



รายงานการวิจัยฉบับความก้าวหน้า

เรื่อง

การยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้า
ตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี
THE ENHANCMENT OF PREVENTING AND SOLVING THE PROBLEM
OF DEPRESSION ACCORDING TO THE FOUR NOBLE TRUTHS OF
THE ELDERLY IN UBONRATCHATHANI PROVINCE

โดย

ผศ.ดร.พูนศักดิ์ หอมสมบัติ
พระครูวินัยธรพัยคอรุณ ปณฺญาพโล (ศรีมงคล)
พระดบัสวิน ปภสฺสโร (แสนสุริวงศ์)
นายเกริก พิสัยพันธ์
ดร.ปรียาภรณ์ ฤทธาพรหม
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตอุบลราชธานี
พ.ศ.๒๕๖๗

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตอุบลราชธานี
MCU RS 800766234



รายงานการวิจัยฉบับความก้าวหน้า

เรื่อง

การยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้า
ตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี
THE ENHANCMENT OF PREVENTING AND SOLVING THE PROBLEM
OF DEPRESSION ACCORDING TO THE FOUR NOBLE TRUTHS OF
THE ELDERLY IN UBONRATCHATHANI PROVINCE

โดย

ผศ.ดร.พูลศักดิ์ หอมสมบัติ
พระครูวินัยธรพญ์คอรุณ ปณฺญาพโล (ศรีมงคล)
พระดบัสวิน ปภสฺสโร (แสนสุริวงศ์)
นายเกริก พิสัยพันธ์
ดร.ปรียาภรณ์ ฤทธาพรม
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตอุบลราชธานี
พ.ศ.๒๕๖๗

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตอุบลราชธานี
MCU RS 800766234
(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



Research Report

THE ENHANCMENT OF PREVENTING AND SOLVING THE PROBLEM
OF DEPRESSION ACCORDING TO THE FOUR NOBLE TRUTHS OF
THE ELDERLY IN UBONRATCHATHANI PROVINCE

By

Asst. Prof. Dr. Poolsak Homsombat
Phrakhruwinaithorn Phayakarun Panyapalo (Srimongkol)
Phra Dabatsawin Pabhassaro (Saensuriwong)
Mr. Kerk Phisaiphun
Dr. Preeyaporn Ritthaprom
Mahachulalongkornrajavidyalaya University,
Ubon Ratchathani Campus
B.E.2567

Research Project Funded by
Mahachulalongkornrajavidyalaya University,
Ubon Ratchathani Campus

MCU RS 800766234

(Copyright Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	(ก)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	(ข)
กิตติกรรมประกาศ.....	(ค)
สารบัญ.....	(ง)
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ.....	(ฉ)
บทที่ ๑ บทนำ.....	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	๓
๑.๓ ขอบเขตของการวิจัย.....	๓
๑.๔ กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	๔
๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย.....	๔
๑.๖ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	๕
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๖
๒.๑ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	๖
๒.๒ แนวคิดที่เกี่ยวกับหลักอริยสัจ ๔	๑๗
๒.๓ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า.....	๒๐
๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๒๖
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย.....	๓๑
๓.๑ รูปแบบการวิจัย.....	๓๑
๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเป้าหมาย.....	๓๑
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	๓๒
๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	๓๓
๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล.....	๓๔
๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	๓๔
บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	
๔.๑ ผลการวิจัย.....	
บทที่ ๕ สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	
๕.๑ สรุปผลการวิจัย.....	
๕.๒ อภิปรายผล.....	
๕.๓ ข้อเสนอแนะ.....	
บรรณานุกรม.....	๓๕
ภาคผนวก.....	๓๘
ประวัติผู้วิจัย.....	

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้นิยามผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป และได้ให้เกณฑ์ความเป็นสังคมผู้สูงอายุไว้ว่าประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ต้องมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ ๑๐ หรืออายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเกินร้อยละ ๗ ของประชากรในประเทศ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ และอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๔ ดังนั้นประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๗๑ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๓ - พ.ศ.๒๕๘๓ พบว่า อัตราการเพิ่มของประชากรโดยรวมมีแนวโน้มลดลงจนติดลบ โดยจะเริ่มติดลบในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๘ - พ.ศ. ๒๕๗๓ เป็นต้นไป ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุ แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มประชากรรวมค่อนข้างมาก อันเป็นผลมาจากอัตราเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างรวดเร็ว^๑

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจและสังคมไปในทางเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าจากปัญหาด้านร่างกาย เพราะความเสื่อมทำให้มีความสุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิตคือปัญหาสำคัญในวัยสูงอายุ ซึ่งมีโอกาสเป็นได้มากกว่าวัยอื่น เพราะการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและบทบาทในสังคม ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งพบมากกว่า ๒๖๔ ล้านคน แต่อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าไม่ใช่ภาวะปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายของทุกคน พบว่าอัตราส่วนของประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าของทั่วโลกมีค่าร้อยละ ๔.๔ โดยครึ่งหนึ่งอยู่ในแปซิฟิกตะวันตก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นอกจากนี้พบว่าความชุกพบสูงที่สุดในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ โดย พบว่าประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่าในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๙๓ ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มจากร้อยละ ๑๒ เป็นร้อยละ ๒๒ นำไปสู่ปัญหาของโรคทางสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โรคทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลกระทบต่อประมาณร้อยละ ๗ ของประชากรสูงอายุทั้งหมด จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยพบว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมดคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เมื่อผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ ๒๐ จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ใน

^๑ วิพรรณ ประจวบเหมาะ, รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕.วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), (นนทบุรี : บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด, ๒๕๕๖), หน้า ๑๖.

ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ ๑.๗๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ คิดเป็นร้อยละ ๒.๐๕ พ.ศ. ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๘ พ.ศ. ๒๕๕๙ คิดเป็นร้อยละ ๒.๖๐ พ.ศ. ๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๖ พ.ศ. ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๓.๔๒ และ พ.ศ. ๒๕๖๒ คิดเป็นร้อยละ ๓.๔๙ แนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องมีชีวิตโดยลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น^๒ และพบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งยิ่งมีอายุมากขึ้น ก็ยิ่งมีความเสี่ยงที่จะประสบกับภาวะดังกล่าวมากขึ้น โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น ๒ แบบ คือ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว เนื่องจากในวัยนี้มักมีการเปลี่ยนแปลงหลายหลายด้าน ซึ่งกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

หลักพุทธธรรมจึงเป็นเครื่องมือที่และแนวทางสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหามาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยนำเอาหลักอริยสัจ ๔ ที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามปัญหาที่เขาเผชิญที่เป็นทั้งหลักการ กระบวนการและวิธีการมาใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหามาภาวะซึมเศร้า โดยช่วยชี้ทางให้เขาใช้ปัญญาในการดับทุกข์หรือปัญหาให้เข้าใจปัญหาภายในคือความทุกข์ใจ สาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ ตามความเป็นจริงของธรรมชาติและสามารถแก้ปัญหาหรือความทุกข์ตามทางสายกลาง คือ มรรคมีองค์ ๘ อย่างมีความสุขและพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ กระบวนการในการป้องกันและแก้ไขปัญหามาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตามหลักอริยสัจ ๔ คือ รู้ทุกข์ (ทุกข์) รู้สาเหตุของทุกข์ (สมุทัย) รู้ผลของการดับทุกข์ (นิโรธ) และรู้หนทางในการดับทุกข์ (มรรค) นี่เป็นแนวทางแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้รับบริการเห็นปัญหา ต้นเหตุของปัญหา ทางแก้ปัญหา และแนวทางปฏิบัติตนในการแก้ปัญหา อันเป็นจุดเริ่มต้นของความทุกข์ที่บีบคั้นภายในจิตใจของตน และเอื้อให้พวกเขาสามารถค้นพบแนวทางในการจัดการแก้ปัญหา นั้น จนภาวะทุกข์ทางกายและจิตใจนั้นคลี่คลายหรือสิ้นไปได้ด้วยตนเอง^๓ ในฐานะที่สังคมไทยเป็นสังคมชาวพุทธเพราะประชากรประมาณร้อยละ ๙๔.๖ นับถือศาสนาพุทธ^๔ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและยังคนในวัยสูงอายุด้วยแล้ว ย่อมมีความคุ้นเคยกับวิถีชีวิตที่ใกล้ชิดกับพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ ในพระพุทธศาสนาเป็นทุนเดิม พระพุทธศาสนาฝังรากลึกในสังคมไทยมายาวนานนับพันปี ได้สร้างคุณูปการมากมายต่อสังคมไทย โดยเฉพาะคำสอนสำหรับดำเนินชีวิตนั้นพระพุทธศาสนามีหลักการที่สำคัญในการเสริมสร้างหรือเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตมนุษย์ให้สมบูรณ์ ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จึงมีเป้าประสงค์หลักเพื่อลดความเสี่ยงของการทำร้ายตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ พฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นและเหมาะสม ดำเนินชีวิตในสังคมได้

“การป้องกันและแก้ไขปัญหามาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี” จึงเป็นนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และสามารถใช้ได้ในกลุ่มผู้สูงอายุป่วยโรคซึมเศร้าโดยการบำบัดทางสังคมจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับปัญหา ความต้องการ และลดความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าและสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ.

^๒ ปิติคุณ เสดะปุระ และณัฐธกุล ไชยสงคราม, ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๔, วารสารศูนย์อนามัยที่ ๙ : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๓, ๒๕๖๕ : ๑๐๗๒

^๓ นันทนา มวลเมืองสอง, รูปแบบการจัดการความรู้ด้วยการให้คำปรึกษาตามหลักอริยสัจ ๔ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหารโรคซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น, วารสารพุทธศาสตร์ มจร อุบลราชธานี ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑, ๒๕๖๖ : ๑๔๕๓-๑๔๖๖.

^๔ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, (ออนไลน์), <https://nsodw.nso.go.th> > dwportal > Item

๒๕๖๖-๒๕๘๐)^๕ ซึ่งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการรองรับสังคมสูงวัยด้วยการกำหนดให้เป็นแผนกลยุทธ์ของประเทศ ดำเนินการภายใต้วิสัยทัศน์ "ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม"

๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตามหลักอริยสัจ ๔
๒. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี
๓. เพื่อนำเสนอการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

๑.๓ ขอบเขตการวิจัย

๑.๓.๑ รูปแบบการวิจัย การวิจัยการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้ทั้งการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ๓ รูปแบบคือ

๑.๓.๑.๑ การวิจัยเชิงเอกสาร โดยศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจาก พระไตรปิฎก หนังสือ เอกสารตำราต่างๆ ที่ว่าด้วยการยกระดับการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตามหลักอริยสัจ ๔

๑.๓.๑.๒ การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) สอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

๑.๓.๑.๓ การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการยกระดับการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ขึ้นำโดยผู้วิจัยจะใช้ทั้งเทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูปและสมุดโน้ตประกอบการเก็บข้อมูล

๑.๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑.๓.๒.๑ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุใน ๑) ชุมรมผู้สูงอำเภอมืองอุบลราชธานี ๒) ชุมรมผู้สูงอำเภองิ้วโน ๓) ชุมรมผู้สูงอำเภอดงขุดม รวมจำนวน ๑๖๑ คน

๑.๓.๒.๒ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุใน ๑) ชุมรมผู้สูงอำเภอมืองอุบลราชธานี ๒) ชุมรมผู้สูงอำเภองิ้วโน ๓) ชุมรมผู้สูงอำเภอดงขุดม ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

^๕ กรมกิจการผู้สูงอายุ, (ออนไลน์), <https://www.dop.go.th> > laws

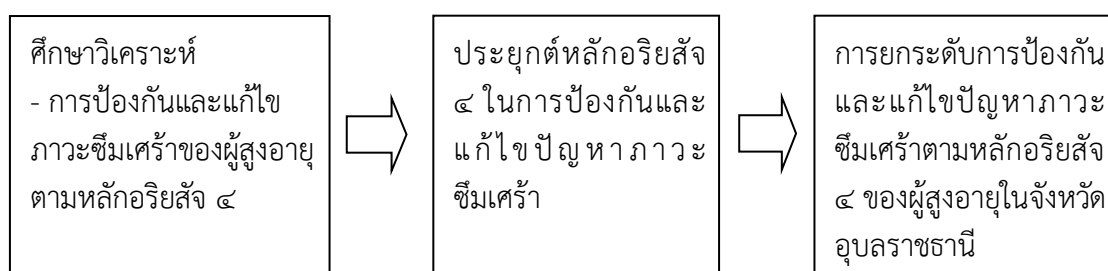
(Simple random sampling) ด้วยวิธีการคำนวณตามตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)^๖ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๑๓ คน

๑.๓.๓ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ๑) นักจิตวิทยาคลินิกและพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒ คน ๒) พระสงฆ์จำนวน ๒ รูป ๓) อาจารย์ประจำหลักสูตรพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จำนวน ๒ รูป/คน ๔) ประธานชมรมผู้สูงอายุ ๓ คน รวมจำนวน ๙ รูป/คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

๑.๓.๔ ขอบเขตด้านพื้นที่ ผู้ศึกษาได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลภายในจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบการศึกษา ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี ชมรมผู้สูงอายุอำเภอโขงไฉ และชมรมผู้สูงอายุอำเภอเดชอุดม

๑.๔ กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยได้ยึดกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ ๑ : กรอบความคิดของการวิจัย

๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวกับการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักทฤษฎี ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีเป็นตัวแปรในการศึกษา เพื่อให้เข้าใจในการศึกษาตรงกันจึงนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัยไว้ดังนี้

๑. การยกระดับ หมายถึง การทำให้ระดับหรือมาตรฐานสูงขึ้น เป็นการเพิ่มคุณภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักทฤษฎี ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

๒. การป้องกันและแก้ปัญหภาวะซึมเศร้า หมายถึงการป้องกันและแก้ปัญหภาวะซึมเศร้าโดยเริ่มตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกก่อนมีอาการ โดยแนวทางการป้องกันและแก้ปัญหภาวะซึมเศร้าตามหลักทฤษฎี ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยปกป้อง ป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้นได้

^๖ R.V. Krejcie & D.W., Morgan Determining Sample Size for Research Activities, (Educational and Psychological Measurement. 30(3), 1970) : 607 – 610

๓. **หลักอริยสัจ ๔** หมายถึง กระบวนการในการป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้า ตามแนวพุทธปรัชญาเถรวาท มีขั้นตอน ๔ ประการ คือ รู้ทุกข์ (ทุกข์) รู้สาเหตุของทุกข์ (สมุทัย) รู้ผลของการดับทุกข์ (นิโรธ) และรู้หนทางในการดับทุกข์ (มรรค)

๔. **ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง ภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยอาจรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือรู้สึกว่าตนด้อยค่า แม้ความรู้สึกและอารมณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นครั้งคราว แต่อารมณ์ของภาวะซึมเศร้านั้นมีความรุนแรงและยาวนานกว่ามากจนถึงขั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย

๕. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในจังหวัดอุบลราชธานี

๑.๖ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑. ผลของการวิจัยสามารถแก้ไขปัญหาและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

๒. ผู้สูงอายุ สามารถนำองค์ความรู้ของการยกระดับป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อประยุกต์ใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

๓. ชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ของการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อประยุกต์ใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนได้

๔. กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำองค์ความรู้ของการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อประยุกต์กำหนดเป็นแผนปฏิบัติการหรือมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ

