคติให้มีความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยซึ่งสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการทดสอบสมมติฐานของทฤษฎีทัศนคติ

ทัศนคติต่อความตาย

พัชรีดา ไชยลังกา (2534) กล่าวว่า ความตายคือการสิ้นสุดของชีวิต สำหรับทางการแพทย์ให้ความหมายว่า คือการสิ้นสุดอย่างถาวรของการทำงานของสมองทั้งหมดระบบหายใจและระบบไหลเวียนทำงานเองไม่ได้ แต่ในปัจจุบันการนำเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการช่วยชีวิตยืนยาวไปอีกช่วงหนึ่งเวลาหนึ่ง เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นการวินิจฉัย จึงใช้คำว่า การตายของสมอง (Brain death) ซึ่งการตายของสมองจะมีอาการแสดง 4 ประการ คือ

1. ไม่สามารถรับรู้หรือตอบสนองต่อการกระตุ้นใดๆ (Unreceptivity and unresponsivity)
2. ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือหายใจ (No movement or breathing)
3. ไม่มีปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (No reflexes) หมดศตอย่างถาวร
4. คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นเส้นตรง (Flat electroencephalogram)

แพทยสภา (2539) ทางกรมแพทย์ของไทย ถือว่าบุคคลถึงแก่ความตายเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากองค์คณะของแพทย์ว่าสมองตาย คือก้านสมองตาย ตามมติคณะกรรมการแพทยสภา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย ฉบับที่ 1 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2532 และฉบับที่ 2 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2539

ลีวลิ ศิริไล (2529) ได้กล่าวถึงความรู้ทางศาสนาเรื่องชีวิตและความตายพร้อมนำคำสอนที่เกี่ยวกับความเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความตายดังนี้

1. ความตายในศาสนาพุทธ เชื่อว่าชีวิตประกอบด้วยกายจิตและมีวิญญาณเป็นส่วนสำคัญในลักษณะเป็นประธาน เมื่อวิญญาณดับรูปก็ดับ ดังนั้นชีวิตจริงๆ จึงไม่มีอะไรจึงพอสรุปได้ว่าเป็นการสิ้นสุดของชีวิต เป็นผลให้การทำหน้าที่ต่างๆ สิ้นสุดลง พระพุทธศาสนา มองว่าชีวิตและความตายเป็นของคู่กัน และยิ่งกว่านั้นยังเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เราไม่อาจเลือกมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยปราศจากอีกสิ่งหนึ่งได้ ดังพุทธพจน์บทหนึ่งความว่า ทั้งเด็ก ทั้งผู้ใหญ่ทั้งคนพาล ทั้งคนมีทั้งคนจน ล้วนเดินหน้าไปสู่ความตายทั้งหมด ด้วยเหตุนี้ในทางศาสนาท่านสอนให้เจริญมรณสติ เพื่อต้อนรับความตาย ทำชีวิตที่มีอยู่ให้มีความหมาย และฝึกจิตใจให้เกิดสติปัญญา เข้าถึงอมตธรรม อันเป็นบรมสุขเสียก่อนสังขารร่างกายนี้จะดับไป เป็นการเตือนใจไม่ให้ประมาท และไม่ให้กลัวตาย จนเกินเหตุประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับความตายในพุทธศาสนาอยู่ตรงที่ ขณะที่ความตายบังเกิดขึ้น พระพุทธศาสนามีทรรณะว่าจิตที่สงบบริสุทธิ์ผ่องใสยอมไปสู่ที่ดี ดังนั้นการเตรียมจิตให้ปราศจากกิเลส อันเป็นเครื่องเศร้าหมองให้อยู่ในสภาวะที่สงบ ย่อมเป็นการจากไปที่ดีดังข้อความที่พระพุทธองค์ทรงกล่าวว่า “ผู้ละโลกนี้ไปในขณะที่จิตเศร้าหมอง ทุกคติเป็นอันหวังได้” คำว่าจิตเศร้าหมอง หมายถึง จิตที่ไม่บริสุทธิ์ผ่องแผ้ว เศร้าหมองด้วยกิเลส จิตมีกิเลสมากก็เศร้าหมองมาก จิตมีกิเลสน้อยก็เศร้าหมองน้อย

จากสาระสำคัญดังกล่าว การเข้าใจความหมายของความตาย จะทำให้มนุษย์เราไม่หวาดกลัวปฏิเสธ หรือเรียกหาความตาย ควรพิจารณาว่า เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงและเป็นสิ่งที่เราควรเตรียมจิตให้มีความสงบเพื่อการจากไปที่ดีเมื่อความตายมาถึง

2. ความตายในศาสนาคริสต์ได้มองมนุษย์เป็นสัตว์โลกชนิดหนึ่ง ที่พระเจ้าทรงสร้างขึ้น โดยอาศัยอำนาจเหนือมนุษย์ ในรูปการบังเกิดชีวิต ในโลกนี้และชีวิตหลังความตายดำเนินไป ในรูปการที่เกี่ยวข้องกับความรอด ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต ที่มองว่าชีวิตไม่เพียงมีความตายเพียงครั้งเดียว หลังความตายจะไม่มีการเกิดใหม่ แต่ทุกชีวิตจะต้องมีการฟื้นคืนชีพในวัน พิพากษา ซึ่งจะได้รับพิพากษาตามผลการกระทำของแต่ละคน ขณะที่มีชีวิตอยู่ในโลกถ้าทำดี จะได้รับทางรอด คือ การมีชีวิตนิรันดร์ในสวรรค์ ดังนั้นทุกคนจึงเตรียมตนเองพร้อมจะตาย โดยการประพฤติตามคำสอนของพระเจ้า โดยการสวดมนต์และดำเนินชีวิตตามกำหนดของพระเจ้า และเชื่อว่าความตายไม่ใช่เรื่องน่ากลัว เพราะความตายเป็นทางให้มนุษย์กลับไปสู่การมีชีวิตแบบ พระเจ้าในอาณาจักรของพระเจ้าตลอดไปหลักจริยศาสตร์ที่สำคัญเกี่ยวกับชีวิตตามทรรศนะของ ชาวคริสเตียนก็คือ การเคารพต่อคุณค่าของชีวิตมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็ชีวิตทารกในครรภ์ ชีวิตเด็กที่ พิกัด ชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้พิการผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ใกล้ตาย รวมตลอดถึงชีวิตคนปกติทั่วไป ในสังคม คือจริยธรรมที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกัน การกระทำใดๆ ที่ละเมิด หรือกระทบต่อการเคารพ ศักดิ์ศรีของมนุษย์ ถือว่าเป็นหน้าที่ของชาวคริสเตียน ที่พึงช่วยกันปกป้องและดำรงรักษาไว้้อย่างไร ก็ดีสิ่งที่สำคัญที่สุดที่พึงระลึกถึงก็คือ ชีวิตเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานมา การจงใจยุติชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยง ความทุกข์ หรือการยุติปัญหาใดๆ ก็ตาม ไม่ใช่วิธีการที่ถูกต้องความสำคัญจึงอยู่ที่ว่าการตัดสินใจ ยุติการรักษาพยาบาล การปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบเพื่ออะไร สิ่งที่สำคัญที่จะลืมมิได้คือ การเคารพต่อชีวิตมนุษย์และเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์

3. ความตายในศาสนาอิสลาม ความตายถือจุดหมายปลายทางของการเดินทางจากชีวิตนี้ ไปสู่ชีวิตใหม่ ความตายเปรียบเสมือนประตูที่ก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง ซึ่งเป็นชีวิต นิรันดร์ ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมนุษย์มีความสมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้ เมื่อวาระของความตาย มาถึงอย่างแน่ชัด การพยายามหนีวาระ หรือปฏิเสธความตาย เป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ เพราะนอกจาก จะไม่เกิดประโยชน์อะไรแล้วยังเป็นการเสียเวลาไร้เหตุผลและยังเป็นการยืดเวลาของความทุกข์ ทรมานต่อไป สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความตาย ได้แก่ การเข้าใจองค์ประกอบของ มนุษย์ได้แก่กายและวิญญาณ เมื่อความตายเกิดขึ้นกลับคืนไปสู่โลกของวิญญาณ คืออาณาจักรของ พระเจ้าร่างกายย่อมคืนกลับไปสู่ดิน การนำร่างกายของผู้เสียชีวิตไปประกอบพิธีตามประเพณีของ ศาสนาตามเวลาที่ศาสนากำหนด ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องทำตามข้อกำหนด

การกลัวความตาย

Seneca (1979) กล่าวว่า โดยปกติคนจะกลัวความตาย คนกลัวความตายเพราะความตาย เป็นสิ่งที่เราไม่รู้จัก ความตายเป็นความแน่นอนที่ไม่แน่นอน เพราะคนเรารู้ว่าความตายต้องเกิดขึ้นกับทุกคนแต่ไม่ทราบว่าเมื่อตายไปแล้ว ชีวิตตนจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และจะตายเมื่อไร แต่โดยสรุปการกลัวตายของคนมีพื้นฐานมาจากความกลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักและกลัวการเข้าไปสู่อาณาจักรที่ตนเองไม่รู้จัก และจากผลการศึกษาของโรงพยาบาล Royal Victory hospital สรุปว่าความกลัวความตายของคนประกอบด้วย กลัวทนต่อความเจ็บปวดไม่ได้ กลัวหายใจไม่ออก กลัวการเสื่อมของจิตใจ และกลัวสูญเสียการควบคุมตัวเองและกลัวการอยู่อย่างเดียวตายขณะตาย

Schultz (1978 อ้างใน พัชรिता ไชยลังกา, 2534) กล่าวว่า ความกลัวเกี่ยวกับความตายมากที่สุดคือ กลัวความเจ็บปวดกลัวการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย กลัวความทุกข์ทรมาน ควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวสิ่งที่ยังไม่รู้ยังลึกลับว่าจะไปเจออะไรข้างหน้า กลัวความว้าเหว กลัวการสิ้นสภาพหรือสภาวะของตน

Gordon (1972 อ้างใน พัชรिता ไชยลังกา, 2534) กล่าวว่า ความกลัวตาย ประกอบด้วย กลัวเวลาตายที่ใกล้เข้ามา กลัวร่างกายเน่าเปื่อย กลัวร่างกายจะหายไป และกลัวความสุขที่ได้รับอยู่จะหมดไป การกลัวความตายจะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความรู้สึกที่ตนเองมีต่อความทุกข์ทรมานที่กำลังเผชิญอยู่และต้องเผชิญต่อไปในอนาคต คนที่ชีวิตพบแต่ความทุกข์ทรมานมักจะกลัวความตายน้อยกว่าบุคคลที่ชีวิตมีแต่ความสุขสบาย

Kalish (1985 อ้างใน พัชรिता ไชยลังกา, 2534) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุนั้นกลัวความตายน้อยกว่าคนหนุ่มสาว นั้นหมายถึงว่า ผู้สูงอายุยอมรับสถานะความตายได้ดีกว่าคนหนุ่มสาวนั่นเอง หรือแม้ว่าผู้สูงอายุที่กำลังใกล้จะตาย ก็ไม่ได้กลัวความตายเพิ่มมากขึ้นซึ่งปรากฏการณ์ของการที่ผู้สูงอายุไม่กลัวความตายและยอมรับสภาพความตายได้ดีกว่าคนวัยหนุ่มสาวนั้น อธิบายว่าขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ คือ

1. ผู้สูงอายุมองเห็นว่าชีวิตของตนนั้นได้เดินทางมาถึงจุดหมายปลายทางแล้ว ถึงอยู่ต่อไปก็ไม่สามารถทำอะไรประโยชน์อะไรได้มากขึ้น อนาคตข้างหน้าเป็นสิ่งที่สิ้นไม่สามารถทำให้ตนเองดีขึ้นไปกว่าเดิมได้ ซึ่งผิดกับวัยหนุ่มสาว ที่มองเห็นอนาคตเป็นสิ่งที่สวยงาม
2. ผู้สูงอายุนั้นเห็นว่าตนเองอยู่มานานมากแล้ว และเมื่อตนเองอยู่ในวัยที่สมควรจะตายได้แล้ว การมีชีวิตยืนยาวต่อไปนั้น จึงเป็นเพียงเวลาที่ยังหลงเหลืออยู่เท่านั้น ไม่ได้สร้างความสำคัญอะไรให้กับตนเองมากขึ้น
3. ตลอดเวลาที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมิประสบการณืเกี่ยวกับความตายของเพื่อนรัก ผู้ใกล้ชิด หรือแม้แต่บุคคลในครอบครัว สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับต่อสภาพความตายของตนเองที่จะมาถึงในอนาคตได้ การกลัวความตายนั้นมีส่วนสัมพันธ์กับศาสนา คือบุคคลที่มีความเชื่อทางศาสนาอย่างแรงกล้ามักจะไม่ค่อยกลัวความตาย เช่น บุคคลที่ฝึกสมาธิอยู่เสมอๆ จะไม่กังวลเกี่ยวกับความตายมากนัก ทั้งนี้เนื่องจากสภาพทางจิตที่มั่นคง สามารถพิจารณาถึงสภาวะปรากฏการณ์เกี่ยวกับความตายว่าเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติได้ดีกว่านั่นเอง

โดยสรุปการกลัวความตายของคนที่แสดงออกมาเป็นความกลัวเกี่ยวกับกระบวนการตายมากกว่าความตายที่แท้จริง ซึ่งได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับความตายรวมทั้งสถานภาพ ฐานะความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล

ระยะของปฏิกิริยาต่อการตาย

Kubler and Ross (1969 – 1974) ได้ศึกษาค้นคว้าและทดลองเกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคลใกล้ตายพบว่ามึปฏิกิริยาออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะการปฏิเสธและแยกตัว (Denial and isolation) ปฏิกิริยาแรกหลังจากที่ทราบว่าคุณต้องเสียชีวิต คือ ช็อก แล้วตามมาด้วยการปฏิเสธการวินิจฉัยโรคหรือเชื่อว่ามึบางสิ่งบางอย่างผิดพลาดผู้ที่ไม่สามารถผ่านระยะนี้อาจเปลี่ยนผู้รักษาไปเรื่อยๆ การปรับตัวในระยะนี้จะมีผลต่อการยอมรับการรักษา

ระยะที่ 2 เป็นระยะการโกรธแค้น (Anger) เมื่อระยะแรกสิ้นสุดลงความรู้สึกโกรธจะเกิดขึ้น เกิดความคับข้องใจ หงุดหงิด คิดเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น

ระยะที่ 3 เป็นระยะการต่อรอง (Bargaining) เป็นการพยายามเจรจากับบุคคลอื่นๆ หรือแม้แต่อ้อนวอนพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยให้สัญญาอะไรบางอย่างเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง

ระยะที่ 4 เป็นระยะการซึมเศร้า (Depression) เป็นการแสดงออกของอาการซึมเศร้า เช่น ถอยหนีจากสังคม เคลื่อนไหวช้า การนอนแปรปรวน ความรู้สึกหมดหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

ระยะที่ 5 เป็นระยะการยอมรับ (Acceptance) เป็นการรับรู้ถึงความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และยอมรับในสิ่งที่จะเกิดขึ้น อารมณ์จะกลับมาเป็นปกติ สามารถพูดคุยเรื่องการตายของตนเองกับทุกๆ คน และมีความเชื่อในปรัชญาและคำสอนของศาสนาที่นำมาซึ่งความสุข

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ทศนคติต่อความตาย หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อความตาย ซึ่งอาจจะเป็นความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบขึ้นอยู่กับ การได้รับข้อมูลหรือประสบการณ์

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง

ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเอง

Perls (1969) ได้กล่าวถึงความตระหนักรู้ในตนเองว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงออกซึ่งความรู้สึก ความคิด ความสำนึก มีสติรับรู้ภาวะปัจจุบัน ยอมรับตนเอง กำจัดสิ่งค้างคาใจ ไม่ปล่อยตัวเองให้ติดอยู่กับอดีต หรือคอยหวาดกลัวถึงอนาคตที่ยังมาไม่ถึง มีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจและการกระทำของตนเอง และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี

Wohlers and London (1989) ให้ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเองว่า ระดับที่บุคคลเข้าใจในจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง

Whetten and Cameron (1991) กล่าวว่า การตระหนักรู้ในตนเองเป็นการทำความเข้าใจและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถควบคุมและจัดการกับตนเองในด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

WHO (1994) ได้กล่าวถึง การตระหนักรู้ในตนเองว่าเป็นความสามารถในการค้นหาและเข้าใจในจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง และความแตกต่างจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะแง่ความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา สติวิ ท้องถิ่น สุขภาพ

Goleman (1998) กล่าวว่า การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) เป็นการตระหนักรู้ความรู้สึกและความโน้มเอียงของตนเอง หรือที่เรียกว่าสติ สามารถหยั่งรู้โดยการสำรวจตนเอง รู้ถึงความเป็นไปได้ของตนเอง ต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ รอบตัว และความพร้อมของตนเอง

Corsini (2002: 875) ให้ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเองว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะมองและเข้าใจในเรื่องของทัศนคติ แรงจูงใจ การกระทำ การป้องกัน จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง

สุภาพร ดาวดี (2537) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการตระหนักในตนเองไว้ว่า หมายถึง การรู้ตัวหรือการรู้สัมผัสเกี่ยวกับตนเองของบุคคลในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า คือ รู้ว่าตนเองกำลังคิดอะไร รู้สึกอย่างไร และกำลังทำอะไรอยู่ในขณะนั้น โดยอาศัยการมุ่งสนใจเข้าสู่ตนเอง

กองสุขศึกษา (2542) ได้ให้ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเองว่า หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจตนเอง รู้ว่าตนเองกำลังคิดอะไร รู้สึกอย่างไร และกำลังทำอะไรกับตนเองและกับบุคคลอื่น รวมทั้งสามารถที่จะประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

เท็ดค็อกซ์ เดชกง (2543) ได้ให้ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเองว่าเป็นการเข้าใจ ในความรู้สึกรู้สึกของตนเอง เข้าใจและมีจุดมุ่งหมายของชีวิต (Goal) ทั้งระยะสั้นและระยะยาวตลอดจน รู้ข้อเด่นและจุดด้อยของตนเองอย่างไม่ลำเอียงเข้าข้างตนเอง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2543) กล่าวว่า การตระหนักรู้ในตนเอง หมายถึง การรู้จักและเข้าใจ ความรู้สึกของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถควบคุม จัดการ และแสดงอารมณ์ได้ อย่างเหมาะสม มีสติที่สามารถรับรู้ และตระหนักรู้ได้ว่า ขณะนี้กำลังทำอะไร รู้สึกอย่างไร ตลอดจนสามารถรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการตระหนักรู้ในตนเอง หมายถึง การทำความรู้จักและเข้าใจความรู้สึก ของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถควบคุมและจัดการกับตนเองในด้านต่างๆ ได้อย่าง เหมาะสม

องค์ประกอบสำคัญของการตระหนักรู้ในตนเอง

Whetten and Cameron (1991: 55-56) ได้กล่าวว่า การตระหนักรู้ในตนเองนั้นมีหลายด้าน ทั้งในด้านอารมณ์ ทักษะบุคลิกภาพ เป็นต้น แต่ในหลายๆ ด้านนั้นมีด้านที่จำเป็นต้องศึกษา และทำความเข้าใจอยู่ 4 ด้าน ซึ่งถือว่าเป็นแกนสำคัญของการตระหนักรู้ในตนเอง ได้แก่

1. ด้านค่านิยม หมายถึง สิ่งที่คุณคลั่งยึดมั่นเป็นแนวคิด ความรู้สึก ความต้องการ ความเชื่อ เป็นแรงจูงใจ หรือสิ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้คุณสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางดำเนินชีวิตของคุณให้มี คุณค่าแก่ตนเองหรือสังคม

2. ด้านรูปแบบทางความคิด เป็นกระบวนการทางการคิดที่บุคคลแต่ละคนใช้เป็นแนวทาง ในการรับรู้ แปลความและโต้ตอบ สารข้อมูลในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งทำให้แต่ละบุคคลแสดงพฤติกรรม ออกมาแตกต่างกัน นอกจากนี้ Whetten and Cameron (1991: 65-68) ได้ยึดทฤษฎีด้านการคิดของ Jung ซึ่งแบ่งกระบวนการคิดเป็น 2 ด้าน ดังนี้

- 2.1 ด้านการรวบรวมข้อมูล เป็นกระบวนการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่ง ออกเป็น 2 ชั้น ดังนี้

2.1.1 การรับรู้โดยใช้ประสาทสัมผัส เป็นการรับรู้โดยใช้อวัยวะ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนังสัมผัส ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการสัมผัส แล้วส่งไปเป็นประสบการณ์ทางสมอง เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อไป จะเน้นที่รายละเอียดหรือคุณลักษณะเฉพาะของสิ่งเร้า หรือข้อมูลพื้นฐาน

2.1.2 การรับรู้ในใจ เป็นการที่เราสามารถคิด หรือพิจารณาถึงการรับรู้ทุกอย่างที่เกิดขึ้นในใจของเราเอง จะเป็นรูปแบบการคิดที่เข้าใจในภาพรวมทั้งหมดของสภาพการณ์หรือข้อมูล ไม่ว่าจะ เป็นความคิด ความรู้สึก อารมณ์ เน้นความสัมพันธ์ของข้อมูลพื้นฐาน

2.2 ด้านการประเมินข้อมูลข่าวสาร เป็นรูปแบบในการประเมินข้อมูลที่บุคคลได้รับมา ซึ่งประกอบไปด้วย

2.2.1 การคิด เป็นการจัดระบบและรูปแบบใหม่ของประสบการณ์ที่ผ่านมา แล้วให้เข้ากับสภาพการณ์ปัจจุบัน ใช้ประเมินข้อมูลที่ได้รับ โดยใช้การวางแผนอย่างมีระบบ และลำดับขั้นตอน เน้นที่กระบวนการที่เหมาะสมดำเนินไปอย่างมีเหตุผล

2.2.2 ความรู้สึก เป็นกระบวนการให้คุณค่ากับความคิด หรือเหตุการณ์ ใช้ความรู้สึกในการประเมินข้อมูล

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า รูปแบบการคิดออกเป็น 4 แบบ คือ การรับรู้โดยประสาทสัมผัส การรับรู้ในใจ การคิด และความรู้สึก เกี่ยวกับตนเอง

3. ด้านการปรับตัว ประกอบไปด้วยลักษณะ คือ มีความเชื่อมั่นในตนเองเป็นตัวของตัวเอง เห็นคุณค่าในตนเอง มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม มีความมั่นคงทางอารมณ์และแสดงออกอย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ รู้และเข้าใจในการแสดงออกต่อกันของบุคคล จะเกิดขึ้นจากความต้องการของผู้แสดงออกเองกับผู้ที่มาสัมพันธ์ จะเกิดเป็นพฤติกรรมต่อกัน การแสดงออกต่อกัน

ทั้ง 4 ด้านนี้ถ้าได้มีการพัฒนา ก็จะช่วยให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Goleman (1998) ได้กล่าวว่าการตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness) เป็นการตระหนักรู้ความรู้สึกและความโน้มเอียงของตนเอง หรือที่เรียกว่าเป็นผู้ที่มีสติ สามารถหยั่งรู้โดยการสำรวจตนเองรู้ถึงความเป็นไปได้ของตนเองต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ รอบตัวและความพร้อมของตนเองประกอบด้วย

1. การรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง รู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกนั้น และคาดคะเนผลที่จะเกิดตามมาได้
2. สามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง
3. มีความมั่นใจในตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถและความมีคุณค่าของตนเอง
4. สามารถจัดการกับความรู้สึกภายในตนได้โดยให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะพอดี

