

บทที่ 2

แนวคิดทางทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง ความซึมเศร้า การให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค และแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของความซึมเศร้า
 - 1.2 สาเหตุของความซึมเศร้า
 - 1.3 ความซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยมของเบค (Beck)
2. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค
 - 2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค
 - 2.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค
 - 2.3 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค
 - 2.4 คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค
 - 2.5 กระบวนการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 3.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 3.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
 - 3.3 ปัญหาของผู้สูงอายุ
 - 3.4 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 4.1 ความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจในผู้สูงอายุ
 - 4.2 การประเมินความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ
5. สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและความซึมเศร้า
6. เหตุผลในการตั้งสมมติฐาน

1. แนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า

1.1 ความหมายของความซึมเศร้า

ความซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ เจ็บซึม หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน ขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ หมดอาลยตายอยาก จนมีผลกระทบกับการดำรงชีวิต โดยมีลักษณะอาการในด้านต่างๆ รวมด้วย ดังนี้ (Izard, 1972, น.230-231; Greist & Jefferson, 1992, น.3, 116-117, 123-124; Golden, Gersh, & Robbins, 1992, น. 10)

1. ลักษณะทางอารมณ์ (Emotional symptoms) เช่น อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood) ร้องไห้มากกว่าปกติ วิตกกังวลในเรื่องต่างๆ รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ

2. ลักษณะทางความคิด (Cognitive symptoms) เช่น การตระหนักในคุณค่าของตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า คิดวิเคราะห์หรือพิจารณาตนเองอย่างไม่เป็นจริง คิดว่าตนเองจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อทุกปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ดำหนิหรือโทษตัวเอง มีความคิดในแง่ลบ มองโลกในด้านลบ ความรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กๆ น้อยๆ คิดซ้ำๆ เกี่ยวกับการตาย คิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย คิดหมกมุ่นกับเหตุการณ์ในอดีต ลักษณะทางความคิดที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้ามักมีสาเหตุมาจากการจดจำเหตุการณ์เป็นสำคัญ (Dalgleish & Watts, 1990 อ้างใน Williams et al., 2001, น.7)

3. ลักษณะทางพฤติกรรม (Behavioral symptoms) เช่น เชื่องซึม เชื่องช้า เหม่อลอย กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ ความสามารถในการคิดลดลง หลงลืม แยกตัว รู้สึกลำบากใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือทำกิจวัตรประจำวัน

4. ลักษณะทางกาย (Physical symptoms) เช่น เหนื่อยง่ายหรือรู้สึกเสียพลังงานเกือบทุกวัน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานไม่ได้และ/หรือนอนไม่หลับ หรือรับประทานและ/หรือนอนมากเกินไป น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวปกติภายใน 1 เดือน หมดอารมณ์ทางเพศ

หากมีลักษณะต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นอย่างน้อย 5 ลักษณะของลักษณะทางกาย ในช่วงเวลาเดียวกัน และเกิดขึ้นต่อเนื่องกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีอารมณ์เศร้า หรือหมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ อย่างใดอย่างหนึ่งรวมด้วย ถือว่ามีระดับความซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) (American Psychiatric Association, 1994 อ้างใน มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542, น.169) แต่หากมีลักษณะต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นเกิดขึ้นอย่าง

ความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ จะมีความแตกต่างไปจากอารมณ์ซึมเศร้าในคนปกติ โดยพิจารณาได้จากลักษณะอาการที่เกิดขึ้น อารมณ์ซึมเศร้าในคนทั่วไปมักจะเกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และหลังจากนั้นจะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เป็นปกติได้ในระยะเวลาไม่นานโดยไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัด (Clayton อ้างใน Munoz, 1987, น.31-32) และความถี่ของความซึมเศร้าในคนปกติกับคนที่มีความซึมเศร้าจะมีความแตกต่างกัน ดังที่ ดวงใจ กษานติกุล และคณะ (Kasantikul et al., 1997 อ้างใน ดวงใจ กษานติกุล, 2542, น.19) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความถี่ของอาการซึมเศร้าในคนปกติกับคนที่มีความซึมเศร้าระดับปานกลาง พบว่าคนที่มีความซึมเศร้าจะมีความถี่ของลักษณะที่เป็นไปในทางลบสูงกว่าคนทั่วไป เช่น ลักษณะของการคิดมาก กังวล พบในคนที่มีความซึมเศร้าร้อยละ 82.1 แต่พบในคนทั่วไปเพียงร้อยละ 23.6 ในทางตรงกันข้ามหากเป็นลักษณะที่เป็นไปในทางบวก คนที่มีความซึมเศร้าจะมีความถี่ต่ำกว่าคนทั่วไป เช่น ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า พบในคนที่มีความซึมเศร้าเพียงร้อยละ 44.4 แต่พบในคนทั่วไปสูงถึงร้อยละ 77

1.2 สาเหตุของความซึมเศร้า

สาเหตุของความซึมเศร้าสามารถแบ่งออกได้ 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ ทางพันธุกรรม ทางความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง ทางด้านจิตใจ และโรคทางกายเรื้อรัง และสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2542, น.93-94)

1. ทางพันธุกรรม มีการศึกษาพบว่า ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่าและหากเป็นทั้งคู่ เด็กจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 4 เท่า และในการศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนมีโอกาเป็นด้วยสูงถึงร้อยละ 54

2. ทางความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง ปัจจุบันพบว่าในระยะที่บุคคลมีอาการซึมเศร้า จะมีการทำงานของระบบ norepinephrine และ/หรือ serotonin บกพร่อง

3. ทางด้านจิตใจ เบคและคณะ (Beck et al., 1979 อ้างใน Golden, Gersh, & Robbins, 1992, น.10-11) เชื่อว่าการที่คนมีความซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากบุคคลมีรูปแบบความคิดและการแปลความสถานการณ์ที่ผิดพลาด อีกทั้งความเครียด (stress) จากเหตุการณ์ในชีวิตและ/หรือ