- ๒.๑ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- ๒.๒ แนวคิดที่เกี่ยวกับหลักอริยสัจ ๔
- ๒.๓ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า
- ๒.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้นิยามผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป และได้ให้เกณฑ์ความเป็นสังคมผู้สูงอายุไว้ว่าประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ต้องมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ ๑๐ หรืออายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเกินร้อยละ ๗ ของประชากรในประเทศ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ และอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๔ ดังนั้นประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมาแล้วนับ ๑๐ ปี เพราะในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปี ร้อยละ ๑๐.๔ และกำลังจะเข้าสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๗๑ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๓ - พ.ศ.๒๕๘๓ พบว่า อัตราการเพิ่มของประชากรโดยรวมมีแนวโน้มลดลงจนติดลบ โดยจะเริ่มติดลบในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ - พ.ศ. ๒๕๗๓ เป็นต้นไป ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุ แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มประชากรรวมค่อนข้างมาก อันเป็นผลมาจากอัตราเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างรวดเร็ว (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ๒๕๕๖ : ๑๖) ผลกระทบที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ของจำนวนประชากรนี้ หากไม่เตรียมความพร้อมอย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่ผลกระทบอื่น ๆ ตามมา เช่น ส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรของประเทศในอนาคต เช่น จำนวนประชากรวัยแรงงานจะลดลง และจะส่งผลกระทบต่อผลผลิตมวลรวมของประเทศในขณะที่การจัดสรรทรัพยากร สำหรับดูแลผู้สูงอายุของประเทศจะเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว ที่สำคัญจะส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณของประเทศ โดยรัฐจะต้องนำเงินภาษีของประชาชนวัยทำงาน ไปใช้จัดสรรเป็นสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุ (ชมพูนุท พรหมภักดี, ออนไลน์) เนื่องจากการจะเข้าสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ภาครัฐได้เตรียมความพร้อมในหลายด้าน เช่น ด้านนโยบายของประเทศ รัฐบาลได้จัดทำนโยบายและ แผนที่จะรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ทั้งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ มีการกำหนดแผนประชากร (พ.ศ.๒๕๕๕ -๒๕๕๙) อย่างเป็นทางการ มีวิสัยทัศน์ชัดเจนที่จะพัฒนา

คุณภาพประชากรในสังคมสูงวัยว่า “ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพ ได้รับการพัฒนาทุกช่วงวัย ให้สามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนการเจริญเติบโตของประเทศ มีหลักประกันที่มั่นคง พร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยที่มีการจัดสวัสดิการอย่างยั่งยืน โดยครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม” (วิพรรณ ประจวบเหมาะ. ๒๕๕๖ : ๘) ในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ได้คุณภาพชีวิตที่ดี ต้องอาศัยปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น งบประมาณ สถานที่ นโยบายของภาครัฐ แต่ที่มีความสำคัญไม่น้อยคือปรัชญา หรือแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาคุณภาพชีวิตในสังคมผู้สูงอายุ เพราะจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่เป้าหมาย คือคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุในฐานะที่สังคมไทยเป็นสังคมชาวพุทธเพราะประชากรประมาณร้อยละ ๙๔.๖ นับถือศาสนาพุทธ^๗ และยิ่งคนในวัยสูงอายุด้วยแล้ว ย่อมมีความคุ้นเคยกับวิถีชีวิตที่ใกล้ชิดกับพระพุทธศาสนาเป็นทุนเดิม พระพุทธศาสนาฝังรากลึกในสังคมไทยมายาวนานนับพันปี ได้สร้างคุณูปการมากมายต่อสังคมไทย โดยเฉพาะคำสอนสำหรับดำเนินชีวิตนั้นพระพุทธศาสนามีหลักการที่สำคัญในการเสริมสร้างหรือเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตมนุษย์ให้สมบูรณ์คือหลักไตรสิกขา ซึ่งเป็นหลักการฝึกพัฒนาชีวิต ๓ ด้าน ที่สอดคล้องกับองค์ประกอบแห่งการดำเนินชีวิต ของมนุษย์ คือ ด้านความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทั้งทางวัตถุ และทางสังคม ด้านจิตใจ และด้านปัญญา^๘

ความหมายและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” มาจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Elderly หรือ Aging เป็นคำที่บัญญัติขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๖ เนื่องจากที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุเห็นว่า แก่ หนุม ชรา ไม่มีอะไรเป็นเครื่องวัดและเป็นเครื่องชี้วัดกัน ไม่สมควรให้ใช้คำว่า “ผู้ชรา” เพราะจะทำให้รู้สึกหดหู่ จึงให้ใช้คำว่าผู้สูงอายุแต่นั้นมา (สุพัตรา สุภาพ. ๒๕๓๖ : ๔๘) และคำว่า ผู้สูงอายุ ยังหมายถึงสภาวะของบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป มีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจ มีเจ็บป่วยหรือความพิการเกิดร่วมด้วย เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล วัยสูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตอาจยาวนาน ๑๐-๒๐ ปี หรือมากกว่านั้น ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจ ก่อนเข้าสู่วัยนี้มาตั้งแต่วัยกลางคน จะสามารถปรับตัวรับบทบาทวัยสูงอายุได้สมควรแก่ฐานะ ซึ่งเกณฑ์การตัดสินความชรา (cut - off point) อยู่ที่ ๖๐ ปี ที่ใช้กำหนดผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเป็นคนชรา หรือ ผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเกณฑ์ที่อิงกลุ่มประเทศโลกที่สาม

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ปลด เกษียณ ซึ่งตรงกับที่ประชุมโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ ได้ตกลงกันให้ใช้อายุ ๖๐ ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการที่จะกำหนดผู้ที่จะถูกเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ

นักทฤษฎีการสูงอายุได้พิจารณากระบวนการแก่ของบุคคลว่า เป็นกระบวนการที่ เชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งแนวตั้งและแนวนอน ในแนวตั้งให้พิจารณาว่าร่างกายของบุคคลมีหลายระดับ นับตั้งแต่โมเลกุล เซลล์ บุคคล กลุ่มคน และสังคม ส่วนแนวนอนให้พิจารณาว่าบุคคลมี คุณลักษณะ ๓ ประการ คือ เป็นอยู่ (Being) พฤติกรรม (Behaving) และการกลายมาเป็น (Becoming) ปรัชญาการมองของความสูงอายุหรือกระบวนการแก่เกิดจากปัจจัยหลายประการ ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุนั้นอาจแบ่งได้เป็น ๓ ทฤษฎี ดังต่อไปนี้

^๗ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ.๒๕๕๔, (กรุงเทพมหานคร : ม.ป.พ.. ๒๕๕๕), หน้า ๖

^๘ พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), พระพุทธศาสนา พัฒนาคคนและสังคม, (ออนไลน์), palungjit.org

๑. ทฤษฎีทางชีววิทยา ได้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลง ของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ของทั้งการสูญเสียความสามารถในการต้านทานโรค พบว่า ในทุก ระดับของชีววิทยาตั้งแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ระบบอวัยวะจะต้องมีการเชื่อมและมีการตายเกิดขึ้น

๒. ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรม ของผู้สูงอายุ นั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญา ความนึกคิด ความจำและการรับรู้ แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลจะผลักดันให้มีบุคลิก แตกต่างกันไป และมนุษย์จะมีช่วงการเปลี่ยนแปลง คือ ช่วงต่อของชีวิต ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤต การ ที่บุคคลสามารถผ่านช่วงวิกฤตในชีวิตแต่ละระยะได้ดีเพียงใด ก็จะส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพ ในอนาคต คือ การเป็นผู้สูงอายุด้วย

๓. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะ ทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะมนุษย์จะต้องมีการพัฒนาในแต่ละบุคคล และสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อการปรับตัว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็ว ทฤษฎีทางสังคมแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

๓.๑ ทฤษฎีไร้ภาวะผูกพัน อธิบายว่าการละบทบาททางสังคม ซึ่งจะเป็นผลดีต่อทั้ง สองฝ่าย คือ ได้ให้คนในวัยหนุ่มสาวที่มีความรู้ความสามารถเข้ามาทำหน้าที่ สำหรับผู้สูงอายุเองก็จะได้ เตรียมตัวรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการต่อเนื่องและหลีกเลี่ยงไม่ได้ และความแตกต่างในบุคลิกภาพไม่ใช่สิ่งที่สำคัญ

๓.๒ ทฤษฎีกิจกรรม กล่าวถึง การมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และความพึงพอใจในชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานะทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกถอดถอนตัวออกไป ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่อง จากวัยที่ผ่านมา ควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทำให้มีสุขภาพดีทั้งใจและกาย กิจกรรมจึงมีความสำคัญต่อความพึงพอใจ ในชีวิตของผู้สูงอายุ

๓.๓ ทฤษฎีความต่อเนื่อง ได้มาจากการนำทฤษฎีไร้ภาวะผูกพันและทฤษฎีกิจกรรม มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปใหม่เป็นทฤษฎีความต่อเนื่องที่สามารถอธิบายชีวิตที่แท้จริงของ ผู้สูงอายุได้ คือการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และรูปแบบการ ดำเนินชีวิตเดิมของผู้สูงอายุ เช่นผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมจะมีความสุขเมื่อได้ร่วมกิจกรรม เหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อนก็จะมีสุขในการแยกตัวเอง ในวัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

จากทฤษฎีการสูงอายุที่กล่าวข้างต้น ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการ เปลี่ยนแปลง ดังต่อไปนี้

๑. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของ ทุก ระบบในร่างกายตามธรรมชาติ จากวัยมิใช่จากการเป็นโรค การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของ ผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลทางด้านพันธุกรรม โภชนาการ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และ สิ่งแวดล้อมเป็นการเปลี่ยนแปลงในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่มีลักษณะการพัฒนาการไปในทาง ตรงกัน ข้ามกับวัยเด็ก ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าในด้านการ เสริมสร้าง การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบ กระดูกและ กล้ามเนื้อ ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบการหายใจและระบบทางเดินอาหาร

๒. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มักจะมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและ สังคม ด้วย เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาการออกจากงาน ต้องสูญเสียอำนาจ บทบาทหน้าที่ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียด ถ้าไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้

เมื่อมีวัยสูงขึ้น พฤติกรรมของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลมาจากการ เปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้หลงลืม สับสนได้ง่าย ในวัยนี้จะต้องพบกับการ สูญเสียที่ยิ่งใหญ่ ในช่วงชีวิต คือ การขาดคู่ชีวิต ซึ่งเป็นผลทำให้ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุได้รับการ กระแทกกระเทือน การอยู่โดยขาดคู่คิดจะทำให้จิตใจหดหู่ และเพื่อนฝูงวัยเดียวกันก็มักจะล้มหายตาย จากไป ที่เหลือก็ขาดการติดต่อ เนื่องจากสุขภาพไม่อำนวย จึงต้องอยู่แบบเหงา ๆ ซึ่งภาวะแบบนี้ ผู้สูงอายุจะท้อแท้ มักมีอาการมึนงงเฉื่อย โกรธง่าย สิ้นหวัง และอาจจะเป็นเหตุให้การทำงานของระบบ ต่าง ๆ อ่อนล้าลงอีกได้

๓. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยและ อารมณ์ออกมามากคล้ายคลึงกัน ได้แก่

๑) สนใจตนเองมากเป็นพิเศษ

๒) แสวงงาน ใจน้อย ทิฐิ มีความรู้สึกไวต่อคำพูด และเหตุการณ์ต่าง ๆ แต่ แสดงออกโดยการไม่พูด เจ็บเฉย

๓) สนใจกับบุคคลในทางที่จะต้องเอาใจตน

๔) รำลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตและชอบเปรียบเทียบเสมอ

๕) มีความวิตกกังวล ทุกข์ร้อน ห่วงใยบุตรหลานและครอบครัวมาก

๖) กลัวถูกทอดทิ้ง ว้าเหว่

จากทฤษฎีผู้สูงอายุข้างต้น ทั้งทฤษฎีทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยาได้อธิบาย ถึงสาเหตุที่ทำให้เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง ๓ ด้านด้วยกันคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะมีลักษณะไปในทางเสื่อมมากกว่าการเสริมสร้าง ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์และการปรับตัว และมักจะมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมด้วย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมจะเป็นลักษณะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทต่าง ๆ ได้ มีผลทำให้รู้สึกขาดคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจในตัวเอง

การกำหนดช่วยวัยของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุได้ชื่อว่าอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ในช่วงวัยนี้ นักชราวิทยาได้พิจารณาช่วงอายุ แล้วกำหนดช่วงวัยของผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์จิตสังคมชีววิทยาไว้เป็น ๔ ช่วง^๙ คือ

๑. ช่วงไม่ค่อยแก่ (The Young-Old)

ช่วงนี้อายุประมาณ ๖๐-๖๙ ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครองรายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไป ช่วงนี้ยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตาม สำหรับ

^๙ ศรีเรือน แก้วกังวาน, จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงอายุ เล่ม ๒, พิมพ์ครั้งที่ ๙, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๓), หน้า ๕๔๑.

บุคคลที่มีการศึกษาสูง รู้จักปรับตัว ช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่างๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก การปรับตัวในช่วงนี้ขอแนะนำว่าควรใช้แบบ “engagement” คือ ยังเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

๒. ช่วงแก่ปานกลาง (the middle-aged old)

อายุประมาณตั้งแต่ ๗๐-๗๕ ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กัน อาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “disengagement” คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมนักอีกต่อไป

๓. ช่วงแก่จริง (the old-old)

อายุประมาณ ๘๐-๙๐ ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงช่วงนี้ ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่ยุ่งวายแต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆ ตามวัย (both privacy and stimulating) ผู้สูงอายุนั้นต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

๔. ช่วงแก่จริงๆ (the very old-old)

อายุประมาณ ๙๐-๙๙ ปี ผู้มีอายุยืนถึงช่วงนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่างๆ ด้านชีววิทยา สังคม และจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุนั้น ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่ต้องมีการบีบคั้นเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมอะไรที่พอออกพอใจและอยากทำในชีวิต สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ได้พบผ่านวิกฤตต่างๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมาย จะเป็นคาบระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

นอกจากนี้ ทางด้านการแพทย์ยังได้บ่งชี้และแบ่งประเภทความคาดหวังถึงความยืนยาวของอายุและภาวะทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุออกเป็น ๕ ช่วง โดยอาศัยข้อมูลทางด้านสถิติเกี่ยวกับอายุและสุขภาพอนามัยที่ทางการแพทย์ได้รวบรวมไว้ในคนอายุ ๖๐ ปี ถึง ๘๐ ปีขึ้นไปแล้ว นำมาประกอบการพิจารณาโดยคำนวณอัตราการเสียชีวิตและอัตราอายุคาดหวังและความคาดหวังทางสุขภาพอนามัยจากการพิจารณาข้อมูลทั้งในเพศชายและเพศหญิงดังกล่าวพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันเล็กน้อย ซึ่งสามารถแบ่งเป็นช่วงอายุได้^{๑๐} ดังนี้

๑) ช่วงอายุคาดหวัง (Life expectancy : LE) หมายถึง ช่วงยืนยาวของอายุที่คาดว่าจะมีต่อไปในอนาคตนับแต่ช่วงอายุขณะปัจจุบัน

๒) ช่วงอายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (Longterm disability free expectancy : LDFLE) หมายถึง ช่วงอายุที่คาดหวังว่าจะปราศจากความเจ็บป่วยในระยะยาวต่อไป โดยใช้ข้อมูลทางสุขภาพมาประกอบการพิจารณา

๓) ช่วงอายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพทั้งหมด (Total disability free expectancy : TDFLE) หมายถึง ผู้มีอายุเฉลี่ยในช่วงนี้จะสามารถมีชีวิตต่อไปได้โดยปราศจากทุพพลภาพ

๔) ช่วงอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (Active life expectancy : ALE) หมายถึง ผู้มีอายุเฉลี่ยในช่วงนี้ ยังสามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้อยู่

^{๑๐} ยาจินต์ สินสุภา, ศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการจัดกิจกรรมของวัดเพื่อสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร, (รายงานการวิจัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๔), หน้า ๒๑-๒๒.