ปัจจัยที่มีผลต่อการตระหนักรู้ในตนเอง

พรเพชร โคตรสิงห์ (2542: 21-23) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตระหนักรู้ในตนเองว่า การตระหนักรู้ในตนเอง เป็นพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ หรือความรู้สึกซึ่งเกือบคล้ายความรู้สึกเป็นพฤติกรรมขั้นต่ำสุดของความรู้ ความคิด (Cognitive domain) ปัจจัยด้านความรู้สึกหรืออารมณ์นั้น จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้ ความคิดเสมอ การตระหนักรู้เป็นเรื่องของโอกาสการได้รับการสัมผัสจากสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม โดยไม่ได้ตั้งใจซึ่งจะไม่เกี่ยวข้องกับการจำเพียงแต่จะรู้สึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่แต่ไม่สามารถบ่งบอกได้อย่างชัดเจนว่าคุณสมบัติใดของสิ่งเร้าที่มีผลต่อความตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งอาจจะสรุปได้ว่าความรู้หรือการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตระหนักรู้ในตนเอง

มารยาท สุจริตวรกุล (2545: 15-16) ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการตระหนักรู้ของแต่ละบุคคลไว้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประสบการณ์การเรียนรู้ เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน และเกิดการรับรู้เรื่องราวเนื่องจากเข้าไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นๆ ประสบการณ์ที่ได้พบเห็นมีผล โดยตรงทำให้เกิดการรับรู้ต่างๆ เช่น คนที่เคยอยู่ในบ้านเมืองที่สับสนวุ่นวายไร้ระเบียบ สกปรกบนพื้นถนนหรือทางเท้าเต็มไปด้วยขยะ สายไฟฟ้า สายโทรศัพท์ระโยงระยางเกะกะ การรับรู้สภาพดังกล่าวอยู่ทุกวัน จะทำให้เกิดความเคยชินยอมรับ แต่สำนึกดังเมื่อมีการเปรียบเทียบจากสิ่งที่รับรู้ใหม่หรือสัมผัสใหม่ และนำการรับรู้ใหม่มาเปลี่ยนแปลงสำนึกของตนเองความใส่ใจและการให้คุณค่าในเรื่องที่จะรับรู้ ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้หลายระดับตั้งแต่ความจำเป็นความต้องการ ความคาดหวัง ความสนใจและอารมณ์ การรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับว่าเขาใส่ใจและให้คุณค่าในเรื่องนั้นมากน้อยเพียงใด

2. ลักษณะและรูปแบบของเรื่องที่จะรับรู้ว่ามีลักษณะ รูปแบบอย่างไร ถ้าเป็นเรื่องบุคคลสนใจ คาดหวังและต้องการ บุคคลก็จะรับรู้ได้ดี และส่งผลให้ตระหนักรู้

จากแนวคิดดังกล่าว จะเห็นว่า การตระหนักรู้ในตนเองเป็นพฤติกรรมด้านอารมณ์ และความรู้สึกที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความคิด ดังนั้นความรู้ หรือประสบการณ์ สถานการณ์ จึงเป็นปัจจัยสำคัญให้บุคคลใช้ความคิดไตร่ตรอง จนกระทั่งมองเห็นความสำคัญ ความต้องการ ความสนใจ หรือเห็นคุณค่าของสิ่งนั้นๆ และเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง

การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง

กุลทลี จริยาปยุคต์เลิศ และคณะ (2540: 22-25) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความตระหนักรู้ในตนเอง โดยกล่าวว่า ความตระหนักรู้ในตนเองเป็นสิ่งที่พัฒนาได้ และวิธีการพัฒนาก็คือการพยายามค้นหาตนเองให้พบ (Self Discovery) และตอบคำถามให้ได้ว่า ตนคือใคร ซึ่งได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนาความตระหนักรู้ในตนเอง จากหน้าต่าง Jo-Harry Window ว่า คือ การพยายามขยายบริเวณเปิดเผยในส่วนที่ 1 ออกไปให้กว้างที่สุด หากบุคคลสามารถขยายส่วนที่ 1 ให้กว้างออกไปได้บริเวณส่วนอื่นๆ จะแคบลง ดังภาพที่ 1

	ตนเอง	ตนเองไม่รู้		
ผู้อื่นรู้	บริเวณ เปิดเผย (1)	บริเวณ จุดบอด (2)	บริเวณเปิดเผย	1
	บริเวณ ความลับ (3)	บริเวณ อวิชชา (4)		2
ผู้อื่นไม่รู้				3
				4

ภาพที่ 1 แสดงแนวทางในการตระหนักรู้ในตนเอง โดยขยายบริเวณเปิดเผยให้กว้างขึ้น
ที่มา: กุลทลิต จริยาปยุคต์เลิศ และคณะ (2540: 22-25)

หลักสำคัญในการพัฒนาความตระหนักรู้ในตนเอง อาจกระทำได้ ดังวิธีการต่อไปนี้

1. การพิจารณาตนเอง หรือการประเมินตนเอง (Self assessing) เป็นการตรวจสอบและเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตนเองทุกด้าน เพื่อทำความรู้จักตนเองที่แท้จริง การประเมินตนเองอาจทำได้ในสิ่งต่อไปนี้

1.1 ตนเองทางด้านร่างกาย (Physical self) หมายถึง เจตคติ การรับรู้ และความรู้สึกของบุคคลในส่วนของตนเองด้านสรีรวิทยา รวมถึงรูปร่างหน้าตา และการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งบุคคลแต่ละคนให้ความสำคัญกับส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เท่ากัน เช่น ผู้หญิงมักให้ความสำคัญกับใบหน้ามากกว่าส่วนอื่น เป็นต้น ความรู้สึกต่อบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านร่างกายจะมีผลต่อความรู้สึกที่มีต่อความเป็นตนเองโดยรวม ดังเช่น บุคคลที่มีความพอใจต่อรูปร่างหน้าตาของตน มักจะมีมโนภาพแห่งตนไปในทางบวก เป็นต้น

1.2 ตนเองด้านอุดมการณ์หรือปณิธาน (Self ideal) ซึ่งรวมกับตนเองในทางศีลธรรม จรรยา ค่านิยม และความคาดหวังในชีวิต สิ่งเหล่านี้เป็นตัวเองในทางส่วนตัว

1.3 ตนเองด้านความรู้สึกมีคุณค่า (Self esteem) เป็นการประเมินถึงความรู้สึกการมีคุณค่าแห่งตน บุคคลประเมินได้จากการเปรียบเทียบจากเกณฑ์ที่ตนตั้งไว้ หรือโดยการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นๆ หากความรู้สึกที่มีบุคคลที่มีต่อตนเองในปัจจุบันต่ำกว่าความคาดหวังที่บุคคลได้ตั้งไว้ระดับของความรู้สึกที่มีคุณค่าแห่งตนจะต่ำ ในทางตรงกันข้ามหากความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในปัจจุบัน เป็นไปตามที่ตนได้ตั้งปณิธานไว้ บุคคลจะรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและยอมรับนับถือตนเองเป็นต้น

2. การรับฟังจากบุคคลอื่น การเรียนรู้จักตนเองจะสมบูรณ์ไม่ได้หากปราศจากความสัมพันธ์ที่ต้องมีกับบุคคลอื่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จะทำให้บุคคลได้เรียนรู้จักตนเองได้ชัดเจน ดังคำกล่าวที่ว่า “บุคคลอื่นเป็นกระจกเงาที่ดีที่สุด” นั่นก็คือ บุคคลไม่สามารถรู้จักตนเองได้หมด มีธรรมชาติหลาย ๆ อย่างในบุคคลซึ่งเจ้าตัวไม่ทราบและไม่ได้ตระหนัก หากแต่บุคคลอื่นมองเห็นชัดเจนตามที่เรียกว่าเป็นบริเวณจุดบอดในบุคคลตามการวิเคราะห์โดย Jo-Harry Window ดังกล่าวแล้ว ธรรมชาติในส่วนนี้เจ้าตัวจะรับทราบได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นต้องมีใจกว้างและรับฟังข้อมูลจากผู้อื่นว่าผู้อื่นเขามองเห็นเราอย่างไร บางทีข้อมูลที่ได้ อาจเป็นข้อมูลใหม่ซึ่งบุคคลนั้นรับไม่ได้ ทั้งนี้เพราะเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเสียหน้า เกิดความละอายและการที่บุคคลไม่ยอมรับฟังข้อมูลจากคนอื่นเป็นเพราะวิธีการให้ข้อมูลไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้องตามกาลเทศะ เป็นต้น การรับฟังข้อมูลจากบุคคลอื่น เราสามารถทำได้ทั้งในลักษณะของการรับฟังข้อเสนอแนะ หรือข้อมูลป้อนกลับทั้งแบบเป็นรายบุคคลหรือเป็นลักษณะของกลุ่ม ซึ่งในการพัฒนาความตระหนักในตนเองโดยการรับฟังข้อมูลจากบุคคลอื่นนั้น จึงมีความสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงทั้ง 2 ด้าน คือ

2.1 ด้านผู้รับฟัง จะต้องใจกว้างในการที่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับตนเองอย่างเป็นทางการพร้อมที่จะนำไปพิจารณา ไม่จำเป็นเสมอไปว่าการมองเห็นจากบุคคลอื่นจะต้องถูกต้องทั้งหมด การพิจารณาอย่างเป็นทางการ จะช่วยให้ความตระหนักของบุคคลถูกต้อง ชัดเจนตรงตามความเป็นจริงได้มาก

2.2 ด้านผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้บุคคลได้รู้จักตนเองมากขึ้นนั้น ไม่ถือว่าเป็นการประเมินบุคคล หากแต่จะต้องเป็นการให้ข้อมูลตามที่ตนได้สังเกต ได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก การเสนอข้อมูลในลักษณะเช่นนี้เรียกว่า “การให้ข้อมูลป้อนกลับ” (Feed back) ซึ่งมีข้อควรระวังคือ ควรกระทำด้วยความปรารถนาดี ไม่ใช่เพื่อมุ่งลายบุคคล การให้ข้อมูลจะต้องถูกต้องชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เข้าใจได้ไม่คลุมเครือ บอกข้อมูลตามที่เห็นและสังเกตได้ ไม่ใช่การตัดสินพฤติกรรม

ตามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล และที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ การให้ข้อมูลที่ให้เหมาะสมกับกาลเทศะ และความเป็นจริง ใช้ภาษาต่างๆ เป็นต้น

3. การเปิดเผยตนเอง (Self disclosing) การพัฒนาความตระหนักในตนเองส่วนหนึ่งนั้น ได้จากการเปิดเผยตนเอง เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองเกี่ยวกับแนวความคิด ค่านิยม ความรู้สึก เจตคติ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองนี้จึงเปรียบได้เสมือนหนึ่งการยืนยันว่าตนได้ตระหนัก ในความเป็นตนเองและพร้อมที่พัฒนา และเป็นการแสดงออกในความกล้าของเจ้าตัวเพราะ การเปิดเผยตนเองนี้เน้นที่การให้ข้อมูลในส่วนที่ 3 ของ Jo-Harry Window หรือบริเวณปิดบังซ่อนเร้น กล่าวคือ ความเป็นตนเองในส่วนนี้มีเจ้าตัวเท่านั้นที่ตระหนักรู้ และปกปิดได้ตลอดเวลาผู้อื่นไม่ได้ รับรู้ การเปิดเผยตนเองจะทำให้ผู้อื่นได้รู้จักตนเองมากขึ้น และในทางกลับกันตนเองจะได้ตระหนัก ในความเป็นตนเองมากยิ่งขึ้น

การเปิดเผยตนเอง โดยปกติแล้วอาจกระทำได้ใน 3 ลักษณะ คือ การแสดงความเห็น ออกมาจากใจจริง การบอกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง ทั้งที่ผู้อื่นทราบ และที่ผู้อื่นไม่ทราบ และการให้ ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวกับบุคคลอื่น การแสดงออกทั้งสามประเด็นนี้ สัมพันธ์โดยตรงกับความคิด ความรู้สึก และค่านิยมของผู้เปิดเผยโดยตรง ดังนั้นการแสดงออกเหล่านี้จึงถือว่าเป็นการเปิดเผย ตนเอง สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะต้องระลึกในการเปิดเผยตนเองนี้คือ จะต้องมีความจริงใจและซื่อสัตย์ ต่อความรู้สึก ความคิดของตนเอง และแสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติ โดยความรู้สึกไว้นั้นเชื่อใจ และเชื่อมั่นในบุคคลที่ตนกำลังให้ข้อมูล หากการเปิดเผยตนเองได้กระทำในลักษณะเช่นนี้จะก่อให้เกิด ความรู้สึกใกล้ชิดและเป็นกันเองมากขึ้น ซึ่งเป็นผลดีอย่างยิ่งต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลอีกด้วยสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้จากกันและกันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะเป็น บันไดสำคัญต่อการพัฒนาความตระหนักในตนเองเพิ่มขึ้น

4. การปฏิบัติเพื่อพัฒนาความตระหนักในตนเอง (Self intervening) การพัฒนาความตระหนัก ในตนเอง เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องกระทำอยู่เสมอ จากกระบวนการใน 3 ขั้นตอนดังที่ ได้กล่าวมาแล้วคือ การประเมินตนเองและพิจารณาตนเองอยู่เสมอ การรับฟังข้อมูลจากบุคคลอื่น และการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตนที่ผู้อื่นไม่ทราบให้ผู้อื่นได้รับทราบนั้นเป็นเพียงกระบวนการ ค้นหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตนเองเท่านั้น ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดเป็นเพียงดัชนีให้บุคคลได้ค้นพบตนเอง ซึ่งเป็นเพียงส่วนประกอบของความตระหนักในตนเอง ส่วนสำคัญที่เป็นเครื่องยืนยันให้ประจักษ์ว่า บุคคลมีความตระหนักในตนเองอย่างแท้จริง นั่นคือ การที่บุคคลจะต้องนำข้อมูลที่ได้อ่านมานั้นมา

วิเคราะห์ตนเองอย่างละเอียด และหาแนวทางในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตัวเอง (Self-designed change) และลงมือปฏิบัติเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงนี้อาจกระทำได้ตั้งแต่ การปรับปรุงวิธีคิด การควบคุมความรู้สึก และการเลือกสรร การกระทำที่ตนเองได้พิจารณาแล้วอย่างผู้ที่มีความตระหนักในตนเองอย่างแท้จริง

หลักสำคัญในการพัฒนาความตระหนักในตนเองดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า บุคคลจะพัฒนาความตระหนักในตนเองได้โดยการพิจารณาตนเอง การรับฟังจากบุคคลอื่น การเปิดเผยตนเอง และการปฏิบัติเพื่อพัฒนาความตระหนักในตนเอง การที่บุคคลจะเกิดความตระหนักในตนเองนั้น จะต้องนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตนเองอย่างละเอียด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองต่อไป

ฉิชา พรหมน้อย (2544: 29-30) ยังได้กล่าวถึงการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองว่ามีแนวทางการปฏิบัติ และขั้นตอนการฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาการตระหนักในตนเอง ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง สามารถปฏิบัติได้ 3 รูปแบบ คือ

1.1 การฟังตนเอง โดยการสำรวจหรือสังเกตความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองว่าเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นกระบวนการของภาวะตื่นอยู่เสมอ

1.2 การฟังคนอื่น เป็นการศึกษาตนเองโดยอาศัยการสังเกตปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อคน ทำให้ทราบว่าคนอื่นมองตนเองอย่างไร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตนเองจะเปิดใจได้มากน้อยขนาดไหน

1.3 การบอกคนอื่นเกี่ยวกับตนเอง เป็นการเปิดเผยตนเอง ซึ่งเป็นขั้นแรกของการพัฒนาความคิดตระหนักรู้ในตนเอง

2. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal relationships) ซึ่งครอบครัวมักจะเป็นแหล่งแรก และแหล่งสุดท้ายที่จะให้คำสอนเกี่ยวกับความตระหนักในตนเองโดยการเรียนรู้จะขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตรวมถึงสัมพันธภาพที่ตนมีกับครู อาจารย์ ผู้ร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา

การพัฒนาความตระหนักในตนเองสามารถฝึกปฏิบัติได้ ถ้ามีการฝึกฝนหรือปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต ก็จะสามารถสร้างความสมดุลให้กับตนเอง มีทักษะในการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งมีประโยชน์และสำคัญยิ่งการพัฒนาตนเอง อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มโอกาสในการพัฒนา ปรับปรุง พฤติกรรมของตนเองในด้านต่างๆ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น กระบวนการสร้างความตระหนักในตนเอง สามารถฝึกปฏิบัติได้ จากขั้นตอนและกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้สึกร่วม ประกอบด้วย การใช้สื่อ ทำให้เกิดความรู้สึกร่วม เช่น บทความจากหนังสือพิมพ์ วิดีโอเทป โปสเตอร์ แผ่นพับ หรือกิจกรรมโดยใช้เกม
2. ขั้นตอนการจัดระบบความคิดความเชื่อ ประกอบด้วย กิจกรรมที่เน้นกระบวนการกลุ่ม เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อย การอภิปรายกลุ่มใหญ่ และการประยุกต์แนวคิด

ผู้วิจัยศึกษา การตระหนักรู้ในตนเองตามแนวคิดของ Whetten and Cameron (1991) การทำความเข้าใจและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถควบคุมและจัดการกับตนเองในด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านค่านิยม หมายถึง สิ่งที่คุณคล้อยตามเป็นแนวคิด ความรู้สึก ความต้องการ ความเชื่อ เป็นแรงจูงใจ หรือสิ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้คุณสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางดำเนินชีวิตของคุณให้มีความคุ้มค่าแก่ตนเองหรือสังคม
2. ด้านรูปแบบทางความคิด หมายถึง กระบวนการทางการคิดที่คุณเลือกใช้เป็นแนวทางในการรับรู้ แปลความและโต้ตอบการรับรู้ โดยประสาทสัมผัสใช้อวัยวะตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนังรับสัมผัส การรับรู้ในใจเป็นการรับรู้ทุกอย่างที่เกิดขึ้นในใจของเราเอง การคิดจัดระบบและรูปแบบใหม่ของประสบการณ์ที่ผ่านมา แล้วให้เข้ากับสภาพการณ์ปัจจุบัน และความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง
3. ด้านการปรับตัว หมายถึง มีความเชื่อมั่นในตนเองเป็นตัวของตัวเอง เห็นคุณค่าในตนเอง มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เป็นที่ยอมรับนับถือของกลุ่ม มีความมั่นคงทางอารมณ์และแสดงออกอย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง รู้และเข้าใจในการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเกิดขึ้นจากความต้องการของผู้สูงอายุกับผู้ที่มาปฏิสัมพันธ์จะเกิดเป็นพฤติกรรมต่อกัน การแสดงออกต่อกัน

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976: 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือมีส่วนร่วมในสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kaplan (1977: 47-58) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่บุคคลได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของบุคคลนั้น โดยการติดต่อกับสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

Kahn (1979: 85) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งการยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทองหรือสิ่งของ

Mark (1982: 20) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ไม่เฉพาะแต่การช่วยเหลือด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่รวมถึงความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย

Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นๆ โดยได้จากกลุ่มคนในระดับสังคมนั้นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์วัสดุอุปกรณ์ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

The oxford English dictionary (1989 อ้างใน รุ่งทิพย์ เบ้าตั้น, 2546) ได้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมดังนี้

1. การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อปกป้อง หรือป้องกันบุคคลจากการยอมแพ้หรือทอดทิ้ง หรือความทุกข์ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อนุเคราะห์หรือสนับสนุน การอุดหนุน หรือ การช่วยเหลือด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ ความสุขสบายทางจิตใจ ความร่วมมือในการใช้ถ้อยคำ

2. การกระทำในการปกป้องคุ้มครอง บุคคลจากความล้มเหลว หรือไม่สมหวังอ่อนเพลีย หมดกำลัง และการให้สิ่งของเพื่อการดำรงชีวิต

3. บุคคลหรือสิ่งของที่ส่งเสริมหรือสนับสนุน

4. สิ่งที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนสิ่งที่จำเป็น สนับสนุนวิถีทางหรือรายได้ของอาชีพหรือ การทำมาหากิน การยังชีพหรือความเป็นอยู่

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ทำให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความร่วมมือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้รับแรงสนับสนุนและมีผลให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้ให้การสนับสนุนต้องการ

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทาง สังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ บริการ ช่วยให้บุคคลรับรู้ ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

จริยวัตร คมพักษณ์ (2531: 105) ได้แบ่งกลุ่มทางสังคมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิก เป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท คู่สมรส

2. กลุ่มทุกข์ภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976: 300-313) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้บุคคลทราบว่าตนเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นข้อมูลที่บอกว่าคุณคนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer *et al.* (1981: 381-406) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง แรงสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ รวมทั้งพฤติกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่และให้ความมั่นคงปลอดภัย

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ การที่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม การพบปะพี่น้อง เพื่อนฝูง รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางด้านศาสนาจากสมาชิกในครอบครัว

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ หมายถึง เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง การอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดจนบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลจากสมาชิกในครอบครัว

House (n.d. cited in Tilden, 1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเอง การเรียนรู้ตนเอง การให้การรับรองจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอแนะและแนวคิดซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน และการปรับสภาพแวดล้อม

Pender (1987) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ประเภท คือ

1. ด้านการสนับสนุน หมายถึง การกระทำที่ช่วยให้การสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์ และตอบสนองความต้องการสถานการณ์ต่างๆ เช่น สิ่งของต่างๆ กำลังใจ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

2. ด้านการแนะนำ หมายถึง การให้ข้อมูลหรือการแนะนำต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้รับพิจารณาว่า ควรจะอย่างไร จึงจะบรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการได้

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985: 11-22) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) คือการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม วัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆด้วยความสมัครใจและการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Meso level) คือการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม วัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือ ด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการยกย่อง
3. ระดับแคบหรือระดับลึก (Micro level) คือการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร และสมาชิกในครอบครัว หรือคนรัก ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้การสนับสนุนทางจิตใจแสดงความรักและห่วงใย

การสนับสนุนของครอบครัว

สุรเดช ตำราจิตต์ (2537) กล่าวถึงครอบครัวว่า เป็นสถาบันที่สำคัญสถาบันหนึ่งของสังคมซึ่งทำหน้าที่ต่างๆ ให้กับสังคม รวมทั้งทำหน้าที่สร้างสมาชิกที่ดีให้แก่สังคมด้วย ครอบครัวจะเป็นกลุ่มทางสังคมกลุ่มแรกที่มีมนุษย์มีประสบการณ์และมีความสัมพันธ์อยู่ตลอดชีวิต นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นหน่วยการปกครองระดับต่างๆ ของประเทศเพราะครอบครัวเป็นแหล่งที่ให้กำเนิดแก่มนุษย์ รวมทั้งทำหน้าที่สั่งสอน ฝึกอบรมขั้นต้นของสังคมมนุษย์

จำนง อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ (2543: 79) กล่าวว่า สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันแรกของสังคมมีบทบาทในการเลี้ยงดูสมาชิกที่เกิดมาให้มีชีวิตอยู่รอด ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลกลุ่มหนึ่ง ประกอบด้วยบิดามารดาและบุตร ซึ่งอาจจะสืบจากสายโลหิตหรือจากการรับเป็นบุตรบุญธรรมก็ได้

ลักษณะของครอบครัว

อุไร ขลุ่ยนาค (2540: 35) ได้กล่าวถึง ลักษณะครอบครัวว่าสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) ประกอบด้วยคน 2 รุ่นอายุ มีความจำกัดของเวลาหรือช่วงอายุ เช่น พ่อ แม่ และบุตร ทั้งโดยกำเนิดหรือบุตรบุญธรรมอยู่ร่วมกันหรือคู่สมรสอยู่ร่วมกัน โดยไม่มีบุตร ในปัจจุบันครอบครัวสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