4. โรคทางกายเรื้อรังและสารเสพติด โรคทางกายที่พบว่าผู้ป่วยมักมีความซึมเศร้า เช่น โรคของต่อมไทรอยด์ โรคหัวใจล้มเหลว โรคของระบบประสาท โรคกระเพาะ โรคซีฟิเลียส โรคเอดส์ รวมทั้งการขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 1 บี 3 บี 12 กรดไขมันโอเมก้า-3 (ไขมันปลา) ส่วนสารเสพติด เช่น แอมเฟตามีนที่มีอยู่ในยาบ้า ยาลดความอ้วน การติดสุรา อาจทำให้ผู้ใช้เกิดความซึมเศร้า จนถึงขั้นผิดปกติทางจิต และหากหยุดใช้หลังรับประทานต่อเนื่องมานาน อาจมีอาการซึมเศร้าถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตายได้ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542, น.79-80)

1.3 ความซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยมของเบค (Beck)

เบค (Beck, 1970 อ้างใน Comier & Comier, 1985 น.378) เชื่อว่าความคิดและความเชื่อของบุคคลสามารถสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ปกติ (Maladaptive behavior) และพฤติกรรมที่ไม่ปกติจะถูกปรับเปลี่ยนไปตามความเชื่อ ทศนคติ และความคิดของบุคคล ดังนั้นเบคและคณะ (Beck et al., 1979 อ้างใน Golden, Gersh, & Robbins, 1992, น.10-11) จึงสรุปว่าการรับรู้ ความเชื่อ และรูปแบบทางความคิดของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความซึมเศร้า โดยความซึมเศร้าเป็นผลมาจากการคิดที่ผิดพลาด บุคคลจะมีปฏิกิริยาเช่นไรนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการแปลความสถานการณ์ของแต่ละคน คิดอย่างไรก็จะรู้สึกเช่นนั้น คนที่มีความซึมเศร้ามักจะติดอยู่กับความล้มเหลวของตน หรือช่วงเวลาที่บุคคลอื่นทำให้ตนรู้สึกแย่ ผู้ที่ซึมเศร้าส่วนใหญ่มักเลือกรับในสิ่งลบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองเกิดความซึมเศร้า เช่นการไร้ประสิทธิภาพในการทำงาน การขาดการสนับสนุน การขาดความรักและ/หรือความสัมพันธ์ลึกซึ้ง (Intimacy) นอกจากนี้บางคนอาจติดอยู่กับเหตุการณ์ดั้งเดิมที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 2001, น.8) เบค (Beck, 1976 อ้างใน Williams, 1984, น.16-17; Greist & Jefferson, 1992, น.2) ได้กล่าวถึงรูปแบบทางความคิด 3 รูปแบบ ที่เป็นส่วนประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. ความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ (Negative automatic thoughts) มักจะเป็นความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติในเชิงลบ โดยไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดในเชิงลบที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้าสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ (Cognitive triad) ดังนี้

1.1 ความคิดในเชิงลบต่อตนเอง (Negative view of the self) มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจ

1.2 ความคิดในเชิงลบต่อสถานะแวดล้อม (Negative view of the world) มองสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

1.3 ความคิดในเชิงลบต่ออนาคต (Negative view of the future) มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาหรือหนีความทุกข์ทรมาน

2. ความผิดพลาดของระบบความคิดแบบตรรกะหรือความคิดที่บิดเบือน (Systematic logical error หรือ cognitive distortion) เป็นรูปแบบความคิดที่มักพบในผู้ที่มีความซึมเศร้า ความผิดพลาดของระบบความคิดแบบตรรกะ ประกอบไปด้วย

2.1 การริบคว่นสรุป การเดาใจ (Mind reading/Jumping conclusions) การสรุปปฏิกริยาทางลบโดยปราศจากข้อมูลที่เกี่ยวข้อง “เขาไม่ยอมพูดทักทายฉัน แสดงว่าเขาคงไม่พอใจอะไรบางอย่าง”

2.2 การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง (Personalization) เป็นการกำหนดตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น “ทั้งหมดเป็นความผิดของฉัน ที่เราต้องเลิกกันที่สุดในที่สุด”

2.3 การสรุปรูปแบบการเหมารวม (Over-generalization) สรุปผลทางลบโดยมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย “เพราะว่าฉันตอบคำถามข้อหนึ่งไม่ได้ กรรมการคงจะประเมินไม่ผ่าน ฉันคงสอบไม่ได้แน่”

2.4 การคาดคะเนแบบหมอดู (Fortune -telling) เป็นความคิดที่เชื่อว่าการเดาของตนถูกต้อง

“ฉันหายใจไม่ออก หัวใจเหมือนหยุดเต้น ต่อไปฉันคงต้องเจอกับสภานี้หลายๆครั้ง”

2.5 การให้เหตุผลโดยอิงอารมณ์ (Emotional reasoning) บุคคลที่กักอารมณ์ให้เป็นข้อเท็จจริง “ตอนนี้ฉันรู้สึกตื่นเต้น ดังนั้นการขับรถจะต้องมีอันตราย”

2.6 การติตรา(labeling) ใช้คำที่ไม่เกิดประโยชน์พรมณมาถึงตนหรือคนอื่น “ฉันช่างเง่าอะไรเชื่อนี้”

2.7 การขยายจนเกินจริง (Magnification) การสรุปที่ขยายมากจนเกินขอบเขต “ล้ม

โทรศัพท์หาแม่วันนี้ ฉันเป็นลูกที่แย่มาก”