ด้วยเหตุผลอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสุขภาพอนามัยของประชากรสูงอายุดังกล่าว จึงทำให้การดำเนินชีวิตของคนในวัยสูงอายุนี้มีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมตัวในการใช้ชีวิตและดูแลตนเองได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพ รวมทั้งมีคุณค่าต่อสังคม

การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร^{๑๑} ได้กล่าวถึง ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยครอบคลุมคุณลักษณะดังนี้

๑) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful aging) เป็นผู้ที่ยังดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความพึงพอใจและความปรารถนาของตน มีอายุที่ยืนยาว มีภาวะด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสามารถในการควบคุมตนเองและมีความพึงพอใจในชีวิต

๒) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและความสามารถ (Productive aging) เป็นความสามารถในการพึ่งตนเองเท่าที่จะทำได้ของผู้สูงอายุและการใช้ความสามารถส่วนตัวในทางสร้างสรรค์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่นและสังคม โดยมีเป้าหมายของการเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ไว้ว่า เป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาประเทศ คือ การมุ่งให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหมายถึง การมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในข่ายของการพัฒนาเพื่อให้เกิดคุณลักษณะดังกล่าว

ประเวศ วะสี^{๑๒} ได้กล่าวถึง ผู้สูงอายุในอนาคต ไว้ว่า จะต้องมียุทธศาสตร์ในตนเอง มีความสุขมีความพึงพอใจในการใช้ชีวิตและต้องมีปัญหา ซึ่งเกิดจากการพัฒนาทางจิตวิญญาณของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับคำประกาศวิสัยทัศน์ร่วมในการประชุมเวทีปฏิรูปว่าด้วยภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุว่า ในอีก ๑๐ ปี ข้างหน้าผู้สูงอายุจะมีภาพลักษณ์ ดังนี้

- ๑) ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีศักดิ์ มีคุณค่า มีเกียรติภูมิ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของบุตรหลาน
- ๒) ผู้สูงอายุได้อยู่กับบุตรหลานในครอบครัวอย่างอบอุ่น
- ๓) ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและจิต ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ยามเจ็บป่วยมีโอกาสได้รับบริการที่ดี สามารถเข้าถึง และสามารถเลือกใช้บริการต่างๆ ได้
- ๔) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีหลักประกันรายได้ ได้รับการเกื้อกูลจากบุตรหลานมีออมทรัพย์ไว้ตั้งแต่ในช่วงวัยทำงาน มีกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน และมีระบบประกันสุขภาพ
- ๕) ผู้สูงอายุมีโอกาสได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีระบบข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงมีความรู้ และทักษะที่สำคัญเพื่อประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตและเสริมคุณค่าของชีวิต
- ๖) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในสังคม เป็นแหล่งภูมิปัญญาของคนรุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ลอว์ตัน (Lawton) ได้ศึกษา ถึงคุณภาพชีวิตหรือการมีชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุและกล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้อง ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ ๔ ด้าน^{๑๓} คือ

^{๑๑} ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๒), หน้า ๑๐๓.

^{๑๒} ประเวศ วะสี, สารานุกรมสุขภาพพุทธธรรม, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง, ๒๕๕๒), หน้า ๑๔๐.

^{๑๓} ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ, วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑: ๒๕๓๖ : ๑๙-๒๐.

๑) การมีความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological Well-Being) หมายถึง การที่บุคคลสามารถประเมินได้ว่า ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาามีคุณภาพ โดยประเมินได้จากผลกระทบ ระดับความสุขที่ได้รับ และความสำเร็จที่ได้บรรลุตามความต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

๒) ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Competence) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งรวมถึงการทำหน้าที่ร่างกาย การมีสุขภาพที่ดี การรับรู้ที่ถูกต้อง และการมีพฤติกรรมทางสังคมที่ถูกต้อง

๓) สิ่งแวดล้อมของบุคคล (Objective Environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๕ ส่วน ได้แก่ (๑) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และที่อยู่อาศัย (๒) บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน (๓) บุคคลอื่นทั่วไปที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (๔) สถานภาพทางสังคม อายุ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ (๕) สภาพสังคมและวัฒนธรรมภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

๔) การรับรู้คุณภาพชีวิต (Perceived Quality of life) หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลดังที่ได้กล่าวมา

จากข้อความข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ คือ ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความพึงพอใจและความปรารถนาของตนเอง มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ รวมถึงสามารถช่วยครอบครัวและสังคมได้บุคคลในช่วงที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุวัยต้นในอนาคต ควรมีการวางแผนสำหรับการดำรงชีวิตในช่วงวัยสูงอายุ ในด้านต่างๆ ได้แก่ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในช่วงวัยดังกล่าว เนื่องจากการวางแผนหรือการเตรียมการถือว่าเป็นการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ตนเองในอนาคตได้เป็นอย่างดี

สาเหตุและสภาพปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

แม้ว่าความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคนิคการแพทย์ การรู้จักดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็ยังประสบปัญหาสุขภาพทั้งจากทางกายและสุขภาพทางใจที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ดังที่จะนำเสนอในประเด็นต่อไป

๑. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้^{๑๔}

สาเหตุที่ ๑ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสรีรวิทยาตามอายุ ทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อเจ็บป่วยก็จะใช้ระยะเวลาานาน จึงจะหายจากโรคร่างกายต้องการเวลาฟื้นฟูมากกว่าวัยหนุ่มสาว การดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นวิธีสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพน้อยลง

สาเหตุที่ ๒ การยอมรับความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมักจะปฏิเสธความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง กลัวการรักษา ไม่เห็นความจำเป็นของการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา ซึ่งปัญหานี้มีผลต่อการรักษา เยียวยาความเจ็บป่วยมาก ทำให้ไม่สามารถรักษาได้ทันที่ ประกอบกับความมีอายุการรักษานานกว่าปกติ สาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ยอมรับความเจ็บป่วย และการรักษา คือ

๑) ผู้สูงอายุมักเห็นความเจ็บป่วยเป็นเรื่องคู่กับความมีอายุ เป็นธรรมดาของชีวิตเมื่อเกิดได้ก็หายได้ จะไปพบแพทย์ต่อเมื่อมีปัญหาหนักเท่านั้น ซึ่งบางครั้งก็สายเกินแก้แล้ว

^{๑๔} กุลยา ตันติผลาชีวะ. สุขภาพสูงวัยดูแลได้ด้วยตัวเอง. (กรุงเทพมหานคร : เบริน-เบริน บุ๊คส์. ๒๕๕๖), หน้า ๔๖-๔๗.

๒) ผู้สูงอายุกลัวความจริง ผู้สูงอายุมักจะปฏิเสธทันทีที่ลูกหลานจะพาไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การกลัวโรงพยาบาลนี้ ในส่วนลึกมาจากการกลัวความตายซึ่งหมายถึง การพลัดพรากและการจบชีวิตลงหลังรับรู้การวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคใด

๓) ผู้สูงอายุไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าตนอ่อนแอ เกรงว่าจะขาดการยอมรับสมรรถนะ ฐานะทางสังคม สังคมจะทอดทิ้ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้มีอายุกลัวมาก

๔) การเพิกเฉยของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ลูกหลาน ญาติพี่น้อง ที่อาจขาดความสนใจในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และเห็นว่าเมื่ออายุแล้วความเจ็บป่วยย่อมเกิดได้ง่าย อีกประการหนึ่งคือการตามใจผู้สูงอายุ ด้วยเห็นคล้ายกับความไม่จำเป็นต้องรักษา ก็ละเลยจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง

ดังนั้น ปัญหาความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจะน้อยลงถ้ารู้จักการดูแลรักษาสุขภาพให้ดีและต้องยอมรับว่าเมื่อเจ็บป่วยต้องพบแพทย์ หรือหาวิธีการรักษาบำบัดที่ถูกต้องกับปัญหาสุขภาพของตนเอง

สาเหตุที่ ๓ ความรับผิดชอบตนเอง บ่อยครั้งที่พบว่า คนมีความรู้ดี ฐานะดี ป่วยด้วยโรคที่ขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เช่น โรคอ้วน ไขมันในโลหิตสูง หรือเบาหวาน ทั้งนี้เพราะเขาเหล่านั้นเพิกเฉยต่อสุขภาพตนเอง ขาดความระมัดระวัง ใช้ชีวิตตนเองไม่ถูกต้อง กินไม่เป็น อยู่ไม่เป็น ขาดความพอดี ขาดความระมัดระวังอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การได้สารพิษ การมีอุบัติเหตุ และที่สำคัญเมื่อยังไม่เจ็บป่วย มีชีวิตอยู่ดีตามปกติก็ไม่ใส่ใจที่จะบำรุงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ปล่อยให้ตามธรรมชาติ คิดว่าถ้ายังไม่เจ็บป่วยก็คงยังไม่เป็นไร ผลจากการขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเป็นโรคได้ง่ายตามมา

๒. อารมณ์เหงาที่เกิดกับผู้สูงอายุ

มีการศึกษาที่อธิบายว่า คนวัยสูงอายุเหงามากกว่าคนวัยอื่นๆ ถ้าหากไม่รู้จักจัดการกับชีวิตตน ทั้งนี้เพราะ มีเวลาว่างจากอาชีพและภารกิจต่างๆ มากกว่าคนวัยอื่น ๆ ได้ประสบการณ์พลัดพรากจากกันไปของผู้ใกล้ชิดและผู้ที่ตนรัก รวมทั้งสิ่งของ สัตว์เลี้ยง และอื่น ๆ หลายครั้งหลายคราว ตลอดเวลายาวนาน บุคคลและสิ่งเหล่านี้ อาจมีความผูกพันทางใจกับผู้สูงอายุมากเป็นพิเศษ ยากจะหาผู้ใดหรือสิ่งอื่นใดมาทดแทนได้ดีเหมือนเดิม^{๑๕}

นักจิตวิทยาสาขาวิชาวิทยาการศึกษาระบุว่า อารมณ์เหงาในวัยสูงอายุมักจะมีอารมณ์อื่นๆ ร่วมด้วย และมักติดตามด้วยผลกระทบทางกายใจหลายประการที่เป็นไปทางลบ อาทิเช่น ซึมเศร้า เบื่ออาหาร เกิดโรคภัยไข้เจ็บ หลงๆ ลืมๆ นอนไม่หลับ เจ็บปวดตามที่ต่างๆ ผู้สูงอายุที่เหงาจะมีสุขภาพทรุดโทรม และอาจทำให้เป็นโรคจิต โรคประสาท หรือฆ่าตัวตายได้ ผู้สูงอายุมักเหงามากกว่าผู้ใหญ่วัยอื่นๆ เพราะสาเหตุหลายประการ อาทิเช่น

๑) สุขภาพทั่วไปเริ่มไม่ดี ไม่มีใครให้คำตอบที่ชัดเจนได้ว่าสุขภาพไม่ดีทำให้เกิดอารมณ์เหงาหรืออารมณ์เหงาทำให้สุขภาพไม่ดี หลายคนไปหาหมอเพราะรู้สึกว่าจะเหว่ มีปัญหาทางสุขภาพ ขอให้หมอตรวจร่างกายอย่างละเอียดและขอยากินมากขึ้น บางทีพบว่าคนเหล่านี้วิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายตนเองเกินเหตุ บางคนเมื่อตรวจสภาพร่างกายแล้วไม่พบความผิดปกติทางกายอย่างใดเลย

๒) ขาดกิจกรรมที่ตนชอบ ผู้สูงอายุหลายคนมีปัญหาลงมือทำกิจกรรมตลอดเวลา แต่เมื่อได้ทำกิจกรรมที่ตนชอบ เข้าร่วมกลุ่มกับคนที่ตนพอใจ อาการป่วยและอาการเหงากลับหายไปราวพลัดทิ้ง

^{๑๕} ศรีเรือน แก้วกังวาน, จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงอายุ เล่ม ๒, พิมพ์ครั้งที่ ๙, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๓), หน้า ๕๗๘.

๓) สายตาไม่ดี สายตาเป็นอวัยวะที่สำคัญมาก กิจกรรมหลายๆ อย่างต้องใช้สายตา แม้พลังกำลังวังชาจะลดถอยไป การเคลื่อนไหวทำได้น้อยและช้า ถ้าสายตายังดีอยู่ก็สามารถหากิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้คลายความเหงาได้มาก เช่น อ่านหนังสือ ดูทีวี วิดีโอ วาดรูป

๔) หูไม่ดี หูไม่ดีเกิดขึ้นได้ง่ายในวัยสูงอายุ หูไม่ดีกระทบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุต้องปลีกตัวตามลำพังมากขึ้น หรือมีความระแวงว่า คนอื่นนินทาว่าร้ายตนจึงทำให้รู้สึกเหงาได้ง่าย

๕) ต้องขังตัวเองอยู่แต่ในบ้าน การต้องแกร่วอยู่แต่ในบ้านตลอดเวลา โดยสาเหตุใดๆ ก็ตาม จะทำให้เกิดอารมณ์นี้ได้มาก แก้ไขได้โดยมีโอกาสดูหนัง เคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้รู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมร่วมกับสังคม และสังคมเป็นส่วนหนึ่งของตน

๖) คำอธิบายของทฤษฎี Desolutuion ผู้สูงอายุเหงาเพราะสูญเสียเพื่อนและญาติสนิท คู่ครองบุตร สัตว์เลี้ยง งานที่ตนรัก ฯลฯ การสูญเสียสิ่งเหล่านี้ตามมาพร้อมๆ กับการขาดกิจกรรมทางสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญๆ ซึ่งตนปรับตัวยังไม่เข้ารูปเข้ารอยและยังได้พบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุไทยหลายประการที่น่าเชื่อได้ว่า สภาพสังคมไทยในปัจจุบันและอนาคตทำให้ผู้สูงอายุไทยมีอารมณ์เหงาเพิ่มขึ้นทุกๆ วัน เพราะสาเหตุต่างๆ ดังนี้

๖.๑) สภาพครอบครัวเดี่ยว พ่อแม่มีลูกหนึ่งหรือสองคน เมื่อลูกเป็นหนุ่มเป็นสาวไปศึกษาต่อหรือแต่งงานแยกครัวเรือนไป หรือประกอบอาชีพต่างถิ่น พ่อแม่ผู้สูงอายุมักต้องอยู่ตามลำพัง หากพ่อหรือแม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเจ็บไข้หรือต้องเสียชีวิต ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง ผู้สูงอายุส่วนมากมักติดที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน ไม่ปรารถนาไปอยู่ร่วมครอบครัวกับบุตรหลานที่จากไปทำมาหากิน หรือมีครอบครัวอยู่ถิ่นอื่นๆ

๖.๒) สภาพสังคมชนบท หมู่บ้านในชนบทไทยกำลังสลายจากสภาพเดิมหนุ่มสาวชนบททะลักเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ ทิ้งให้ผู้แก่เฒ่าอาศัยกันอยู่ตามลำพัง ในสมัยที่ความเป็นชนบทยังคงสภาพเดิม ผู้เฒ่าผู้แก่ที่อยู่กันตามลำพังก็ยังมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านที่คุ้นเคย สนิทสนมเหมือนญาติ แต่สภาพเช่นนี้กำลังหมดไป ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องถูกทิ้งอยู่ตามลำพังเหมือนคนไร้ญาติขาดมิตร

๖.๓) สภาพสังคมเมืองใหญ่ ยิ่งประสบปัญหาวิกฤติขึ้นไปอีก เพราะลูกหลานมักมีบ้านเรือนอยู่ห่างไกลกัน อีกทั้งยังงัดกับการประกอบอาชีพ สภาพความเป็นเมืองใหญ่โดยเฉพาะในเมืองหลวง มีปัญหาการเดินทางไปมาหาสู่ที่ยุงยาก ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพเหมือนถูกทอดทิ้งแม้ว่าลูกหลานไม่ตั้งใจเห็นห่าง ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจำต้องงดทำกิจกรรมต่างๆ หรืองดเยี่ยมเยียนพบปะญาติมิตรโดยปริยาย