2. ครอบครัวขยาย (Extended family) ประกอบด้วย ครอบครัวเดี่ยวและญาติ อาจโดยสายโลหิตการรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือการแต่งงาน ครอบครัวขยายแบ่งออกเป็นครอบครัวขยายมีคู่ครองมากกว่าหนึ่งคนและครอบครัวขยายหลายรุ่นอายุซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ทั้งที่ยังไม่ได้แต่งงานหรือแต่งงานแล้ว ลักษณะของครอบครัวแบบนี้จะมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น

วาสนา เกื้อนวงษ์ (2540) ให้ความหมายของลักษณะครอบครัวไว้ดังนี้ ลักษณะครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวแบ่งเป็น 2 ประเภท

ครอบครัวเดี่ยวหมายถึง ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรืออยู่ร่วมกับคู่สมรส
2. ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกันกับบุตร หรือหลาน
3. ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร
4. ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรสและหลาน
5. ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว

ครอบครัวขยาย หมายถึง ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยผู้สูงอายุหรือคู่สมรสและครอบครัวของบุตร หลาน ญาติพี่น้อง ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน

หน้าที่ของครอบครัว

อัมพล สุอำพัน (2539: 726- 727) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัว คือ งานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว สามารถแยกออกได้เป็นหน้าที่ต่างๆ ดังนี้

1. หน้าที่ทางชีววิทยา หมายถึง การให้กำเนิดบุตร
2. หน้าที่ให้ความรักครอบครัว หมายถึง ครอบครัวต้องทำหน้าที่ให้ความรักอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความไว้วางใจ เป็นรากฐานของมนุษย์สัมพันธ์ รู้จักการปรับตัว มองโลกในแง่ดี
3. หน้าที่กำหนดฐานะ เนื่องจากกลุ่มชนในสังคมมีเศรษฐกิจฐานะต่างกัน ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงฐานะตลอด จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวมีฐานะเปลี่ยนแปลงไปด้วย
4. หน้าที่ปกป้องให้ความปลอดภัย เป็นหน้าที่ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวผู้ที่แข็งแรงกว่าต้องปกป้องผู้ที่อ่อนแอ
5. หน้าที่อบรมเลี้ยงดูและการให้การศึกษา เป็นการพัฒนาศติปัญญาและบุคลิกภาพให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข
6. หน้าที่ทางด้านเศรษฐกิจ บุคคลย่อมมีความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ครอบครัวต้องสร้างรากฐานทางอาชีพให้มั่นคง
7. หน้าที่ทางด้านศาสนา ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ครอบครัวต้องมีความยึดมั่นและปลูกฝังเรื่องศาสนาให้สมาชิกในครอบครัว
8. หน้าที่ทางด้านสันตนาการ ช่วยลดความเครียด อาจจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อนใจสำหรับสมาชิกในครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบของการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัวตามแนวความคิดของ Schaefer *et al.* (1981: 381-406) การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวคือ การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และ สุทธิ ทองวิเชียร (2533) ได้ศึกษาทัศนคติที่มีต่อความตาย และการเลือกสถานที่ตายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าชาย ไม่มีอาชีพ การศึกษาน้อยและไม่มีรายได้ มีอัตมโนทัศน์ซึ่งเป็นโครงสร้างของการรับรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่บางครั้งยังรู้สึกเหงา หว้าเหว และเบื่อหน่ายในชีวิต มีความคิดเห็นว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา ทุกชีวิตไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีการระลึกถึงความตาย อยู่เป็นประจำ ความต้องการของคนใกล้ตายอยู่เป็นประจำ ความต้องการของคนใกล้ตายคือ ธรรม ในศาสนาที่ตนเองนับถืออยู่ ต้องการตายอย่างอิสระ สงบ มีศักดิ์ศรี ได้รับการบรรเทาทุกข์ทรมาน ในภาวะใกล้ตายรวมถึงต้องการได้รับความเห็นอกเห็นใจญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิดเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตาย การเลือกสถานที่ตายส่วนใหญ่ต้องการตายที่บ้านซึ่งมีญาติพี่น้องดูแล รองลงมาคือ การตาย ในสถานพยาบาล ที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ ในกรณีซึ่งมีการเจ็บป่วย เรื้อรังส่วนใหญ่ต้องการตายที่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพของรัฐติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อ ให้การช่วยเหลือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกสถานที่ตาย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากรและ สถานะทางเศรษฐกิจสังคม เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ รวมถึง อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุต่างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ประมาณ 2 ใน 3 ของ ญาติมีความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุในระดับดี

พัชรดา ไชยลังกา (2534) ได้อ้างถึงงานวิจัยของ Keith ที่พบว่าเพศหญิงส่วนใหญ่ยอมรับ เรื่องชีวิตและความตาย (Positivists) เพศหญิงที่สุขภาพเสื่อมถอยมีแนวคิดทั้งยอมรับและปฏิเสธ เพศหญิงแสดงออกถึงการยอมรับความตาย และวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าเพศชายมี ความเข้าใจว่าความตายคล้ายการเริ่มต้นชีวิตอีกรูปแบบหนึ่ง ส่วนเพศชายส่วนใหญ่คิดว่าความตาย

ทำให้ตนเองมีเวลาในการดำเนินชีวิตเหลือน้อยลงกลัวความตาย ความตายทำให้เกิดการสูญเสีย (Negativist) มีแนวคิดแบบปฏิเสธ คิดว่าความตายเป็นการสิ้นสุด

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.7 ยังคงอาศัยอยู่กับลูกหลาน และมีความสุขในสถาบันครอบครัว แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 จึงได้จากลูกหลาน เมื่อผู้สูงอายุมีแหล่งประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ คือ รายได้ที่ได้จากบุตรหลาน จึงเสมือนการได้รับความรัก ความเคารพ ความเอาใจใส่ดูแล และความห่วงใยของบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นคง มีความภาคภูมิใจ ความสามารถที่ตนเองเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็นคนดี มีความกตัญญูจึงเกิดความพึงพอใจและความผาสุกทางจิตใจตามมา

จริยา น้ำสกุล (2535) ได้ศึกษา ทศนคติและการยอมรับของประชาชนต่อการใช้เกณฑ์วินิจฉัยสมรรถภาพของแพทย์สภาในการตัดสินใจการตาย โดยศึกษาในประชาชน 4 กลุ่ม คือ แพทย์ นักกฎหมาย นักบวชและประชาชนทั่วไป ได้ผลว่า ทศนคติของประชาชนทั้ง 4 กลุ่ม ที่มีต่อการใช้เกณฑ์วินิจฉัยสมรรถภาพของแพทย์สภาในการตัดสินใจการตาย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าจะใช้เกณฑ์วินิจฉัยดังกล่าวตัดสินใจการตายดีหรือไม่ แต่ยอมรับว่า แพทย์เป็นผู้ที่มีหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยและตัดสินใจการตาย อีกทั้งเห็นว่าควรมีการออกกฎหมายรองรับในเรื่องนี้ ทั้งนี้เพื่อความชอบธรรมในการปฏิบัติงานของแพทย์

วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเข้มแข็งของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งกับอายุ การศึกษา รายได้ ความพึงพอใจในฐานะการเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความพึงพอใจในชีวิต กิจกรรมในการดำเนินชีวิต และสภาวะสุขภาพทางร่างกาย ความเข้มแข็งพบว่าสูงมากในกลุ่มผู้สูงอายุหญิง โสด หรือเคยสมรสแล้ว ผู้ที่มีอายุสูงและกลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจในฐานะการเงิน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าความพึงพอใจในชีวิต การศึกษา ความพึงพอใจในฐานะการเงิน และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันอธิบายความเข้มแข็งของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 34.5 ในรูปสมการ ความเข้มแข็ง = $52.6733 - 0.3558$ (ความพึงพอใจในชีวิต) - 0.4828 (การศึกษา) - 2.9997 (ความพอใจในฐานะการเงิน) - 0.1911 (สัมพันธภาพระหว่างบุคคล)

พรรณวดี พุชวัฒน์ และคณะ (2540) ได้ศึกษาภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการของผู้สูงในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทางร่างกายและการดูแลตนเองด้านโภชนาการค่อนข้างดี ประมาณหนึ่งในห้ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง แต่เกือบทั้งหมดมีดัชนีทางโภชนาการผิดปกติอย่างน้อย 1 ด้าน ผลการทดสอบสมมุติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทางร่างกาย เรื่องการเคี้ยว รับประทาน รับประทานอาหารที่มีภาวะซึมเศร้า น้อยกว่า และมีการดูแลตนเองด้านโภชนาการดีกว่ากลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะทางร่างกาย ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่สามารถกระทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันขึ้นพื้นฐานอยู่ในเกณฑ์ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการดูแลตนเองด้านโภชนาการดีกว่ากลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่มีการดูแลตนเองด้านโภชนาการต่างกันมีภาวะโภชนาการโดยรวมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Orem ในเรื่องปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ

ศิริรัตน์ อุปติวุฒิ และ สิริเกียรติ ยันตติลล (2540) ได้ศึกษาในเรื่องการพยายามฆ่าตัวตาย และความคิดอยากตายในผู้สูงอายุได้ศึกษาผู้สูงอายุที่มารับบริการในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช พบว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตายร้อยละ 47.5 เนื่องมาจากปัญหาครอบครัว รองลงมาคือ ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกาย คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนร้อยละ 42.5 จะมีหลายสาเหตุร่วมกัน ในแง่ของความเจ็บป่วยทางกายพบว่าร้อยละ 95 ของประชากรที่ศึกษา มีโรคทางกายร่วมด้วย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็ง

กรแก้ว กำพลศิริ (2542) ได้ศึกษาเรื่องการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จากผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขกรุงกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 74.67 ตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตาย และต้องการให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อเขาอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวร้อยละ 86.7

สุภาวดี วรพันธ์ (2546) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบ เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 67.8 และเห็นด้วยกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบกับทุกสถานการณ์ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.5 โดยเฉพาะกรณีที่ควรได้รับยาแก้ปวดเพื่อให้

ฟื้นความทรงจำ แม้ว่าอาจทำให้คิดยาและถึงแก่กรรมเร็วขึ้น สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบ ได้แก่ รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบ และปัจจัยเกี่ยวพันทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการตายอย่างไม่สงบ การรับรู้ประโยชน์และสิ่งที่จะต้องเสียไปในการตายอย่างสงบ สามารถร่วมทำนายการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 22.6

ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ (2547) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 72.3 ปี และเป็นเพศชายร้อยละ 54.2 เพศหญิงร้อยละ 45.8 กลุ่มผู้สูงอายुर้อยละ 61.7 มีภาวะซึมเศร้าโดยร้อยละ 37.5 ของกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 21.7 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และร้อยละ 2.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($r=.46$) การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($r=.36$) การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว ($r=.26$) และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ($r=.17$) จากการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรทั้ง 4 ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 36 โดยที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 21, 6.3, 6 และ 3 ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง ขณะอยู่ในโรงพยาบาลจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ นอกจากนี้พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคให้ผู้ป่วยเข้าใจ และส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว ในขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

อรวรรณ ทองแดง และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาคู่่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยร้อยละ 12.78 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างเด็กร้อยละ 8.23 (ชายร้อยละ 5.43 หญิงร้อยละ 9.63) และภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะทางสมองร้อยละ 4.55 (ชายร้อยละ 2.8 หญิงร้อยละ 5.54) อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า (Point incidence) เป็นร้อยละ 7.27 (ชายร้อยละ 1.58 หญิงร้อยละ 5.68) ประสิทธิภาพของการพัฒนาคู่่มือสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีค่าความเที่ยงตรงเชิงความสอดคล้องภายใน (.84 ถึง .94) ค่าความไว (82.14%) ค่าความจำเพาะ (97.56%) ค่าการคาดคะเนบวก (97.87%)

ค่าการคาดคะเนลบ (80%) อยู่ในเกณฑ์สูง มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ในระยะเริ่มแรก โดยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (86.7% และ 9.8% ตามลำดับ) และการแสวงหาการรักษาได้เร็วขึ้น (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาพบแพทย์เองที่โรงพยาบาลเมื่อสงสัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้าใน 42 วันและ 122 วันตามลำดับ) ทำให้ปัญหาที่พบร่วมกับภาวะซึมเศร้าต่างๆ ลดลง ได้แก่ ความถี่ของพฤติกรรมการดื่มสุรา การใช้ยาคลายเครียด การใช้สารเสพติด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตซึ่งทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากผลการวิจัยคำนวณผลประโยชน์ในการประหยัดงบประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลประมาณ 1,713,337,920 บาท ประหยัดค่าตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทาง 250,488,000 บาท และประหยัดการครองเตียง 7,932 เตียงต่อปี อาการที่พบบ่อยของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเรียงตามลำดับดังนี้คือ (1) ความรู้สึกเซ็งหรือ เสียใจหรือเศร้าหรือหงุดหงิด (2) การเปลี่ยนแปลงด้านการนอน (3) ความรู้สึกเบื่อหน่าย (4) รู้สึกอ่อนเพลีย (5) ความรู้สึกหมดหวัง ไม่มีคุณค่า (6) อาการกระวนกระวาย (7) สมาธิไม่ดี (8) การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความอยากอาหาร (9) ความคิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็น Dysthymia และ Adjustment Disorder with depressed mood ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางเศรษฐกิจ รองลงมาเป็นปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย ซึ่งสาเหตุดังกล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์หาแนวทางป้องกันได้

งานวิจัยต่างประเทศ

Shanas (1979) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวของชาวอเมริกาที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปี โดยการสำรวจ พบว่า ครอบครัวจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด ขณะที่ผู้สูงอายุเหล่านี้พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลโดยมีเครือญาติอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วย หลาน ญาติ พี่น้อง และผู้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ เมื่อพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน

Thorpe (1993) ได้ศึกษาถึง ความสามารถของผู้ป่วยใกล้ตายที่จะตายที่บ้าน พบว่าประชาชนคาดหวังว่าตนเองจะได้ตายอยู่ที่บ้าน จะได้ตายที่บ้านท่ามกลางบุคคลที่ตนรัก โดยมีการยอมรับความจริงเกี่ยวกับการตายว่าเป็นการสูญเสียและทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ และได้นำเนื้อหาเกี่ยวกับตายเข้าสู่สถาบันการศึกษา โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของบุคคลเมื่อเข้าสู่ความตาย สถานที่

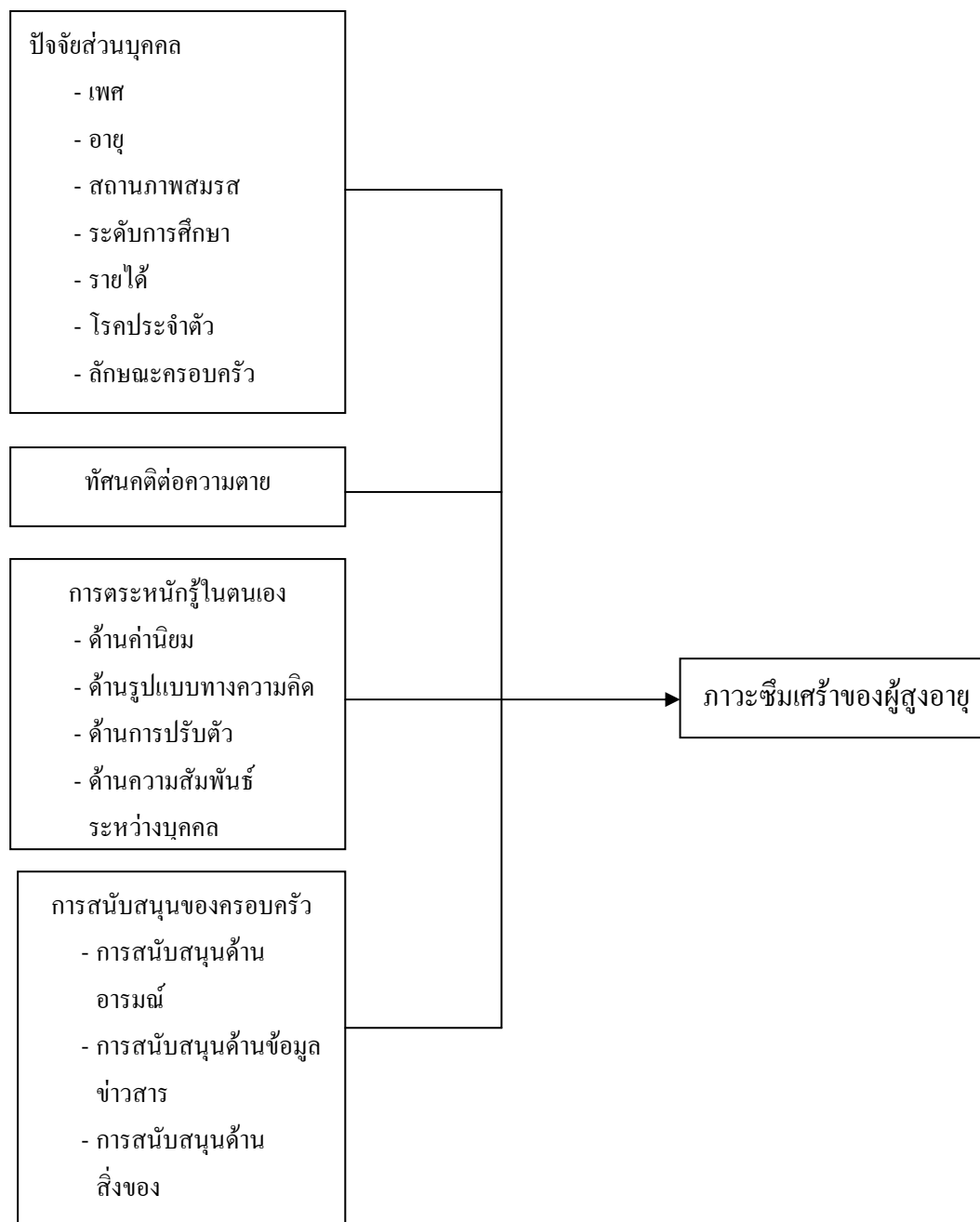
ที่บุคคลเลือกที่จะตาย สถานที่ที่บุคคลเลือกที่จะอยู่ในช่วงปีสุดท้ายก่อนการตายเหตุผลที่บุคคลเลือกเข้าไปอยู่ในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบุคคลส่วนใหญ่ที่ใกล้ตายเลือกที่จะตายอยู่ที่บ้าน

Anne *et al.* (1995) ได้ศึกษาถึง ทักษะคติของพยาบาลต่อการช่วยเหลือให้ตายโดยไม่ทรมาน โดยศึกษาในโรงพยาบาล 2 กลุ่ม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ส่วนมากไม่เห็นด้วยกับการช่วยให้ตายโดยไม่ทรมาน ซึ่งเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและมีประมาณ 25 % ที่รู้สึกคลุมเครือในเรื่องการช่วยให้ตายโดยไม่ทรมาน และมีประมาณ 5 คนที่ยอมลาออกถ้าให้มีส่วนร่วมในการช่วยให้ตายโดยไม่ทรมาน

Mickey (1999) ได้ศึกษาถึง การกลัวความตายของผู้สูงอายุ ประเด็นหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุกลัวความตาย คือ กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวความอ้างว้างโดดเดี่ยว บุคคลที่ขาดการช่วยเหลือคำจุนทางสังคม ญาติเพื่อนฝูง จะหมกมุ่นกับการสูญเสีย เสรีภาพเป็นเวลานานดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่กลัวตาย

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสีแก้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้
 - 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
 - 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
 - 1.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
 - 1.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
 - 1.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
 - 1.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
 - 1.7 ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
2. ทักษะคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. การตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
5. ปัจจัยทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเองและการสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสิเกา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5,240 คน (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2550)

กลุ่มตัวอย่าง

1. การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 การคำนวณหาขนาดตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสิเกา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5,240 คน โดยการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Yamane (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2531: 51) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{(5,240)}{1 + (5,240 \times 0.05^2)}$$

$$n = 371.6312 = 372 \text{ คน}$$

โดยที่ e	=	ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง
N	=	จำนวนประชากรที่ศึกษาทั้งหมด
n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 372 คน

2. วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Two-Stage Sampling) ดังนี้ (สุรินทร์ นิยมางกูร, 2548: 175)

2.1 เมื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 2 แห่ง จากชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 16 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากได้ผลดังนี้ คือ ชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสี่กั๊ก และชมรมผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสี่กั๊ก

2.2 การสุ่มตัวอย่างจำนวนผู้สูงอายุได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากให้ได้ตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่าๆ กัน ดังนี้

ชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสี่กั๊ก	186	คน
ชมรมผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสี่กั๊ก	186	คน
รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	372	คน

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ตลอดจนงานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เป็นแบบให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารคำราตลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราวัดประเมินค่า (Likert scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ โดยมีการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เป็นจริงมากที่สุด	5	1
เป็นจริงมาก	4	2
เป็นจริงปานกลาง	3	3
เป็นจริงน้อย	2	4
เป็นจริงน้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแบ่งทัศนคติต่อความตายแบ่งออกเป็น 3 ช่วงคะแนน ได้แก่ มีทัศนคติต่อความตายระดับสูง มีทัศนคติต่อความตายระดับปานกลาง และมีทัศนคติต่อความตายระดับต่ำ ซึ่งได้มาจากการคำนวณช่วงคะแนนจากสูตรดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3}$$

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะได้ช่วงคะแนน เท่ากับ $\frac{5 - 1}{3} = 1.33$

จะได้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนนดังนี้

ทัศนคติต่อความตาย	ระดับคะแนน
ระดับต่ำ	1.00 – 2.33
ระดับปานกลาง	2.34 – 3.67
ระดับสูง	3.68 – 5.00

ผู้วิจัยแบ่งระดับทัศนคติต่อความตายรวมทั้งฉบับ (18 ข้อ) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

$$\text{จะได้ช่วงคะแนน เท่ากับ} \quad \frac{90 - 18}{3} = 24$$

คะแนนระหว่าง 18.00 – 24.00 หมายถึง ทัศนคติต่อความตายระดับต่ำหรือเชิงลบ

คะแนนระหว่าง 24.01 – 66.00 หมายถึง ทัศนคติต่อความตายระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 66.01 – 90.00 หมายถึง ทัศนคติต่อความตายระดับสูงหรือเชิงบวก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเองของ Whetten and Cameron (1991) ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราวัดประเมินค่า (Likert scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด จำนวนทั้งสิ้น 42 ข้อ โดยมีกรให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	การให้คะแนน
เป็นจริงน้อยที่สุด	1
เป็นจริงน้อย	2
เป็นจริงปานกลาง	3
เป็นจริงมาก	4
เป็นจริงมากที่สุด	5

เกณฑ์การแบ่งการตระหนักรู้ในตนเองแบ่งออกเป็น 3 ช่วงคะแนน ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเองระดับสูง การตระหนักรู้ในตนเองระดับปานกลาง และการตระหนักรู้ในตนเองระดับต่ำ ซึ่งได้มาจากการคำนวณช่วงคะแนนจากสูตรดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3}$$

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะได้ช่วงคะแนน เท่ากับ $\frac{5 - 1}{3} = 1.33$

จะได้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนนดังนี้

การตระหนักรู้ในตนเอง	ระดับคะแนน
ระดับต่ำ	1.00 – 2.33
ระดับปานกลาง	2.34 – 3.67
ระดับสูง	3.68 – 5.00