2.8 การคิดแบบสุดโต่งแบบทั้งหมดหรือไม่เลย (All-or-nothing thinking) บุคลิกแบบสุดขั้วในตนเองไม่ขวาก็ด่าอย่างใดอย่างหนึ่ง “แฟนคงทิ้งฉันแน่ ถ้าฉันไม่ตามใจเขา”

3. โครงสร้างทางความคิดของความซึมเศร้า (Depressogenic schemata) เกิดจากการจัดรูปแบบประสบการณ์ที่เคยประสบในอดีตเป็นเวลานานหลายปี เป็นรูปแบบความคิดในลักษณะของโครงสร้าง มีลักษณะที่ยึดติดตายตัว ไม่ยืดหยุ่น ไม่มีเหตุผล และมักจะสรุปความไปยังสิ่งอื่นมากเกินไป บุคคลจะสรุปเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันเป็นชุดโครงสร้างทางความคิดเดียวกัน หากมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปในลักษณะเดียวกับโครงสร้างทางความคิดที่มีอยู่เดิม นั้น

รูปแบบทางความคิดทั้ง 3 รูปแบบมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ หากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติในเชิงลบ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดพลาดในระบบความคิดแบบตรรกะได้ และนำความคิดที่ผิดพลาดดังกล่าวจัดเข้าสู่โครงสร้างทางความคิดที่มีอยู่เดิม ส่งผลให้บุคคลดังกล่าวเกิดความซึมเศร้าในที่สุด

2. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck)

2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค

การให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค หมายถึง การพูดคุยระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ที่จะระบุและปรับเปลี่ยนกระบวนการความคิดที่ไม่เป็นระบบให้มีความเป็นเหตุเป็นผล เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

2.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค

การให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ โดยสรุปดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาปรับเปลี่ยนความผิดพลาดของความคิดหรือความคิดที่บิดเบือน โดยผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีสติตระหนักรู้ถึงความเชื่อที่ไม่เกิดประโยชน์ และปรับเปลี่ยนโดยเทคนิคพฤติกรรมและการรู้คิด

2. ส่งเสริมให้มีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์

3. สนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาทัศนคติที่สนับสนุนความคิดที่เหมาะสมตามความจริง เพื่อจัดการกับปัญหาในอนาคต

2.3 บทบาทของผู้ให้การศึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค

บทบาทหลักของผู้ให้การศึกษาแนวคิดตามทฤษฎีเบค คือ การนำความคิด ความเชื่อ จินตนาการ และการพูดโต้ตอบกับตนเองในทางลบของผู้รับการปรึกษา มาช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เกิดความคิด จินตนาการ และการพูดโต้ตอบกับตนเองในทางบวก ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน โครงสร้างทางความคิด (Cognitive schema) และการแก้ไขปัญหา โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ทำการประเมินปัญหาของผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อปัญหา ผู้ให้การศึกษาต้องใช้เวลาในระยะแรกประมาณ 1-2 ครั้ง เพื่อประเมินปัญหาของผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การศึกษาอาจใช้แบบสอบถามที่เลือกไว้อย่างเหมาะสม ประกอบกับข้อมูลที่นำเสนอโดย ผู้รับการปรึกษา ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางให้เกิดความเข้าใจว่าปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไร
2. กำหนดและประเมินความคิดของผู้รับการปรึกษา โดยขอให้ผู้รับการปรึกษายกถึง ความเชื่อที่บอกกับตนเอง และความรู้สึกที่เกิดขึ้น
3. ประเมินความมีเหตุผลของความคิด
4. กำหนดประเภทของความคิดที่บิดเบือนว่าจัดอยู่ในประเภทใด
5. ดำเนินการเปลี่ยนความคิดโดยอาศัยเทคนิคต่างๆ
6. การให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถจัดการกับ ปัญหาอื่นในอนาคตที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2.4 คุณสมบัติของผู้ให้การศึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค

ผู้ให้การศึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค โดยทั่วไปควรมีทักษะและคุณสมบัติดังนี้

1. มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น (Warmth) จริงใจ (Genuine) และมี ความรู้สึก ร่วม (Empathy)
2. มีทักษะการฟังที่ดี สามารถที่จะสะท้อนองค์ประกอบทางความคิด และอารมณ์ที่ผู้รับ การปรึกษาสื่อออกมา และสามารถแสดงออกถึงความสนใจที่มีต่อผู้รับการปรึกษาด้วยความอบอุ่น
3. ต้องยอมรับและเข้าใจรูปแบบทางความคิด (Cognitive model) ได้

2.5 กระบวนการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค

การให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมโดยทั่วไปจะมีระยะในการให้การปรึกษารั้งละ 45-60 นาที โดยมีการพบกันระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษาสัปดาห์ละครั้งจำนวน 15-20 ครั้ง (Williams, J.M.G., 1984, น.112) โดยมีกระบวนการในการให้การปรึกษาดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยการพัฒนาสัมพันธภาพที่เป็นความไว้วางใจ (Trust) ความรู้สึกร่วมด้วย (Empathy) ความอบอุ่น (Warmth) และความจริงใจ (Genuine)
2. การช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้ถึงข้อสมมติฐานที่ผิดพลาด และระบุถึงความบิดเบือนทางความคิดของตน โดยการค้นพบและระบุปัญหา ระบุข้อสมมติฐานความคิดจินตนาการ ประเมินความหมายของสถานการณ์หรือเหตุการณ์ และประเมินผลของความคิดที่ไม่เหมาะสม
3. การแก้ไขกระบวนการทางความคิดและการตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม โดยการกำหนดเป้าหมายในการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้รับและผู้ให้การปรึกษา การค้นหาความจริง และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) และการประเมินและปรับเปลี่ยนข้อสมมติฐานที่ไม่เหมาะสม

4. การติดตามผล

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

3.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ (2543) ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ว่าเป็น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่ลูกหลานและเยาวชนรุ่นหลังอีกทั้งยังเป็นผู้ทำประโยชน์แก่สังคมหากมีสุขภาพแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นมิ่งขวัญของคนในครอบครัว และถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่อนุชนรุ่นหลังได้เป็นอย่างดี

