



ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

อรสา ไยยง ศษ.บ.*, พีรพนธ์ ลีอบุญธวัชชัย พบ., วทม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

วิธีการศึกษา ศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยการตอบแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว สถิติวิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ เป็นค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา ผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$) สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ($p < 0.01$) ไม่ได้รับการศึกษา ($p < 0.05$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($p < 0.01$) ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ($p < 0.01$) สถานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ($p < 0.01$) การไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ($p < 0.05$) การพักอยู่คนเดียว ($p < 0.05$) มีโรคประจำตัวทางกาย ($p < 0.05$) ประวัติโรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.01$) การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) สถานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ($p < 0.01$) การใช้สารเสพติด ($p < 0.05$) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ($p < 0.05$) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.01$)

สรุป ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ผู้สูงอายุ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(2): 117-128

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Depression and Grief of the Elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi Province

Orasa Yaiyong B.ED. *, Peeraphon Lueboonthavatchai M.D., M.Sc.

ABSTRACT

Objective: To discover out the prevalence of depression, abnormal grief, and associated factors of depression of the elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi province

Method: Four hundred elderly aged above 60 years living in Nonthaburi province were recruited into the study during July – November 2010. They completed four self-administered questionnaires: 1) Demographic questionnaire, 2) Inventory of Complicated Grief (ICG), 3) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), and 4) Family Relationship and Functioning Questionnaire. The prevalence of elderly depression and abnormal grief were presented by frequency and percentage. The relationship between the elderly people's depression and associated factors was analyzed by using the chi-square test. Logistic regression was performed to identify the potential predictors of depression of the elderly at the Elderly Association in Nonthaburi province. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Result: Most of the subjects were female (71.5%). The average age was 68.84 years. Fifty-three elderly (13.2%) had depression; 31 (7.8%) with mild depression, 21 (5.2%) with moderate depression, and one (0.2%) with severe depression. Sixty-five elderly (16.2%) had abnormal grief. The factors associated with depression were age above 75 years ($p < 0.01$), being single/widowed/divorced/or separated ($p < 0.01$), being uneducated ($p < 0.05$), having no income/or income of less than 5,000 baht/month ($p < 0.01$), having no occupational income ($p < 0.01$), having inadequate financial status ($p < 0.01$), not living in their own place ($p < 0.01$), not living with spouse ($p < 0.05$), living alone ($p < 0.05$), the presence of physical illness ($p < 0.05$), history of psychiatric disorders ($p < 0.01$), substance use ($p < 0.01$), the death of a close person ($p < 0.05$), unexpected death of a close person ($p < 0.05$), and poor family relationship and functioning ($p < 0.01$). The logistic regression showed that the remaining predictors of depression were age above 75 years ($p < 0.05$), inadequate financial status ($p < 0.01$), substance use ($p < 0.05$), unexpected death of a close person ($p < 0.05$), and poor family relationship and functioning ($p < 0.01$).

Conclusion: Depression is a common mental health problem in the elderly. It is commonly found in persons with the age above 75 years, those who experience financial difficulties and/or the grief, and those who lack family support. Providing psychosocial support and resolving a grief may help to reduce the risk of elderly depression.

Keywords: depression, abnormal grief, bereavement, elderly, late life, old age

J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(2): 117-128

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

บทนำ

ในปัจจุบัน สัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วย จากอัตราการตายที่ลดลง เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าของการบริการด้านสาธารณสุข ทำให้การรักษาโรคต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาว มีอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มสูง และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยประเทศไทยถือว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ขณะที่ในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดาและประเทศในแถบยุโรป จะใช้อายุ 65 ปีเป็นตัวกำหนด¹ โดยที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2551 มีประมาณ 7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.8 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มถึง 14.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.8 ของประชากรทั้งหมด²

ในช่วงวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประการ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง ปัญหาทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจ ปัญหาทางสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในวัยผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ เช่น การเกษียณอายุออกจากงาน การปรับตัวต่ออายุที่เพิ่มมากขึ้น การเสียชีวิตของคู่สมรส การแยกจากของบุตรหลาน โดยหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ได้ ก็อาจจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก มีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยประสบกับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง และพบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10-15 มีภาวะซึมเศร้าและร้อยละ 3 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า³⁻⁵ และจากรายงานการศึกษาของ Guolong Liang⁶ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง

และเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 21.0 (95%CI: 15.3%, 26.7%)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในวัยผู้สูงอายุ และมักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ทางด้านต่างๆ เป็นภาวะพึ่งพิงของครอบครัว การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติในผู้สูงอายุ การศึกษาค้นนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และนำไปสู่การหาแนวทางป้องกัน การดูแลรักษา รวมถึงการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศกและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 จำนวน 400 ราย การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยตอบแบบสอบถาม 4 ส่วนด้วยตนเอง ดังต่อไปนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG) 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire)

แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG) มีข้อคำถาม 19 ข้อ พัฒนาโดย Prigerson⁷ ได้รับอนุญาตในการแปลเป็นภาษาไทยและปรับให้เข้ากับบริบทของคนไทย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี แล้วพบว่ามีความเที่ยง (validity) และค่าความตรง (reliability) ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97 ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-76 คะแนน โดยคะแนนที่มีค่ามากกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (complicated grief or bereavement)⁷ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS)⁸ มีข้อคำถาม 30 ข้อ พัฒนาโดยกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา และคณะ เป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เวลาที่ใช้ในการทดสอบเท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 ชายเท่ากับ 0.91 มีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 มีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน โดย 0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของ พีรพันธ์ ลีอนุญัตวิชัย⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ คะแนนรวมจะอยู่ตั้งแต่ 0-35 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนโดยอาศัยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, S.D.) ได้ทำการทดสอบแล้วพบว่ามีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี โดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม Statistics Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows version 16 นำเสนอความชุกของภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติเป็นค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square) หลังจากนั้น ทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) โดยใช้ enter logistic regression เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุจำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 70.3) ประกอบอาชีพ และมีรายได้ มีฐานะการเงินครอบครัวเพียงพอ ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 75.8) มีโรคประจำตัวทางกาย และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 6.0 มีประวัติโรคทางจิตเวช และร้อยละ 24.5 ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะแอลกอฮอล์ บุหรี่ และยานอนหลับ (ตารางที่ 1)

จากการศึกษาพบว่า มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 53 ราย (ร้อยละ 13.2) แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย (ร้อยละ 7.8) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 5.2) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 0.2) พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย (ร้อยละ 16.2) และพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0)

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ฐานะ

การเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส การอยู่คนเดียว โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น หลานอันเป็นที่รัก การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	หญิง	286	71.5	อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	150	37.5
	ชาย	114	28.5		รับจ้าง	135	33.8
อายุ	60- 64 ปี	127	31.8		ธุรกิจ	67	16.8
	65-69 ปี	108	27.0		รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	32	7.9
	70-74 ปี	80	20.0		ลูกจ้าง พนักงาน	16	4.0
	75 ปี ขึ้นไป	85	21.2	รายได้	มีรายได้	293	73.2
mean \pm SD = 68.8 \pm 6.8 ปี, min = 60 ปี, max = 91 ปี					ไม่มีรายได้	107	26.8
สถานภาพสมรส	สมรส	189	47.2		< 5,000 บาท	95	23.8
	หม้าย	145	36.2		5,000-9,999 บาท	76	19.0
	โสด	31	7.8		10,000-19,999 บาท	68	17.0
	แยกกันอยู่	20	5.0		\geq 20,000 บาท	54	13.4
	หย่าร้าง	15	3.8	mean \pm SD = 10,623.5 \pm 10,195.2, min = 500, max = 70,000 บาท			
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	46	11.4	ฐานะการเงินของครอบครัว			
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	281	70.3		เพียงพอ มีเหลือเก็บ	142	35.4
	ปริญญาตรี	65	16.3		เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ	165	41.3
	สูงกว่าปริญญาตรี	8	2.0		ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	61	15.3
โรคประจำตัวทางกาย	มี	303	75.8		ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	32	8.0
	ไม่มี	97	24.2	การใช้สารเสพติด			
ประวัติโรคทางจิตเวช	มี	24	6.0		ใช้	98	24.5
	ไม่มี	376	94.0		ไม่ใช้	302	75.5