ผู้วิจัยแบ่งระดับการตระหนักรู้ในตนเองรวมทั้งฉบับ (42 ข้อ) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

$$\text{จะได้ช่วงคะแนน เท่ากับ } \frac{210 - 42}{3} = 56$$

คะแนนระหว่าง 42.00 – 98.00 หมายถึง การตระหนักรู้ในตนเองระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 98.01 – 154.00 หมายถึง การตระหนักรู้ในตนเองระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 154.01 – 210.00 หมายถึง การตระหนักรู้ในตนเองระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของ Schaefer et al (1981) ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราวัดประเมินค่า (Likert scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด จำนวนทั้งสิ้น 32 ข้อ โดยมีการให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	การให้คะแนน
เป็นจริงน้อยที่สุด	1
เป็นจริงน้อย	2
เป็นจริงปานกลาง	3
เป็นจริงมาก	4
เป็นจริงมากที่สุด	5

เกณฑ์การแบ่งการสนับสนุนของครอบครัวแบ่งออกเป็น 3 ช่วงคะแนน ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัวระดับสูง การสนับสนุนของครอบครัวระดับปานกลาง และการสนับสนุนของครอบครัวระดับต่ำ ซึ่งได้มาจากการคำนวณช่วงคะแนนจากสูตรดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3}$$

$$\text{สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะได้ช่วงคะแนน เท่ากับ } \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

จะได้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนนดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	ระดับคะแนน
ระดับต่ำ	1.00 – 2.33
ระดับปานกลาง	2.34 – 3.67
ระดับสูง	3.68 – 5.00

ผู้วิจัยแบ่งระดับการสนับสนุนของครอบครัวรายด้านออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์ (12 ข้อ) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

$$\text{จะได้ช่วงคะแนน เท่ากับ } \frac{60 - 12}{3} = 16$$

คะแนนระหว่าง 12.00 – 28.00 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์ ระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 28.01 – 44.00 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์ ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 44.01 – 60.00 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์ ระดับสูง

2. การสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร (10 ข้อ) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

$$\text{จะได้ช่วงคะแนน เท่ากับ } \frac{50 - 10}{3} = 13.33$$

คะแนนระหว่าง 10.00 – 23.33 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูล ข่าวสารระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 23.34 – 36.66 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูล ข่าวสารระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 36.67 – 50.00 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูล ข่าวสารระดับสูง

3. การสนับสนุนของครอบครัวด้านสิ่งของ (10 ข้อ) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

$$\text{จะได้ช่วงคะแนน เท่ากับ } \frac{50 - 10}{3} = 13.33$$

คะแนนระหว่าง 10.00 – 23.33 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวด้านสิ่งของ ระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 23.34 – 36.66 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวด้านสิ่งของ ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 36.67 – 50.00 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวด้านสิ่งของ ระดับสูง

นอกจากนี้ผู้วิจัยแบ่งระดับการสนับสนุนของครอบครัวรวมทั้งฉบับ (32 ข้อ) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

$$\text{จะได้ช่วงคะแนน เท่ากับ } \frac{160 - 32}{3} = 42.66$$

คะแนนระหว่าง 32.00 – 74.66 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวระดับต่ำ
 คะแนนระหว่าง 74.67 – 117.33 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวระดับปานกลาง
 คะแนนระหว่าง 117.34 – 160.00 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้แปลมาจากแบบวัด Reynolds Depression Screening Inventory ของ William and Kenneth (1998) มีจำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมหรือความรู้สึกในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีการให้คะแนนตามรายชื่อที่เลือกตอบแล้วนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกัน โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 0 และคะแนนสูงสุดคือ 63 คะแนน แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

จะได้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนนดังนี้ (William and Kenneth, 1998: 15)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ระดับคะแนน
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0.00 – 10.00
ระดับเล็กน้อย	11.00 – 15.00
ระดับปานกลาง	16.00 – 24.00
ระดับรุนแรง	มากกว่า/เท่ากับ 25.00

การทดสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัยไปทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (คูภาคผนวก) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของข้อคำถาม

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสำหรับการวิจัยที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริง (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน โดยนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทั้งฉบับและรายข้อ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ท (Cronbach's Coefficient Alpha)

การทดสอบหาความเชื่อมั่น

การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ปรากฏผลดังนี้

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในเรื่อง	ค่าความเชื่อมั่น (α)
ทัศนคติต่อความตาย	.9807
การตระหนักรู้ในตนเองโดยรวม	.9891
การตระหนักรู้ในตนเองด้านค่านิยม	.9646
การตระหนักรู้ในตนเองด้านรูปแบบทางความคิด	.9644
การตระหนักรู้ในตนเองด้านการปรับตัว	.9562
การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในเรื่อง	ค่าความเชื่อมั่น (α)
การตระหนักรู้ในตนเองด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.9592
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวโดยรวม	.9742
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านอารมณ์	.9421
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร	.9329
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านสิ่งของ	.9540
แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า	.7912

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยดังนี้

1. ทำหนังสือเรื่องขออนุมัติในการดำเนินการเก็บข้อมูลจากภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัด นครราชสีมา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล จากนั้นทางโรงพยาบาลสีคิ้วทำหนังสือแจ้งเรื่อง และขออนุญาตประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลสีคิ้วและประธานชมรมผู้สูงอายุองค์กรบริหาร ส่วนตำบลสีคิ้ว
2. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปแจกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่แบ่งไว้ โดยอธิบายถึง ขั้นตอนและรายละเอียดการเก็บข้อมูล รวมทั้งการตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วย ตนเอง
3. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
4. นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดแล้ว ได้ลงรหัสบันทึกข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้ในการจำแนกตัวแปร และแปรความหมายตัวแปร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แสดงลักษณะการกระจายของข้อมูล

2. t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน
3. F – test ใช้ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป ที่มีข้อมูลอยู่ในระดับช่วง (Interval scale) และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง รายคู่ด้วยวิธีของ LSD (Least Significance Difference)
4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน
5. การวิเคราะห์หาคัดลอกพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พยากรณ์ตัวแปรตามหนึ่งตัวซึ่งส่งผลมาจากตัวแปรต้นตั้งแต่สองตัวขึ้นไป
6. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่างๆ และเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แสดงทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

ตอนที่ 3 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานทางการวิจัย

ตอนที่ 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และลักษณะครอบครัว

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และลักษณะครอบครัว

(n = 372)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	140	37.6
หญิง	232	62.4
รวม	372	100.0
<u>อายุ</u>		
60 – 69 ปี	195	52.4
70 – 79 ปี	143	38.4
80 – 89 ปี	34	9.2
รวม	372	100.0
Min = 60	Max = 85	$\bar{X} = 66$ S.D. = 0.66
<u>สถานภาพสมรส</u>		
โสด	16	4.3
สมรส	225	60.5
หย่าร้าง ม่าย หรือ แยกกันอยู่	131	35.2
รวม	372	100.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 372)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<u>ระดับการศึกษา</u>		
ไม่ได้รับการศึกษา	16	4.3
ประถมศึกษา	268	72.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	8.3
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ	20	5.4
เทียบเท่า(ปวช.)		
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	37	10.0
(ปวส.)หรือสูงกว่า		
รวม	372	100.0
<u>รายได้</u>		
ไม่มี	11	3.0
ต่ำกว่า/เท่ากับ 2,500 บาท	186	50.0
2,501 – 5,000 บาท	98	26.3
5,001 – 7,500 บาท	16	4.3
7,501 – 10,000 บาท	19	5.1
10,001 บาท ขึ้นไป	42	11.3
รวม	372	100.0
Min = 0	Max = 25,000	$\bar{X} = 2,350$ S.D. = 1.372
<u>โรคประจำตัว</u>		
ไม่มี	187	50.3
โรกระบบต่อมไร้ท่อ	29	7.8
โรกระบบกระดูกและการ	53	14.2
เคลื่อนไหว		
โรกระบบทางเดินอาหาร	40	10.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 372)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<u>โรคประจำตัว</u>		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	63	16.9
รวม	372	100.0
<u>ลักษณะครอบครัว</u>		
อยู่คนเดียว	29	7.8
อยู่ร่วมกับคู่สมรส	39	10.5
อยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร	185	49.7
<u>หรือหลาน</u>		
อยู่ร่วมกับบุตรและ(หรือ)	107	28.8
หลาน		
อยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มี	12	3.2
ครอบครัว		
รวม	372	100.0

จากตารางที่ 1 สามารถอธิบายลักษณะทั่วไปได้ดังนี้

1. เพศ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.4 และมีเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 37.6

2. อายุ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.4 และมีอายุ 80 - 89 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.2

3. สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมาสถานภาพสมรสหย่าร้าง ม่าย หรือแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 35.2 และสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 4.3

4. ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมามีการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.) หรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 10.0 รองลงมาการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 8.3 รองลงมาการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ปวช.) คิดเป็นร้อยละ 5.4 และส่วนน้อยที่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 4.3

5. รายได้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,500 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมามีรายได้ในช่วง 2,501 – 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.3 รองลงมามีรายได้ในช่วง 10,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.3 รองลงมามีรายได้ในช่วง 7,501 – 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 5.1 รองลงมามีรายได้ในช่วง 5,001 – 7,500 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 4.3 และส่วนน้อยที่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 3.0

6. โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ พบว่า ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 16.9 รองลงมาเป็นโรกระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว คิดเป็นร้อยละ 14.2 รองลงมาเป็นโรกระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 10.8 และส่วนน้อยที่เป็นโรกระบบต่อมไร้ท่อ คิดเป็นร้อยละ 7.8

7. ลักษณะครอบครัว กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน คิดเป็นร้อยละ 49.7 รองลงมาอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรและ (หรือ) หลาน คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 10.5 รองลงมาอาศัยอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 7.8 และส่วนน้อยที่อาศัยอยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 3.2

ตอนที่ 2 แสดงทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติต่อความตาย

ทัศนคติต่อความตาย	เห็น					\bar{X}	S.D.	ทัศนคติต่อความตาย
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด			
1. ท่านคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาเป็นสัจธรรมของชีวิต	233 (62.6)	81 (21.8)	24 (6.5)	5 (1.3)	29 (7.8)	4.30	1.17	สูง
2. ท่านคิดว่าเมื่อตายแล้วจะได้ไปเกิดใหม่	117 (31.5)	88 (23.7)	63 (16.9)	57 (15.3)	47 (12.6)	3.46	1.39	ปานกลาง
3. ท่านคิดว่าชีวิตกับความตายเป็นเรื่องของคู่กัน	203 (54.6)	81 (21.8)	44 (11.8)	19 (5.1)	25 (6.7)	4.12	1.2	สูง
4. ท่านคิดว่าถ้าก่อนตายเรามีจิตใจที่สงบบริสุทธิ์ปล่อยใจยอมไปสู่ที่ดี	162 (43.5)	94 (25.3)	47 (12.6)	53 (14.2)	16 (4.3)	3.90	1.23	สูง
5. ท่านคิดว่า การตายเป็นการหมดเวรหมดกรรม	157 (42.2)	84 (22.6)	62 (16.7)	36 (9.7)	33 (8.9)	3.80	1.32	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ทัศนคติต่อ ความตาย	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น	\bar{X}	S.D.	ทัศนคติต่อ ความตาย
	ด้วย มากที่สุด	ด้วย มาก	ด้วย ปาน กลาง	ด้วย น้อย	ด้วย น้อย ที่สุด			
6. ท่านคิดว่าการ ตายเป็นการทำให้ ท่านยังเป็นห่วง	142 (38.2)	118 (31.7)	52 (14.0)	41 (11.0)	19 (5.1)	3.87	1.19	สูง
7. ท่านคิดว่าการ ตายเป็นการ เดินทางมาถึง จุดหมาย ปลายทางของ ชีวิต	121 (32.5)	127 (34.1)	70 (18.8)	26 (7.1)	28 (7.5)	3.77	1.19	สูง
8. ท่านคิดว่า ความตายเป็น สถานะที่ต้องอยู่ อย่างเดียวตาย	121 (32.5)	121 (32.5)	53 (14.2)	51 (13.7)	26 (7.1)	3.70	1.25	สูง
9. ท่านคิดว่า ความตายเป็นสิ่ง ที่ชั่วร้าย	126 (33.9)	81 (21.8)	69 (18.5)	40 (10.8)	56 (15.1)	3.49	1.43	ปานกลาง
10. ท่านคิดว่าการ ตายเป็นการจาก ไปสู่ชาติภพใหม่	111 (29.8)	75 (20.2)	105 (28.5)	38 (10.2)	43 (11.6)	3.47	1.32	ปานกลาง
11. ท่านคิดว่า กระบวนการก่อน ตายน่ากลัว	115 (30.9)	61 (16.4)	48 (12.9)	67 (18.0)	81 (21.8)	3.17	1.56	ปานกลาง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 372)								
ทัศนคติต่อ	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น	เห็น	\bar{X}	S.D.	ทัศนคติต่อ
ความตาย	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย	ด้วย			ความตาย
	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย			
	ที่สุด		กลาง		ที่สุด			
17. ทำคิดว่า	195	85	36	33	2	4.06	1.24	สูง
ความตายเป็น	(52.4)	(22.8)	(9.7)	(8.9)	(6.2)			
ความสงบสุขที่								
แท้จริง								
18. ท่านคิดว่า	259	59	18	14	22	4.40	1.13	สูง
ความตายเป็น	(69.6)	(15.6)	(4.8)	(3.8)	(5.9)			
สิ่งที่ทุกชีวิตใน								
โลกนี้ต้อง								
ประสบ								
รวม						68.02	16.44	สูง

* ข้อ 6, 8, 9, 11, 15 แปลงค่าคะแนนแล้ว

จากตารางที่ 2 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อความตายเฉลี่ยรวมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 68.02) หมายความว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อความตายในทางบวก โดยส่วนใหญ่ มีมุมมองต่อความตายว่า เป็นสิ่งที่ทุกชีวิตในโลกนี้ต้องประสบ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40) เป็นไปตาม กฎเกณฑ์ของธรรมชาติ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28) เมื่อตายไปแล้วจะได้ไปเกิดใหม่ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12) และความตายเป็นความสงบสุขที่แท้จริง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06) ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติต่อ ความตายในทางลบ มีมุมมองต่อความตายว่า การตายเป็นการทำให้ท่านยังเป็นห่วง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87) ความตายเป็นสภาวะที่ต้องอยู่อย่างเฉียดตาย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70) ความตายเป็นสิ่งที่ชั่วร้าย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49) ขณะที่มุมมองต่อความตายว่า พร้อมทั้งจะตายตลอดเวลา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.12) เป็นมุมมองที่น้อยที่สุด

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตระหนักรู้ในตนเอง

(n = 372)								
การตระหนักรู้ ในตนเอง	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การตระหนักรู้ ในตนเอง
1. ท่านตระหนัก รู้และเข้าใจใน แนวคิด วัฒนธรรมไทยที่ เคารพผู้อาวุโส	166 (44.6)	172 (46.2)	33 (8.9)	1 (0.3)	0	4.35	0.65	สูง
2. ท่านตระหนัก รู้และรู้สึก ภาคภูมิใจเมื่อมี คนยกมือไหว้ ท่าน	134 (36.0)	200 (53.8)	37 (9.9)	1 (0.3)	0	4.26	0.64	สูง
3. ท่านตระหนัก รู้และเชื่อว่า บุคคลสามารถ ตัดสินใจเลือก แนวทางดำเนิน ชีวิตของตนให้มี คุณค่า	138 (37.1)	141 (37.9)	90 (24.2)	3 (0.8)	0	4.11	0.79	สูง
4. ท่านตระหนัก รู้และเข้าใจความ เคารพยกย่องจาก ผู้อื่น	90 (24.2)	202 (54.3)	73 (19.6)	6 (1.6)	1 (0.3)	4.01	0.73	สูง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 372)								
การตระหนักรู้ ในตนเอง	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การตระหนักรู้ ในตนเอง
5. ท่านตระหนักรู้ และเข้าใจถึง ความสามารถของ ตนเอง	125 (33.6)	148 (39.8)	90 (24.2)	9 (2.4)	0	4.05	0.82	สูง
6. ท่านตระหนักรู้ และเข้าใจถึง ข้อบกพร่องของ ตนเอง	94 (25.3)	144 (38.7)	109 (29.3)	21 (5.6)	4 (1.1)	3.81	0.91	สูง
7. ท่านตระหนักรู้ และเข้าใจใน แนวคิดความเชื่อ ที่ยึดถือปฏิบัติ	48 (12.9)	182 (48.9)	119 (32.0)	20 (5.4)	3 (0.8)	3.68	0.79	สูง
8. ท่านตระหนักรู้ และเข้าใจในสิ่งที่ ช่วยทำให้ท่านมี คุณค่า	109 (29.3)	163 (43.8)	82 (22.0)	16 (4.3)	2 (0.5)	3.97	0.86	สูง
9. ท่านตนเองมี ความสำคัญและมี ประโยชน์	38 (10.2)	115 (30.9)	192 (51.6)	27 (7.3)	0	3.44	0.77	ปานกลาง
10. ท่านตระหนัก รู้ว่าการมองเห็น ของท่านลดลง	80 (21.5)	175 (47.0)	98 (26.3)	17 (4.6)	2 (0.5)	3.84	0.83	สูง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 372)								
การตระหนักรู้ ในตนเอง	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การตระหนักรู้ ในตนเอง
11. ท่านตระหนัก รู้ว่าคุณสามารถ ทางการได้ยิน ลดลง	51 (13.7)	150 (40.3)	122 (32.8)	30 (8.1)	19 (5.1)	3.48	0.99	ปานกลาง
12. ท่านตระหนัก รู้ว่าการไต่กรีน ลดลง	27 (7.3)	84 (22.6)	135 (36.3)	88 (23.7)	38 (10.2)	2.93	1.08	ปานกลาง
13. ท่านตระหนัก รู้ว่าการ เคลื่อนไหวกของ ร่างกายช้าลง	80 (21.5)	203 (54.6)	78 (21.0)	11 (3.0)	0	3.95	0.74	สูง
14. ท่านตระหนัก รู้ว่าการรับรสชาติ อาหารของท่าน เปลี่ยนไป	53 (14.2)	154 (41.4)	129 (34.7)	33 (8.9)	3 (0.8)	3.59	0.87	สูง
15. ท่านร่างกายมี ความเสื่อมลง	73 (19.6)	203 (54.6)	66 (17.7)	14 (3.8)	16 (4.3)	3.81	0.94	สูง
16. ท่านตระหนัก รู้ถึงสภาวะ อารมณ์ของ ตนเองใน สถานการณ์	61 (16.4)	136 (36.6)	155 (41.7)	20 (5.4)	0	3.64	0.82	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 372)								
การตระหนักรู้ ในตนเอง	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การตระหนักรู้ ในตนเอง
17. ท่านตระหนัก รู้ถึงความคิดของ ตนเอง	74 (19.9)	190 (51.1)	89 (23.9)	19 (5.1)		3.86	0.79	สูง
18. ท่านตระหนัก รู้ถึงความรู้สึก ของตนเองใน สถานการณ์ต่างๆ	70 (18.8)	152 (40.9)	127 (34.1)	20 (5.4)	3 (0.8)	3.72	0.86	สูง
19. ท่านตระหนัก รู้ถึงความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ทุกอย่าง ที่เกิดขึ้นในใจ ของตนเอง	84 (22.6)	155 (41.7)	111 (29.8)	21 (5.6)	1 (0.3)	3.81	0.86	สูง
20. ท่านตระหนัก รู้ถึงการ เปลี่ยนแปลง ประสบการณ์ใน อดีตถึงปัจจุบัน	43 (11.6)	224 (60.2)	81 (21.8)	24 (6.5)	0	3.77	0.73	สูง
21. ท่านตระหนัก รู้ถึงการนำเอา ประสบการณ์ใน อดีตมาปรับให้ เข้ากับปัจจุบัน	54 (14.5)	179 (48.1)	103 (27.7)	35 (9.4)	1 (0.3)	3.67	0.85	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

							(n = 372)		
การตระหนักรู้ ในตนเอง	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การตระหนักรู้ ในตนเอง	
22. ท่านตระหนัก รู้ถึงคุณค่าใน ความคิด เหตุการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับตนเอง	57 (15.3)	157 (42.2)	116 (31.2)	33 (8.9)	9 (2.4)	3.59	0.93	ปานกลาง	
23. ท่านตระหนัก รู้ถึงความเชื่อมั่น ในตนเอง	134 (36.0)	158 (42.5)	73 (19.6)	6 (1.6)	1 (0.3)	4.12	0.79	สูง	
24. ท่านตระหนัก รู้ว่าตนเป็นที่ ยอมรับของ สมาชิกใน ครอบครัวและที่ น้อง เพื่อนฝูง	50 (13.4)	232 (62.4)	77 (20.7)	12 (3.2)	1 (0.3)	3.85	0.69	สูง	
25. ท่านตระหนัก รู้และเข้าใจใน อารมณ์ของ ตนเอง	121 (32.5)	156 (41.9)	85 (22.8)	10 (2.7)	0	4.04	0.81	สูง	
26. ท่านตระหนัก รู้ถึงการ แสดงออกอย่าง เหมาะสมกับ กาลเทศะ	74 (19.9)	211 (56.7)	72 (19.4)	15 (4.0)	0	3.92	0.74	สูง	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