องค์การสหประชาชาติ (2545) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าเป็น บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยนับตามปีปฏิทินและถือเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศ

จากการให้ความหมายของผู้สูงอายุข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามอายุปฏิทิน และเป็นช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกาย และมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายลงตามธรรมชาติของเวลาที่ผ่านมำกำหนดความสูงอายุของบุคคล

การที่จะบอกว่าบุคคลใดเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุนั้นมีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน เกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ (สุรกุล เจนอบรม, 2541, น.6-7) โดยสรุปมี 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาจากอายุจริงที่ปรากฏ เป็นการดูที่จำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาพิจารณา

2. พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น

3. พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เป็นการพิจารณาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาจากบทบาททางสังคม เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่นๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในงาน

องค์การอนามัยโลกแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุระยะต้น (Young-old, Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลางหรือคนชรา (Friable Elderly, old age) มีอายุระหว่าง 75-89 ปี และผู้สูงอายุระยะท้าย (Very old oldest old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (ชูศักดิ์ เวชแพทย, 2531, น.1)

Craig และ Hofman et al. นัก Gerontologists ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ตามลักษณะจิตสังคม ชีววิทยา (อ้างใน ศรีเรือน แก่งกังวาล, 2538, น.593-594) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุระยะต้น (The Young-Old)

ช่วงนี้อายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสหาย คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม

2. ผู้สูงอายุระยะกลาง (The Middle-Aged Old)

อายุประมาณตั้งแต่ 70-79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้เคียงกัน เริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง

3. ผู้สูงอายุระยะปลาย (The Old-Old)

อายุประมาณ 80-90 ปี ผู้มีอายุขึ้นถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุระดับนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

4. ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (The Very Old-Old)

อายุประมาณ 90-99 ปี ผู้สูงอายุในวัยนี้มักมีปัญหาทางสุขภาพเนื่องจากอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน เป็นกิจกรรมอะไรที่พอใจและอยากทำในชีวิต

บรรลุ ศิริพานิช (2538, น.125) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามอายุและภาวะทางสุขภาพ ทั่วไป คือ กลุ่มแรก ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ในช่วงนี้สภาวะทางกายภาพและ สรีระวิทยายังเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ กลุ่มที่สอง คือ ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาเริ่ม เปลี่ยนแปลงไปเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือใน บางอย่าง กลุ่มที่สาม คือ ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายและ สรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

จากที่กล่าวมาเป็นการยากที่จะกำหนดการเริ่มต้นภาวะความเป็นผู้สูงอายุได้ เนื่องจาก ภาวะผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ทางจิตสังคม และชีววิทยา จึงได้นับอายุจริงที่ปรากฏจากจำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริง โดยกำหนดว่าอายุ 60-69 ปี เป็นช่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538, น. 594) ลักษณะของผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้เป็น 4 ด้าน (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545, น.10)

1. ทางด้านร่างกาย จะสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุบางคนจะมีเส้นผมน้อยลง หรือมีผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ และมีฝ้า หลังโกง ขาโก่ง ไหล่ห่อ ฟันหักและหลุด สายตาสั้นหรือยาว หู อื้อไม่ค่อยได้ยิน
2. ทางด้านอารมณ์และจิตใจ บางคนจะชอบบ่น อารมณ์ไม่คงที่ แต่บางคนก็โกรธง่ายแต่ ใจดี บางคนก็ซึมเศร้า เหงา และว้าเหว่
3. ทางด้านสติปัญญา บางคนจะขี้หลงขี้ลืม ความจำเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ จะเสื่อมไป แต่สามารถจำเรื่องเก่าๆ ได้ดี ความสามารถในการเรียนรู้อาจไม่ดีเท่าในวัยหนุ่มสาว
4. ทางด้านสังคม การติดต่อกับบุคคลภายนอกจะลดลง และบทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมจะลดลง

3.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

อายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมักจะมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางกายในลักษณะของความ เสื่อมถอยทั้งที่เห็นได้ชัดเจนและไม่ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงที่พบมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลง

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมของเซลล์โดยจะมีการเสื่อมและฝ่อไปตามอายุ เช่น เซลล์ประสาท และกล้ามเนื้อลาย ผิวหนังเหี่ยวย่น ไขมันใต้ผิวหนังจะเริ่มค่อยๆ หดไปพร้อมกับกล้ามเนื้อลายฝ่อลีบไป ผิวหนังหย่อนยานมีรอยย่นที่หน้าผาก ดินกาที่หางตา แก้มตอบ เบ้าตาลึก มีฝ้าขึ้นตาม ใบหน้า มีการเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของกระดูกและฟัน จะมีปริมาณแคลเซียมลดน้อยลง ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย มีความเสื่อมของระบบประสาท ทำให้ความไวต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลง การนึก การคิดช้าลง ความจำด้อยลง โดยเฉพาะจำเรื่องใหม่ๆ ไม่ค่อยได้ แต่เรื่องเก่าๆ จำได้แม่นยำ อวัยวะรับความรู้สึกต่างๆ คือ ตาจะมีการมองเห็นไม่ชัดเจน รูม่านตามักเล็ก ม่านตาสีจะจาง กระจกตาจะหนาขึ้นไม่เป็นประกายสดใส ประสาทตาอาจเสื่อมและฝ่อลง ไขมันในเบ้าตาจะค่อยๆ หายไปทำให้เบ้าตาลึกการกระทบตาช้าและน้อยลง หนังตาห้อยปิดลูกตาอย่างหลวมๆ เพราะกล้ามเนื้ออ่อนกำลังลงทำให้ผู้สูงอายุมีสายตาเสื่อมลง ทั้งในด้านการมองเห็นไม่ชัดเจน (ตามัว) สมรรถภาพในการเปรียบเทียบสี การชินต่อความมืดและโรคตาอย่างอื่นๆ ประสาทหูจะเสื่อมจะได้ยินเสียงสูงแต่ถ้าสูงมากจะไม่ได้ยินเลย การรับรสจะรับรสเค็ม หวาน เผ็ด น้อยลง การรับกลิ่นก็มีความไวน้อยลงด้วย การเคี้ยวอาหารหย่อนสมรรถภาพ เนื่องจากปัญหาของฟัน มีการเสื่อมของเยื่อระบบการย่อยทำให้ทำให้การหลั่งน้ำย่อยลดลงทำให้การย่อยอาหารและการดูดซึมน้อยลงไปด้วย มีการเสื่อมของระบบปัสสาวะทำให้ต้องปัสสาวะมากและบ่อย เพื่อช่วยขับของเสียออกมาให้หมด ระบบประสาทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวของร่างกายหย่อนประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุวิงเวียนได้ง่ายประกอบกับกล้ามเนื้ออ่อนกำลังและข้อต่อเคลื่อนไหวไม่ได้เต็มที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียการทรงตัวเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเช่น หกล้ม ตกบันได