สรุปความได้ว่า สาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ก็คือ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งเป็นไปตามวัย นอกจากนี้ หากผู้สูงอายุปฏิเสธความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ก็จะไม่เห็นความจำเป็นในการรักษา ส่งผลให้การรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยได้ไม่ทันที่วงที่ และสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพ คือ การขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง อีกทั้ง สภาพสังคมไทยที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เหงาเพิ่มมากขึ้นทุกวันซึ่งส่งผลก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกาย และทางใจได้

ความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่พบมาก ได้แก่ การแสดงออกถึงความว่าเหว่ช่วยตัวเองไม่ได้ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า หรือถูกรังเกียจทอดทิ้งจากครอบครัว ตลอดจนปัญหา

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว และอาจมีผลไปถึงความไม่ยุติและเพิกเฉยต่อกิจกรรมทางสังคม^{๑๖}

การเปลี่ยนแปลงส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง บางรายก็อาจพบกับความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดในช่วงนี้ อีกส่วนเป็นผลจากสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนไปเพราะความสูงอายุนิตของอารมณ์ที่ผู้สูงอายุมักแสดงออกที่ผิดปกติและพบได้บ่อย คือ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจบ่อยๆ ซึม แยกตัว ฯลฯ อารมณ์วิตกกังวลก็พบได้บ้างมักแสดงออกโดยห่วงใยลูกหลานมากขึ้น บางครั้งจะมีอาการเครียด หงุดหงิดง่าย บ่นมากขึ้น อาการจิตที่รุนแรง เช่น หูแว่วประสาทหลอน หรือหลงผิด หวาดระแวงต่างๆ พบได้บ้าง บางครั้งอาจสับสน เรื่องวัน เวลา สถานที่ และบุคคล กลางคืนไม่นอน เดินวนวาย หรือมีอาการซบถ่ายเลอะเทอะ พฤติกรรมเป็นเด็กทารก หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ในกรณีที่สมองเสื่อมมากๆ^{๑๗}

ปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ^{๑๘} ได้แก่

๑) ความจำเสื่อม จำชื่อคนหรือสถานที่ได้ยากขึ้น จำเหตุการณ์ในอดีตได้ดี แต่ลืมเหตุการณ์ในปัจจุบัน หรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น กระบวนการจดจำทำได้ในระยะสั้น การคิดคำนวณทำได้ยากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายู้รู้สึกสับสน หงุดหงิด และขาดความมั่นใจในตนเอง

๒) ความหว้าเหว่ เศร้าหมอง เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ จากสภาพที่ผู้สูงอายุต้องประสบกับการสูญเสียต่างๆ ทั้งสภาวะสุขภาพ บทบาททางสังคม การต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งและความกระทบกระเทือนใจ ทำให้จิตใจเปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิตบางคนอาจมีอาการฉุนเฉียว โกรธง่าย

๓) ความสามารถในการเรียนรู้ จะเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องรวมทั้งแรงกระตุ้นต่างๆ ช่วงความสนใจ และการแปลความหมายสู่ระบบประสาท การลดภาวะการรับรู้ หรือการแปลความ ซึ่งจะทำให้ความพร้อมในการเรียนรู้ลดลง ต้องอาศัยประสบการณ์ ในอดีตช่วยในการแก้ปัญหาแทนการค้นหาด้วยเทคนิคใหม่

๔) สติปัญญาและความสามารถทางสมองจะลดลง ความสามารถทางคณิตศาสตร์และการวิเคราะห์จะค่อยๆ ลดลง แต่ประสบการณ์และความรู้ที่มีในอดีต จะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้

นอกจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวแล้ว การที่ผู้สูงอายุขาดการส่งเสริมสนับสนุนทางการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่กำลังจะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเตรียมตัวรับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุและความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม ทำให้ดูเหมือนว่าผู้สูงอายุตัดขาดจากโลกภายนอก ไม่เข้าใจวิถีชีวิตแบบใหม่หรือกระแสความเจริญ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกวัยอื่นในครอบครัว บุตรหลานอาจมองผู้สูงอายุว่าคร่ำครึไม่ทันสมัย หรือไม่แสดงความเคารพผู้สูงอายุ

^{๑๖} เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์, ๒๕๒๘), หน้า ๑๐.

^{๑๗} ลีลาวดี อัครเศรษฐี, การเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนตำบลไร่ขิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม, (รายงานการวิจัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๙), หน้า ๒๑.

^{๑๘} ปาหนัน บุญหลง, ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการสูงอายุ, เอกสารการสัมมนาเรื่อง การพยาบาลจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ วันที่ ๑๔-๑๕ สิงหาคม ๒๕๒๓. (กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๒๓), หน้า ๒๐-๒๑.

เหมือนในอดีตที่ผ่านมา ที่ผู้สูงอายุเคยเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ต่างๆ ให้บุตรหลาน ซึ่งก็ทำให้เกิดปัญหา ด้านจิตใจขึ้นได้เช่นกัน

ความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตที่พบมาก ได้แก่ ความว่าเหว่ การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าหรือถูกรังเกียจ ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว รวมไปถึงความไม่ยุติและเพิกเฉยต่อกิจกรรมทางสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลง การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด หรือสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความสามารถในการเรียนรู้ สติปัญญา และความสามารถทางสมองที่ลดลง ซึ่งปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุแสดง อารมณ์ที่ผิดปกติและพบได้บ่อย เช่น อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจ ซึม แยกตัว วิดกกังวล เครียด หงุดหงิดง่าย บ่น สับสน หลงลืม หรือกระทั่งเกิดอาการทางจิตที่รุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งวิธีการจัดการปัญหาทางจิตใจ เช่น อารมณ์เหงา เศร้า หรือหว่าเหว่นั้นสามารถประมวลได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างหลายท่านจะอาศัยการศึกษาระยะ และการปฏิบัติธรรม เจริญสติ รวมทั้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติหรือธรรมชาติของชีวิต จะช่วยพัฒนาจิตใจให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความเบิกบาน ผ่องใส ไม่ยึดติดกับความทุกข์ นอกจากนี้ยังมีทัศนคติเกี่ยวกับความตายในเชิงบวกว่าเป็นธรรมชาติของทุกชีวิตและไม่รู้สึกเกรงกลัวหรือกังวลกับความตายที่จะต้องเผชิญ อีกทั้งกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างยังใช้เวลาทำงานอดิเรกที่ตนเองชื่นชอบและสนใจ ทำให้มีความสุขและเพลิดเพลินในการใช้ชีวิตอีกด้วย

สังคมผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations:UN) ได้ให้นิยามผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึงประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปและได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น ๓ ระดับ^{๑๙} ได้แก่

๑. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีมากกว่าร้อยละ๗ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

๒. ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ๖๐ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปี มากกว่าร้อยละ๑๔ ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

๓. ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ว่า ในช่วงปี ๒๐๐๑-๒๑๐๐ เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ เช่น ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางด้าน การแพทย์ การโภชนาอาหาร

^{๑๙} มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ, (ออนไลน์),

สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปว่าไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี ๒๐๐๕ โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๐.๔ ของประชากรทั้งประเทศและคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี ๒๐๒๔-๒๐๒๕

คุณภาพชีวิต และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมของมนุษย์ ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานในสังคม ซึ่งสนองต่อสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความคิดอย่างเพียงพอ จนก่อให้เกิดความสมดุลทั้งการมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ ซึ่งศูนย์ประสานงานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ^{๒๐} กล่าวถึง ความสำคัญของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งสำคัญและเป็นจุดหมายปลายทางของบุคคล ชุมชนและประเทศชาติโดยส่วนรวม ประเทศใด หากประชากรในชาติโดยส่วนรวมด้อยคุณภาพ แม้ว่าประเทศนั้นจะมีทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์เพียงใด ก็ไม่อาจทำให้ประเทศชาตินั้นเจริญและพัฒนาให้ทันหรือเท่าเทียมกับประเทศที่มีประชากรที่มีคุณภาพได้ คุณภาพของประชากรจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญและชี้ว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศใดจะเจริญก้าวหน้ากว่าอีกประเทศ ดังเช่น ประเทศญี่ปุ่น หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ สภาพบ้านเมืองได้รับผลของสงคราม แต่ด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพของประชากรญี่ปุ่น ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา จึงทำให้ประเทศญี่ปุ่นยกฐานะเป็นประเทศมหาอำนาจทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้น จะเห็นว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ทุกคนจึงควรรู้จักและเข้าใจในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตให้ถูกต้องและช่วยกันพัฒนาปรับปรุงตนเอง ครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพที่ดีร่วมกันได้ในที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับหลักอริยสัจ ๔

ความหมายของอริยสัจ ๔ (ความจริงอันประเสริฐ, ความจริงของพระอริยะ, ความจริงที่ทำให้ผู้เข้าถึงกลายเป็นอริยะ - The Four Noble Truths)^{๒๑}

๑. ทุกข์ (ความทุกข์, สภาพที่ทนได้ยาก, สภาพที่บีบคั้น ชัดแย้ง บกพร่อง ขาดแก่นสาร และความเที่ยงแท้ ไม่ให้ความพึงพอใจแท้จริง, ได้แก่ ชาติ ชรา มรณะ การประจวบกับสิ่งอันไม่เป็นที่รัก การพลัดพรากจากสิ่งที่รัก ความปรารถนาไม่สมหวัง โดยย่อว่า อูปาทานขันธ ๕ เป็นทุกข์ - suffering; unsatisfactoriness)

๒. ทุกขสมุทัย (เหตุเกิดแห่งทุกข์, สาเหตุให้ทุกข์เกิด ได้แก่ ตัณหา ๓ คือ กามตัณหา ภวตัณหาและวิภวตัณหา - the cause of suffering; origin of suffering)

^{๒๐} ศูนย์ประสานงานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ, คู่มือระบบบริหารการพัฒนาชนบท, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูไนเต็ดโปรดิวชัน, ๒๕๓๒), หน้า ๑๙.

^{๒๑} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม พิมพ์ครั้งที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๔๖, [ออนไลน์], http://๘๔๐๐๐.org/tipitaka/dic/d_item.php?i=๒๐๔ [๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕].

๓. ทุกขนิโรธ (ความดับทุกข์ ได้แก่ ภาวะที่ต้นหาดับสิ้นไป, ภาวะที่เข้าถึงเมื่อกำจัดอวิชชา สำรอกต้นมหาสิ้นแล้ว ไม่ถูกต้อง ไม่ติดข้อง หลุดพ้น สงบ ปลอดภัย เป็นอิสระ คือนิพพาน - the cessation of suffering; extinction of suffering)

๔. ทุกขนิโรธคามินีปฏิปทา (ปฏิปทาที่นำไปสู่ความดับแห่งทุกข์, ข้อปฏิบัติให้ถึงความดับทุกข์ ได้แก่ อริยอัฏฐังคิกมรรค หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า มัชฌิมาปฏิปทา แปลว่า ทางสายกลาง มรรคมืองค์ ๘ นี้ สรุปลงในไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ ปัญญา - the path leading to the cessation of suffering)

อริยสัจ ๔ นี้ เรียกกันสั้น ๆ ว่าทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค การแสดงอริยสัจ ๔ นี้มีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สามุกกัสมิกา ธรรมเทศนา (เช่น อก.อฎฐก. ๒๓/๑๐๒/๑๙๐) แปลตามอรรถกถาว่า พระธรรมเทศนาที่พระพุทธเจ้าทรงหยิบยกขึ้นถือเอาไว้ด้วยพระองค์เอง คือ ทรงเห็นด้วยพระสยัมภูญาณ (ตรัสรู้เอง) ไม่สาธารณะแก่ผู้อื่น

การนำหลักธรรมอริยสัจ ๔ มาประยุกต์กับการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี กล่าวคือ อริยสัจ ๔ เป็นแก่นสาระในพระพุทธศาสนาที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งประกอบด้วย ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค เป็นหลักธรรมของพระพุทธองค์ที่ว่าด้วยความจริงอันประเสริฐที่ทำให้ผู้เข้าถึงกลายเป็นอริยะหรือเข้าถึงความดีงามจากในอดีตจะพบประสบการณ์มากมายที่ชาวพุทธเปลี่ยนจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง เช่น จากพระสุตตันตปิฎกมัชฌิมปิณณาสกัองค์คุณคูลิมาสสูตร^{๒๒} ว่าด้วยเรื่ององค์คุณเปลี่ยนจากคนที่เคยฆ่าคนมาเป็นจำนวนมากมาเป็นพระมีเมตตา จะเห็นว่าหากนำหลักพุทธศาสนามาใช้อย่างแท้จริงอาจจะทำให้บุคคลนั้น ๆ บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ขั้นตอนตามแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเป็นไปตามหลักอริยสัจ ๔ คือ ให้รู้ตามจริง ๑) รู้ว่าทุกข์คืออะไร รู้ว่าปัญหาคืออะไร ๒) รู้ถึงสาเหตุคืออะไร รู้ว่าต้นเหตุเป็นเหตุแห่งทุกข์ ๓) รู้ว่าภาวะดับทุกข์หมดปัญหาที่ต้องการคืออะไร ตนต้องการอะไร ๔) รู้กิจที่ควรทำว่าควรทำอะไร จะต้องลงมือปฏิบัติหรือจัดดำเนินการอย่างไร มีขั้นตอนวิธีการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร และรู้ว่าได้ปฏิบัติตามขั้นตอนวิธีการนั้นเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ปัญหาจบแล้วบรรลุจุดหมายหากปฏิบัติตามขั้นตอนของอริยมรรคจะช่วยกาย วาจา จิตใจ ให้มีความเข้มแข็งและสงบนิ่งได้ ซึ่งจะเห็นถึงความร้อนรนความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ การอยู่เฉยในทางพุทธศาสนาเป็นการใช้สติ สारวมกาย วาจาและใจ ให้มีอุเบกขา ไร้อารมณ์หงุดหงิด ความร่าร้อนของจิตใจที่มีความอยากให้ตั้งมั่นด้วย สัจจะ ความอดทน ความเพียร เมื่อเวลาผ่านไปทุกข์นั้นก็หมดไป

กระบวนการคิดแก้ปัญหาแบบอริยสัจ ๔

กระบวนการคิดปัญหา ได้แก่ ลำดับขั้นตอนของการคิดและการดำเนินการแก้ปัญหาเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑. วิธีคิดแบบอริยสัจ ๔ (แก้ปัญหา) เรียกตามทางธรรมะได้ว่าวิธีแห่งความดับทุกข์โดยเริ่มจากตัวปัญหาหรือทุกข์ทำความเข้าใจให้ชัดเจน สืบค้นหาสาเหตุเตรียมใจ วางแผนกำจัด สาเหตุปัญหา มีวิธีการปฏิบัติ ๔ ขั้นตอน คือ

๑) ทุกข์ คือ การกำหนดให้รู้จักสภาพปัญหา หมายถึง ความไม่สบายกาย ความไม่สบายใจ อันเนื่องมาจากสภาวะที่ทนได้ยาก คือ เป็นสภาวะที่บีบคั้นจิตใจ ความขัดแย้ง การขาดความเที่ยงแท้

^{๒๒} มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, พระไตรปิฎกภาษาไทย เล่มที่ ๑๓, (พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙), หน้า ๓๕๘-๓๖๗.

การพลัดพรากจากสิ่งที่รักความไม่สมปรารถนา เมื่อเกิดทุกข์เราต้องไม่ประมาทและต้องพร้อมที่จะเผชิญกับความเป็นจริง

๒) สมุทัย คือ การกำหนดเหตุแห่งทุกข์เพื่อกำจัด หมายถึง เหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ คือ เป็นสิ่งเริ่มต้นที่ทำให้เกิดทุกข์ ทุกข์ที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุที่แตกต่างกันออกไปแต่สาเหตุที่แท้จริงที่ก่อให้เกิดทุกข์ก็คือตัณหาหรือความอยากความต้องการมีอยู่ ๓ ประการคือ

๒.๑) กามตัณหา หมายถึง ความอยากได้สิ่งที่ปรารถนาทุกอย่าง เช่น อยากได้ทรัพย์เงินทอง

๒.๒) ภวตัณหา หมายถึง ความอยากเป็นนั่นอยากเป็นนี่ เช่น อยากเป็นคนดัง อยากเป็นดารา เป็นต้น

๒.๓) วิภวตัณหา หมายถึง ความไม่อยากเป็นนั่นเป็นนี่ เช่น ไม่อยากสอบตก ไม่อยากเป็นคนพิการ เป็นต้น

๓) นิโรธ คือ การดับทุกข์อย่างมีจุดหมายต้องมีการกำหนดว่าจุดหมายที่ต้องการคืออะไร หมายถึง ความดับทุกข์หรือภาวะที่ทำให้ตัณหาดับสิ้นไป ทุกข์เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากตัณหาหรือความอยากถ้าคนเราลดตัณหาหรือความอยากได้มากเท่าไรทุกข์ก็ย่อมน้อยลงไปด้วยแต่ถ้าเราดับได้โดยสิ้นเชิงชีวิตเราก็จะมีแต่ความสงบ

๔) มรรค คือ การกำหนดวิธีการในรายละเอียดและปฏิบัติเพื่อกำจัดปัญหา หมายถึง ข้อปฏิบัติให้ถึงความทุกข์ ได้แก่ การเดินทางสายกลางซึ่งมรรคมงคลประกอบด้วย ๘ ประการ คือ

๔.๑) สัมมาทิฐิ หมายถึง ความเห็นชอบ คือการเห็นตามความจริงและรู้ว่าอะไรคืออะไรไม่ดี

๔.๒) สัมมาสังกัปปะ หมายถึง ความดำริชอบ คือการไม่คิดลุ่มหลงให้เกิดสุขในอารมณ์ไม่คิดอาฆาตพยาบาทตลอดจนไม่เบียดเบียนผู้อื่น

๔.๓) สัมมาวาจา หมายถึง การเจรจาชอบ คือการพูดแต่ในสิ่งที่ดี ไม่พูดเท็จ ไม่พูด ส่อเสียด ไม่พูดหยาบคาบ ไม่พูดไร้สาระ

๔.๔) สัมมากัมมันตะ หมายถึง การกระทำชอบ คือการกระทำในสิ่งที่ดี ไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ลักทรัพย์ ไม่ประพฤตินิโคตในกาม

๔.๕) สัมมาอาชีวะ หมายถึง การเลี้ยงชีพชอบ คือการประกอบอาชีพที่สุจริตไม่คดโกง หลอกหลวง ไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลร้ายต่อผู้อื่น

๔.๖) สัมมาวายามะ หมายถึง พยายามชอบ คือพยายามที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความชั่ว พยายามที่จะกำจัดความชั่วที่มีอยู่ให้หมดไป พยายามสร้างคุณดีที่ยังไม่เกิดให้เกิด และพยายามรักษาความดีที่มีให้คงอยู่ต่อไป

๔.๗) สัมมาสติ หมายถึง การระลึกชอบ คือระลึกอยู่เสมอว่าสิ่งที่รู้สิ่งที่เห็นนั้น เป็นไปตามความเป็นจริง

๔.๘) สัมมาสมาธิ หมายถึง การตั้งจิตมั่นชอบ คือ การที่สามารถตั้งจิตใจให้จดจ่อ

๒. การคิดแก้ปัญหา (อริยสัจ ๔)

สาโรช บัวศรี เป็นผู้ริเริ่มความคิดในการนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในกระบวนการแก้ปัญหา โดยประยุกต์หลักอริยสัจ ๔ อันได้แก่ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรคมาใช้ควบคู่กับ ”กิจใน อริยสัจ ๔” อันประกอบด้วย ปริญญา (การกำหนดรู้) ปหานะ (การละ) สัจฉิกิริยา การทำให้แจ้ง) และภavana

(การเจริญ หรือลงมือปฏิบัติ) จากหลักการทั้งสอง สาโรช บัวศรี ได้เสนอแนะกระบวนการแก้ปัญหาในการเรียนการสอน^{๒๓} ดังนี้

- ๑) ขั้นกำหนดปัญหา (ขั้นทุกข์) คือการระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข
- ๒) ขั้นตั้งสมมติฐาน (ขั้นสมมุติ) คือ การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและตั้งสมมติฐาน
- ๓) ขั้นทดลองและเก็บข้อมูล (ขั้นนิโรธ) คือ การกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการทดลองเพื่อพิสูจน์สมมติฐานและเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๔) ขั้นวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล (ขั้นมรรค) คือ การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุป

สรุปได้ว่าการจัดการเรียนรู้หรือจัดการความรู้ตามขั้นทั้ง ๔ ของอริยสัจ เป็นกระบวนการแห่งเหตุและผลหรือเป็นไปตามวิธีการแห่งความเข้าใจกฎแห่งเหตุปัจจัยเป็นการให้ปัญญาเป็นตัวนำชีวิตซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ ๑) หัวข้อปัญหา ๒) ลำดับขั้นตอนการแก้ปัญหา ๓) สรุปแนวทางการแก้ปัญหา การจัดการเรียนรู้ตามขั้นของอริยสัจ ๔) จึงเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้โดยผู้เรียนพยายามค้นคิดการแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยใช้ลำดับขั้นตอนทั้ง ๔ ขั้นของอริยสัจเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่ได้บ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญโรคที่มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการเด่นเกิดจากภาวะซึมเศร้า (depression) ต่างจากความเศร้าปกติตรงที่อาจไม่ได้เกิดจากเหตุการณ์จริงแต่อาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าหรือคิดไปเองและถ้าเกิดจากเหตุการณ์สูญเสียจริงก็มักจะมีอาการเศร้ามากเกินไปและนานเกินไปไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากรตาย และพบบ่อยว่ามีผลกระทบต่อน้ำที่การงาน กิจกรรมประจำวัน และการสังคมทั่วไป ในรายที่รุนแรงก็จะมีอาการทางกายด้วยซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

เซลิคแมน (Seligman)^{๒๔} ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า ผู้ที่มีภาวะไม่รุนแรงจะเจ็บขริบ มีสีหน้าไม่สบาย เมื่อสาเหตุนั้นถูกขจัดไปจะทำให้คืนสู่สภาพปกติแต่ถ้าไม่สามารถจัดการได้ภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงมากขึ้น เจ็บขริบลง การพูด การคิดเชิงซ้าลง ท้อแท้ สิ้นหวัง ตัดสินใจไม่ได้หน้าที่บกพร่องกิจกรรมที่เคยทำมาจะไม่สามารถทำได้ เซาว์ปัญญาลดลง

เบ็ค (Beck)^{๒๕} ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะอารมณ์เศร้าที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ส่งผลให้เกิดความผิดปกติที่แสดงออกทางด้านร่างกาย ความคิดอารมณ์และพฤติกรรม

^{๒๓} สาโรช บัวศรี, วิธีสอนตามขั้นตอนทั้งสี่ของอริยสัจ ศึกษาศาสตร์ตามแนวพุทธศาสตร์, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วัฒนธรรมแห่งชาติ, ๒๕๕๖), หน้า ๒๐๑-๒๐๒.

^{๒๔} Seligman, M. E., *Depression and learned helplessness*, (John Wiley & Sons. ๑๙๗๔), p. ๒๓.

^{๒๕} Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G. *Cognitive Therapy of depression*. (New York : Guilford, ๑๙๗๙), p. ๒๒.

รูตเตอร์ (Rutter)^{๒๖} ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มของอาการที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม การมีความรู้สึกเศร้าในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ถือว่าเป็นสิ่งที่ปกติ แต่ถ้าความรู้สึกเศร้านั้นเป็นอยู่ในระยะเวลานานและรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ มากมาย

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (National Institute of Mental Health (NIMH), ๒๐๑๑)^{๒๗} ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง การแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมส่งผลกระทบต่อตนเองครอบครัว และสังคม

กรมสุขภาพจิต^{๒๘} ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะจิตใจที่หดหู่เศร้า ท้อแท้ หดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง อาการเหล่านี้ถ้าเป็นอยู่นานจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์ สังคม

อรรถพรณ ลีบุญธวัชชัย^{๒๙} ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยเพลีย หดหู่ใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่และทำร้ายตนเองในที่สุด

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มของอาการที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัยโดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีค่าแยกตัว อาจมีความคิดฆ่าตัวตายตามมา

๒.๕.๒ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีดังต่อไปนี้

๑) ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory of depression) ทฤษฎีชีวเคมีอธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดภาวะสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) กลุ่มไบโอจีนิกเอมีนส์ (Biogenic amines) ได้แก่ สารอินโดเลมีนส์ (indoleamines) และสารซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งเป็นตัวหลักสำคัญ ของการเกิดภาวะซึมเศร้าและกลุ่มแคทีโคลามีนส์ (Catecholamines) ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) ในสมองมีปริมาณลดลงเนื่องจากการดูดกลับของสารสื่อประสาทมากเกินไป (Over reuptake) ส่งผลให้บริเวณที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (Synaptic cleft) มีปริมาณของสารสื่อประสาทลดลงมากกว่าปกติ ผลของการดูดกลับผิดปกติของสารสื่อประสาท ทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า หดหู่

^{๒๖} Rutter, M., *The developmental psychopathology of depression : Issues and Perspectives*, (Depression in young people : Developmental and clinical perspectives, ๑๙๘๖), p. ๓-๓๐.

^{๒๗} National Institute of Mental Health [NIMH], *Depression*, (Washington : U.S. Government Printing Office, ๒๐๑๑), p. ๔๑.

^{๒๘} กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). *มาตรฐานการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช*, [ออนไลน์]. <http://www.dmh.go.th/news> [๑๓ มีนาคม ๒๕๖๕]

^{๒๙} อรรถพรณ ลีบุญธวัชชัย *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๖), หน้า ๒๙.

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจเป็นการหักเหความโกรธ ความก้าวร้าวเข้าหาตนเอง (Aggression turn-inward) ซึ่งเกิดจากการสูญเสียหรือพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักบุคคลสำคัญที่เคารพนับถือในชีวิต (Significant object) การสูญเสียความมั่นคงในตนเอง (Collapse of self esteem)^{๓๐}

๒) ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive theory) ทฤษฎีทางความคิดของเบ็ค (Beck) อธิบายว่าการที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ตึงเครียดในครั้งแรกในชีวิต บุคคลจะประมวลเรื่องราวและสร้างโครงสร้างทางความคิดซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้นเมื่อบุคคลนั้นประสบกับเหตุการณ์ตึงเครียดอีกครั้ง และไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้จะเกิดการเรียนรู้ประมวลความคิดเรื่องราวที่เกิดความผิดพลาดบิดเบือนไปจากความเป็นจริงมีการสะสมความคิดดังกล่าวมาเรื่อย ๆ เกิดการเสียสมดุลของโครงสร้างทางความคิดทำให้ความคิดบิดเบือนในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่เกิดจากความเชื่อในด้านลบประกอบด้วย ๓ ลักษณะดังนี้^{๓๑}

(๑) การมองตนเองในทางลบ (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถ มีความบกพร่อง มองตนเองในทางลบส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

(๒) การมองโลกในทางลบ (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตนเองในทางลบ มองชีวิตตนเองเต็มไปด้วยปัญหาและอุปสรรคเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตจะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมาทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

(๓) การมองอนาคตในทางลบ (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองอนาคตข้างหน้าเต็มไปด้วยความยากลำบาก เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันเป็นปัญหาและมีอุปสรรคจะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่สิ้นสุดทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิตส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความคิดในทางลบ ๓ ประการนี้ มีความเชื่อมโยงกับประสบการณ์ตึงเครียดครั้งแรกในชีวิตเมื่อบุคคลนั้นประสบกับเหตุการณ์ตึงเครียดอีกครั้งและไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ เกิดการเสียสมดุลของโครงสร้างทางความคิดทำให้ความคิดบิดเบือนในทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งเกิดเป็นความคิดอัตโนมัติทางลบส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า วัยรุ่นที่ขาดทักษะทางด้านความคิด คิดและมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านท้อแท้ เบื่อหน่าย ไร้ความสุข สิ้นหวัง นอนไม่หลับ ฝันร้ายบ่อยครั้งส่งผลให้ความสามารถและการทำงานลดลงในผลระยะยาวอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้^{๓๒}

๔) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

^{๓๐} มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**, ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, ๒๕๕๘), หน้า ๓๓-๓๔.

^{๓๑} Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G., **Cognitive Therapy of depression**, (New York : Guilford, ๑๙๗๙), p. ๓๐.

^{๓๒} Zhang, X., Huang, C., Dong, B., Lu, Z., Yue, J. & Lui, Q., **Health status and risk for depression among the elderly : A meta-analysis of published literature**, *Age and Ageing Journal*, Vol.๓๙ No.๑, (๒๐๐๙) : ๒๓-๓๐.

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามแนวคิดวิสแมน มาโควิช และเคลอแมน (Weissman, Markowitz, & Klerman) อธิบายว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในทางกลับกันถ้าสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ ภาวะซึมเศร้าจะดีขึ้นโดยปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมี ๔ ด้าน ประกอบด้วย

(๑) การสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเป็นที่รัก (Grief / bereavement) การเสียชีวิตของบุคคลอื่นเป็นที่รัก ถ้าเป็นการเสียชีวิตแบบไม่คาดคิด ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวปรับความคิดความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

(๒) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) เป็นความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด หากว่าไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง ทำให้บุคคลเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

(๓) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role transitions) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละช่วงวัย เช่น การเปลี่ยนงาน การย้ายที่อยู่ หรือแม้แต่การย้ายโรงเรียน การเลื่อนระดับชั้นของนักเรียน ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็อาจจะส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

(๔) ความบกพร่องทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Inter Personal deficits) เป็นการขาดทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพรวมถึงการขาดการสนับสนุนทางสังคมส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าดังที่จะกล่าวต่อไปนี้อาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเดือน ๆ หรือเป็นเร็วภายใน ๑ - ๒ สัปดาห์เลยก็ได้ซึ่งขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัย เช่น มีเหตุการณ์มากระทบรุนแรงมากน้อยเพียงใด บุคลิกเดิมของเจ้าตัวเป็นอย่างไร มีการช่วยเหลือจากคนรอบข้างมากน้อยเพียงใด เป็นต้น และผู้ที่เป็นอาจไม่มีอาการตามนี้ไปทั้งหมดแต่อย่างน้อยอาการหลัก ๆ จะมีคล้าย ๆ กัน เช่น รู้สึกเบื่อเศร้า ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า นอนหลับไม่ตี เป็นต้น ซึ่งลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ^{๓๓} มีดังนี้

๑) อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมดบางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจนแต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิม บางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยเคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่อยากทำหรือทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเข้ามา บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายอะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมดกลายเป็นคนอารมณ์ร้ายไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

๒) ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกว่แย่ไปหมดมองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเองชีวิตตอนนี้ก็รู้สึกว่อะไร ๆ ก็ดูแย่ไปหมดไม่มีใครช่วยอะไรได้ไม่เห็นทางออกมองอนาคตไม่เห็นรู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิตบางคนกลายเป็นคนไม่มั่นใจตนเองไปจะตัดสินใจอะไรก็ลังเลไปหมดรู้สึกว่ตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่น ทั้ง ๆ ที่ญาติหรือเพื่อน ๆ ก็ยืนยันว่ยินดีช่วยเหลือ เขาไม่เป็นภาระอะไรแต่ก็ยังคงคิดเช่นนั้นอยู่ความรู้สึกว่

^{๓๓} คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, โรคซึมเศร้าโดยละเอียด, [ออนไลน์]. <http://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/genera/๐๙๐๔๒๐๑๔-๑๐๑๓> [๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕].

ตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจ เหล่านี้อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อย ๆ แรก ๆ ก็อาจคิดเพียงแค่อยากไปให้พ้น ๆ จากสภาพตอนนี้ ต่อมาเริ่มคิดอยากตายแต่ก็ไม่ได้คิดถึงแผนการณ์อะไรที่แน่นอน เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้นก็จะเริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไรในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

๓) สมาธิความจำแย่งจะหลงลืมง่ายโดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ ๆ วางของไว้ที่ไหนก็นึกไม่ออก ญาติเพิ่งพูดด้วยเมื่อเช้าก็นึกไม่ออกว่าเขาสั่งว่าอะไร จิตใจเหม่อลอยบ่อยทำอะไรไม่ได้นานเนื่องจากสมาธิไม่มี ดูโทรทัศน์นาน ๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสือก็ไม่ได้ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิด ๆ ถูก ๆ

๔) มีอาการทางร่างกายต่าง ๆ ร่วมที่พบบ่อยคือจะรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่ายไม่ยอมทำอะไรจะทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจ ปัญหาด้านการนอนก็พบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับ ๆ ตื่น ๆ บางคนตื่นแต่เช้ามืดแล้วนอนต่อไม่ได้ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหารไม่เจริญอาหารเหมือนเดิมน้ำหนักลดลงมากบางคนลดลงหลายกิโลกรัมภายใน ๑ เดือน นอกจากนี้ยังมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว

๕) ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไปตึงกล่าวบ้างแล้วข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคนี้มักจะดูซึมลง ไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจกกับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อกว่าเดิม แม่บ้านอาจทนที่ลูก ๆ ซนไม่ได้หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อย ๆ

๖) การงานแย่ง ความรับผิดชอบต่อการงานก็ลดลง ถ้าเป็นแม่บ้านงานบ้านก็ไม่ได้ทำ หรือทำลวก ๆ เพียงให้ผ่าน ๆ ไปคนที่ทำงานสำนักงานก็จะทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มีในช่วงแรก ๆ ผู้ที่เป็นอาจจะมีใจตัวเองให้ทำได้แต่พอเป็นมาก ๆ ขึ้นก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้เริ่มลางานขาดงานบ่อย ๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือก็มักจะถูกให้ออกจากงาน

๗) อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรงซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้วจะยังพบว่ามีอาการของโรคจิต ได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วยที่พบบ่อยคือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้งหรือประสงค์ร้ายต่อตนเองอาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วยอย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษาอารมณ์เศร้าดีขึ้นอาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

๒.๕.๓ สาเหตุของโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้าไม่ปรากฏสาเหตุที่แน่ชัดแต่คาดว่าเป็นผลมาจากหลาย ๆ ปัจจัยด้วยกัน^{๓๔} ดังนี้

ความผิดปกติของสารเคมีภายในสมองสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดโดยมีสารเคมีที่มีชื่อว่าเซโรโทนิน (Serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดน้อยลงจากเดิมทำให้สมดุลของสารเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปและเกิดความบกพร่องในการทำงานร่วมกัน

^{๓๔} กรมสุขภาพจิต, โรคซึมเศร้า...เรากำลังเป็นหรือเปล่า, [ออนไลน์]. <http://www.dmh.go.th/news> [๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕].

กรรมพันธุ์ หากคนในครอบครัวของคุณ เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง เคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาก่อนคุณก็อาจมีความเสี่ยงในการเป็นโรคนี้ได้เช่นกัน

การเผชิญเรื่องเครียด เช่น เจอมรสุมชีวิตโดยไม่ทันได้ตั้งตัวหมดกำลังใจในการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรังหรือรุนแรงถึงชีวิต ตกงาน มีปัญหาเรื่องการเงินที่หาทางออกไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ถูกใช้ความรุนแรงหรือถูกล่วงละเมิดในวัยเด็ก รวมทั้งการพบเจอกับความสูญเสียในชีวิตที่ทำให้เสียใจเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียพ่อแม่ในขณะที่ยังอยู่ในช่วงวัยเด็ก สูญเสียคนรัก หรือสูญเสียครอบครัว

ลักษณะนิสัย คนที่มีความเชื่อมั่นในตัวเองต่ำหรือสูงมากเกินไป มองโลกในแง่ร้าย หรือชอบตำหนิกล่าวโทษตนเอง มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าคนที่มองโลกในแง่บวกและเห็นคุณค่าในตนเอง

การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด การพึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดเพื่อให้ลืมความเสียใจและความเครียดจากเรื่องต่าง ๆ ไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาก็ถูกต้องแต่กลับทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ด้วย

การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น ฮอร์โมนจากภาวะตั้งครรภ์ หรือภาวะต่อมไทรอยด์ผิดปกติ

ช่วงวัย โรคซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัยแต่พบว่าคนที่มีอายุระหว่าง ๑๘ - ๒๕ ปี มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่มียุ่ตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ ๖๐ และผู้หญิงจะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย

๒.๕.๔ ชนิดของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าแบ่งออกเป็น ๓ ชนิดด้วยกัน ซึ่งแต่ละชนิดมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไป ดังนี้

๑. Major Depression (โรคซึมเศร้าแบบรุนแรง) โรคซึมเศร้าชนิดนี้เกิดขึ้นเมื่อภาวะซึมเศร้ารบกวนความสุขในชีวิต การทำงาน การเรียน การนอนหลับ นิสัยการกิน และอารมณ์สุนทรีย์ติดต่อกันอย่างน้อยสองสัปดาห์ บางคนอาจแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าเพียงแค่ ๑ อย่างก็ได้ ซึ่งอาการจะเกิดขึ้นเป็นครั้ง ๆ แล้วหายไปแต่ก็สามารถเกิดขึ้นบ่อยครั้งเช่นกัน

๒. Dysthymia หรือ Persistent Depressive Disorder (โรคซึมเศร้าเรื้อรัง) เป็นโรคซึมเศร้าแบบเรื้อรังที่มีอาการทางอารมณ์ไม่รุนแรงนักแต่จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสองปีและมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย ๒ อาการร่วมด้วยทานอาหารได้น้อยลงหรือมากขึ้นนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปอ่อนเพลีย ไม่มีแรงรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองต่ำไม่มีสมาธิ หรือตัดสินใจอะไรได้ลำบากรู้สึกสิ้นหวัง

๓. Bipolar หรือ Manic-depressive Illness (โรคซึมเศร้าอารมณ์สองขั้ว) ผู้มีภาวะซึมเศร้าบางคนอาจมีอาการผิดปกติแบบอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) ร่วมด้วย โรคซึมเศร้าชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ โดยมีอารมณ์แปรปรวนรุนแรงสลับไปมาระหว่างอารมณ์ดีผิดปกติ (Mania) ที่เป็นช่วงอารมณ์สนุกคึกคักเกินเหตุพูดมากกว่าที่เคยเป็น กระฉับกระเฉงกว่าปกติ มีพลังงานในร่างกายเหลือเฟือ กับช่วงภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งโดยมากจะมีอาการอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ในบางคนก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ในช่วงอารมณ์ดีผิดปกตินั้น อาการที่เกิดขึ้นอาจมีผลกระทบต่อความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย รวมทั้ง

อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหลงผิด หากผู้ป่วยในภาวะนี้ไม่ได้รับการรักษาจะทำให้กลายเป็นโรคจิตเภทได้

๒.๕.๕ การวินิจฉัยและการรักษาโรคซึมเศร้า

ในการวินิจฉัยและการรักษาโรคซึมเศร้าแพทย์จะมีขั้นตอนในการตรวจสอบเริ่มจากตรวจสอบร่างกายเพื่อหาความผิดปกติหรือโรคที่อาจนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ หากมีการตรวจพบโรคที่เกี่ยวข้องจะสามารถรักษาได้ทัน ส่งผลให้โอกาสการเกิดโรคทางอารมณ์ลดลงตามไปด้วย ทั้งนี้การตรวจที่สำคัญด้วยเครื่องมือแพทย์ทั้ง CT Scan หรือตรวจ EKG หัวใจก็สามารถทำให้รู้ผลที่ละเอียดและแม่นยำมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้แพทย์อาจใช้แบบประเมินผ่านการสอบถามถึงความรู้สึกหรืออาการในช่วง ๒ สัปดาห์ก่อนหน้าที่จะมาพบแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยโรคต่อไป โดยหากพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจริงแพทย์จะทำการรักษาตามความรุนแรงของโรคในขั้นตอนที่เหมาะสมต่อไป โดยการรักษาต้องใช้เวลาและปรับเปลี่ยนไปตามอาการของโรคด้วยโดยการรักษาโรคซึมเศร้าทำได้ดังนี้

๑) การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาในอาการระดับปานกลางถึงขั้นรุนแรงจะเป็นการให้ยาต้านซึมเศร้า (Antidepressants) เช่น กลุ่มยา SSRIs (Selective serotonin reuptake inhibitors) และกลุ่มยา SNRIs (Serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors) แต่การกินยามากเกินไปอาจจะมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการวิตกกังวล กระวนกระวายใจ นอนไม่หลับ เมื่อยล้า และอาจส่งผลเสียไปถึงการเกิดภาพหลอนได้จึงต้องมีการรักษาอย่างอื่นควบคู่ไปด้วย

๒) การบำบัดพฤติกรรมและความคิดจะเป็นวิธีการรักษาที่ใช้เวลาค่อนข้างนาน โดยส่วนมากการบำบัดพฤติกรรมและความคิดจะรักษาควบคู่กันไปกับการกินยา วิธีการรักษาจะเป็นการพูดคุยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปลี่ยนพฤติกรรมและมุมมองในการใช้ชีวิตให้เป็นในทางที่ดีขึ้น

๓) การกระตุ้นเซลล์สมองและประสาท เป็นวิธีการที่ใช้กับผู้ป่วยอาการรุนแรงที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยจะมีการใช้กระแสไฟฟ้าปล่อยผ่านสมองของผู้ป่วยขณะที่ดมยาสลบอยู่ แต่การรักษาด้วยวิธีนี้อาจมีผลข้างเคียง ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดหัว คลื่นไส้ ความจำเสื่อม และอาจเกิดอาการชักเป็นช่วง ๆ ในระหว่างการรักษา

สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้า เป็นโรคหนึ่งซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิตของคนเรา เหมือนกับโรคทางกายอื่น ๆ การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่าผู้ที่เป็นนั้นจะเป็นคนอ่อนแอ ล้มเหลว หรือไม่มีความสามารถ แต่เป็นเพียงการเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง มีสาเหตุการเกิดโรคที่ไม่แน่ชัดอาจเกิดได้ทั้งมีสาเหตุ เช่น การสูญเสีย การหย่าร้าง ความผิดหวัง และเกิดได้เองโดยไม่มีสาเหตุใด ๆ ซึ่งในปัจจุบันโรคนี้สามารถรักษาหายได้ด้วยการใช้ยาการบำบัดพฤติกรรมและความคิดหรือการกระตุ้นเซลล์สมองและประสาท

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปราลีณา ทองศรี และคณะ^{๓๕} ได้ศึกษาวิจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในข้าราชการตำรวจจราจรเขตนครบาล ผลการวิจัย พบว่าร้อยละ ๓๙.๒ ของกลุ่มตัวอย่างเข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้า สำหรับแบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดีโดยปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ ๒๒

^{๓๕} ปราลีณา ทองศรี และคณะ, “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในข้าราชการตำรวจจราจรเขตนครบาล”, วารสารพยาบาลสาธารณสุข, ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๑) : ๕๙-๗๘.

นอกจากนั้นพบว่าภาวะซึมเศร้าได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการรับรู้ความไม่สมดุลของการทุ่มเทและการตอบสนองในงานโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ ๑๒ ($\beta = .๑๒$, $p < .๐๑$) ส่วนตัวแปรที่เหลือในแบบจำลองมีอิทธิพลโดยตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้าด้วยโดยเรียงตามขนาดอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว พื้นอารมณ์ทางบวกและการสนับสนุนในองค์กร การตามลำดับการศึกษานี้ทำให้ได้แนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ การเพิ่มความสัมพันธ์ความห่วงใยรักใคร่ของสมาชิกในครอบครัวตำรวจการจำกัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มอารมณ์ทางบวก สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย รวมทั้งควรได้รับการสนับสนุนในองค์กรโดยเฉพาะจากผู้บังคับบัญชาสร้างระบบประเมินผลการทำงานและการตอบแทนที่ยุติธรรม โปร่งใส

มาริสา อุทยาพงษ์^{๓๖} ได้ศึกษาวิจัยการประยุกต์ใช้การเจริญสติเพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางจากการประเมินภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๗๗.๒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๒๒.๘ มีภาวะซึมเศร้า สาเหตุที่ทำให้มีภาวะซึมเศร้าคือ ทางด้านสังคม ความเครียด และความผิดหวัง วิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ การประยุกต์การเจริญสติกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการเจริญสติจะทำให้มีสติสัมปชัญญะสามารถแก้ไขปัญหาความเศร้าโศกก็จะหมดไปทำให้ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ลำปาง กำหอม และวิเชียร แสนม^{๓๗} ได้ศึกษาวิจัยการศึกษาเชิงวิเคราะห์การให้คำปรึกษาในรายบุคคลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวพุทธปรัชญาเถรวาท ผลการวิจัยพบว่าคุณค่าการให้คำปรึกษาในรายบุคคลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวพุทธปรัชญาเถรวาทนั้น คือใช้เยียวยารักษาโรคซึมเศร้าหรือโรคทางใจได้จริงช่วยลดและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำได้ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาต้องพัฒนาตนเองเสมอเพื่อครองตนตามคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษานำมาซึ่งประโยชน์ต่อตัวผู้ให้คำปรึกษาเองและส่งผลดีต่อครอบครัว การงาน และสุขภาพจิตของผู้ให้คำปรึกษาด้วยในงานการให้บริการให้คำปรึกษาเป็นเครื่องมือหรือรูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพสูงและเหมาะกับผู้มารับคำปรึกษาที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและยังเป็นการส่งเสริมให้พุทธศาสนิกชนได้ปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้ารักษาความเป็นศาสนาพุทธหรือศาสนาประจำชาติไว้ให้สืบสานต่อไป

วรวุฒิ พัฒนโกครัตนา^{๓๘} ได้ศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับน้อย ร้อยละ ๗๔.๓ และ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๒๕.๗ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ ๙๑.๔ และมีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย ร้อยละ ๘.๖ โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = ๖.๔$, $p < ๐.๐๕$) และคะแนนเฉลี่ยของความสุขก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = ๑๒.๕$, $p < ๐.๐๕$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้าทำให้เกิดการ

^{๓๖} มาริสา อุทยาพงษ์, “การประยุกต์ใช้การเจริญสติ เพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า”, วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์, ปีที่ ๑๓ ฉบับพิเศษ เล่มที่ ๒ (มิถุนายน ๒๕๖๐) : ๑๐๙-๑๒๒.

^{๓๗} ลำปาง กำหอม และวิเชียร แสนม, “การศึกษาเชิงวิเคราะห์การให้คำปรึกษาในรายบุคคลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวพุทธปรัชญาเถรวาท”, วารสารพุทธปรัชญาวิวัฒน์, ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๒) : ๑๓-๒๐.

^{๓๘} วรวุฒิ พัฒนโกครัตนา, “ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี”, วารสารวิชาการแพทย์เขต ๑๑, ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๔) : ๒๖-๓๖.

เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคซึมเศร้าส่งผลให้มีความสุขเพิ่มมากขึ้นและมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

Fung Kei Cheng^{๓๙} ได้ศึกษาวิจัยการศึกษาเชิงสำรวจของกรอบการให้คำปรึกษา : ความจริงอันสูงส่งสี่ประการและเหตุและผลที่มีหลายปฏิกริยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบดั้งเดิมตามแนวคิดของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของลำดับขั้นของความจริงอันสูงส่งทั้งสี่ไม่ค้อยสังเกตหรือสังเกตการอภิปรายในบริบทของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดนี้ปฏิสัมพันธ์หลายตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงกรอบของการให้คำปรึกษากรอบการวิจัยและการประยุกต์ใช้ให้คำปรึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ โดยวิธีอื่นอาจจะกระตุ้นให้นักวิชาการให้คำปรึกษากับผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เข้าใจการปฏิบัติและความเหมาะสมของทั้งสี่วิธีความจริงอันสูงส่งจากวิสัยทัศน์อื่น สรุปคือการศึกษาสหวิทยาการนี้อ้างอิงทฤษฎีที่ปรึกษาตะวันตกบูรณาการกับคำสอนของพระพุทธศาสนาผลในเชิงบวกที่สนับสนุนแนวทางดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการช่วยให้ผู้คนได้รับการปลดปล่อยจากทุกข์เป็นสิ่งสำคัญของพระพุทธเจ้า

Gomila Gunalankara^{๔๐} ได้ศึกษาวิจัยการศึกษاجرยาบรรณของที่ปรึกษาชาวพุทธ ผลการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาและจิตบำบัดทางพุทธศาสนา (BCP) เป็นแนวทางที่ใช้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่สมัยโบราณซึ่งสืบย้อนไปถึงวันที่พระพุทธเจ้าตรัสรู้แสดงให้เห็นถึงงานให้คำปรึกษาและจิตอายุรเวทของพระพุทธเจ้าซึ่งการให้คำปรึกษาทางพุทธศาสนาและจิตบำบัด (BCP) กำลังแพร่หลายไปทั่วโลกในปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาล BCP หมายถึง การนำเอาหลักคำสอนของพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในทางจิตวิทยาเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาในชีวิตให้แก่ใจได้ให้มีชีวิตทางโลกที่แข็งแกร่งมุ่งสู่การบังเกิดที่ดียิ่งขึ้นไปอีกเพื่อบรรลุพระนิพพานบรรลุถึงความจริงของโลกในที่สุด เพื่อช่วยให้ลูกคำบรรลุและบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ที่ปรึกษาเชิงพุทธจำเป็นต้องฝึกการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดภายใต้หลักจริยธรรมที่เคร่งครัดวิธีการให้คำปรึกษาและสมาคมในจิตวิทยาตะวันตกได้กำหนดหลักจรรยาบรรณสำหรับผู้ปฏิบัติงานของพวกเขาและพวกเขาจะต้องถูกควบคุม นั่นคือจุดสำคัญสำหรับประสิทธิภาพของการบริการอย่างมีมนุษยธรรมอย่างมืออาชีพเนื่องจาก BCP เป็นแนวโน้มในปัจจุบันและยังคงพัฒนาเป็นบริการทางจิตวิทยาจึงไม่มีหลักจรรยาบรรณที่ตกลงกันโดยทั่วไปในทางปฏิบัติในปัจจุบัน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์จรรยาบรรณของที่ปรึกษาชาวพุทธการศึกษาใช้การศึกษาข้อความเป็นหลักและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์ข้อเท็จจริงที่รวบรวมจากพระไตรปิฎกและเรื่องราวการให้การศึกษาจากการปฏิบัติในสมัยโบราณมีความเป็นไปได้ที่จะกำหนดหลักจริยธรรมที่จำเป็นในการปฏิบัติ BCP โดยสรุปหลักจริยธรรมของที่ปรึกษาชาวพุทธสามารถจำแนกได้เป็น ๕ หมวดหลัก โดยแบ่งเป็นหมวดย่อย การจัดทำจรรยาบรรณของที่ปรึกษาชาวพุทธเป็นจุดสำคัญที่จะได้รับการยอมรับในโลกวิชาการและเพื่อการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

^{๓๙} Fung Kei Cheng, “An Exploratory Study of a Counselling Framework : Four Noble Truths and Their Multi-Interactive Cause-and-Effect””, **The Chung-Hwa Institute of Buddhist Studies**, No. ๑๒ (December ๒๐๑๑) : ๑๕๑-๑๙๖.

^{๔๐} Gomila Gunalankara, “A Study on the Ethical Practices of Buddhist Counsellors”, **Pravacana Reviewed Journal of the Bhiksu University of Sri Lanka**, Vol.๙, No.II (November ๒๐๑๘) : ๔๖๐-๔๗๐.

Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., C. Mohr, D., & Schatzberg, A.^{๔๑} ได้ศึกษาวิจัยโรคซึมเศร้าที่สำคัญ ผลการวิจัยพบว่า โรคซึมเศร้า (MDD) เป็นโรคที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรมซึ่งมีลักษณะเป็นอารมณ์ซึมเศร้า ความสนใจลดลง การทำงานของความรู้ความเข้าใจบกพร่องและอาการอื่น เช่น การนอนไม่หลับหรือความอยากอาหารเกิดขึ้นประมาณสองเท่าในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายสาเหตุของ MDD มีหลายปัจจัยและความสามารถในการถ่ายทอดทางพันธุกรรมประมาณ ๓๕% นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การล่วงละเมิดทางเพศ ทางร่างกาย หรือทางอารมณ์ในวัยเด็ก มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเสี่ยงของการพัฒนา MDD ไม่มีกลไกใดที่สามารถอธิบายทุกแง่มุมของโรคได้ อย่างไรก็ตาม MDD มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสมองและการเปลี่ยนแปลงทางหน้าที่ในวงจรมอง เช่น เครือข่ายการควบคุมการรับรู้และเครือข่ายด้านอารมณ์ - ความรู้สึก นอกจากนี้ความผิดปกติในระบบตอบสนองต่อความเครียดทางระบบประสาทหลักซึ่งรวมถึงแกนไฮโปทาลามิก - ต่อมใต้สมอง - ต่อมหมวกไตและระบบภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นใน MDD การจัดการส่วนใหญ่ประกอบด้วยจิตบำบัดและการบำบัดทางเภสัชวิทยา สำหรับผู้ป่วยที่ต่อการรักษาซึ่งไม่ตอบสนองต่อการเสริมหรือพยายามรักษาหลาย ๆ ครั้ง การบำบัดด้วยไฟฟ้าคือการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดภาพรวมของหลักฐานปัจจุบันของ MDD รวมถึงระบาดวิทยา สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา การวินิจฉัยและการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่ต่อการรักษาซึ่งไม่ตอบสนองต่อการเสริมหรือพยายามรักษาหลาย ๆ ครั้ง การบำบัดด้วยไฟฟ้าคือการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด

Pan, Z., Park, C., Brietzke, E., Zuckerman, H., Rong, C., Mansur, R.B., Fus, D., Subramaniapillai, M., & Lee, Y.^{๔๒} ได้ศึกษาวิจัยความผิดปกติของการรับรู้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ผลการวิจัยพบว่า ความผิดปกติของความรู้ความเข้าใจเป็นอาการที่ระบุในความผิดปกติทางจิตหลายอย่าง การขาดดุลทางปัญญาในบุคคลที่มีโรคซึมเศร้า (MDD) มีส่วนสำคัญต่อความบกพร่องในการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้และความจำความสนใจและสมาธิมีความบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญในระหว่างมีอาการซึมเศร้ายากล่อมประสาทส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการพัฒนาและประเมินสำหรับความสามารถในการบรรเทาความบกพร่องทางสติปัญญาโดยตรงและโดยอ้อมกลไกทางประสาทชีวภาพที่มีปฏิสัมพันธ์หลายอย่าง (เช่น การอักเสบของเส้นประสาท) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรองรับการบกพร่องทางปัญญาใน MDD สมมติฐานที่ทดสอบได้โดยมีการสนับสนุนเบื้องต้น ตำแหน่งที่ปรับปรุงประสิทธิภาพข้ามโดเมนความรู้ความเข้าใจในบุคคลที่มี MDD อาจปรับปรุงการทำงานทางจิตสังคม การทำงานในที่ทำงาน คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์อื่น ๆ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่ออาการอารมณ์หลัก ในที่นี้เรามุ่งหวังที่จะ (๑) ให้เหตุผลในการจัดลำดับความสำคัญของการบกพร่องทางปัญญาเป็นเป้าหมายในการรักษาโรค (๒) อภิปรายโดยสังเขปเกี่ยวกับประสาทชีวภาพที่ทำหน้าที่รักษาความผิดปกติทางสติปัญญา และ (๓) จัดให้มีการปรับปรุงเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในปัจจุบันและอนาคต

^{๔๑} Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., C. Mohr, D., & Schatzberg, A., Major Depressive Disorder". *Nature Review Disease Primers*, No.๒ (๒๐๑๖) : ๑-๓๒.

^{๔๒} Pan, Z., Park, C., Brietzke, E., Zuckerman, H., Rong, C., Mansur, R.B., Fus, D., Subramaniapillai, M., & Lee, Y., "Cognitive impairment in major depressive disorder", *CNS Spectr*, Vol ๒๔, No. ๑ (January ๒๐๑๙) : ๒๒-๒๙.

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยต่างประเทศ สรุปได้ว่า โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรมซึ่งมีลักษณะเป็นอารมณ์ซึมเศร้า ความสนใจลดลง การทำงานของความรู้ความเข้าใจบกพร่อง และอาการอื่น ศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันต่ออาการซึมเศร้าโดยเฉพาะคำปรึกษาและจิตอายุรเวทของพระพุทธเจ้าซึ่งการให้คำปรึกษาทางพุทธศาสนาและจิตบำบัดเพื่อป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยสรุปได้ว่าปัจจุบันมีการศึกษาที่หลากหลายเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่จะพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมที่ใช้ป้องกันภาวะซึมเศร้ารายใหม่หรือลดความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีรูปแบบการดำเนินการที่หลากหลาย อาทิ การให้คำปรึกษา การประยุกต์ใช้หลักอริยสัจ ๔ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยทราบถึงความสำคัญดังกล่าวจึงศึกษาวิจัยแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีโดยคาดว่าองค์ความรู้ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้สามารถการป้องกัน หรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเป้าหมาย
- ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
- ๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล
- ๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้ทั้งการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ๓ รูปแบบคือ

๓.๑.๑ การวิจัยเชิงเอกสาร โดยศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจาก พระไตรปิฎก หนังสือ เอกสารตำราต่างๆ ที่ว่าด้วยการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุ

๓.๑.๒ การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) สอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

๓.๑.๓ การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ขึ้นคำตอบโดยผู้วิจัยจะใช้ทั้งเทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูปและสมุดโน้ตประกอบการเก็บข้อมูล

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๓.๒.๑ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุใน ๑) ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเมืองอุบลราชธานี ๒) ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเขื่องใน ๓) ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเดชอุดม รวมจำนวน ๑๖๑ คน

๓.๒.๒ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุใน ๑) ชุมรมผู้สูงอำเภอมืองอุบลราชธานี ๒) ชุมรมผู้สูงอำเภอเข็องใน ๓) ชุมรมผู้สูงอำเภอดงขุดม ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการคำนวณตามตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)^{๔๓} ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๑๓ คน

๓.๒.๓ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ๑) นักจิตวิทยาคลินิกและพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓ คน ๒) พระสงฆ์จำนวน ๒ รูป ๓) อาจารย์ประจำหลักสูตรพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จำนวน ๒ รูป/คน ๔) ประธานชมรมผู้สูงอายุ ๓ คน รวมจำนวน ๑๐ รูป/คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

๓.๓.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่มีลักษณะคำถามแบบปลายปิด (Close-Ended Questions), คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามภาวะความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS) โดย นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ มีจำนวน ๓๐ ข้อ เป็นแบบสอบถามที่กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา จาก ๑๔ สถาบันทั่วประเทศพัฒนาขึ้นมาโดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเอง^{๔๔}

๒) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์เป็นทางการ (Formal Interview) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง โดยการศึกษาค้นคว้าจากแนวคิด เอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี แล้วกำหนดเป็นข้อคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

๓.๓.๒ ขั้นตอนวิธีการสร้างเครื่องมือวิจัย

วิธีการสร้างเครื่องมือวิจัยการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอน ดังนี้

๑) ดำเนินการศึกษาข้อมูลจากตำราเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทำวิจัยและใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

^{๔๓} R.V. Krejcie & D.W., Morgan Determining Sample Size for Research Activities, (Educational and Psychological Measurement. 30(3), 1970) : 607 – 610

^{๔๔} ภาวดี เหมทานนท์. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. (วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๓ : ๒๕๔-๒๖๘.๒๕๖๒) : ๕๙.

๒) กำหนดกรอบแนวคิดจากข้อมูลที่ได้ทำการศึกษา โดยแยกประเด็นที่ต้องการศึกษา และกำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ตามประเด็นสำคัญของวัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา

๓) เสนอโครงสร้างแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของการใช้ภาษา (Wording) เพื่อแก้ไขปรับปรุง แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์

๔) ปรับปรุงแบบสอบถามสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ แล้วนำไปทดลองใช้ (try - out) กับผู้สูงอายุไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน

๕) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยการหาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเป็นรายข้อโดยใช้เทคนิค (Item – Total Correlation)^{๔๕} แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกรหว่าง ถึง

๖) นำแบบสอบถามที่คัดเลือกไว้ในข้อ ๕ มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)^{๔๖} ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ ผลปรากฏว่า แบบสอบถามมีความเชื่อมั่น เท่ากับ

๕) จัดพิมพ์เป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์แล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๓.๔.๑ ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเป้าหมายช่วยให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

๓.๔.๒ ผู้วิจัยออกเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกขั้นตอน เมื่อได้ข้อมูลแล้ว ได้นำมารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ต่อไป

๓.๔.๓ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน คน และทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย คือ คือผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) จำนวน..... คน เพื่อจะได้นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาต่อไป

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๕.๑ นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละฉบับว่ามีความสมบูรณ์หรือไม่ ข้อมูลภูมิหลังของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงหาค่าร้อยละ (Percentage) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

^{๔๕} ไพศาล วรคำ, การวิจัยทางการศึกษา, (มหาสารคาม : ตักสิลาการพิมพ์, ๒๕๕๙), หน้า ๓๐๓.

^{๔๖} ไพศาล วรคำ, เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๘๘.

๓.๕.๒ นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ไปวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลเป็นรายด้านและโดยรวม โดยคำนวณค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบความเรียงและวิเคราะห์ต่อไป

๓.๕.๓ การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำเสนอแบบบรรยายความเรียง

๓.๕.๕ จากวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากการวิเคราะห์จากเอกสาร ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยยืนยันความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยการให้บุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาและบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ทำการศึกษาตรวจสอบและรับรองความถูกต้อง โดยการอ่านข้อมูลดังกล่าว พร้อมให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ทักท้วงหรือยอมรับข้อมูลที่น่าเสนอ ซึ่งการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยวิธีนี้ ผู้วิจัยใช้กับข้อมูลเบื้องต้นและข้อมูลที่เป็นส่วนที่ผู้วิจัยได้ตีความแล้ว

นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาต่อไป

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๖.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยในเชิงปริมาณครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติพื้นฐาน^{๔๗} ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๓.๖.๒ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล^{๔๘}

๑) หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเป็นรายข้อโดยใช้เทคนิค (Item – Total Correlation)

๒) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่า วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

^{๔๗} ไพศาล วรคำ, เรื่องเดียวกัน, การวิจัยทางการศึกษา, หน้า ๓๒๑-๓๒๕.