							(n = 372)		
การตระหนักรู้ ในตนเอง	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การตระหนักรู้ ในตนเอง	
27. ท่านตระหนัก รู้ว่าตนเองมีคุณค่า	120 (32.3)	177 (47.6)	67 (18.0)	8 (2.2)	0	4.10	0.76	สูง	
28. ท่านตระหนัก รู้ว่าตนเองเป็นที่ เคารพนับถือ	34 (9.1)	225 (60.5)	105 (28.2)	8 (2.2)	0	3.77	0.64	สูง	
29. ท่านตระหนัก รู้ว่าตนเองเป็นที่ ยอมรับของกลุ่ม	31 (8.3)	178 (47.8)	148 (39.8)	14 (3.8)	1 (0.3)	3.60	0.71	ปานกลาง	
30. ท่านตระหนัก รู้ว่าตนเองเป็นที่ รักเคารพของ ลูกหลาน	148 (39.8)	152 (40.9)	61 (16.4)	10 (2.7)	1 (0.3)	4.17	0.82	สูง	
31. ท่านตระหนัก รู้ว่าตนเองมีความ อิสระในการ ตัดสินใจในเรื่อง ต่างๆได้ด้วย ตนเอง	109 (29.3)	138 (37.1)	111 (29.8)	13 (3.5)	1 (0.3)	3.92	0.87	สูง	
32. ท่านตระหนัก รู้ถึงความมั่นคง ทางอารมณ์	73 (19.6)	166 (44.6)	117 (31.5)	15 (4.0)	1 (0.3)	3.79	0.81	สูง	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 372)								
การตระหนักรู้ ในตนเอง	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การตระหนักรู้ ในตนเอง
33. ท่านตระหนัก รู้ถึงความสัมพันธ์ ที่ดีกับสมาชิกใน ครอบครัว และ บุคคลอื่น	71 (19.1)	181 (48.7)	104 (28.0)	15 (4.0)	1 (0.3)	3.82	0.79	สูง
34. ท่านตระหนัก รู้และเข้าใจ ความรู้สึกของ ตนเองเมื่อได้รับ การกราบไหว้จาก สมาชิกใน ครอบครัวและ บุคคลอื่น	151 (40.6)	170 (45.7)	48 (12.9)	1 (0.3)	2 (0.5)	4.26	0.73	สูง
35. ท่านตระหนัก รู้และเข้าใจการ แสดงออกต่อกัน ของบุคคล	57 (15.3)	226 (60.8)	80 (21.5)	8 (2.2)	1 (0.3)	3.89	0.68	สูง
36. ท่านตระหนัก รู้ถึงความต้องการ ของตนเอง	123 (33.1)	184 (49.5)	53 (14.2)	10 (2.7)	2 (0.5)	4.12	0.79	สูง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 372)								
การตระหนักรู้ ในตนเอง	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การตระหนักรู้ ในตนเอง
37. ท่านตระหนัก รู้ถึงการมี ปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น	89 (23.9)	152 (40.9)	109 (29.3)	21 (5.6)	1 (0.3)	3.83	0.87	สูง
38. ท่านตระหนัก รู้ถึงความสนใจ ของตนเองในการ เข้าร่วมกลุ่ม กิจกรรมต่างๆ เป็นประจำ	63 (16.9)	128 (34.4)	154 (41.4)	26 (7.0)	1 (0.3)	3.61	0.86	ปานกลาง
39. ท่านตระหนัก รู้ถึงการ แสดงออกของ ตนเอง	112 (30.1)	163 (43.8)	79 (21.2)	18 (4.8)	0	3.99	0.84	สูง
40. ท่านตระหนัก รู้และเข้าใจ ความรู้สึกตนเอง เมื่อไปงาน สังสรรค์กับ เพื่อนๆ	46 (12.4)	110 (29.6)	178 (47.8)	35 (9.4)	3 (0.8)	3.43	0.86	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 372)								
การตระหนักรู้ ในตนเอง	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การตระหนักรู้ ในตนเอง
41. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจความรู้สึกตนเองเมื่อแสดงออกต่อบุคคลอื่น	52 (14.0)	161 (43.3)	127 (34.1)	29 (7.8)	3 (0.8)	3.62	0.85	ปานกลาง
42. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจความรู้สึกตนเองเมื่อปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่น	56 (15.1)	148 (39.8)	129 (34.7)	37 (9.9)	2 (0.5)	3.59	0.88	ปานกลาง
รวม						160.79	20.52	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้ในตนเองเฉลี่ยรวมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 160.79) หมายความว่า ผู้สูงอายุรู้จักตนเองและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถควบคุมและจัดการอารมณ์ของตนเองได้เป็นอย่างดี โดยส่วนใหญ่ มีการตระหนักรู้และเข้าใจในแนวคิดวัฒนธรรมไทยที่เคารพผู้อาวุโส (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35) มีการตระหนักรู้และเข้าใจความรู้สึกของตนเองเมื่อได้รับการกราบไหว้จากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นและมีการตระหนักรู้และรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อมีคนยกมือไหว้ท่าน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26) มีการตระหนักรู้ว่าตนเองเป็นที่รักเคารพของลูกหลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17) ขณะที่การตระหนักรู้ว่าการได้กลิ่นลดลงน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์
(n = 372)

การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว
1. สมาชิกใน ครอบครัวให้ ความเคารพยก ย่องท่าน	150 (40.3)	160 (43.0)	47 (12.6)	4 (1.1)	11 (3.0)	4.17	0.90	สูง
2. สมาชิกใน ครอบครัวให้ ความรักและ ความอบอุ่นแก่ ท่าน	117 (31.5)	192 (51.6)	48 (12.9)	3 (0.8)	12 (3.2)	4.07	0.87	สูง
3. สมาชิกใน ครอบครัวให้ กำลังใจไม่ ซ้ำเติมเมื่อท่าน ทำสิ่งที่ผิดพลาด	79 (21.2)	192 (51.6)	78 (21.0)	12 (3.2)	11 (3.0)	3.85	0.89	สูง
4. สมาชิกใน ครอบครัวทำให้ ท่านรู้สึกว่าคุณ มีความสำคัญ ต่อครอบครัว	122 (32.8)	173 (46.5)	59 (15.9)	8 (2.2)	10 (2.7)	4.05	0.90	สูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n = 372)								
การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว
5. สมาชิกใน ครอบครัว พร้อมที่จะร่วม ทุกข์ร่วมสุขกับ ท่าน	112 (30.1)	188 (50.5)	50 (13.4)	9 (2.4)	13 (3.5)	4.01	0.92	สูง
6. สมาชิกใน ครอบครัวแสดง ความห่วงใย เมื่อท่าน เจ็บป่วยหรือ เดือดร้อน	123 (33.1)	179 (48.1)	49 (13.2)	10 (2.7)	11 (3.0)	4.06	0.91	สูง
7. สมาชิกใน ครอบครัว สนใจซักถาม ทุกข์สุขของ ท่าน	88 (23.7)	182 (48.9)	80 (21.5)	9 (2.4)	13 (3.5)	3.87	0.92	สูง
8. สมาชิกใน ครอบครัวทำให้ ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย	75 (20.2)	181 (48.7)	84 (22.6)	19 (5.1)	13 (3.5)	3.77	0.95	สูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n = 372)								
การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว
9. สมาชิกใน ครอบครัวดูแล เอาใจใส่ท่าน เป็นอย่างดี	100 (26.9)	190 (51.1)	61 (16.4)	10 (2.7)	11 (3.0)	3.96	0.89	สูง
10. สมาชิกใน ครอบครัวช่วย ให้ท่านมี กำลังใจ	130 (34.9)	156 (41.9)	63 (16.9)	9 (2.4)	14 (3.8)	4.02	0.98	สูง
11. สมาชิกใน ครอบครัวทำให้ ท่านรู้สึก ตนเองมีคุณค่า	111 (29.8)	178 (47.8)	69 (18.5)	5 (1.3)	9 (2.4)	4.01	0.87	สูง
12. สมาชิกใน ครอบครัวให้ การยอมรับและ รับฟังความ คิดเห็นของท่าน	62 (16.7)	216 (58.1)	77 (20.7)	9 (2.4)	8 (2.2)	3.85	0.80	สูง
รวม						47.68	9.00	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์เฉลี่ยรวมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 47.68) หมายความว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี โดยสมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพยกย่อง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17) สมาชิกในครอบครัวให้ความรักและความอบอุ่น (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07) ขณะที่สมาชิกในครอบครัวทำให้รู้สึกมั่นคงปลอดภัยน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร

(n = 372)								
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	\bar{X}	S.D.	การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว
13. สมาชิกในครอบครัวให้ความไว้วางใจและพูดคุยปัญหาต่างๆกับท่าน	91 (24.5)	161 (43.3)	103 (27.7)	8 (2.2)	9 (2.4)	3.85	0.89	สูง
14. สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาของท่านได้	53 (14.2)	207 (55.6)	96 (25.8)	7 (1.9)	9 (2.4)	3.77	0.80	สูง
15. สมาชิกในครอบครัวรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาท่านได้	60 (16.1)	192 (51.6)	98 (26.3)	13 (3.5)	9 (2.4)	3.76	0.85	สูง
16. ท่านมีโอกาสได้ร่วมพบปะสังสรรค์กับพี่น้องเพื่อนฝูง	16 (4.3)	114 (30.6)	194 (52.2)	36 (9.7)	12 (3.2)	3.23	0.81	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n = 372)								
การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว
17. ท่านมี โอกาสได้ ทำบุญเข้าวัด เป็นประจำ	85 (22.8)	104 (28.0)	142 (38.2)	30 (8.1)	11 (3.0)	3.60	1.02	ปานกลาง
18. ท่านมี โอกาสได้เข้า ร่วมกิจกรรมใน ประเพณีต่างๆ	49 (13.2)	109 (29.3)	157 (42.2)	45 (12.1)	12 (3.2)	3.37	0.97	ปานกลาง
19. สมาชิกใน ครอบครัว สามารถเตือน ท่านถึง พฤติกรรมและ การกระทำ ต่างๆได้	32 (8.6)	177 (47.6)	102 (27.4)	46 (12.4)	15 (4.0)	3.44	0.95	ปานกลาง
20. สมาชิกใน ครอบครัวให้ ความสนับสนุน การทำกิจกรรม	35 (9.4)	168 (45.2)	130 (34.9)	27 (7.3)	12 (3.2)	3.50	0.88	ปานกลาง
21. ท่านได้ร่วม ทำกิจกรรมกับ สมาชิกใน ครอบครัวเป็น ประจำ	50 (13.4)	172 (46.2)	108 (29.0)	32 (8.6)	10 (2.7)	3.59	0.92	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

								(n = 372)
การสนับสนุน	เป็น	เป็น	เป็น	เป็น	เป็น	\bar{X}	S.D.	การสนับสนุน
ทางสังคมของ	จริง	จริง	จริง	จริง	จริง			ทางสังคมของ
ครอบครัว	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย			ครอบครัว
	ที่สุด		กลาง		ที่สุด			
22. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรม	45	125	150	42	10	3.41	0.94	ปานกลาง
พบปะพี่น้อง	(12.1)	(33.6)	(40.3)	(11.3)	(2.7)			
เพื่อนฝูงเป็นประจำ								
รวม						35.53	6.68	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสารเฉลี่ยรวมในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 35.53) หมายความว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกในครอบครัวปานกลาง โดยสมาชิกในครอบครัวให้ความไว้วางใจและพูดคุยปัญหาต่างๆ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85) สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำและเป็นທີ່ปรึกษา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77) ขณะที่โอกาสได้ร่วมพบปะสังสรรค์กับพี่น้องเพื่อนฝูงน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนของครอบครัวด้านสิ่งของ
(n = 372)

การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว
23. สมาชิกใน ครอบครัวให้ สิ่งของ เงินทอง แก่ท่าน	65 (17.5)	153 (41.1)	109 (29.3)	35 (9.4)	10 (2.7)	3.61	0.97	ปานกลาง
24. สมาชิกใน ครอบครัวให้ การอำนวยความสะดวก แก่ท่าน	64 (17.2)	165 (44.4)	121 (32.5)	12 (3.2)	10 (2.7)	3.70	0.88	สูง
25. สมาชิกใน ครอบครัวให้ ของขวัญท่าน ในโอกาสพิเศษ	89 (23.9)	134 (36.0)	104 (28.0)	32 (8.6)	13 (3.5)	3.68	1.04	สูง
26. สมาชิกใน ครอบครัวจัดหา อุปกรณ์ต่างๆที่ จำเป็นในการ ดำรงชีวิตให้กับ ท่าน	51 (13.7)	177 (47.6)	115 (30.9)	19 (5.1)	10 (2.7)	3.65	0.88	ปานกลาง
27. สมาชิก ครอบครัว ช่วยเหลือ	67 (18.0)	204 (54.8)	82 (22.0)	9 (2.4)	10 (2.7)	3.83	0.84	สูง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

								(n = 372)
การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็น จริง น้อย ที่สุด	\bar{X}	S.D.	การสนับสนุน ทางสังคมของ ครอบครัว
28. สมาชิกใน ครอบครัวดูแล ท่านเมื่อ เจ็บป่วย	120 (32.3)	183 (49.2)	54 (14.5)	5 (1.3)	10 (2.7)	4.07	0.87	สูง
29. สมาชิกใน ครอบครัวให้ ความช่วยเหลือ เมื่อท่าน เจ็บป่วย	94 (25.3)	207 (55.6)	54 (14.5)	8 (2.2)	9 (2.4)	3.99	0.84	สูง
30. สมาชิกใน ครอบครัวพา ท่านไปหาหมอ เมื่อท่านไม่ สบาย	87 (23.4)	194 (52.2)	73 (19.6)	9 (2.4)	9 (2.4)	3.92	0.86	สูง
31. สมาชิกใน ครอบครัวให้ ข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพ	52 (14.0)	160 (43.0)	131 (35.2)	18 (4.8)	11 (3.0)	3.60	0.89	ปานกลาง
32. สมาชิกใน ครอบครัวพา ท่านไปตรวจ สุขภาพ	39 (10.5)	86 (23.1)	203 (54.6)	28 (7.5)	16 (4.3)	3.28	0.91	ปานกลาง
รวม						37.33	7.16	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนของครอบครัวด้านสิ่งของเฉลี่ยรวมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 37.33) หมายความว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางด้านสิ่งของจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี โดยสมาชิกในครอบครัวดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07) สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99) ขณะที่สมาชิกในครอบครัวพาไปตรวจสุขภาพเป็นประจำน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

(n = 372)

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ภาวะซึมเศร้า	12.11	6.15	เล็กน้อย

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.11)

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานทางการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

(n = 372)

เพศ	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	P
ชาย	140	11.47	6.35	-1.55	.12
หญิง	232	12.49	6.016		

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 9 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

(n = 372)

อายุ	n	\bar{X}	S.D.
60 – 69 ปี	195	11.16	6.41
70 – 79 ปี	143	12.29	5.58
80 – 89 ปี	34	16.79	4.74
รวม	372	12.11	6.15

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 – 89 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.79) รองลงมาคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 – 79 ปี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.29) และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 69 ปี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.16) ตามลำดับ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

(n = 372)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	926.82	463.41	13.03	.000*
ภายในกลุ่ม	369	13120.88	35.55		
รวม	371	14047.70			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบรายคู่จากค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันปรากฏผลตามตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ จำแนกตามอายุ ด้วยวิธีการ LSD

(n = 372)

อายุ	\bar{X}	อายุ		
		60 – 69 ปี	70 – 79 ปี	80 – 89 ปี
60 – 69 ปี	11.16			
70 – 79 ปี	12.29	0.87		
80 – 89 ปี	16.79	0.00*	0.00*	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 - 89 ปี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.79) พบว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าช่วงอายุ 70 – 79 ปี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.29) และช่วงอายุ 60 – 69 ปี มีภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.16)

สมมติฐานที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 12 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

(n = 372)

สถานภาพสมรส	n	\bar{X}	S.D.
โสด	16	10.94	7.46
สมรส	225	11.14	5.95
หย่าร้าง ม่าย หรือ แยกกันอยู่	131	13.91	5.96
รวม	372	12.11	6.15

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้าง ม่าย หรือแยกกันอยู่มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.91) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.14) และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.94) ตามลำดับ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

(n = 372)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	656.41	328.21	9.04	.00*
ภายในกลุ่ม	369	13391.29	36.30		
รวม	371	14047.70			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบรายคู่จากค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ปรากฏผลตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ จำแนกตามสถานภาพสมรส ด้วยวิธีการ LSD

สถานภาพสมรส	\bar{X}	สถานภาพสมรส		
		โสด	สมรส	หย่าร้าง ม่าย หรือ แยกกันอยู่
โสด	10.94			
สมรส	11.14	0.87		
หย่าร้าง ม่าย หรือ แยกกันอยู่	13.91	0.06	0.00*	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง ม่าย หรือแยกกันอยู่ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.91) มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสสมรส (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.14) และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.94) มีภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด

สมมติฐานที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 15 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 372)

ระดับการศึกษา	n	\bar{X}	S.D.
ไม่ได้รับการศึกษา	16	12.56	4.43
ประถมศึกษา	268	12.47	6.11
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	9.65	7.94
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า(ปวช.)	20	10.50	5.02
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า(ปวส.)หรือสูงกว่า	37	12.24	5.61
รวม	372	12.11	6.15

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.56) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.47) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษอนุปริญญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.24) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.50) และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.65) ตามลำดับ

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 372)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	278.16	69.54	1.85	.118
ภายในกลุ่ม	367	13769.54	37.52		
รวม	371	14047.70			

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 17 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

(n = 372)				
รายได้/เดือน	n	\bar{X}	S.D.	
ไม่มี	11	14.00	6.56	
ต่ำกว่า 2,500 บาท	186	12.46	6.27	
2,501 – 5,000 บาท	98	11.13	5.69	
5,001 – 7,500 บาท	16	11.63	6.16	
7,501 – 10,000 บาท	19	12.47	6.14	
10,001 บาท ขึ้นไป	42	12.36	6.59	
รวม	372	12.11	6.15	

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ มีภาวะซึมเศร้าสูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.00) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 7,501 – 10,000 บาท (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.47) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาท (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.46) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,001 บาท ขึ้นไป (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.36) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001 – 7,500 บาท (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.63) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 2,501 – 5,000 บาท (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.13) ตามลำดับ

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

(n = 372)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	5	164.14	32.83	.87	.50
ภายในกลุ่ม	366	13883.56	37.93		
รวม	371	14047.70			

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 19 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามโรคประจำตัว

(n = 372)

โรคประจำตัว	n	\bar{X}	S.D.
ไม่มี	187	11.20	5.92
โรกระบบต่อมไทรอยด์	29	12.52	5.61
โรกระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว	53	13.00	5.70
โรกระบบทางเดินอาหาร	40	10.20	4.84
โรคหัวใจและหลอดเลือด	63	15.06	7.13
รวม	372	12.11	6.15

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.06) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวโรกระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.00) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวโรกระบบต่อมไทรอยด์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.52) ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.20) และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวโรกระบบทางเดินอาหาร (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.20)

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามโรคประจำตัว

(n = 372)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	896.03	224.01	6.25	.00*
ภายในกลุ่ม	367	13151.67	35.83		
รวม	371	14047.70			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 20 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบรายคู่จากค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต่างกัน ปรากฏผลตามตารางที่ 21

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ จำแนกตามโรคประจำตัว ด้วยวิธีการ LSD

(n = 372)					
โรคประจำตัว	\bar{X}	โรคประจำตัว			
		ไม่มี	โรคระบบต่อมไร้ท่อ	โรคระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว	โรคระบบทางเดินอาหาร
ไม่มี	11.20				
โรคระบบต่อมไร้ท่อ	12.52	0.27			
โรคระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว	13.00	0.05	0.73		
โรคระบบทางเดินอาหาร	10.20	0.33	0.11	0.03*	
โรคหัวใจและหลอดเลือด	15.06	0.00*	0.06	0.07	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 21 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.06) มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.20) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรกระบบทางเดินอาหาร (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.20) และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคกระดูกและการเคลื่อนไหว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.00) มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรกระบบทางเดินอาหาร (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.20)

สมมติฐานที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ตารางที่ 22 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะครอบครัว

(n = 372)

ลักษณะครอบครัว	n	\bar{X}	S.D.
อยู่คนเดียว	29	13.45	6.52
อยู่กับคู่สมรส	39	14.13	4.51
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน	185	10.53	6.05
อยู่กับบุตรและ(หรือ)หลาน	107	13.80	5.88
อยู่กับญาติที่ไม่มีครอบครัว	12	11.50	8.01
รวม	372	12.11	6.15

จากตารางที่ 22 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.13) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรและ (หรือ)หลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.80) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.45) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติที่ไม่มีครอบครัว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.50) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.53)

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะครอบครัว

(n = 372)					
แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	984.20	246.05	6.91	.00*
ภายในกลุ่ม	367	13063.50	35.60		
รวม	371	14047.70			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 23 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบรายคู่จากค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน ปรากฏผลตามตารางที่ 24

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ จำแนกตามลักษณะครอบครัว ด้วยวิธีการ LSD

ลักษณะครอบครัว	\bar{X}	ลักษณะครอบครัว				
		อยู่คนเดียว	อยู่กับคู่สมรส	อยู่กับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน	อยู่กับบุตรและ(หรือ)หลาน	อยู่กับญาติที่ไม่มีครอบครัว
อยู่คนเดียว	13.45					
อยู่กับคู่สมรส	14.13	0.64				
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน	10.53	0.02*	0.00*			
อยู่กับบุตรและ(หรือ)หลาน	13.80	0.78	0.77	0.00*		
อยู่กับญาติที่ไม่มีครอบครัว	11.50	0.34	0.18	0.59	0.21	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 24 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวอยู่คนเดียว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.45) มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวอยู่กับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.53) และผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวอยู่กับคู่สมรส (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.13) มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพบว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวอยู่กับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.53) และผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวอยู่กับบุตร และ (หรือ) หลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.80) มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพบว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวอยู่กับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.53)

สมมติฐานที่ 2 ทักษะคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิดต่อความตายกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

(n = 372)		
ทักษะคิดต่อความตาย/ภาวะซึมเศร้า	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
ทักษะคิดต่อความตาย	-.26**	.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 25 พบว่า ทักษะคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ แสดงว่าถ้าผู้สูงอายุมีทักษะคิดต่อความตายในระดับต่ำ ภาวะซึมเศร้าจะสูง และถ้าหากผู้สูงอายุมีทักษะคิดต่อความตายในระดับสูง ภาวะซึมเศร้าจะต่ำ

สมมติฐานที่ 3 การตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

(n = 372)		
การตระหนักรู้ในตนเอง/ภาวะซึมเศร้า	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
การตระหนักรู้ในตนเอง	-.013	.79

จากตารางที่ 26 พบว่า การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 4 การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัวรายด้านและโดยรวมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

(n = 372)		
การสนับสนุนของครอบครัว/ภาวะซึมเศร้า	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
การสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์	-.18**	.00
การสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร	-.16**	.00
การสนับสนุนของครอบครัวสิ่งของ	-.21**	.00
การสนับสนุนของครอบครัวโดยรวม	-.20**	.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 27 พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ แสดงว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนของครอบครัวทั้ง 3 ด้านในระดับสูงหรือดีมาก จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำ

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น การแสดงสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ การแสดงผล การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม การแสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

การวิเคราะห์สมการถดถอยนั้นผู้วิจัยจึงได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ตัวแปรต้นและได้ทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวลักษณะครอบครัว ทักษะคิดต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ ไม่เกิน 0.8 เพราะถ้ามีความสัมพันธ์กันสูงแล้วจะแยกอิทธิพลของตัวแปรหนึ่งออก

จากตัวแปรหนึ่งไม่ได้ ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2537 : 76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 – 0.01 ตามตารางค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปตารางเมตริกสหสัมพันธ์ (ในตารางผนวกที่ จ1) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้ค่าทำนายทุกตัวเข้าไปในโมเดลในการทำนาย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- X_1 แทน เพศ
- X_2 แทน อายุ 60 – 69 ปี
- X_3 แทน อายุ 70 – 79 ปี
- X_4 แทน อายุ 80 – 89 ปี
- X_5 แทน สถานภาพสมรสโสด
- X_6 แทน สถานภาพสมรสสมรส
- X_7 แทน สถานภาพสมรสหย่าร้าง ม่าย หรือแยกกันอยู่
- X_8 แทน ไม่ได้รับการศึกษา
- X_9 แทน ประถมศึกษา
- X_{10} แทน มัธยมศึกษาตอนต้น
- X_{11} แทน มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า (ปวช.)
- X_{12} แทน อนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.) หรือสูงกว่า
- X_{13} แทน ไม่มีรายได้
- X_{14} แทน ต่ำกว่า/เท่ากับ 2,500 บาท/เดือน
- X_{15} แทน 2,501 – 5,000 บาท/เดือน
- X_{16} แทน 5,001 – 7,500 บาท/เดือน
- X_{17} แทน 7,501 – 10,000 บาท/เดือน
- X_{18} แทน 10,001 บาท/เดือน ขึ้นไป
- X_{19} แทน ไม่มีโรคประจำตัว
- X_{20} แทน โรคระบบต่อมไร้ท่อ
- X_{21} แทน โรคระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว

- X₂₂ แทน โรคระบบทางเดินอาหาร
 X₂₃ แทน โรคหัวใจและหลอดเลือด
 X₂₄ แทน ลักษณะครอบครัวอยู่คนเดียว
 X₂₅ แทน ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรส
 X₂₆ แทน ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน
 X₂₇ แทน ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับบุตรและ (หรือ) หลาน
 X₂₈ แทน ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว
 X₂₉ แทน ทัศนคติต่อความตาย
 X₃₀ แทน การตระหนักรู้ในตนเอง
 X₃₁ แทน การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