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลทั้งในทางดีและไม่ดีต่อผู้สูงอายุ ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงาน ภาระหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากพ่อแม่เป็นปู่ย่าตายาย จากหัวหน้าครอบครัวมาเป็นผู้อาศัย กิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง

3. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

จะมีการแสดงออกในรูปของพฤติกรรม สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเสื่อมของร่างกาย ภาพลักษณ์ทางกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย อีกสาเหตุหนึ่งมาจากสถานการณ์ของชีวิตซึ่งต้องพลัดพรากจากบุคคลที่รัก รู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง มีความกังวลสูงมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องความตาย มีความเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว ว้าเหว่ หกกว่าถูกรบกวนหรือสังคมทอดทิ้งก็จะเกิดความโกรธน้อยเนื้อต่ำใจ นอกจากนี้ยังมีโรคจากความเสื่อมของสมองทำให้ความจำเสื่อมสติปัญญาและความสามารถของสมองด้านอื่นๆ เสื่อมด้วย

3.3 ปัญหาของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยลง เช่น ระบบต่างๆ ในร่างกายเสื่อมโทรมลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมักจะพบกับปัญหาต่างๆ หลายประการจากการศึกษาของ นิศา ชูโต ทำการสำรวจผู้สูงอายุ 1000 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจังหวัดอุบลราชธานี อุดรธานี เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช และกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2525 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหา ดังนี้ คือ รายได้ไม่แน่นอน สุขภาพเสื่อมโทรม ขาดเพื่อนสนิท รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่รู้ว่าชีวิตจะอยู่ไปเพื่ออะไร มีปัญหาครอบครัว (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545, น.12)

การศึกษาผู้สูงอายุของมาลินี วงษ์สิทธิ์ และคณะ (2544, น.21-28) ได้ทำการสำรวจผู้สูงอายุจากกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น สุพรรณบุรี อุตรดิตถ์ เชียงราย สุราษฎร์ธานี พระนครศรีอยุธยา พบปัญหาของผู้สูงอายุคล้ายกัน คือ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านรายได้ ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลและการกินอยู่ประจำวัน ปัญหาด้านจิตใจ เหงา และว้าเหว่ ขาดคนดูแลยามเจ็บป่วย ปัญหาการปรับตัวเข้ากับคนในบ้าน

รายงานขององค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ.2538 ได้สรุปปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยไว้ ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต
2. ปัญหาการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล
3. ปัญหาความพิการของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะพิการมากขึ้น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นทำให้สุขภาพอ่อนแอลง
4. ปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
5. ปัญหาการถูกทอดทิ้ง เนื่องจากบุตรหลานหรือญาติ ต้องไปทำงานที่อื่น ห่างไกล

6. ปัญหาความว้าเหว่ เนื่องจากคู่สมรสหรือเพื่อนสนิทเสียชีวิต

7. ปัญหาเศรษฐกิจ

อาจสรุปปัญหาของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ (สุริรา นัยจันทร์, 2530 อ้างใน รัชนิ ฝนทองมงคล, 2538, น.2) คือ

1. ปัญหาสุขภาพกาย เนื่องจากความเสื่อมโทรมของระบบต่างๆ ของร่างกายทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยได้ง่าย

2. ปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์ซึ่งมีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย และความหงุดหงิดความหวาดระแวง ความผิดปกติของระบบประสาทต่างๆ นอกจากนี้อาจมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด สูญเสียสมรรถภาพทางสังคม และหน้าที่การงาน เป็นต้น

3. ปัญหาทางด้านครอบครัวจากการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เช่น บุตรแต่งงานและแยกครอบครัว ครอบครัวที่เคยมีสมาชิกหลายคนอยู่กันอย่างอบอุ่น อาจต้องแยกย้ายออกไปเหลือผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรคนใดคนหนึ่ง เมื่อบุตรออกไปทำงานผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถอยู่กับบุตรได้ต้องเข้าไปอยู่สถานสงเคราะห์

4. ปัญหาด้านสังคม ผู้สูงอายุมักจะขาดเพื่อน เนื่องจากสภาพร่างกายไม่สามารถไปมาหาสู่เพื่อนรุ่นเดียวกันได้หรือเพื่อนที่ตายไปอาจขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวที่รุ่นเยาว์กว่าเนื่องจากทัศนคติต่างกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย

5. ปัญหาเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ต้องพึ่งพานุตรหลานในด้านการเงินและการกินอยู่โดยเฉพาะบุตรหลานที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีบุตรหลานอุปการะก็จะมีปัญหามาก ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเอง เช่น เงินบำนาญ และรายได้อื่นๆ ก็จะไม่ประสบปัญหานี้มากนัก