^{๔๘} ไพศาล วรคำ, เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๘๘-๓๐๔.

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (ออนไลน์). <https://www.dop.go.th> > laws
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๕. **มาตรฐานการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช.** (ออนไลน์). <http://www.dmh.go.th/news> (๑๓ มีนาคม ๒๕๖๕)
- กรมสุขภาพจิต. **โรคซึมเศร้า...เรากำลังเป็นหรือเปล่า.** (ออนไลน์). <http://www.dmh.go.th/news>.
 กุลยา ตันติผลาชีวะ. **สุขภาพสูงวัยดูแลได้ด้วยตัวเอง.** กรุงเทพมหานคร : เบริน-เบริน บุ๊คส์. ๒๕๕๖.
 เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. **การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร :
 อรุณการพิมพ์. ๒๕๒๘.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. **โรคซึมเศร้าโดยละเอียด.** (ออนไลน์).
<http://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1011>.
- จรรยา คุณมี. **การวิจัยทางการศึกษาและการเขียนบทนิพนธ์.** อุบลราชธานี:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชธานี. ๒๕๕๑.
- นันทนา มวลเมืองสอง. **รูปแบบการจัดการความรู้ด้วยการให้คำปรึกษาตามหลักอริยสัจ ๔ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น.** วารสารพุทธศาสตร์ มจร อุบลราชธานี ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๑. ๒๕๖๖ : ๑๔๕๓-๑๔๖๖.
 ประเวศ วะสี. **สาธารณสุขกับพุทธธรรม.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง. ๒๕๕๒.
 ปราณี ทองศรี และคณะ. “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในข้าราชการตำรวจจราจรเขตนครบาล”. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข.** ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๑ มกราคม-เมษายน ๒๕๖๑ : ๕๙-๗๘.
- ปานัน บุญหลง. **ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการสูงอายุ.** เอกสารการสัมมนาเรื่อง การพยาบาลจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ วันที่ ๑๔-๑๕ สิงหาคม ๒๕๒๓. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ๒๕๒๓. หน้า
- ปิติคุณ เสตะปุระ และณัฐกุล ไชยสงคราม. **ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๔.** **วารสารศูนย์อนามัยที่ ๙ : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม** ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๓. ๒๕๖๕ : ๑๐๗๒
- พระธรรมปิฎก ป.อ.ปยุตโต. **พระพุทธศาสนา พัฒนาคนและสังคม.** ออนไลน์. palungjit.org
 พระพรหมคุณาภรณ์ ป.อ. ปยุตโต. **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม พิมพ์ครั้งที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๔๖.** (ออนไลน์). http://84000.org/tipitaka/dic/d_item.php?i=๒๐๔
- ไพศาล วรคำ. **การวิจัยทางการศึกษา.** มหาสารคาม : ตักสิลาการพิมพ์. ๒๕๕๙. หน้า ๓๐๓.
- ภาวดี เหมทานนท์. ภาวดี เหมทานนท์. **พัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช.** **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.** ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๓ ๒๕๖๔ : ๒๕๔-๒๖๘.
- มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. **พระไตรปิฎกภาษาไทย เล่มที่ ๑๓.** พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. ๒๕๓๙. หน้า ๓๕๘-๓๖๗.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. **สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ.** ออนไลน์.

- <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom๑๒/๐๕-๐๑.html>
 มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์. **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ ๔.
 กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.
 ๒๕๕๘.
- มารีสา อุทยาพงษ์. การประยุกต์ใช้การเจริญสติ เพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. **วารสารบัณฑิตศึกษา
 ปริญญาตรี**. ปีที่ ๑๓ ฉบับพิเศษ เล่มที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๐ : ๑๐๙-๑๒๒.
- ยาจินต์ สินสุภา. **ศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการจัดกิจกรรมของวัดเพื่อสวัสดิการสังคม
 สำหรับผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร**. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
 ๒๕๕๔.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ. **วารสาร
 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑:
 ๒๕๓๖ : ๑๙-๒๐.
- ลำปาง กำหอม และวิเชียร แสนมี. การศึกษาเชิงวิเคราะห์การให้คำปรึกษาในรายบุคคลผู้ป่วยโรค
 ซึมเศร้าตามแนวพุทธปรัชญาเถรวาท. **วารสารพุทธปรัชญาวิวัฒน์**. ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒
 กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๒ : ๑๓-๒๐.
- ลีลาวดี อัครเศรณี. **การเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนตำบลไร่ชิง อำเภอสามพราณ
 จังหวัดนครปฐม**. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ๒๕๔๙.
- วรวิมล พัฒนโภครัตนา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรค
 ซึมเศร้า โรงพยาบาลเกาพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารวิชาการแพทย์เขต ๑๑**.
 ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๔ : ๒๖-๓๖.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕**. วิทยาลัย
 ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุ
 ไทย มส.ผส.. นนทบุรี : บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด. ๒๕๕๖.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงอายุ เล่ม ๒**. พิมพ์ครั้งที่ ๙. กรุงเทพมหานคร
 :มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ๒๕๕๓.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ๒๕๕๒.
- ศูนย์ประสานงานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ. **คู่มือระบบบริหารการพัฒนาชนบท**. กรุงเทพมหานคร :
 โรงพิมพ์ยูไนเต็ดโพรโมชั่น. ๒๕๓๒.
- สาโรช บัวศรี. **วิธีสอนตามขั้นตอนทั้งสี่ของอริยสัจ ศาสตร์ตามแนวพุทธศาสตร์**.
 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วัฒนธรรมแห่งชาติ. ๒๕๕๖.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ออนไลน์. <https://nsodw.nso.go.th> > dwportal > Item
 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจสถานะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ.๒๕๕๔**. กรุงเทพมหานคร
 : ม.ป.พ.. ๒๕๕๕.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร :
 สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ๒๕๕๖.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G., **Cognitive Therapy of depression**.
 New York : Guilford, ๑๙๗๙.

- Fung Kei Cheng, “An Exploratory Study of a Counselling Framework : Four Noble Truths and Their Multi-Interactive Cause-and-Effect””, **The Chung-Hwa Institute of Buddhist Studies**, No. ၁၂ (December ၂၀၁၁) : ၁ၕ၁-၁ၕ၁.
- Gomila Gunalankara, “A Study on the Ethical Practices of Buddhist Counsellors”, **Pravacana Reviewed Journal of the Bhiksu University of Sri Lanka**, Vol.၆, No.II (November ၂၀၁၆) : ၄၁၀-၄၁၀.
- National Institute of Mental Health (NIMH), **Depression**, Washington : U.S.Government Printing Office, ၂၀၁၁.
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., C. Mohr, D., & Schatzberg, “A., Major Depressive Disorder”. **Nature Review Disease Primers**, No.၂ (၂၀၁၆) : ၁-၁၂.
- Pan, Z., Park, C., Brietzke, E., Zuckerman, H., Rong, C., Mansur, R.B., Fus, D., Subramaniapillai, M., & Lee, Y., “Cognitive impairment in major depressive disorder”, **CNS Spectr**, Vol ၂၄, No.၁ (January ၂၀၁၆) : ၂၂-၂၃.
- R.V. Krejcie & D.W., Morgan Determining Sample Size for Research Activitie, **Educational and Psychological Measurement**. ၈၀(၈), ၁၆၈၀ : ၁၆၈၁ - ၁၆၈၁
- Rutter, M., **The developmental psychopathology of depression** : Issues and Perspectives, Depression in young people : Developmental and clinical perspectives, ၁၆၆၆.
- Seligman, M. E., **Depression and learned helplessness**, John Wiley & Sons. ၁၆၆၆.
- Zhang, X., Huang, C., Dong, B., Lu, Z., Yue, J. & Lui, Q., Health status and risk for depression among the elderly : A meta-analysis of published literature, **Age and Ageing Journal**, Vol.၈၆ No.၁, (၂၀၀၆) : ၂၈-၃၀.

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Elderly Health Profile)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ออกแบบสำหรับวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีที่ผู้สูงอายุ ถ้าสามารถอ่านออกและเขียนได้ สามารถทำแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเอง

ลำดับ	ในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
๑.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
๒.	ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
๓.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
๔.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
๕.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
๖.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
๗.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
๘.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
๙.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
๑๐.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
๑๑.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อยๆ			
๑๒.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
๑๓.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
๑๔.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			
๑๕.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
๑๖.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
๑๗.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
๑๘.	ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
๑๙.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			
๒๐.	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			
๒๑.	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			

ลำดับ	ในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
๒๒.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			
๒๓.	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			
๒๔.	ท่านอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็กน้อยๆ อยู่เสมอ			
๒๕.	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			
๒๖.	ท่านมีความตั้งใจทำอะไรสักอย่างหนึ่งได้ไม่นาน			
๒๗.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
๒๘.	ท่านไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
๒๙.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
๓๐.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			
<p>หมายเหตุ</p> <p>๑. การคิดคะแนน ข้อ ๑,๕,๗,๙,๑๕,๑๙,๒๑,๒๗,๒๙,๓๐ ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ ๑ คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ ๑ คะแนน</p> <p>๒. การแปลผล</p> <ul style="list-style-type: none"> * ผู้สูงอายุปกติ คะแนน ๐ - ๑๒ คะแนน * ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน ๑๓ - ๑๘ คะแนน * ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน ๑๙ - ๒๔ คะแนน * ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน ๒๕ - ๓๐ คะแนน 				

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย
เรื่อง

การยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔
ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์.....

ตำแหน่ง.....

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

.....
.....
.....

แนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

.....
.....
.....

แนวทางแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

.....
.....
.....

การยกระดับการป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ ๔ ของผู้สูงอายุในจังหวัด
อุบลราชธานี ควรปฏิบัติอย่างไร

.....
.....
.....

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

๑. ชื่อ (ภาษาไทย) พูลศักดิ์ หอมสมบัติ

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Poolsak Homsombat

๒. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน : ๓-๓๓๐๔-๐๑๖๕๘-๒๒-๐

๓. ตำแหน่งวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์

๔. หน่วยงานที่ติดต่อได้ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

ตำบลกระโสม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

มือถือ ๐๘๑๒๖๔๒๔๔๓ E-mail : sak_mcu@hotmail.com

๕. ประวัติการศึกษา

๑) สำเร็จการศึกษา (วุฒิมหาบัณฑิต) น.ธ.เอก

๒) สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา

ปริญญาเอก ค.ด.(การสอนสังคมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ปริญญาโท ค.ม.(สังคมศึกษา) มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ปริญญาโท ศษ.ม.(หลักสูตรและการสอน) มหาวิทยาลัยราชธานี

ปริญญาโท ศษ.ม.(การบริหารการศึกษา) มหาวิทยาลัยราชธานี

ปริญญาตรี พธ.บ.(ศาสนา) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

๖. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Word, Excel, Power Point, โปรแกรม SPSS.

๗. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

๑) ชื่อเรื่อง “ครอบครัววิถีชีวิต ๕: รูปแบบและการเสริมสร้างวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของครอบครัวในจังหวัดอุบลราชธานี” ปี ๒๕๕๙

(หัวหน้าโครงการวิจัย: แหล่งทุน สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์)

๒) ชื่อเรื่อง “การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย” ปี ๒๕๖๑

(หัวหน้าโครงการวิจัย: แหล่งทุน สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์)

๓) ชื่อเรื่อง “การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานี” ปี ๒๕๖๕

(หัวหน้าโครงการวิจัย: แหล่งทุน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี)

๔) ชื่อเรื่อง “ความมั่นคงด้านอาหารและความสามารถในการจัดการครัวเรือน ชุมชน และองค์กรในจังหวัดอุบลราชธานี” ปี ๒๕๖๖

(หัวหน้าโครงการวิจัย: แหล่งทุน สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์)

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

๑. ชื่อ (ภาษาไทย) พระครูวินัยธรพัยคอรุณ ปญญาพโล (ศรีมงคล)
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Phrakhruwinaihorn Phayakarun Panyapalo (Srimongkol)
๒. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน : ๑-๓๔๑๔-๐๐๑๓๙-๕๗-๖
๓. ตำแหน่งวิชาการ อาจารย์
๔. หน่วยงานที่ติดต่อได้ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี
ตำบลกระโสม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐
มือถือ ๐๘๖๔๑๔๗๐๘๕ E-mail : phraphayakharun@gmail.com
๕. ประวัติการศึกษา
 - ๑) สำเร็จการศึกษา (วุฒิต่างศาสนา) น.ธ.เอก
 - ๒) สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา
ปริญญาโท ค.ม.(สังคมศึกษา) มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ปริญญาตรี พธ.บ.(สังคมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๖. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Word, Excel, Power Point, โปรแกรม SPSS.
๗. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

-

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

๑. ชื่อ (ภาษาไทย) พระดบัสวิน ปภัสสรโร (แสนสุริวงค์)
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Phra Dabatsawin Pabhassaro (Saensuriwong)
๒. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน : ๕-๓๒๐๗-๐๐๐๕๓-๑๓-๐
๓. ตำแหน่งวิชาการ อาจารย์
๔. หน่วยงานที่ติดต่อได้ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี
ตำบลกระโสม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐
มือถือ ๐๘๑๒๖๔๒๔๔๓ E-mail : babybee8856@hotmail.com
๕. ประวัติการศึกษา
 - ๑) สำเร็จการศึกษา (วุฒิต่างศาสนา) น.ธ.เอก
 - ๒) สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา
ปริญญาโท ค.ม.(สังคมศึกษา) มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ปริญญาตรี พธ.บ.(สังคมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๖. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Word, Excel, Power Point, โปรแกรม SPSS.
๗. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
 - ๑) ชื่อเรื่อง “การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านพุทธศิลปกรรมของกลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขงอย่างยั่งยืน” ปี ๒๕๖๖
(ผู้ร่วมโครงการวิจัย: แหล่งทุน สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์)

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

๑. ชื่อ (ภาษาไทย) เกริก พิสัยพันธ์
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Krerck Phisaiphun
๒. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน : ๓-๓๔๕๙-๐๐๔๗๓-๓๖-๓
๓. ตำแหน่งวิชาการ อาจารย์
๔. หน่วยงานที่ติดต่อได้ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี
ตำบลกระโสม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐
มือถือ ๐๘๑๗๑๘๕๘๙๖ E-mail : pong.mcu55@yahoo.com
๕. ประวัติการศึกษา
 - ๑) สำเร็จการศึกษา (วุฒิต่างศาสนา) -
 - ๒) สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา
ปริญญาโท ศศ.ม.(ภาษาอังกฤษและการสื่อสาร) มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญาตรี ศศ.บ.(การท่องเที่ยว) มหาวิทยาลัยรังสิต
๖. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Word, Excel, Power Point, โปรแกรม SPSS.
๗. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

-

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

๑. ชื่อ (ภาษาไทย) ปรียาภรณ์ ฤทธาพรหม
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Preeyaporn Ritthaprom
๒. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน : ๕-๓๔๐๔-๙๐๐๑๑-๓๔-๗
๓. ตำแหน่งวิชาการ อาจารย์
๔. หน่วยงานที่ติดต่อได้ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี
ตำบลกระโสม อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐
มือถือ ๐๘๕๕๔๙๖๓๙๕๔ E-mail : waewta_511@yahoo.com
๕. ประวัติการศึกษา
 - ๑) สำเร็จการศึกษา (วุฒิปริญญาตรี) -
ปริญญาเอก พธ.ด.(พระพุทธศาสนา) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
 - ๒) สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา
ปริญญาโท พธ.ม.(พระพุทธศาสนา) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ปริญญาตรี บธ.บ.(การจัดการทรัพยากรมนุษย์) มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
๖. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Word, Excel, Power Point, โปรแกรม SPSS.
๗. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

-