Y แทน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและอธิบายรูปแบบสมการพยากรณ์ ซึ่งสามารถแสดงได้ตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตัวแปรอิสระ	b	SEB	Beta	t	p
ทัศนคติต่อความตาย (X_{29})	-0.03	0.02	-0.07	-1.08	.03*
ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน (X_{26})	-2.30	0.61	-0.19	-3.77	.00**
โรคหัวใจและหลอดเลือด (X_{23})	2.53	0.81	0.16	3.11	.00**
การสนับสนุนของครอบครัว (X_{31})	-0.04	0.02	-0.13	-2.57	.01**
อายุ 80 - 89 ปี (X_4)	2.76	1.27	0.13	2.18	.03*
ค่าคงที่	18.96	1.99		9.49	.00**
R = 0.39 $R^2_{adj} = 0.15$ $R^2 = 0.16$ F = 13.64					
* p < 0.05 ** p < 0.01					

จากตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนาย 5 ตัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลานเป็นตัวแปรอันดับแรกที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือ การสนับสนุนของครอบครัว รองลงมาคือ อายุ 80 - 89 ปี และทัศนคติต่อความตายที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุซึ่งเกิดขึ้นจริงในผู้สูงอายุ และการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่า b พบว่าตัวแปรทุกตัวมีผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 โดยที่ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2_{adj}) เท่ากับ 0.15 แสดงว่าตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายหรือพยากรณ์ความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมาได้ร้อยละ 15

ข้อวิจารณ์

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถวิจารณ์โดยแบ่งเป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

ทัศนคติต่อความตายของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อความตายอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 68) หมายความว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติในทางบวกต่อความตาย ได้แก่ การมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติเป็นสัจธรรมของชีวิตที่สิ่งมีชีวิตทุกสิ่งต้องประสบ เนื่องจากความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายและและชีวิตหลังความตาย ความเชื่อทางศาสนาต่างๆ จะทำให้บุคคลมีความเข้าใจเรื่องประสบการณ์ของภาวะใกล้ตาย ความตาย และชีวิตหลังความตายมากขึ้น จึงมีผลให้บุคคลสามารถยอมรับได้ต่อความตาย (Corr, Nabe and Corr, 1997) ซึ่งผู้สูงอายุทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สำหรับในพุทธศาสนามำสอนในเรื่อง กฎของไตรลักษณ์ ได้แก่ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา ซึ่งใช้ได้กับสรรพสิ่งทั้งปวง ทั้งที่เป็นรูปและนาม ทั้งหมดเหล่านี้ล้วนต้องอยู่ภายในความเปลี่ยนแปลง มีการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ได้ ค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมและดับ หรือสลายหมดสิ้นลงในที่สุด (โอพาร์ เพียรธรรม, 2549: 99) ดังนั้นหลักธรรมทางพุทธศาสนามากล่าวไว้ว่า “มรณานุสติ” หมั่นระลึกถึงความตาย เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพราะเมื่อระลึกถึงความตายจะปล่อยวางความยึดถือ (เสฏฐฐชน, 2549) ทุกคนควรพิจารณาว่า เรามีความแก่เป็นธรรมดาไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้ เรามีความเจ็บเป็นธรรมดาไม่ล่วงพ้นความเจ็บไปได้ เรามีความตายเป็นธรรมดาไม่ล่วงพ้นความตายไปได้ เราจะต้องพลัดพรากจากของรักของชอบใจทั้งสิ้น (รุ่งเรือง ลิมชูปฎิการ, 2549: 34) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ming – lin and Lang (1998) พบว่าผู้สูงอายุชาวจีนที่มีอายุระหว่าง 68 – 85 ปี ทั้งหมดไม่มีความกลัวต่อความตาย เนื่องจากยอมรับได้ว่าความตายเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นตามความเชื่อทางศาสนาและ เป็นสิ่งที่สมควรต้องเกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ แต่ผู้ที่มีทัศนคติด้านลบต่อความตาย โดยมองว่าความตายเป็นการสูญเสียและการพลัดพราก ได้แก่ การสูญเสียความเป็นตัวตน พลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียโอกาส จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวต่อความตาย หรือวิตกกังวลต่อความตายมาก จึงไม่สามารถยอมรับความตายของตน (Kalish, 1987 cited in Atchley, 1997)

ความตายเป็นเหตุการณ์ที่สิ่งมีชีวิตทุกสิ่งต้องเผชิญ ซึ่งการยอมรับได้ต่อความตายของตน รวมทั้งตระหนักว่าความตายเป็นโอกาสสุดท้ายที่สำคัญของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย และบรรลุผลสำเร็จตามที่ตนพอใจในเวลาที่เหลือ และเพื่อให้บุคคลเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตาย รวมทั้งช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล (Douglas and Brown, 2002)

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และสุติ ทองวิเชียร (2533) พบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่า การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดาที่ทุกชีวิตไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีกระแสวิกถึงความตายอยู่เป็นประจำ มีความต้องการที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ต้องการได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานในภาวะใกล้ตาย และต้องการได้รับความเห็นใจจากญาติพี่น้องหรือผู้ใกล้ชิดก่อนตาย สอดคล้องกับ Caswick (1998) พบว่า ผู้สูงอายุสามารถยอมรับได้ต่อความตาย จึงมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายโดยมีการตัดสินใจเลือกบ้านเป็นสถานที่ตาย และทำเอกสารทางกฎหมายเกี่ยวกับการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Cicirelli, Maclean and Cox (2000) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความกลัวตาย โดยกลัวที่จะไม่มีชีวิตอยู่ในโลก หรือกลัวชีวิตหลังความตายของตน จะเลือกวิธีการรักษาที่ช่วยยืดชีวิต โดยเหตุผลว่าผู้สูงอายุอาจไม่สามารถยอมรับได้ต่อความตายและชีวิตหลังความตาย

การตระหนักรู้ในตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 160.8) หมายความว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถการทำความเข้าใจ ความรู้สึกของตนเองเป็นอย่างดี รวมทั้งยอมรับในจุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง พร้อมทั้งพัฒนาสามารถควบคุมและจัดการกับตนเองในด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ส่วนในผู้สูงอายุที่มีระดับการตระหนักรู้ในตนเองไม่สูงเนื่องมาจากไม่ค่อยได้สำรวจตนเอง หรือไม่ได้ทำความเข้าใจตนเอง อาจส่งผลให้มีสัมพันธภาพกับคนอื่นไม่ดี

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ กุณฑลี จริยปยุตต์ และคณะ (2541: 19) กล่าวว่า ความตระหนักรู้ในตนเองเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลจะต้องทำความเข้าใจ และหาคำตอบว่าตรงส่วนไหน ในความเป็นตนเองที่ยังไม่ตระหนัก ทั้งนี้การตระหนักรู้ในตนเองทำให้บุคคลได้เข้าใจตนเองและทำให้มนุษย์อยู่ในโลกนี้ได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ Whetten and Cameron (1991: 52 – 53)

กล่าวถึง Carl Roger ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคนหนึ่งที่ให้ความสำคัญกับการตระหนักรู้ในตนเองและ
 ก่อนข้างมันใจว่า การตระหนักรู้ในตนเองและการยอมรับตนเอง เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีสำหรับ
 การพัฒนาสุขภาพจิต และการเจริญเติบโตของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม
 ได้อย่างมีความสุข

การสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง
 (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 120.5) หมายความว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์
 ได้แก่ ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงทาง
 อารมณ์ การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ ได้แก่ การแบ่งเบาภาระหน้าที่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย
 และการช่วยเหลือด้านบริการ และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้ข้อมูลและ
 คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนป้อนข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติตน การสนับสนุนของครอบครัวถือว่าเป็นปัจจัยในการปรับตัวของผู้สูงอายุ

เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมแบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งระบบครอบครัว
 เป็นแหล่งการสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดมากที่สุด Brandt and Weinert (1985) กล่าวว่า การสนับสนุน
 ทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว โดยจะช่วยป้องกัน
 ความเครียด ช่วยลดความรุนแรงของความขัดแย้ง ส่งเสริมความไว้วางใจ ความรักใคร่ผูกพัน

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ
 12.11)

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในการพิสูจน์สมมติฐานที่ตั้งไว้ ปรากฏผลดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
 โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุอำเภอเสี๊ยะ จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย ในขณะที่เดียวกันทั้งเพศหญิงและเพศชายเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่นกันจึงทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลิน ศาสตรา (2531) พบว่า เพศไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Grece et al. (2005) พบว่า ไม่มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ ดันศิริ (2535) พบว่า ภาวะซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และ Lobo et al. (1995) พบว่า เพศหญิงมีความซึมเศร้าและมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ผู้หญิงที่ซึมเศร้านักพบในเรื่องอารมณ์เศร้า การตำหนิตนเอง และรู้สึกสิ้นหวัง เพราะผู้หญิงมักมองตนเองว่าขาดลักษณะต่างๆ ที่เป็นเอกลักษณ์ของความเป็นหญิง เช่น สติปัญญา สุขภาพ ความสวยงาม และความมีเสน่ห์ดึงดูดใจ รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ทำให้มองโลกในแง่ร้าย ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุ 80 - 89 ปีมีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด รองลงมาช่วงอายุ 70 - 79 ปี และช่วงอายุ 60 - 69 ปี มีภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมาก ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นเนื่องความเสื่อมถอยของร่างกาย ซึ่งศรีเรือน แก้วกังวาน กล่าวว่า ช่วงแก่จริง (The old-old) คือ อายุประมาณ 80 - 89 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้นเพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆ ตามวัย ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมาเริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้นดังนั้น

จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าช่วงอื่นๆ รองลงมาช่วงแก่ปานกลาง (The middle-aged old) อายุประมาณตั้งแต่ 70 – 79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้เคียงกัน อาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “Disengagement” คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนักอีกต่อไปซึ่งทำให้ผู้สูงอายุช่วงนี้ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและช่วงไม่ค่อยแก่ (The young - old) ช่วงนี้ อายุประมาณ 60 - 69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครองรายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไปช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตามสำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูง รู้จักปรับตัว ช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่างๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมากดังนั้นจึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Gurland (cited in Ebaugh, 1981: 119) พบว่าช่วงอายุที่ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะซึมเศร้ามักเกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป แต่จะมีจำนวนสูงสุดในช่วงอายุ 65 – 70 ปี และสิ่งที่มีมักจะเกิดตามมาก็คือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย 80% ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อัตราการฆ่าตัวตายชาย : หญิง เท่ากับ 10: 1 และเพิ่มเป็น 12: 1 ในช่วงอายุ 85 ปี สอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาของ มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช (2542) พบว่า ความชุกของการซึมเศร้ามีค่าราวร้อยละ 15 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช ทับมณี (2541) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า แต่แตกต่างกัน การศึกษาของ กมลสิน ศาสตรา (2531) พบว่า กลุ่มอายุที่มีความแตกต่างกันมีความซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง ม่ายหรือแยกกันอยู่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสสมรสและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุดตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ ในครอบครัวหรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง ม่ายหรือแยกกันอยู่และสถานภาพสมรสสมรสนั้น มีภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส

โรคที่ไม่มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวจึงใช้ชีวิตแบบไม่มีความวิตกกังวล นอกจากนี้ความซึมเศร้าเป็นผลมาจากการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือบุคคลก็ตาม (Freud cited in Blazer, 1982: 75) ในวัยผู้สูงอายุ เหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตคือการสูญเสียคู่สมรสซึ่งเป็นการสูญเสียที่ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ยาก และพบว่าร้อยละ 22.5 ของคู่สมรสที่มีชีวิตจะตายตามกันไปภายใน 6 เดือนแรกเนื่องจากไม่สามารถปรับตัวได้ และความซึมเศร้าอันเนื่องจากการสูญเสียนี้เป็นความเศร้าที่ลึกซึ้งกินเวลานานเป็นแรมเดือนแรมปี และสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุในทางลบได้ (Hogstel, 1995: 210) สอดคล้องกับการศึกษาของ Murrel, Himmelfarb and Wright (1983: 173 -185) พบว่า บุคคลที่มีสถานภาพสมรส โสดหรือคู่ มีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่เป็นม่าย หย่า หรือแยกกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลลิน ศาสตรา (2531) พบว่า สถานภาพสมรสหย่ามีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ ดันศิริ (2535) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหย่ามีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่และโสด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล และ อุมพร อุดมทรัพย์กุล (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า ความซึมเศร้าสูงมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยสมรสมาแล้ว ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันจากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระดับการศึกษาของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและนอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มของระดับการศึกษามีระดับภาวะซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจากในสังคมปัจจุบันเพศหญิงและเพศชายสามารถเข้าสู่ระบบของการศึกษาได้เช่นกัน นอกจากนี้การศึกษายังไม่ได้มีแต่ใน โรงเรียนเท่านั้นยังมีสื่ออื่นๆ อีกมากมายที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้มีการพัฒนาและมีการปรับตัวเมื่อเข้าสู่ในวัยสูงอายุได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Carmel and Mutran (1997) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำต้องการการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความเข้าใจในปัญหาต่างๆ

ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาที่ช่วยยืดชีวิต น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง รวมทั้งมีความเชื่อถือไว้วางใจแพทย์และวิธีการรักษาที่ทันสมัยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับบุตรหลาน จึงทำให้ไม่มีรายจ่ายหรือความจำเป็นในการใช้จ่าย ร่วมกับการได้รับการเกื้อหนุนด้านสิ่งของจากบุตรหลาน ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินด้วยตนเองมากนัก และไม่มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต้องเป็นห่วง โดยรายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุนั้นได้รับจากการสนับสนุนของครอบครัว (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร โอตระกูล และคณะ (2536) พบว่า รายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่ารายจ่ายนั้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถ ใช้จ่ายได้ตามความต้องการ ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่โรคประจำตัวในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือด และโรคความดันโลหิตสูง นั้นมีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดเนื่องจากอาการของโรคนั้นมีความรุนแรงและเกิดเฉียบพลันอาจทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นได้ (Rumsfeld et al., 2003) รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว ได้แก่ ปวดขา กระดูกสันหลังทับเส้น และอัมพาต ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาบรรเทาอาการ

ถ้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถควบคุมอาการของโรคได้เช่นกัน รองลงมาพบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร มีภาวะซึมเศร้าที่น้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคและความรุนแรงนั้นไม่ได้รับกวนการดำเนินชีวิตประจำวันหรือต้องมีข้อจำกัดในการรักษาอาการของโรคมักน้อยจึงทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มโรคนี้มีภาวะซึมเศร้าที่น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งระยะเวลาของการป่วยจะเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ (2542) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ Louise (1995) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะมีการสนทนากเกี่ยวกับการเลือกวิธีการดูแลรักษาสำหรับภาวะใกล้ตายน้อย แต่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีจะมีการสนทนากเกี่ยวกับการเลือกวิธีการดูแลรักษาสำหรับภาวะใกล้ตายมาก ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสมีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรและ (หรือ) หลาน อาศัยอยู่คนเดียว อาศัยอยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลานมีภาวะซึมเศร้าที่น้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน ได้รับความรัก ความเคารพ ความเอาใจใส่ดูแล ความห่วงใยของบุตรหลานและคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลาน มีแหล่งประโยชน์และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ความสามารถที่ตนเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็นคนดี และเกิดความผาสุกทางจิตใจตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ อิงใจ จันทมูล (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช ทับมณี

(2541) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการติดต่อกับบุตรหลานอย่างใกล้ชิดมีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการติดต่อกับบุตรหลานอย่างห่างเหินหรือไม่มีการติดต่อเลย ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 ทักษะการคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ทักษะการคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ทักษะการคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ถ้าผู้สูงอายุมีทักษะการคิดต่อความตายในระดับสูง จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีทักษะการคิดต่อความตายในระดับสูง ได้แก่ การที่มีทักษะการคิดต่อความตายในทางบวก คือ การมองความตายเป็นการสิ้นสุดของการดำรงชีวิต เป็นเส้นทางที่ก้าวไปสู่ชาติภพใหม่ เป็นการสิ้นสุดอย่างสมบูรณ์ของกระบวนการชีวิต (Life process) ดังนั้นความตายจึงเป็นสิ่งที่น่ายินดี (Atchley, 1997) ทำให้ไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องของความตายและภาวะใกล้ตาย จึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำแต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุมีทักษะการคิดต่อความตายในระดับต่ำ จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีทักษะการคิดต่อความตายในระดับต่ำ ได้แก่ การที่มีทักษะการคิดต่อความตายในทางลบ คือ เกิดความรู้สึกกลัวตายหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย กลัวที่จะตายอย่างเจ็บปวดทรมาน กลัวความหว่าเหว กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวกังวลเกี่ยวกับความตาย จึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ทั้งนี้วิธีช่วยลดความวิตกกังวลเรื่องความตาย ได้แก่ การดำเนินชีวิตอย่างคุ้มค่า การวางแผนในการดำเนินชีวิต การประเมินความรู้สึกของตนเองว่าสิ่งใดที่จะช่วยให้สามารถยอมรับได้ต่อความตาย (Kastenbaum, 1976 cited in Cavanaugh, 1997) การยอมรับได้ต่อความตายโดยการยอมรับว่าความตายเป็นกฎของธรรมชาติและเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ซึ่งจะทำให้บุคคลที่สามารถยอมรับได้ต่อความตายสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Cavanaugh, 1997) ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ทักษะการคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 3 การตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการทดสอบสมมติฐานพบว่า การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะการทำความเข้าใจความรู้สึกและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถควบคุมและจัดการกับตนเองในด้านต่างๆ ได้เหมาะสม ซึ่งการตระหนักรู้ในตนเองเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลจะต้องทำความเข้าใจและหาคำตอบว่าส่วนไหนในความเป็นตนเองที่ยังไม่ตระหนัก ทั้งนี้การตระหนักในตนเอง ทำให้บุคคลได้เข้าใจตนเองและทำให้มนุษย์อยู่ในโลกนี้อย่างมีความสุข (กฤษณี จริยาปยุตต์, 2540: 19) นอกจากนี้ Whetten and Cameron (1991: 52-53) ได้กล่าวถึง Carl Roger ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคนหนึ่งที่ให้ความสำคัญกับการตระหนักรู้ในตนเอง และค่อนข้างมั่นใจว่า การตระหนักรู้ในตนเองและการยอมรับตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีสำหรับการพัฒนาสุขภาพจิตและการเจริญเติบโตของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เพราะคนที่ตระหนักรู้ในตนเองจะรู้ว่าตัวเองมีลักษณะอย่างไร มีความสามารถด้านใด มีความคิด และอารมณ์แบบไหน มีข้อดี ข้อเสียอย่างไร และยอมรับสิ่งเหล่านี้ พร้อมกับปรับตัวให้เหมาะสม ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 4 การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการทดสอบสมมติฐานพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับสูง จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามั้ดต่ำทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวได้ความรัก ความเคารพยกย่อง ความเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญในครอบครัวจึงทำให้มีภาวะซึมเศร้ามั้ดต่ำ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำ จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง เนื่องจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวหรือได้รับเพียงเล็กน้อยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไม่มีความสำคัญในครอบครัวอยู่ไปก็เป็นการทำให้ครอบครัวบุตรหลาน สอดคล้องกับงานการศึกษาของ

มฤตติ บูราณ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า รายได้และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรรณ ดันศิริ (2537) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกัน การทำงานแก้ไขปัญหาร่วมกัน การเปิดโอกาสได้พูดคุยระบายปัญหา ผลการวิจัยพบว่าทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความซึมเศร้า ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

จากการวิเคราะห์ค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรทำนาย 5 ตัว สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ลักษณะครอบครัว อยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การสนับสนุนของครอบครัว อายุ 80 - 89 ปี และทักษะคิดต่อความตาย ซึ่งตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้วจังหวัดนครราชสีมาได้ร้อยละ 15 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลานเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่รองลงมา ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางลบ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออาศัยอยู่กับบุตรหลานเพียงลำพังโดยไม่มีคู่สมรส เนื่องจากครอบครัวในสังคมไทยสมัยก่อนเป็นครอบครัวขยายแต่ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปทำให้เป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จึงทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่รองลงมาหมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคในระบบอื่นๆ เนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคเรื้อรัง และรักษาไม่หายขาด จึงทำให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลตนเอง เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ ตามความรุนแรงและการดำเนินของโรค (วิริงรอง นาทองคำ,

2542) ซึ่งกลุ่มอาการของโรคนี้ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม อาจทำให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อยง่าย หรืออาการเจ็บหน้าอกได้ ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคลเนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะทำให้บุคคลดำเนินชีวิตต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพจิตตามมา (Releigh, 1980 อ้างใน ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2542)

3. การสนับสนุนของครอบครัว เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ร่วงลงมา ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางลบ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง เนื่องจากเป็นทั้งนี้เป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุที่ต้องอาศัย พึ่งพา หรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นนั้น ครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมากที่จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวทั้งในด้านอารมณ์ การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ให้ความมั่นคงปลอดภัย ด้านข้อมูล ข่าวสาร การให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และการที่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม การพบปะพี่น้อง และด้านเครื่องมือสิ่งของ เงินทอง การอำนวยความสะดวกต่างๆ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ และมีความสำคัญในครอบครัวจึงทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวที่ดีหรือได้รับในระดับต่ำไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองคือยาคูค่า เป็นภาระของลูกหลาน ก็จะทำให้ผู้สูงอายุนั้นเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้และมีภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวที่ดีหรืออยู่ในระดับสูงได้

4. อายุ 80 - 89 ปี เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ร่วงลงมา หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุช่วง 80 - 89 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าอายุในช่วงอื่นๆ ทั้งนี้เป็นเพราะอายุที่เพิ่มมากขึ้นในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมากมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Gurland (cited in Ebaugh, 1981: 119) พบว่าช่วงอายุที่ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะซึมเศร้ามักเกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป แต่จะมีจำนวนสูงสุดในช่วงอายุ 65 - 70 ปี และสิ่งที่มีมักจะเกิดตามมาก็คือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย 80% ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อัตราการฆ่าตัวตาย ชาย: หญิง เท่ากับ 10: 1 และเพิ่มเป็น 12: 1 ในช่วงอายุ 85 ปี เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในร่างกายเมื่อมีอายุสูงขึ้น การกั่ง Mono amine oxidase (MAO) เพิ่มมากขึ้นและความเข้มข้นของสารสื่อสัญญาณประสาท (Neurotransmitter) คือ Acetyl Choline, Serotonin, Dopamine และ Norepinophrine ลดลง ผลจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีต่างๆ ดังกล่าวทำให้เกิด

ความซึมเศร้าขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนสถานภาพจากการทำงานต่างๆ จะต้องปลดเกษียณเปลี่ยนสถานภาพออกมาอยู่บ้านจากการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในทุกๆ เรื่อง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกายทำให้จะต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง เมื่อมีความรู้สึกเช่นนี้บ่อยๆ จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เช่นกัน

5. ทักษะคิดต่อความตาย เป็นตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้เป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางลบ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีทักษะคิดต่อความตายระดับสูงหรือเชิงบวก จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่มีทักษะคิดต่อความตายระดับต่ำหรือเชิงลบ จะมีภาวะซึมเศร้าสูง เนื่องจากเป็นมุมมองในการมองความตายซึ่งมีทั้งทางบวกและลบ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเกี่ยวกับการตาย โดยบุคคลที่มีความกลัวตายเป็นอย่างมากและมีการเล็งหลึกที่จะคิดถึงเรื่องความตาย และถ้าบุคคลใดมีความรู้สึกเฉยๆ ต่อความตายหรือยอมรับได้ต่อความตาย โดยมีความเชื่อว่าชีวิตหลังจากที่ตายไปแล้วเป็นชีวิตที่มีความสุข จะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต (Neimeyer, 1994 cited in Payne, Dean and Kalus, 1998)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา และเพื่อศึกษาปัจจัยร่วมในการทำนาย: ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีสติสัมปชัญญะดี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 372 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย แบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) t-test, F – test, Pearson Product Moment Correlation Coefficient และ Multiple Regression Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลในการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 372 คน พบว่า

1. เพศ ในการศึกษาค้างนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.4 และ 37.6 ตามลำดับ

2. อายุ ในการศึกษาค้างนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.4 และมีอายุ 80 - 89 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.2

3. สถานภาพสมรสสมรส ในการศึกษาค้างนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสหย่าร้าง ม่าย หรือแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 35.2 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด มีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.3

4. ระดับการศึกษา ในการศึกษาค้างนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมาเป็นการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.) หรือสูงกว่า และมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 10.0 และ 8.3 ตามลำดับ และมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ปวช.) คิดเป็นร้อยละ 5.4 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา มีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.3

5. รายได้ ในการศึกษาค้างนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า/เท่ากับ 2,500 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมามีรายได้ในช่วง 2,501 – 5,000 บาท/เดือน มีรายได้ในช่วง 10,001 บาทขึ้นไป และมีรายได้ในช่วง 7,501 – 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.3, 11.3 และ 5.1 ตามลำดับ และมีรายได้ในช่วง 5,001 – 7,500 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้มีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.0

6. โรคประจำตัว ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นโรกระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว คิดเป็นร้อยละ 16.9 และ 14.2 ตามลำดับ และเป็นโรกระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 10.8 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรกระบบต่อมไร้ท่อ มีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.8

7. ลักษณะครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน คิดเป็นร้อยละ 49.7 รองลงมาอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรและ (หรือ) หลาน และอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 28.8 และ 10.5 ตามลำดับ และลักษณะครอบครัวอาศัยอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 7.8 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว มีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.2

ส่วนที่ 2 ทักษะคิดต่อความตาย

ค่าเฉลี่ยทักษะคิดต่อความตายของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งใช้การประเมินทักษะคิดต่อความตายในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทักษะคิดต่อความตายอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 68.02)

ส่วนที่ 3 การตระหนักรู้ในตนเอง

ค่าเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งใช้การประเมินการตระหนักรู้ในตนเองในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 160.79)

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนของครอบครัว

ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งใช้การประเมินการสนับสนุนของครอบครัวในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 120.54)

ส่วนที่ 5 ภาวะซีมเศร้า

ค่าเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งใช้การประเมินภาวะซีมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.11)

ส่วนที่ 6 การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้ 11 สมมติฐาน และผลการทดสอบปรากฏผลดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานไม่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานไม่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานไม่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 ทักษะคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ทักษะคิดต่อความตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 การตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการทดสอบสมมติฐานไม่พบว่า การตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว อายุ 80 - 89 ปี และทักษะคิดต่อความตาย สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมาได้ร้อยละ 15 เรียงตามตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ได้ดีที่สุดลดตามลำดับ

ตารางที่ 29 แสดงการยอมรับและการปฏิเสธสมมติฐานจากการวิจัย

ตัวแปรอิสระ	ผลการทดสอบ	สมมติฐาน
	ยอมรับ	ปฏิเสธ
1. ปัจจัยส่วนบุคคล		
1.1 เพศ		/
1.2 อายุ	/	
1.3 สถานภาพสมรส	/	
1.4 ระดับการศึกษา		/
1.5 รายได้		/
1.6 โรคประจำตัว	/	
1.7 ลักษณะครอบครัว	/	
2. ทักษะคิดต่อความตาย	/	
3. การตระหนักรู้ในตนเอง		/
4. การสนับสนุนของครอบครัว	/	
5. ปัจจัยร่วมในการทำนายภาวะซึมเศร้า (ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน, โรคหัวใจและหลอดเลือด, การสนับสนุนของครอบครัว, โรคระบบกระดูกและการเคลื่อนไหว, อายุ 80 - 89 ปี, ทักษะคิดต่อความตาย)	/	

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัยระดับทักษะคิดต่อความตาย ระดับการตระหนักรู้ในตนเอง ระดับการสนับสนุนของครอบครัว ระดับภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ความสัมพันธ์ทักษะคิดต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอเสนอแนะจากผลการวิจัยดังนี้

1. จากผลการศึกษาปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การสนับสนุนของครอบครัว อายุ 80 – 89 ปี และทัศนคติต่อความตาย สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า

1.1 จากผลการศึกษา พบว่า ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน เป็นปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอันดับที่สอง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน มีภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังนั้นทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการให้ความรู้ และส่งเสริมให้บุตรหลานได้ดูแลผู้สูงอายุ

1.2 จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอันดับที่สาม หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าโรคอื่นๆ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรให้ความสนใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ควรให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา และการปฏิบัติตนทั้งผู้สูงอายุและญาติที่ดูแลใกล้ชิด เพื่อให้เข้าใจในการดำเนินของโรคและจะได้ดูแลปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และบุคคลในครอบครัว ควรจะให้ความช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเหมาะสม

1.3 จากผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอันดับที่สี่ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในระดับสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวควรจะให้ความสำคัญในการที่จะสนับสนุนและการปรับตัวในวัยผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน คือ

1.3.1 ทางด้านอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจึงควรให้การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ รวมทั้งพฤติกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ และให้ความมั่นคงปลอดภัย

1.3.2 ทางด้านสิ่งของ สมาชิกในครอบครัวควรอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือ หรือตอบสนองความต้องการตามสภาวะที่เหมาะสม การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง การอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดจนบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลจากสมาชิกในครอบครัว

1.3.3 ทางด้านข้อมูลข่าวสาร คือ สมาชิกในครอบครัวต้องให้คำแนะนำ ในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล ซึ่งสามารถนำไปใช้ แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ การที่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม การพบปะพี่น้อง เพื่อนฝูง รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางด้านศาสนาจากสมาชิกในครอบครัว

1.4 จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 – 89 ปี เป็นปัจจัยในการทำนายภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุอันดับที่หก ซึ่งอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ดังนั้นทางภาครัฐ หน่วยงานทางราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว ควรให้ความสำคัญ ในผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางร่างกายต้องอาศัยและพึ่งพาผู้อื่น มากยิ่งขึ้น ควรให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และต้องทำความเข้าใจและยอมรับ ในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1.5 จากผลการศึกษา พบว่า ทักษะคิดต่อความตายเป็นปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุอันดับที่หนึ่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีทักษะคิดต่อความตายในระดับสูงหรือเชิงบวก มีภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังนั้นทางหน่วยงาน ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและสุขภาพจิต จะต้องให้ความสำคัญในทักษะที่มีต่อความตายของ ผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุที่มีทักษะทางด้านลบต่อความตาย จะต้องมีการปรับเปลี่ยนทักษะ โดยทาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และความสามารถที่ส่งเสริมกิจกรรมทาง ศาสนา การเจริญมรณสติ ในเรื่องเกี่ยวกับความตาย ตามความเชื่อทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เพื่อเปลี่ยนทักษะคิดต่อความตายไปในทิศทางบวก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่จะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคม ชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท บุคลิกภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจในชีวิตและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ หรือตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุร่วมกัน ได้แก่ การปรับตัว หรือศึกษาตัวแปรที่มีผลมาจากภาวะซึมเศร้า เช่น สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต จะสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้มากขึ้น

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กองสุขศึกษา. 2542. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนา
พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- กรแก้ว กำพลศิริ. 2542. การตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลีน ศาตรา. 2531. ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาจิตวิทยาคลินิก, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณี จริยาปยุกต์ และคณะ. 2540. การใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนามโนภาพแห่งตนของ
นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ. 2535. สารสำคัญของ
นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554). กรุงเทพมหานคร:
ม.ป.ท.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันสิริ. 2536. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จันทนา รณฤทธิวิชัย. 2536. “ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ”. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส
และพัชรี ดันสิริ. (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 356-381.
- จริยา น้ำสกุล. 2535. ทศนคติและการยอมรับของประชาชนต่อการใช้เกณฑ์วินิจฉัยสมองตายของ
แพทย์สภาในการตัดสินใจการตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข
ศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2531. “แรงสนับสนุนทางสังคม มโนทัศน์ และการนำไปใช้”. วารสาร
พยาบาลศาสตร์. 6: 96-105.

จำนง อติวัฒน์สิทธิ์ และคณะ. 2543. สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ฉลอง ภิรมย์รัตน์. 2521. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: ประจักษ์การพิมพ์.

ซัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ. 2547. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย”. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
12 (2): 80-89.

ชูชีพ อ่อนโลกสูง. 2522. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

ณัฐยา วาสินหน. 2541. ความหมายของความตาย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ณิชา พรหมน้อย. 2544. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการ
การมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนอำนาจเจริญ 2 จังหวัด
อำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ดวงใจ กสานติกุล. 2536. “โรคอารมณ์แปรปรวน”. ใน เกษม ต้นดีผลาชีวะ. (บรรณาธิการ).
ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. 2539. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
ไทยวัฒนาพานิช.

เทอดศักดิ์ เดชคง. 2543. ความฉลาดทางอารมณ์. กรุงเทพมหานคร: มติชน.

นิภา มนูญปิจู. 2531. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต.

บรรลุ ศิริพานิช. 2532. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:
หมอชาวบ้าน.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. 2526. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนและ
แข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: สามัคคีการพิมพ์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2531. ระเบียบการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. ม.ป.ท.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. ในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคม
วิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9 – 15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชวน
พิมพ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พีระพัสณา.

ประสพ รัตนากร. 2522. บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารโรเนียว.

ปัทมา ทัพเสรีฟูไท. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญภาวะ
เครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2543. “คุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับEQ”. ในอัจฉรา สุขารมย์ วิชาสลักษณ์
ชวัลลดี และอรพินทร์ ชูชม (บรรณาธิการ). รวมบทความทางวิชาการเรื่อง EQ.
กรุงเทพมหานคร: DESKTOP.

พยอม อิงคตานูวัฒน์. 2525. จิตวิทยาพัฒนาการผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองสาส์นการ
พิมพ์.

พรเพชร โคอตรีสิงห์. 2542. ผลของชุดแนะแนวอาชีพแบบกลุ่มต่อความตระหนักรู้ในอาชีพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนบ้านผือ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พรรณวดี พุชวิวัฒน์ และคณะ. 2540. “ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน”. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 1 (2): 187-204.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และสุลี ทองวิเชียร. 2533. ทักษะที่มีต่อความตายและการเลือกสถานที่ตายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารประชากรศาสตร์. 6 (1): 65-75.

พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. 2523. “ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา”. รายงานการวิจัย. สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

พัชรีดา ไชยลังกา. 2534. การศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

แพทยสภา. 2539. “แต่หมอใหม่”. คู่มือการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับแพทย์. กรุงเทพมหานคร: แพทยสภา.

มลฤดี บูราณ. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวณิช. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

- มารยาท สุจริตวรกุล. 2545. ผลของการให้คำปรึกษาแบบเกสตัต์ต่อความตระหนักรู้ในตนเองของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากรให้คำปรึกษา, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มาโนช ทับมณี. 2541. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร สาขาจิตวิทยาคลินิก, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวรัตน์ ชันชวิชัย. 2544. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุ่งทิพย์ เบ้าต๋น. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งเรือง ลิ้มชูปฏิภาณ. 2549. จิตวิจยและการพัฒนาชีวิตอันประเสริฐ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสยามเพรส แมเนจเม้นท์ จำกัด.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. 2543. “สุขภาพจิตไทย”. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550. ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย (Online). www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/aging98.html, 5 เมษายน 2550
- วิรังรอง นาทองคำ. 2542. ประสบการณ์การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. 2539. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 26 (3): 165-178.
- วาสนา เกื้อดวงษ์. 2540. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2546. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2543. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร. 2545. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ อุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ชันตติลล. 2540. การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 43 (1): 39-55.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีวรรณ ตันศิริ. 2537. ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอาสนเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภัญญา นาถนิตธาดา. 2539. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสำนักงานกรรมการอาหารและยา (อย.) ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สมชาย เลาะพิพัฒน์ชัย. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมความปลอดภัยของแรงงานในอุตสาหกรรมเครื่องใช้ไฟฟ้า. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. 2541. ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลสำเร็จใหม่ ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิวลี ศิริไธ. 2529. แนวความคิดและหลักการปฏิบัติเรื่องการชะลอความตายแก่ผู้ป่วยที่หมดหวังของอาจารย์แพทย์ทางคลินิก (ศึกษาเฉพาะคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราช). วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสฏฐชน. 2549. คำตอบอยู่ที่คำถาม. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2540. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเฟื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด.
- สุภาพร ดาวดี. 2537. การศึกษาในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวดี วรพันธ์. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรกุล เจนอบรม. 2534. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุรเดช สำราญจิตต์. 2537. **อนามัยครอบครั้ว**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุรินทร์ นิยมางกูร. 2548. **สถิติวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุธีรา วิสารหงษ์. 2532. **ผลของความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ที่ติดยาเสพติด**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2534. **อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย. 2549. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญา โสมลิน และคณะ. 2532. “นักสังคมสงเคราะห์กับการมีส่วนร่วมแก้ปัญหาผู้สูงอายุ”. **นิตยสารประชาสงเคราะห์**. 32: 31.
- อรรณ ทองแดง และคณะ. 2547. “การวิจัยพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย”. **กรุงเทพวันอาทิตย์**. 16 (5959).
- อัมพร โอตระกุล และคณะ. 2536. “ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมืองและในเขตชนบท”. **วารสารกรมการแพทย์**. 18 (10): 503 – 507.
- อัมพล สุอำพัน. 2539. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- อิงใจ จันทมูล. 2539. **ความชุกชุมของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในจังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตเวชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุไร ขลุ่ยนาถ. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วย
มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

โอฬาร เพ็ชรธรรม. 2549. ตามหาความจริง: วิทยาศาสตร์กับพุทธธรรมศาสตร์ที่เป็นคนละเรื่อง
เดียวกัน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมดา.

Allport, D. W. 1970. **A Handbook of Social Psychology**. Worcester: Clark University Press.

Anne, J. D. and k. Emiko. 1995. "Nurses' attitude toward active euthanasia". **Nursing
Outlook**. 43 (4): 174-179.

Atchley, R. C. 1997. **Social Process and Aging: An Introduction to Social Gerontology**.
Belmont: Wadsworth Publishing.

Beeber, L. S. 1998. "Treating depression through the therapeutic nurse client relationship".
Nursing Clinics of North America. 33 (1): 153-172.

Beck, A. T. 1967. **Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspect**. New York:
International Universities Press, INC.

Berkman, L. F., C. S. Berkman and S. Kasl. 1986. "Depressive symptoms in relation to physical
health and functioning in the elderly". **Am Journal Epidemiology**. 124: 372-378.

Blazer, D. G. 1982. **Depression in later life**. London: Mosby- Year Book.

Brandt, P. A. and C. Weinert. 1985. "The PRQA social support measure". **Nursing Research**.
30: 277-280.

- Carmel, S. and E. Mutran. 1997. "Preferences for different life-sustaining treatments among elderly persons in Israel". **Journal of Gerontology: Social sciences.** 52 (2): 97-102.
- Caswick, J. A. 1998. **Death and Dying: An Older Adult Perspective(CD-ROM).** Abstract from: croquet file: dissertation abstracts item: 1391996.
- Cavanaugh, J. C. 1997. **Adult development of aging.** 3rd ed. St. Louis: Mosby– Year Book.
- Chatfield, W. F. 1977. "Economic and sociological factors influencing life satisfaction of the aged. **Journal of Gerontology.** 32: 593-599.
- Cicirelli, V. G. Maclean, A. P. and Cox, L. S. 2000. "Hastening death: a comparison of two end-of-life decisions". **Death Studies.** 24: 401-419.
- Cobb, S. 1976. "Social support as moderator of life stress". **Psychosomatic Medicine.** 38: 300-313.
- _____. and Wills, T. A. 1985. "Stress social support and buffering hypothesis". **Psychological Bulletin.** 98: 310 – 357.
- Corr, C. A., C. M. Nabe and D. M. Corr. 1997. **Death and Dying, Life and Living.** 2nd ed. Pacific Grove: Books Cole Publishing.
- Douglas, R. and H. N. Brown. 2002. "Patients' attitudes toward advance directives". **Journal of Nursing Scholarship.** 34(1): 61-65.
- Ebaugh, F. G. 1981. **Management of common problems in geriatric medicine.** London: Addison-Wesley Publishing Co.
- Goleman, D. 1998. **Working with Emotional Intelligence.** New York: Bantam Books.

- Gottlieb, B. H. 1985. "Social network and social support: an overview of research, practice and policy implication". **Health Education Quarterly**. London: SAGE Publication.
- Grace, S. L. et al. 2005. "Effect of depression on five-year mortality after and acute coronary syndromes". **American Journal of Cardiology**. 96: 1179 – 1185.
- Harlon, J. J. and D. E. Picket. 1984. **Public Health: Administration and Practice**. 8th ed. St. Louise: Timer Mirrir/Mosby Collage Publishing.
- Hogstel, M. O. 1981. **Nursing Care of the Older Adult**.
- _____. 1995. **Geropsychiatric Nursing**. 2nd ed. St. Louise: Mosby – Year Book.
- Hugo and Graeme. 1992. "Review of population ageing situation and major ageing issues at local-level". **Productive Ageing in Asia and the Pacific**. Asian Population Studies Series No.129. United Nations.
- Kahn, R. L. 1979. "Aging and social support". **In Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives**. Colorado: West view Press.
- Kane, R. L. J. G. Ouslander and I. B. Abrass. 1984. **Essentials of clinical geriatrics**. New York: McGraw-Hill.
- Kaplan, B. H. J. C. Cassel and S. Gore. 1977. "Social support and health". **Medical care**. 15 (May): 47-58.
- Kerrigan, W. H. 1981. "World assembly on ageing". **Bangkok Post**.
- Kranch, P. 1995. "Assessment of depressed older persons living in a home setting". **Home Health Nurse**. 13: 61-64.

- Kubler-Ross, E. 1969. **On Death and Dying**. New York: Macmillan.
- Kubler-Ross, E. 1974. **Questions and Answerers on Death and Dying**. New York: Macmillan.
- Lobo, A. et al. 1995. "The prevalence of dementia and depression in the elderly community in Southern European population". **Arch Gen Psychiatry**. 52: 495-505.
- Louise, P. L. 1995. **Clients' death anxiety and associated factors affecting end-of-life clinical decision making for persons age 65 and old (CD-ROM)**. Abstract from: proquest File: Dissertation Abstracts Item: 1361890.
- Mark, P. 1982. "Delivery of social support: the social inoculation". **American Journal or Thopsychiatry**. 52 (January): 20.
- Mickey, S. 1999. **Death and Dying**. Gerontologiurl Nursing, F.A. Davis COMPANY, Philadelphia.
- Ming – lin, A. C. and Lang, G. S. 1998. "Attitudes of Chinese elderly people toward death: practical implications for social workers". **Asia Pacific Journal of Social Work**. 8(1): 50-63
- Murrell, S. A. S. Himmelfarb, and K. Wright. 1983. "Prevalence of depression and its correlations in older adult". **Am Journal Epidemiology**. 117: 173-185.
- Nemeck, M. A. 1990. "Health beliefs and preventive behavior: a review of research literature". **AAOH Journal**. 38 (March): 127 -136.
- Oskamp and Stuart. 1977. **Attitude and Opinions**. New Jersey: Prentice – Hall, Inc.

- Pender, N. J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice and ed.** Appleton and Lange, U.S.A.
- Payne, S.A., S. J. Dean and C. Kalus. 1998. "A comparative study of death anxiety in hospice and Emergency nurses". **Journal of Advanced Nursing.** 28(4): 700-706.
- Perls, F. 1969. **Gestalt therapy verbatim.** Moab U.T.: Real People Press.
- Raymond, J. C. 2002. **The Dictionary of Psychology.** New York: Brunner-Routledge.
- Rumsfeld, J. S. et al. 2003. "History of depression, angina and quality of life after acute coronary Syndromes". **American Heart Journal.** 145: 493-499.
- Salmans, S. 1995. **Depression: Question You Have..... Answer You Need.** New York: Windows on the World Pub.
- Schaefer, C., J. C. Coyne and R. S. Lazarus. 1981. "The health – related function of social support". **Journal of Behavioral Medicine.** 4: 381-406.
- Schiffman, L. G. and H. H. Kanuk. 1994. **Consumer Behavior.** New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Seneca, H. O. 1979. "**Attitudes Toward Death: In Hospice: Prescription for Terminal Care**". Edited by K.P. Cohen. Aspen Systems Corporation, German.
- Shamas, E. 1979. "The Family as a Social Support System in Old age". **The Gerontologist.** 19(2): 169-174.
- Thorpe, G. 1993. "Enabling more dying people to remain to home". **BMJ.** 307/6909 (9 October): 195-198.