จากสภาพปัญหาต่างๆ ที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ การพ้นวัยทำงานเป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญสำหรับผู้ที่เคยประกอบอาชีพและมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบที่จะต้องหยุดการทำงานที่ต้องรับผิดชอบเพื่อมาอยู่บ้านหรือเปลี่ยนบทบาทใหม่ ประชากรกลุ่มนี้นั้นจะต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ของการเปลี่ยนแปลงนี้ ซึ่งการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงนี้จะช้าหรือเร็วขึ้นกับประสบการณ์ ทัศนคติและภูมิหลังของแต่ละบุคคล

ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของโซโลมอน (Solomon, 1981) และสอลซ์แมน (Salzman, 1992) พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีประสบการณ์ซึมเศร้าอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่มีรุนแรง ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ในการศึกษาของจาโคบีและออปเพนไฮเมอร์ (Jacoby and Oppenheimer, 1991) รวมถึงการศึกษาของคานอฟสกี (Kanowski, 1994) พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10-15 จะมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในผู้ที่มีอายุมากอาการจะยิ่งรุนแรงมากขึ้น ในการศึกษาของโจนส์ (Jones, 2003) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 2-3 เท่า อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 2-3 ต่อปี พบในการดูแลที่บ้านร้อยละ 13 (Copeland et al., อ้างใน Hughes, 1997) ในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชพบประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลทางกาย (Solomon, 1981) เบอร์นและคณะ (Burn et al., 1993) พบว่าปัญหาทางจิตเวชในผู้สูงอายุที่รักษาโรคทางกาย จะพบโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 23

สำหรับในประเทศไทย ศิริชัย ดาริกานนท์, สมจิตร พิมพ์พนิตย์, ปัทมา ยิ่งยมสาร, และประทวน เข้มเงิน (2539) ได้ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่ามีความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 43.1 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 55.5 ระดับปานกลางร้อยละ 32.7 และระดับรุนแรงร้อยละ 11.8 ส่วนมานิช ทับมณี (2541) สำรวจผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 35.1 ซึ่งเท่ากับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2542) สำรวจชุมชนเมือง โดยใช้เครื่องมือเดียวกัน พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองร้อยละ 35.1 ในชุมชนชนบทจังหวัดระนองและบุรีรัมย์พบร้อยละ 17-19 รวมทั้งชุมชนเมืองและชนบทพบร้อยละ 24.1 การศึกษาในภาคเหนือ เกษราภรณ์ คุณานุกัณฑ์ชัยเดช (2543) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) แบบสั้น 15 ข้อ พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 29.3 ส่วนการศึกษาในภาคใต้ของ ประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในจังหวัดชุมพรโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41 อรพรรณ ทองแดง และคณะ (2544) ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 12.78 ซึ่งใกล้เคียงกับ

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่ามีความแตกต่างกันนั้น อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การใช้เครื่องมือที่ต่างกันในการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุนั้นมักจะแสดงอาการที่ไม่ชัดเจน พบได้น้อยที่ผู้สูงอายุจะแสดงออกด้วยการพูดบ่นถึงอาการของตนเอง แต่ที่เห็นเด่นชัด คือ มีอารมณ์น้อยลงจนถึงไม่มีอารมณ์ในการทำสิ่งใด ๆ เลย นำมาซึ่งการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุผิดพลาด หรือมีการวินิจฉัยที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น อาการที่มีแนวโน้มที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า คืออาการเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ มักเริ่มจากการนอนไม่หลับ อาการไม่อยู่นิ่ง และบ่อยครั้งที่พบว่าอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไม่แสดงอาการซึมเศร้าตรง ๆ อาการทางกายที่พบบ่อยรวมไปถึงอาการกังวลใจ การคิดถึงความตาย สมาธิลดลง อยู่ไม่นิ่งหรือซำดง (Tallis & Fillit, 2003) อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อย และอาการซึมเศร้าที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อความรู้คิดของผู้สูงอายุ คือ อาการหลงลืมและการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อม (Frisch & Frisch, 2002) รูปแบบอาการที่พบนั้นแตกต่างกันตามเพศ พบว่าอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไม่คงที่ในแต่ละวัน ในเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย (Tallis & Fillit, 2003) ส่วนอายุนั้นมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่าความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ ส่วนอาการไฮโปคอนเดรีย (hypochondriasis) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ (Tallis & Fillit, 2003) ปริณส์ และคณะ (Prince, et al. อ้างใน Tallis & Fillit, 2003) ได้จำแนกอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มความเจ็บปวดจากอารมณ์รวมถึงมีอารมณ์ลดลง การร้องไห้ และกลุ่มแรงจูงใจซึ่งรวมถึงการขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ อารมณ์สนุกสนานลดลง

สรุปได้ว่าอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมีทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการรู้คิด ได้แก่ หวาดระแวง มองโลกแง่ร้าย โศกเศร้า ภูมิใจในตนเองลดลง ไม่มีสมาธิ แบบแผนการรับประทานอาหาร และการพักผ่อนนอนหลับผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น

3.4 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าถูกจัดเป็นปัญหาหนึ่งทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีอัตราการตายหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานการฆ่าตัวตายสูง (Burn, et al., 1993) จากรายงานการศึกษาของ เมอร์ฟี และคณะ (Murphy, et al. อ้างใน สุวรรณ อรุณพงษ์ ไพศาล, 2543) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจำนวน 120 ราย ติดตามผลระยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาในปี ค.ศ.1988 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยอัตราการฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไปมี 12.4 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราฆ่าตัวตายในผู้ที่มีอายุ 80-84 ปีเท่ากับ 26-.5 ต่อแสนประชากร (National Institutes of Health, 1991) และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 ถึง ค.ศ. 1992 อัตราการฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไปและร้อยละ 35 ในผู้ที่อายุ 80-84 ปี (Lebowitz, et al. อ้างใน Evers & Marin, 2002) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และในปี ค.ศ. 1998 รายงานว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 13 ของประชากร เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 19 (Center for Mental Health Services อ้างใน Holkup, 2003)