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=347)		มีภาวะซึมเศร้า (n=53)		χ^2	p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ	หญิง	248	86.7	38	13.3	0.001	0.973
	ชาย	99	86.8	15	13.2		
อายุ	60 – 74 ปี	281	89.2	34	10.8	7.781	0.005**
	75 ปี ขึ้นไป	66	77.6	19	22.4		
สถานภาพ	คู่	173	91.5	16	8.5	7.135	0.008**
	โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	174	82.5	37	17.5		
การศึกษา	ได้รับการศึกษา	312	88.1	42	11.9	5.142	0.023*
	ไม่ได้รับการศึกษา	35	76.1	11	23.9		
อาชีพ	ประกอบอาชีพ	230	92.0	20	8.0	15.986	<0.001**
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	117	78.0	33	22.0		
รายได้	มีรายได้	263	89.8	30	10.2	8.640	0.003**
	ไม่มีรายได้	84	78.5	23	21.5		
จำนวนรายได้	น้อยกว่า 5,000 บาท	164	81.2	38	18.8	10.983	0.001**
	≥ 5,000 บาท	183	92.4	15	7.6		
ที่มาของรายได้	จากการประกอบอาชีพ	226	90.4	24	9.6	7.727	0.005**
	ครอบครัวและอื่นๆ	121	80.7	29	19.3		
ฐานะการเงิน	เพียงพอ	285	92.8	22	7.2	42.520	<0.001**
	ไม่เพียงพอ	62	66.7	31	33.3		
ลักษณะที่พัก	บ้าน	332	88.3	44	11.7	13.062	<0.001**
	คอนโด หอพัก และอื่นๆ	15	62.5	9	37.5		
การพักอาศัยกับคู่สมรส	อยู่ด้วย	91	93.8	6	6.2	5.560	0.018*
	ไม่อยู่ด้วย	256	84.5	47	15.5		
ลักษณะการพักอาศัย	มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย	335	87.7	47	12.3	6.614	0.010*
	อยู่คนเดียว	12	66.7	6	33.3		
โรคประจำตัวทางกาย	มี	256	84.5	47	15.5	5.560	0.018*
	ไม่มี	91	93.8	6	6.2		
ประวัติโรคทางจิตเวช	มี	16	66.7	8	33.3	8.959	0.003**
	ไม่มี	331	88.0	45	12.0		
การใช้สารเสพติด	ใช้	77	78.6	21	21.4	7.554	0.006**
	ไม่ใช้	270	89.4	32	10.6		
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย							
การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (n = 14) มี		9	64.3	5	35.7	6.3	0.012*
	ไม่มี	338	87.6	48	12.4		
ลักษณะการสูญเสียของบุคคลที่ใกล้ชิด	ไม่คาดคิด	124	82.1	27	17.9	4.53	0.033*
	เตรียมใจไว้แล้ว	223	89.6	26	10.4		
ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว	ไม่ดี	37	58.7	26	41.3	51.08	<0.001**
	ปานกลางถึงดี	310	92.0	27	8.0		

* p < 0.05, ** p < 0.01

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of OR		p-value
		Lower	Upper	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป	2.32	1.02	5.26	0.044*
สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือ แยกกันอยู่	1.00	0.24	4.27	0.997
การไม่ได้รับการศึกษา	0.51	0.17	1.58	0.246
การไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.55	0.86	7.52	0.091
การไม่มีรายได้	0.93	0.36	2.41	0.876
รายได้ที่น้อยกว่า 5,000 บาท	1.56	0.55	4.38	0.402
ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ	0.96	0.37	2.51	0.930
ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ	4.02	1.81	8.90	0.001**
ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง	2.90	0.85	9.84	0.088
ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	1.43	0.31	6.56	0.648
พักอยู่คนเดียว	1.79	0.43	7.43	0.425
โรคประจำตัวทางกาย	1.75	0.61	5.02	5.302
ประวัติโรคทางจิตเวช	2.53	0.78	8.22	0.122
การใช้สารเสพติด	2.40	1.077	5.35	0.033*
ปัจจัยทางจิตสังคม และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ				
การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด	2.56	0.53	12.33	0.241
การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด	2.12	1.03	4.39	0.042*
ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี	5.46	2.34	12.73	<0.001**

* p < 0.05, ** p < 0.01

วิจารณ์

จากการศึกษาพบ ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 13.2 แบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 7.8 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 5.2 และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ฐานะการเงินที่ไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ($p < 0.05$) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการศึกษานี้ใกล้เคียงกับศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁰ เมื่อ ค.ศ. 1997 ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนมีถึงร้อยละ 15 ในการศึกษาของ อรพรรณ ทองแดงและคณะ³ ที่ทำการศึกษากับ 35 ชุมชน จาก 4 เขต ของกรุงเทพมหานคร คือ เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่ เขตตลิ่งชัน และเขตบางพลัด ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.78 และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ ของปราวณี ศรีสงคราม¹¹ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 13.8 และจากการศึกษาของ The European Depression (EURODEP) Programme ในผู้สูงอายุแถบยุโรป 9 แห่ง จำนวน 13,808 ราย พบความชุกของผู้ที่มีโรคซึมเศร้า และผู้ที่มีอาการซึมเศร้าทั้งหมด ร้อยละ 12.3 ในผู้สูงอายุหญิงพบร้อยละ 14.1 ส่วนในผู้สูงอายุชายพบร้อยละ 8.6¹²⁻¹³ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักจะพบว่าเป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงน้อยกว่าหรือปานกลาง มากกว่าภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง แต่ก็มักจะก่อให้เกิดความบกพร่องหรือความเสื่อมในหน้าที่ด้านต่างๆ เกิดภาวะทุพพลภาพ และคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมาก ซึ่งต้องการความช่วยเหลือและการดูแลที่ค่อนข้างสูงจากครอบครัวและผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ความสนใจในผู้สูงอายุ¹⁴

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญได้แก่ สถานภาพสมรส ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงการสนับสนุนระดับประคองของผู้สูงอายุ การขาดคู่สมรส จึงมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้สูง นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาดำรงจะมีตำแหน่งหน้าที่การทำงานที่ไม่ดี เกิดความไม่มั่นคงในงาน ขาดสวัสดิการหรือรายได้ที่แน่นอน ที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้¹⁵ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการสูญเสียความสามารถด้านกิจวัตรประจำวัน เกิดความรู้สึกว่าขาดความสามารถควบคุมชีวิตตนเอง จึงมักพบภาวะซึมเศร้าได้สูง¹⁶⁻²⁰ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในสถานรักษาโรคทางกายพบสูงถึงร้อยละ 17-37^{16-17, 19-20} และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 21.0 ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และเขตความรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น⁶ และจากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 87)²¹ ในการศึกษาจะพบภาวะซึมเศร้ามากในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีปัญหาเรื่องการเงิน ปัญหาการใช้สารเสพติด และประสบกับการสูญเสีย รวมถึงการขาดความสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี ดังนั้น จึงควรที่จะส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และดูแลในเรื่องของอารมณ์เศร้าโศกที่ประสบกับเหตุการณ์การสูญเสีย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการสูญเสีย พบภาวะชุกอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติในผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.2 และพบว่า บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น หลานอันเป็นที่รักเสียชีวิต และเป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติมักจะเกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลที่มีความผูกพัน

ใกล้ชิดเป็นอย่างมาก ซึ่งในบริบทของสังคมไทยมักจะอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลหลาน มักจะเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ดังนั้น การเสียชีวิตของหลานจึงน่าจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุได้มาก นอกจากนั้นแล้วการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน กระทันหัน โดยไม่ได้เตรียมใจไว้ล่วงหน้าก่อน เช่น โรคเฉียบพลัน อุบัติเหตุ มักจะส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติได้สูง โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก พบได้บ่อยครั้งว่านำไปสู่อาการเศร้าโศก ซึ่งบางครั้งก็อาจรุนแรงจนเกิดอาการซึมเศร้าตามมา²² สนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียประมาณร้อยละ 10-15 เกิดอาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (chronic depression)²³ จากการศึกษาของ Holmes และ Rahe ได้พบว่า การเสียชีวิตของคู่สมรส ถือเป็นเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่รุนแรงที่สุด²⁴ ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบว่า ในแต่ละปีมีประชากรที่กลายเป็นหม้ายประมาณ 800,000 ราย และพบว่า มีที่อายุ 65 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 51 และเพศชายร้อยละ 14 เป็นหม้าย และประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (spousal bereavement)²⁵ และการศึกษาของ Zisook และ Shuchter พบโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) หลังการเสียชีวิตของคู่สมรส ประมาณร้อยละ 24 เมื่อเวลาผ่านไป 2 เดือน และร้อยละ 23 เมื่อเวลาผ่านไป 7 เดือน และลดลงเหลือร้อยละ 16 เมื่อเวลาผ่านไป 13 เดือน เมื่อทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่สมรสแล้วแต่ไม่ได้ประสบกับการสูญเสีย พบอัตราของโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 4²⁶

ส่วนปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าพบว่า ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากในผู้สูงอายุมักจะมีข้อจำกัดในการสร้างความสัมพันธ์

ใหม่ๆ จากวัยที่สูงขึ้น ปัญหาสุขภาพทางกาย และยังคงอาจประสบกับการเสียชีวิตของคู่สมรสและเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน จึงทำให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง ความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลานจึงเป็นแหล่งสนับสนุนระดับรองของคู่สมรสและผู้สูงอายุในวัยนี้ ซึ่งหากขาดการสนับสนุนระดับรองที่ดีจากลูกหลาน ก็อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

จากการศึกษานี้ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สำคัญได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี แสดงให้เห็นว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้น สถานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ และการใช้สารเสพติด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้สูงขึ้นมา และหากผู้สูงอายุประสบกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดและความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี จะเป็นการเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงขึ้นมา

โดยสรุป ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยและมีความสำคัญ โดยจะพบสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ เศรษฐฐานะทางสังคมในระดับต่ำ การพักอาศัยอยู่คนเดียว ผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกายและทางจิต และการใช้สารเสพติด จึงควรให้การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนั้นแล้ว ผู้สูงอายุที่ประสบกับการสูญเสีย การให้ความช่วยเหลือ การดูแล และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานที่ดี น่าจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลงได้

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ ที่ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ปัจจัยทางสังคมประชากรของ

ผู้สูงอายุ ในจังหวัดดังกล่าว อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ที่พบในการศึกษานี้ นอกจากนั้นแล้ว การศึกษานี้ เป็นการศึกษเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัย ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่านั้น ไม่สามารถ บอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

สรุป

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.2 แบ่งเป็นภาวะ ซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 7.8 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 5.2 และภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.2 และ พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ที่ผิดปกติร้อยละ 16.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด และความสัมพันธ์และหน้าที่ของ ครอบครัวที่ไม่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบวัดความเศร้าใน ผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) Dr. Holly G. Prigerson ที่ได้อนุเคราะห์แบบ ประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated, ICG) และ คุณประกอบ สังข์โต คุณพัชรินทร์ อุณหลาด ประธานและเลขานุการสาขา สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนี ประจำจังหวัด นนทบุรี ประธานและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ธนู ชาติธนานนท์. ความเข้าใจเพื่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม. 2540; 20:81-8.
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล, อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ. ผลการเปลี่ยนแปลงการตายอายุต่อการเพิ่มขึ้น ของอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย. ในสมาคม นักประชากรไทย. เอกสารการประชุมวิชาการ ประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2546; 20-21 พฤศจิกายน 2546; กรุงเทพมหานคร, 2546:47-72.
3. อรพรรณ ทองแดง, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์, กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, ประกอบ วิบูลย์สุข, เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, สุดสบาย จุลกัทพิพะ, สุธีรา ภักทรายุตวรรณ และคณะ. งานวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วย ตนเองในผู้สูงอายุไทย. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ, 2550; 3:292-7.
4. อารยา สิงห์สวัสดิ์. ซึมเศร้า สัญญาณอันตราย ฆ่าตัวตาย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ, 2552.
5. ชูวิทย์ ลิขิตยั้งวรา. แผนเชิงรุกการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปิงปองประมาณ, 2551. คณะทำงาน ยกวางแผนงานเชิงรุก กระทรวงสาธารณสุข – สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550.
6. Guolong Liang, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, บัดพงษ์ เกตุสมบุญรณ์, สมเดช พินิจสุนทร, ปิยธิดา คูหิรัญย์รัตน์. ภาวะซึมเศร้าและความบกพร่อง เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย. 2552; 54:357-36.

7. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research* 1995; 59:65-79.
8. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช* 2537; 46:1-8.
9. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2007; 90:2164-74.
10. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 1997; 278:1186-90.
11. ปราณ ศรีสงคราม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ. *คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่*, ในรายงานการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ดั่งดวงแก้วส่องฟ้าสาธารณสุข, 28-30 พฤษภาคม 2551 ; ณ โรงแรมปรินทร์ พาเลซ. กรุงเทพมหานคร, 2551:394.
12. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe: Geographic distribution among older people. *Br J Psychiatry* 1999; 174:312-21.
13. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EUROCEP studies. *World Psychiatry* 2004; 3:45-9.
14. Hybels CF, Blazer II DG. Epidemiology of Psychiatric Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Geriatric Psychiatry. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol.2. 8th ed.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 3595-603.
15. ชาญกัญญา ตันดีลีปิกร. การศึกษาภาวะซึมเศร้าสมรรถภาพสมองและคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณ ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 2547; 35:70-3.
16. Alexopoulos GS. Mood disorders In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Geriatric psychiatry. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol.2. 8th ed.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 3595-603.
17. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:372-87.
18. Ell K. Depression care for the elderly: reducing barriers to evidence-based practice. *Home Health Care Serv Q* 2006; 25:115-48.
19. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med* 2003; 70:38-44.
20. Reynolds III CF, Kupfer DJ. Depression and aging: a look to the future. *Psychiatric Services*. 1999; 50:1167-72.
21. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หน้า 94-96.

22. พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทางการดูแล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52:29-45.
23. Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. J Affect Disord 2006; 92:117-24.
24. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11:213-8.
25. Zisook S, Shuchter SR, Sledge PA. Diagnostic and treatment considerations in depression associated with late-life bereavement. In: Schneider LS, Reynolds CF, Lebowitz BD, Friedhoff AJ, eds. Diagnosis and treatment of depression in late life. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994:419-36.
26. Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. Am J Psychiatry 1991; 148:1346-52.