- Tilden, V. P. 1985. "Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory". **Research in Nursing and Health**. 8 (June): 199-206.
- Whetten, D. A. and K. S. Cameron. 1991. **Developing Management Skills**. 2nd ed. New York: Harper Collins.
- William, M. and A. Kenneth. 1998. **Reynolds Depression Screening Inventory**. Psychological Assessment Resources.
- Wohlers, A. J. and London, M. 1989. "Rating of managerial characteristics: evaluation difficulty, co-worker agreement, and self-awareness". **Personnel Psychology**. 42: 235-261.
- World Health Organization. 1994. **Life Skills Education for Children and Adolescents in School**. Geneva: WHO.
- Wortman, C. B. 1984. "Social support and the cancer patient conceptual and methodologist issues". **Journal of the American Cancer Society**. 53 (May 1984): 2339 – 2360.
- Yurick, A. G. et al. **The Aged Person and the Nursing Process**. Appleton-Century-Crofts.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูล



ที่ ศธ 0513.11202/

ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
50 ถนนพหลโยธิน จตุจักร
กรุงเทพฯ 10900

พฤษภาคม 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย น.ส.ศุภกวี กฤษภี นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีแก้ว จังหวัดนครราชสีมา” โดยมี ผศ.ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา เป็นประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทั้งนี้ นิสิตจะได้ประสานงานวันและเวลาในการเก็บข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา)

หัวหน้าภาควิชาจิตวิทยา

ภาควิชาจิตวิทยา

โทรศัพท์ 0-2561-3480 กด 1

โทรติดต่อนิสิต 089-176-5197

ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว
กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ กรุณาตอบตามความคิดเห็นของท่านให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง โดยไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ท่านได้ตอบในแบบสอบถาม จะถือเป็นความลับ และไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศุขฉวี กฤษณี)

นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

หมายเลขแบบสอบถาม v1

แบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย / ลงใน [] ที่ตรงความเป็นจริงของท่าน

		สำหรับเจ้าหน้าที่
1. เพศ	[] 1. ชาย [] 2. หญิง	v2 <input type="text"/>
2. อายุ ปี	v3 <input type="text"/>
3. สถานภาพสมรส	[] 1. โสด [] 2. สมรส [] 3. หย่าร้าง ม่าย หรือแยกกันอยู่	v4 <input type="text"/>
4. ระดับการศึกษา	[] 1. ไม่ได้รับการศึกษา [] 2. ประถมศึกษา [] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น [] 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ปวช.) [] 5. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.) หรือสูงกว่า	v5 <input type="text"/>
5. รายได้ บาท/เดือน	v6 <input type="text"/>
6. โรคประจำตัว	1..... 2.....	v7 <input type="text"/>
7. ลักษณะครอบครัว	[] 1. อยู่คนเดียว [] 2. อยู่ร่วมกับคู่สมรส [] 3. อยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร หรือหลาน [] 4. อยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน [] 5. อยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว	v8 <input type="text"/>

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. ท่านคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาเป็นสังขารของชีวิต					
2. ท่านคิดว่าเมื่อตายแล้วจะได้ไปเกิดใหม่					
3. ท่านคิดว่าชีวิตกับความตายเป็นเรื่องคู่กัน					
4. ท่านคิดว่าถ้าก่อนตายเรามีจิตใจที่สงบบริสุทธิ์ปล่อยใจยอมไปสู่ที่ดี					
5. ท่านคิดว่าการตายเป็นการหมดเวรหมดกรรม					
6. ท่านคิดว่าการตายเป็นการทำให้ท่านยังเป็นห่วง					
7. ท่านคิดว่าการตายเป็นการเดินทางมาถึงจุดหมายปลายทาง					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
8. ท่านคิดว่าความตายเป็นสภาวะที่ต้องอยู่อย่างเฉยตาย					
9. ท่านคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่ชั่วร้าย					
10. ท่านคิดว่าการตายเป็นการจากไปสู่ชาติภพใหม่					
11. ท่านคิดว่ากระบวนการก่อนตายน่ากลัวกว่าความตายที่แท้จริง					
12. ท่านคิดว่าความตายเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ					
13. ท่านรู้สึกว่าคุณเองเข้าใจความตายเข้าไปทุกที					
14. ท่านพร้อมที่จะตายตลอดเวลา					
15. ท่านคิดว่าความตายเป็นเรื่องที่น่าสลด หดหู่ใจ					
16. ท่านคิดว่าความตายสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาไม่ควรประมาท					
17. ท่านคิดว่าความตายเป็นความสงบสุขที่แท้จริง					
18. ท่านคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกชีวิตในโลกนี้ต้องประสบ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงมาก
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงปานกลาง
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงน้อย
เป็นจริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
ด้านค่านิยม					
1. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจในแนวคิดวัฒนธรรมไทยที่เคารพผู้อาวุโส					
2. ท่านตระหนักรู้และรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อมีคนยกมือไหว้ท่าน					
3. ท่านตระหนักรู้และเชื่อว่าบุคคลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางดำเนินชีวิตของตนให้มีคุณค่า					
4. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจความเคารพยกย่องจากผู้อื่น					
5. ท่านตระหนักรู้ถึงความสามารถ					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง น้อย ที่สุด
ด้านค่านิยม					
6. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจถึง ข้อบกพร่องของตนเอง					
7. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจในแนวคิด ความเชื่อที่ยึดถือปฏิบัติ					
8. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจในสิ่งที่ช่วย ทำให้ท่านมีคุณค่า					
9. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจว่าตนเองมี ความสำคัญและมีประโยชน์ต่อการพัฒนา ประเทศ					
ด้านรูปแบบทางความคิด					
10. ท่านตระหนักรู้ว่าการมองเห็นของ ท่านลดลง					
11. ท่านตระหนักรู้ว่าความสามารถ ทางการได้ยีนลดลง					
12. ท่านตระหนักรู้ว่าการได้กลิ่นลดลง					
13. ท่านตระหนักรู้ว่าการเคลื่อนไหวของ ร่างกายช้าลง					
14. ท่านตระหนักรู้ว่าการรับรสชาติ อาหารของท่านเปลี่ยนไป					
15. ท่านตระหนักรู้ว่าร่างกายของท่านมี ความเสื่อมลง					
16. ท่านตระหนักรู้ถึงสภาวะอารมณ์ของ ตนเองในสถานการณ์ต่างๆ					
17. ท่านตระหนักรู้ถึงความคิดของตนเอง					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง น้อย ที่สุด
ด้านรูปแบบความคิด					
18. ท่านตระหนักรู้รู้สึกของตนเอง					
19. ท่านตระหนักรู้ถึงความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ทุกอย่างที่เกิดขึ้นในใจของตนเอง					
20. ท่านตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง ประสบการณ์ในอดีตถึงปัจจุบัน					
21. ท่านตระหนักรู้ถึงการนำเอา ประสบการณ์ในอดีตมาปรับให้เข้ากับ ปัจจุบัน					
22. ท่านตระหนักรู้ถึงคุณค่าในความคิด เหตุการณ์ต่างๆเกี่ยวกับตนเอง					
ด้านการปรับตัว					
23. ท่านตระหนักรู้ถึงความเชื่อมั่นใน ตนเอง					
24. ท่านตระหนักรู้ว่าตนเป็นที่ยอมรับ ของสมาชิกในครอบครัวและพี่น้อง € เพื่อนฝูง					
25. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจในอารมณ์ ของตนเอง					
26. ท่านตระหนักรู้ถึงการแสดงออกอย่าง เหมาะสมกับกาลเทศะ					
27. ท่านตระหนักรู้ว่าตนเองมีคุณค่า					
28. ท่านตระหนักรู้ว่าตนเองเป็นที่เคารพ นับถือของผู้อื่น					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง น้อย ที่สุด
ด้านการปรับตัว					
29. ท่านตระหนักรู้ว่าตนเองเป็นที่ยอมรับ ของกลุ่ม					
30. ท่านตระหนักรู้ตนเองเป็นที่รักเคารพ					
31. ท่านตระหนักรู้ว่าตนเองมีความอิสระ ในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ด้วย ตนเอง					
32. ท่านตระหนักรู้ถึงความมั่นคงทาง อารมณ์					
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
33. ท่านตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์ที่ดี กับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่น					
34. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจความรู้สึก ของตนเองเมื่อได้รับการกราบไหว้จาก สมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น					
35. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจการ แสดงออกต่อกันของบุคคล					
36. ท่านตระหนักรู้ถึงความต้องการของ ตนเอง					
37. ท่านตระหนักรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น					
38. ท่านตระหนักรู้ถึงความสนใจของ ตนเองในการเข้าร่วมกลุ่ม กิจกรรมต่างๆ เป็นประจำ					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง น้อย ที่สุด
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
39. ท่านตระหนักรู้ถึงการแสดงออกของตนเอง					
40. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจความรู้สึกตนเองเมื่อไปงานสังสรรค์กับเพื่อนๆ					
41. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจความรู้สึกตนเองเมื่อแสดงออกต่อบุคคลอื่น					
42. ท่านตระหนักรู้และเข้าใจความรู้สึกตนเองเมื่อปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงมาก
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงปานกลาง
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงน้อย
เป็นจริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์					
1. สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพยกย่องท่าน					
2. สมาชิกในครอบครัวให้ความรักและความอบอุ่นแก่ท่าน					
3. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจไม่ซ้ำเติมเมื่อท่านทำสิ่งที่ผิดพลาด					
4. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อครอบครัว					
5. สมาชิกในครอบครัวพร้อมที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่าน					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง น้อย ที่สุด
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์					
6. สมาชิกในครอบครัวแสดงความห่วงใย					
7. สมาชิกในครอบครัวสนใจซักถามทุกข์ สุขของท่าน					
8. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึก มั่นคงปลอดภัย					
9. สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ท่าน เป็นอย่างดี					
10. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมี กำลังใจ					
11. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่ ตนเองมีคุณค่า					
12. สมาชิกในครอบครัวให้การยอมรับ และรับฟังความคิดเห็นของท่าน					
การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร					
13. สมาชิกในครอบครัวให้ความ ไว้วางใจและพูดคุยปัญหาต่างๆกับท่าน					
14. สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำและ เป็นที่ปรึกษาของท่านได้					
15. สมาชิกในครอบครัวรับฟังปัญหาและ ให้คำปรึกษาท่านได้					
16. ท่านมีโอกาสร่วมพบปะสังสรรค์ กับพี่น้อง เพื่อนฝูง					
17. ท่านมีโอกาสร่วมทำบุญเข้าวัด เป็น ประจำ					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็นจริง น้อย	เป็นจริง น้อย ที่สุด
การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร					
18. ท่านมีโอกาสดำเนินกิจกรรมใน ประเพณีต่างๆ					
19. สมาชิกในครอบครัวสามารถเตือน ท่านถึงพฤติกรรมและการกระทำต่างๆได้					
20. สมาชิกในครอบครัวให้ความ สนับสนุนท่านในการทำกิจกรรมต่างๆ					
21. ท่านได้ร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกใน ครอบครัวเป็นประจำ					
22. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมพบปะพี่น้อง เพื่อนฝูงเป็นประจำ					
การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ					
23. สมาชิกในครอบครัวให้สิ่งของ เงิน ทองแก่ท่าน					
24. สมาชิกในครอบครัวให้การอำนวยความสะดวกแก่ท่าน					
25. สมาชิกในครอบครัวให้ของขวัญท่าน ในโอกาสพิเศษ					
26. สมาชิกในครอบครัวจัดหาอุปกรณ์ ต่างๆที่จำเป็นในการดำรงชีวิตให้กับท่าน					
27. สมาชิกในครอบครัวให้ความ ช่วยเหลือเมื่อท่านเดือดร้อน					
28. สมาชิกในครอบครัวดูแลท่านเมื่อ เจ็บป่วย					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ					
29. สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย					
30. สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปหาหมอ เมื่อท่านไม่สบาย					
31. สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน					
32. สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปตรวจสุขภาพเป็นประจำ					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายวงกลม (0) เลือกคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมหรือความรู้สึกของท่านในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

สำหรับเจ้าหน้าที่

1. คุณถูกรบกวนด้วยความรู้สึกซึมเศร้ามากน้อยแค่ไหน ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

v 119

0 = ไม่มีเลย

1 = บางครั้งบางครั้ง

2 = บ่อย (ประมาณ 1 สัปดาห์)

3 = บ่อยมาก (มากกว่า 1 สัปดาห์)

4 = บ่อยที่สุด

2. คุณมองตัวเองในอนาคตอย่างไร

v 120

0 = ดี

1 = ฉันรู้สึกท้อแท้ในอนาคต

2 = ฉันค่อนข้างท้อแท้และดูเหมือนว่าหมดหวังต่อตนเอง

3 = ฉันท้อแท้มากและไม่คิดว่ามันจะดีขึ้น

4 = อนาคตคือ ความสิ้นหวังทั้งหมดของฉันและฉันรู้ว่ามัน ไม่เคยดีขึ้น

3. คุณร้องไห้หรือรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยแค่ไหน

v 121

0 = นานๆครั้ง

1 = มากกว่าที่เคยเป็นเล็กน้อย

2 = มากกว่าที่เคยเป็นมาก

3 = เกือบจะตลอดเวลา

4. คุณเคยตำหนิหรือรู้สึกผิดสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่คุณทำในอดีตหรือไม่

v 122

0 = ฉันไม่เคยโทษตัวเองหรือรู้สึกผิด

1 = ฉันตำหนิหรือรู้สึกแยะต่อตัวเองแม้กระทั่งผิดเล็กน้อย

2 = ฉันรู้สึกผิดกับสิ่งที่ฉันทำไม่ดี

3 = ฉันรู้สึกผิดมากหรือรู้สึกเหมือนควรถูกลงโทษกับสิ่งที่เกิดขึ้น

4 = ฉันรู้สึกผิดมากๆ เสมอกับสิ่งที่เลวร้ายที่เกิดขึ้น

5. คุณเคยคิดฆ่าตัวตายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0 = ฉันไม่มีความคิดอะไรเลย

1 = ฉันรู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่าที่จะมีชีวิตอยู่

2 = ฉันคิดเกือบจะฆ่าตัวเองแต่ไม่มีการวางแผน

3 = ฉันคิดที่จะฆ่าตัวเองและมีวิธีการวางแผนที่แน่นอน

4 = ฉันพยายามฆ่าตัวเองให้สำเร็จ

สำหรับเจ้าหน้าที่

v 123

หมายเหตุ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งหมดมีจำนวน 19 ข้อ ในที่นี้นำมาแสดงเป็นตัวอย่าง ถ้าหากท่านใดสนใจสามารถติดต่อได้ที่คณะสังคมศาสตร์ ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ค

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

ตารางผนวกที่ 1 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของทัศนคติต่อความตาย

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	.9345	.9787
2.	.9401	.9792
3.	.9328	.9787
4.	.8502	.9769
5.	.9048	.9793
6.	.7341	.9809
7.	.9544	.9785
8.	.8007	.9804
9.	.6752	.9817
10.	.9507	.9786
11.	.7721	.9806
12.	.8880	.9792
13.	.9269	.9788
14.	.9048	.9793
15.	.7122	.9813
16.	.9048	.9793
17.	.7894	.7803
18.	.9393	.9789
Alpha = 0.9807		

ตารางผนวกที่ 2 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการตระหนักรู้ในตนเองด้านค่านิยม

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	.9027	.9581
2.	.8753	.9594
3.	.9122	.9574
4.	.9279	.9567
5.	.7156	.9672
6.	.9211	.9580
7.	.6535	.9712
8.	.9527	.9555
9.	.8773	.9593
Alpha = 0.9646		

ตารางผนวกที่ 3 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการตระหนักรู้ในตนเองด้านรูปแบบความคิด

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
10.	.8483	.9605
11.	.9314	.9587
12.	.8331	.9615
13.	.9150	.9591
14.	.5805	.9665
15.	.9336	.9582
16.	.4905	.9684
17.	.8483	.9605
18.	.6314	.9660
19.	.9284	.9592
20.	.9176	.9587
21.	.8341	.9620

ตารางผนวกที่ 3 (ต่อ)

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
22.	.9151	.9590
Alpha = 0.9644		

ตารางผนวกที่ 4 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการตระหนักรู้ในตนเองด้านการปรับตัว

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
23.	.9286	.9465
24.	.9171	.9470
25.	.9056	.9478
26.	.6476	.9578
27.	.8561	.9503
28.	.6583	.9585
29.	.8819	.9485
30.	.5910	.9598
31.	.9286	.9465
32.	.8052	.9519
Alpha = 0.9562		

ตารางผนวกที่ 5 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการตระหนักรู้ในตนเองด้าน
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
33.	.9128	.9515
34.	.8570	.9533
35.	.9128	.9515
36.	.8329	.9543
37.	.9128	.9515
38.	.8321	.9551
39.	.6315	.9628
40.	.7683	.9571
41.	.8248	.9546
42.	.7794	.9567
Alpha = 0.9592		

ตารางผนวกที่ 6 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการสนับสนุนของครอบครัวด้าน
อารมณ์

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	.8362	.9333
2.	.8343	.9335
3.	.4531	.9453
4.	.7499	.9366
5.	.7543	.9367
6.	.6570	.9397
7.	.7743	.9357
8.	.8543	.9331
9.	.8470	.9345
10.	.7040	.9385

ตารางผนวกที่ 6 (ต่อ)

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
11.	.7825	.9355
12.	.6045	.9414
Alpha = 0.9421		

ตารางผนวกที่ 7 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการสนับสนุนของครอบครัวด้าน
ข้อมูลข่าวสาร

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
13.	.7402	.9293
14.	.8522	.9201
15.	.7953	.9228
16.	.6896	.9294
17.	.7186	.9278
18.	.4847	.9372
19.	.8388	.9205
20.	.8506	.9210
21.	.8313	.9210
22.	.6990	.9277
Alpha = 0.9329		

ตารางผนวกที่ 8 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการสนับสนุนของครอบครัวด้าน
สิ่งของ

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
23.	.8493	.9471
24.	.7604	.9510
25.	.8471	.9472
26.	.7671	.9505
27.	.7098	.9528
28.	.8635	.9473
29.	.7869	.9500
30.	.8473	.9474
31.	.8477	.9494
32.	.8293	.9481
Alpha = 0.9540		

ภาคผนวก ง

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ที่สนใจคือความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

- | | | |
|------------------|-----------|--|
| 1. คุณจิรวัดส์ | อ่อนสุภาพ | นักวิชาการสาธารณสุข 7 โรงพยาบาลสีคิ้ว
อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา |
| 2. คุณชไมพร | วรรณปักษ์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสีคิ้ว อำเภอสีคิ้ว
จังหวัดนครราชสีมา |
| 3. คุณจรรยาวัฒน์ | ทับจันทร์ | หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสูงเนิน
อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา |

ภาคผนวก จ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตารางผนวกที่ 9 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างของตัวแปร

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈
X ₁	1.000							
X ₂	-.027	1.000						
X ₃	.013	-.029**	1.000					
X ₄	.023	-.333**	-.251**	1.000				
X ₅	-.083	.016	.023	-.067	1.000			
X ₆	.333**	.210**	-.085	-.221**	-.262**	1.000		
X ₇	-.306**	-.222**	.077	.254**	-.156**	-.012**	1.000	
X ₈	-.137**	-.010	-.031	.071	-.045	-.073	.093	1.000
X ₉	-.171**	-.114*	.074	.073	.043	-.099	.083	-.340**
X ₁₀	.147**	.073	-.038	-.062	-.016	.124*	-.120*	-.064
X ₁₁	.135**	.012	.008	-.034	.008	.095	-.101	-.051
X ₁₂	.113*	.101	-.060	-.074	-.026	.011	-.001	-.070
X ₁₃	-.136**	-.056	.058	.000	.041	-.086	.071	.041
X ₁₄	-.055	-.081	-.017	.168**	.079	-.093	.062	.132*
X ₁₅	-.049	.032	.017	-.084	-.067	.071	-.045	-.097
X ₁₆	-.055	.043	-.004	-.067	-.045	.036	-.018	-.045
X ₁₇	.047	-.023	.017	.011	-.049	.038	-.018	.011
X ₁₈	.231**	.102*	-.037	-.113*	.008	.045	-.050	-.076
X ₁₉	.118*	.000	.023	-.039	-.054	.043	-.021	-.160**
X ₂₀	-.143**	.116*	-.065	-.092	-.012	-.052	.059	.136**
X ₂₁	.017	.065	-.053	-.023	.065	.078	-.107*	-.011
X ₂₂	-.073	.105*	-.042	-.110*	.098	.050	-.092	.012
X ₂₃	-.010	-.230**	.100	.230**	-.060	-.133**	.162**	.116*
X ₂₄	-.143**	.016	.038	-.092	.383**	-.360**	.205**	-.062
X ₂₅	.078	.045	-.018	-.048	-.073	.277**	-.252**	.057
X ₂₆	.271**	.194**	-.090	-.185**	-.211**	.793**	-.722**	-.105*
X ₂₇	-.236**	-.227**	.047	.314**	-.076	-.774**	.025**	.129*
X ₂₈	-.079	-.070	.106*	-.058	.336**	-.195**	.057	-.039
X ₂₉	.010	.520**	-.206**	-.553**	-.024	.281**	-.277**	-.029
X ₃₀	.042	.053	-.062	.013	-.094	-.044	.085	-.028
X ₃₁	.047	.051	.005	-.035	-.100	.144**	-.105*	.000
Y	-.080	-.162**	.023	.242**	-.040	-.194**	.216**	.016

ตารางผนวกที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปร	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆
X ₁								
X ₂								
X ₃								
X ₄								
X ₅								
X ₆								
X ₇								
X ₈								
X ₉	1.000							
X ₁₀	-.484**	1.000						
X ₁₁	-.383**	-.072	1.000					
X ₁₂	-.533**	-.100	-.079	1.000				
X ₁₃	.033	.062	-.042	-.058	1.000			
X ₁₄	.299**	-.068	-.215**	-.314**	-.175**	1.000		
X ₁₅	.141**	-.004	.020	-.158**	-.104*	-.598**	1.000	
X ₁₆	-.045	.080	.008	.018	-.037	-.212**	-.127*	1.000
X ₁₇	-.155**	.107*	-.001	.127*	-.040	-.232**	-.139**	-.049
X ₁₈	-.535**	-.046	.329**	.648**	-.062	-.357**	-.213**	-.076
X ₁₉	.003	.086	.094	-.047	-.112*	-.059	.119*	.025
X ₂₀	-.087	-.088	.020	.104*	-.051	-.010	-.083	.087
X ₂₁	-.072	.016	-.029	.122*	-.026	-.100	.070	-.049
X ₂₂	.081	-.042	-.006	-.086	.093	.000	.029	-.031
X ₂₃	.058	-.032	-.108*	-.054	.133*	.179**	-.189**	-.025
X ₂₄	-.042	.021	-.025	.104*	.186**	-.130*	.031	.087
X ₂₅	-.158**	.056	.113*	.062	-.060	-.132*	.074	.057
X ₂₆	.009	.070	.025	-.025	-.047	-.016	.028	.001
X ₂₇	.105*	-.106*	-.099	-.072	-.076	.184**	-.097	-.076
X ₂₈	.046	-.055	.024	-.010	.148**	.000	-.006	-.039
X ₂₉	-.058	.069	-.005	.047	-.120*	-.031	-.032	.084
X ₃₀	.019	-.016	-.066	.056	-.043	.052	-.027	.022
X ₃₁	.027	-.015	-.021	-.011	-.116*	.068	-.047	.019
Y	.094	-.121*	-.062	.007	.054	.057	-.095	-.017

ตารางผนวกที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปร	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆
X ₁								
X ₂								
X ₃								
X ₄								
X ₅								
X ₆								
X ₇								
X ₈								
X ₉								
X ₁₀								
X ₁₁								
X ₁₂								
X ₁₃								
X ₁₄								
X ₁₅								
X ₁₆								
X ₁₇	1.000							
X ₁₈	-.083	1.000						
X ₁₉	.035	-.053	1.000					
X ₂₀	-.022	.118*	-.292**	1.000				
X ₂₁	-.025	.122*	-.410**	-.119*	1.000			
X ₂₂	-.002	-.069	-.349**	-.101	-.141**	1.000		
X ₂₃	-.007	-.070	-.454**	-.131*	-.184**	-.157**	1.000	
X ₂₄	-.022	.023	-.012	.028	-.090	.061	.029	1.000
X ₂₅	-.040	.127*	-.011	-.001	.137**	.023	-.131*	-.100
X ₂₆	.062	-.032	.043	-.049	-.005	.037	-.048	-.289**
X ₂₇	-.013	-.058	-.021	.015	-.072	-.067	.141**	-.185**
X ₂₈	-.042	-.017	-.031	.060	.100	-.063	-.042	-.053
X ₂₉	.013	.095	.029	.117*	.056	.058	-.222**	-.196**
X ₃₀	-.017	-.024	.060	.004	.019	.021	-.119*	-.064
X ₃₁	.008	.003	-.018	-.059	.097	.052	-.066	-.417**
Y	.014	-.014	-.148**	.019	.059	-.108*	.217**	.063

ตารางผนวกที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปร	X ₂₅	X ₂₆	X ₂₇	X ₂₈	X ₂₉	X ₃₀	X ₃₁	Y
X ₁								
X ₂								
X ₃								
X ₄								
X ₅								
X ₆								
X ₇								
X ₈								
X ₉								
X ₁₀								
X ₁₁								
X ₁₂								
X ₁₃								
X ₁₄								
X ₁₅								
X ₁₆								
X ₁₇								
X ₁₈								
X ₁₉								
X ₂₀								
X ₂₁								
X ₂₂								
X ₂₃								
X ₂₄								
X ₂₅	1.000							
X ₂₆	-.304**	1.000						
X ₂₇	-.217**	-.632**	1.000					
X ₂₈	-.062	-.182**	-.116*	1.000				
X ₂₉	.077	.219**	-.187**	.023	1.000			
X ₃₀	-.089	.004	.093	.000	.030	1.000		
X ₃₁	-.048	.163**	.082	.046	.319**	.565**	1.000	
Y	.113*	-.255**	.175**	-.018	-.258**	-.013	-.200**	1.000

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล

นางสาวศุภฎี กฤษฎี

วัน เดือน ปี ที่เกิด

วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2525

สถานที่เกิด

จังหวัดนครราชสีมา

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น