นอกจากนี้แล้วโรคซึมเศร่ายังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจด้วย ทั้งในการสูญเสีย ค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษาพยาบาล และการสูญเสียทางอ้อมเนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าไม่สามารถทำงานได้ การตายก่อนวัยอันควร หรือการที่ผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาในการทำงานไปกับการดูแลและการพยาบาล (Hirschfeld, et al., 1997) ในสหรัฐอเมริกา พบว่า โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 43 พันล้านเหรียญ อีก 31 พันล้านเหรียญเป็นการสูญเสียทางอ้อม จากการไม่สามารถทำงานได้ 23 พันล้านเหรียญ และอีก 8 พันล้านเหรียญ เกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Finkenstein, et al., 1996)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัญหาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุจะทวีความรุนแรงมากขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย กลับพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และความสนใจในอาการที่เกิดขึ้น (วีระ ชูจริพร, 2542) นอกจากนี้สาเหตุอาการของโรคซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุ มีความแตกต่างจากที่พบในวัยผู้ใหญ่ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากเพราะผู้ป่วยแสดงอาการไม่ชัดเจน มีโรคทางารร่วมด้วย หรือแสดงอาการคล้ายโรคสมองเสื่อม และบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ

4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

4.1 ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

ความพึงพอใจในชีวิต เป็นค่านามธรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายทางนามธรรมของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ซึ่งแคมป์เบล (Campbell, 1976) กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ โดยเน้นที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของเฟอร์เรนส์ และเพาเวอร์ (Ferrans & Power, 1985) ที่อธิบายว่า คุณภาพชีวิตนับเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิตที่เป็นสิ่งสำคัญของบุคคล และสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ บุคคลจะมีความสำเร็จในชีวิตนั้นต้องประกอบด้วยหลักสำคัญ 2 ประการคือ ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลกับความพึงพอใจในบทบาททางสังคมของบุคคลนั้น หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต

ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตนั้น มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ แจ็กเกิล (Jackle, 1974) อธิบายว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความยินดีต่อชีวิตของแต่ละคนที่ได้รับจากการมีกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นสิ่งที่แต่ละคนรับรู้ว่าชีวิตของเขามีความหมายและสามารถที่จะพัฒนาชีวิตต่อไปได้และตามความเห็นของตัวเองแล้ว เขารู้สึกพอใจในสภาพที่เป็นอยู่

แคมป์เบล (Campbell, 1976) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขสบายที่แต่ละคน เปรียบเทียบความคิดเห็นของสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาจะเป็นหรือที่คาดหวัง ผลที่ได้รับจะเป็นความพอใจหรือไม่พอใจ

จอร์จ (George, 1981) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นรูปแบบแนวคิดที่เป็นผลสุดท้ายจากการที่ได้ประเมินสถานการณ์ชีวิตของตนต่อมาตรฐานบางอย่างที่อ้างอิงไว้

จากการที่ได้กล่าวข้างต้นสามารถสรุปความหมายของความพึงพอใจในชีวิตได้ว่าเป็นการรับรู้ระดับความพอใจในสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง มีความสุขกับกิจวัตรประจำวันและมีความยินดีกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในชีวิต และเป็นการรับรู้ ตัดสินใจโดยตนเอง

อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในชีวิตเป็นแนวคิดที่กว้างๆ ได้ถูกให้คำอธิบายได้หลากหลาย และมีเครื่องมือที่ใช้วัดแตกต่างกันออกไป แต่ที่ได้รับความนิยมอย่างสูงในการนำมาวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ คือ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาโดย Neugarten ซึ่งเป็นเครื่องมือที่วัดในหลายๆ ด้าน ที่สามารถสะท้อนถึงภาวะซับซ้อนของความสมบูรณ์ทางจิตใจ

4.2 การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

การประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิตนั้น มีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตนั้นได้ถูกนำมาใช้ในการวิจัยคุณภาพชีวิตอย่างกว้างขวาง ในการประเมินด้านความพึงพอใจในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตที่มีความเหมาะสมและสามารถวัดได้โดยตรง คือ เครื่องมือของนิวการ์เต็น (Neugarten, 1964) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเครื่องมือได้ครอบคลุมองค์ประกอบความพึงพอใจในชีวิต 5 ด้านดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความร่าเริงในชีวิต หมายถึง การที่บุคคลทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างรู้สึกร่าเริง
2. องค์ประกอบด้านความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต หมายถึง การทำให้ชีวิตมีความหมายยอมรับปัญหา ยินยอมที่จะต่อสู้กับปัญหาด้วยความตั้งใจจริง
3. องค์ประกอบด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล หมายถึง การที่บุคคลสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้
4. องค์ประกอบด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง การมองตนเองในแง่ดี
5. องค์ประกอบด้านอารมณ์ หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งความสุขและการมีทัศนคติที่ดีและมีอารมณ์ดี

แบบทดสอบวัดความพึงพอใจในชีวิตนี้ Life Satisfaction Index A (LSIA) เป็นแบบวัดที่ได้ถูกแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเป็นภาษาที่เข้าใจง่ายโดย ศ.ดร. ศรีเรือน แก้วกังวาล แบบทดสอบ LSIA นี้มีทั้งหมด 18 ข้อ และการนำแบบทดสอบ LSIA ไปใช้ในงานวิจัยได้ใช้ชื่อแบบทดสอบว่า “การมองตนเองในปัจจุบัน” แทนที่จะใช้ชื่อ “แบบทดสอบวัดความพึงพอใจ

5. สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า

โคเวค และคณะ (Kovace et al., 1981 น.33-39) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมแก่ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นอย่างมากหลังจากเสร็จสิ้นการให้การปรึกษา และยังคงอยู่ในระยะเวลา 1 ปี

การศึกษาของเมอร์ฟี ไชมอนส์ เวทเซล และลัสแมน (Murphy, Simons, Wetzel, & Lustman, 1984, น.33-41) เกี่ยวกับการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมแก่ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากเสร็จสิ้นการให้การปรึกษา และยังคงอยู่ในระยะเวลา 1 ปี

สก๊อต วิลเลียม และเบค (Scott, Williams, & beck, 1996, น.110-124) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับ การให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมแก่หญิงที่ป่วยเป็นโรคกระแฉี่ที่มีความซึมเศร้า พบว่า ภายหลังจากการให้การปรึกษารั้งที่ 6 ผู้รับการปรึกษามีระดับความซึมเศร้าลดลงจนถึงระดับที่ไม่มีความซึมเศร้า

เพย์เคิล (Paykel, 1989, น.754-766) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับ การให้การบำบัดความซึมเศร้า พบว่าการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมช่วยลดระดับการกลับไปมีอาการซึมเศร้า และในระยะเวลาติดตามผล 6-24 เดือน ระดับการกลับไปมีความซึมเศร้าลดลงอย่างมากในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยม

โกลเดนเกร์ส และโรบินส์ (Gloden, Gersh, & Robbins, 1992, น.73-74) ได้ทำการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมแก่ผู้ป่วยโรคกระแฉี่ พบว่าผู้รับการปรึกษาู้สึกผ่อนคลายและมีความสุขกับการใช้ชีวิตเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการให้การปรึกษา

เรซิกและชนิคค์ (Resick & Schnicke, 1993, น.169) ได้ทำการศึกษเกี่ยวกับ การให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมกับผู้หญิงที่ถูกข่มขืนจำนวน 9 คน พบว่าหลังจากได้รับการให้การปรึกษา ผู้รับการปรึกษามีระดับความซึมเศร้าลดลง และยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 6 เดือน

ศิริวดี คำวดี (2545, น. 64) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบคกับผู้ติดเชื่อเฮอไอวี พบว่าผู้ที่ได้รับการปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบคที่มีระดับความซึมเศร้าปานกลางมีระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. เหตุผลในการตั้งสมมติฐาน

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่จากแนวความคิดของเบค (Beck, 1970 อ้างใน Comier & Comier, 1985 น.378) เชื่อว่าความคิดและความเชื่อของบุคคลสามารถสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ปกติ (Maladaptive behavior) และพฤติกรรมที่ไม่ปกติจะถูกปรับเปลี่ยนไปตามความเชื่อ ทศนคติ และความคิดของบุคคล ดังนั้นเบคและคณะ (Beck et al., 1979 อ้างใน Golden, Gersh, & Robbins, 1992, น.10-11) จึงสรุปว่าการรับรู้ ความเชื่อ และรูปแบบทางความคิดของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความซึมเศร้า โดยความซึมเศร้าเป็นผลมาจากการคิดที่ผิดพลาด บุคคลจะมีปฏิกิริยาเช่นไรนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการแปลความสถานการณ์ของแต่ละคน คิดอย่างไรก็จะรู้สึกเช่นนั้น คนที่มีความซึมเศร้ามักจะติดอยู่กับความล้มเหลวของตน หรือช่วงเวลาที่บุคคลอื่นทำให้ตนรู้สึกแย่ ผู้ที่ซึมเศร้าส่วนใหญ่มักเลือกรับในสิ่งลบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองเกิดความซึมเศร้า เช่นการไร้ประสิทธิภาพในการทำงาน การขาดการสนับสนุน การขาดความรักและ/หรือความสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งนอกจากนี้บางคนอาจติดอยู่กับเหตุการณ์เชิงเครียดที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์และจิตใจ เบคจึงให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และมีการปรับตัวที่เหมาะสมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยเพื่อพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบคที่มีต่อระดับความซึมเศร้า โดยใช้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค
2. กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3. กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

4. กลุ่มควบคุมจะมีระดับความซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความท้อแท้สิ้นหวัง มีอารมณ์เศร้าและมีการมองตนเองในด้านลบรวมถึงความพอใจในชีวิตลดลง (สมภพ หล่อตระกูล, 2533) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตหรือไม่ จึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยเพื่อพิสูจน์ ดังนี้

5. ระดับคะแนนความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความพึงพอใจในชีวิต

สรุปสมมติฐานการวิจัยและสมมติฐานทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยที่ 1

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค

โดยมีสมมติฐานทางสถิติ คือ

H_0 : กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าไม่แตกต่างกันหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค

H_1 : กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค

สมมติฐานการวิจัยที่ 2

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

โดยมีสมมติฐานทางสถิติ คือ

H_0 : กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าภายหลังการทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

H_1 : กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัยที่ 3

สมมติฐานการวิจัยที่ 3 กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

โดยมีสมมติฐานทางสถิติ คือ

H_0 : กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน

H_1 : กลุ่มทดลองจะมีระดับความซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยที่ 4

สมมติฐานการวิจัยที่ 4 กลุ่มควบคุมจะมีระดับความซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

โดยมีสมมติฐานทางสถิติ คือ

H_0 : กลุ่มควบคุมจะมีระดับความซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

H_1 : กลุ่มควบคุมจะมีระดับความซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยที่ 5

สมมติฐานการวิจัยที่ 5 ระดับคะแนนความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิต

โดยมีสมมติฐานทางสถิติ คือ

H_0 : ระดับคะแนนความซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิต

H_1 : ระดับคะแนนความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิต