

ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี



นางอรสา ไยยอง

ศูนย์วิทยพัทยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

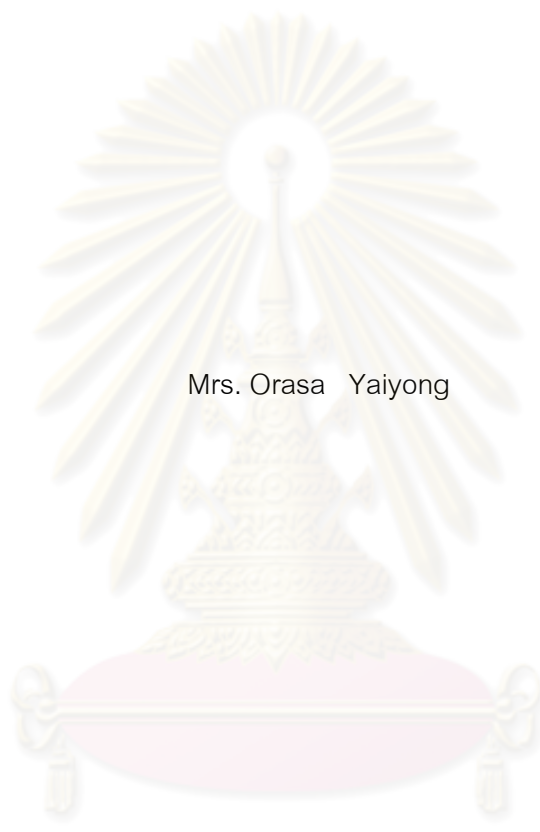
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEPRESSION AND GRIEF OF THE ELDERLY AT THE ELDERLY ASSOCIATE  
IN NONTHABURI PROVINCE



Mrs. Orasa Yaiyong

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของ  
ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

โดย

นางอรสา ไยยง

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

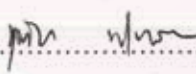
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย

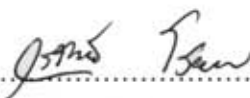
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้มนัวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อติศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่มเรืองวงษ์)

..... นัรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(นายแพทย์วรวัฒน์ ไชยชาณ)

อรรถา โยียง : ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (DEPRESSION AND GRIEF OF THE ELDERLY AT THE ELDERLY ASSOCIATE IN NONGHABURI PROVINCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.นพ.พีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย, 110 หน้า.

**วัตถุประสงค์** เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

**วิธีการศึกษา** ศึกษาผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว นำเสนอความชุกของภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ เป็นค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

**ผลการศึกษา** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.8 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.2 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.2 พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส พักอยู่คนเดียว โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (adjusted OR 2.32, 95%CI = 1.02-5.26,  $p < 0.05$ ) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ (adjusted OR 4.02, 95%CI = 1.81-8.90,  $p < 0.01$ ) การใช้สารเสพติด (adjusted OR 2.40, 95%CI = 1.08-5.35,  $p < 0.05$ ) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด (adjusted OR 2.12, 95%CI = 1.03-4.39,  $p < 0.05$ ) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี (adjusted OR 5.46, 95%CI = 2.34-12.73,  $p < 0.01$ )

**สรุป** ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี มีความชุกของภาวะซึมเศวาร์้อยละ 13.2 แบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 7.8 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 5.2 และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.2 มีความชุกของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ร้อยละ 16.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....อ.ส. โย.,  
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก นพ.ลืออนุญวัชชัย  
ปีการศึกษา.....2553.....

## 5274961930 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: DEPRESSION / GRIEF / BEREAVEMENT / ELDERLY / LATE LIFE

ORASA YAIYONG: DEPRESSION AND GRIEF OF THE ELDERLY AT THE  
ELDERLY ASSOCIATE IN NONTHABURI PROVINCE. THESIS ADVISOR: ASST. PROF.  
PEERAPHON LUEBOONTHAVATCHAI, 110 pp.

**Objectives:** To find 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 at 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's depression and associated factors was analyzed by using chi-square test. Logistic regression was performed to identify the potential predictors of depression of the elderly at the Elderly Associate 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, being single/widowed/divorced/or separated, being uneducated, no income/or income of less than 5,000 baht/month, no occupational income, inadequate financial status, not living in an own place, not living with spouse, living alone, presence of physical illness, history of psychiatric disorders, substance use, the death of a close person, unexpected death of a close person, poor family relationship and functioning ( $p < 0.05$ ). The logistic regression showed that the remaining predictors of depression were age above 75 years (adjusted OR = 2.32, 95%CI = 1.02-5.26,  $p < 0.05$ ), inadequate financial status (adjusted OR = 4.02, 95%CI = 1.81-8.90,  $p < 0.01$ ), substance use (adjusted OR = 2.40, 95%CI = 1.08-5.35,  $p < 0.05$ ) unexpected death of a close person (adjusted OR = 2.12, 95%CI = 1.03-4.39,  $p < 0.05$ ), poor family relationship and functioning (adjusted OR 5.46, 95%CI = 2.34-12.73,  $p < 0.01$ ).

Department: ..... Psychiatry.....  
Field of Study: ..... Mental Health.....  
Academic Year: ..... 2010.....

Student's Signature: ORASA YAIYONG  
Advisor's Signature: Peeraphon Lueboonthavatchai

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ ช่วยเหลือ และความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอนบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนข้อคิดเห็น และตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งอนุเคราะห์ให้ใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ และหน้าที่ของครอบครัว

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่มเรืองวงษ์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์วรวัฒน์ ไชยชาญ ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย สอบวิทยานิพนธ์ พร้อมให้คำแนะนำ เสนอแนะข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์เพื่อแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์ ที่ให้การอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) และ Professor Holly G. Prigerson, PhD. ที่ให้การอนุเคราะห์ในการใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าที่ซับซ้อนจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG)

ขอกราบขอบพระคุณ คุณประกอบ สังข์โต คุณพัชรินทร์ อุ่นตลาด ประธานและเลขานุการสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนี ประจำจังหวัดนนทบุรี ประธานและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทุกชมรมของอำเภอเมืองและอำเภอปากเกร็ด รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวไยยอง โดยเฉพาะคุณวาทินี ไยยอง ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ความสนับสนุนอย่างเต็มที่ อีกทั้ง ยังเป็นแรงบันดาลใจที่ทำให้มีกำลังใจในการทำงานตลอดมา

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือและให้ความสะดวกระหว่างที่ผู้วิจัยเข้ามาศึกษา และการวิจัยครั้งนี้ จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลย ถ้าปราศจากการช่วยเหลือ การสนับสนุน การให้กำลังใจจากเพื่อนๆปริญญาโททุกท่าน ที่กรุณาอบมิตราภาพอันยิ่งใหญ่และดีงาม ให้ความรัก ความหวังดี และให้ความเป็นห่วงซึ่งกันและกันเสมอมา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
วิธีดำเนินการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
กรอบแนวความคิด.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	7
ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	10
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	11
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียในผู้สูงอายุ.....	13
ปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย .....	17
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	23
แนวทางการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	25

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
ประชากร.....	29
กลุ่มตัวอย่าง.....	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางร่างกาย ข้อมูลทางจิตสังคม และข้อมูลทางอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	36
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตสังคม และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี .....	47
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	56
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	58
สรุปผลการวิจัย.....	59
อภิปรายผล.....	61
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	73
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป.....	74
รายการอ้างอิง.....	75
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์..	85
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม.....	95
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	110



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	36
2 แสดงข้อมูลทางร่างกายของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	39
3 แสดงความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	41
4 แสดงจำนวน ความสัมพันธ์ เหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	42
5 แสดงอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	46
6 แสดงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	46
7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี.....	47
8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางร่างกายกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	50
9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	50
10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	51
11 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคม และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	54
12 แสดงผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.....	55
13 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี....	56

สารบัญภาพ

1	กรอบแนวคิด.....	หน้า	6
---	-----------------	------	---



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยในปัจจุบัน สัดส่วนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุมาจากอัตราการตายที่ลดลง เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดีขึ้น ความทั่วถึงของการให้บริการทางด้านสาธารณสุข และนโยบายการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง วิธีการรักษาโรคและพัฒนาตัวยาใหม่ๆ ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้น และผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยที่ประเทศไทยถือว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในขณะที่หลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศในแถบยุโรปจะใช้อายุ 65 ปี เป็นตัวกำหนด<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทยสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2551 มีประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.8 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มถึง 14.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.8 ของประชากรทั้งหมด<sup>(2)</sup>

ในช่วงวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประการ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลง เกิดปัญหาทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจ เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ เช่น การเกษียณอายุออกจากงาน การปรับตัวต่ออายุที่เพิ่มมากขึ้น การเสียชีวิตของคู่สมรส การแยกจากของบุตรหลาน หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้ได้ ก็อาจจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ภาวะหรืออาการซึมเศร้ามักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างมาก มีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยประสบกับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง และพบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10-15 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 3 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า<sup>(3)</sup> และจากรายงานการศึกษาของ Guolong Liang<sup>(4)</sup> พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 21.0 (95%CI: 15.3%, 26.7%)

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะความผิดปกติทางจิตจรรูปแบบหนึ่งที่มีลักษณะสำคัญคือ มีภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติต่อเนื่องกัน จนทำให้รู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเองอยู่คนเดียว บางครั้งรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ มองตนเองไร้ค่า เป็นภาวะต่อคนอื่น

หากมีอาการรุนแรงมากอาจเกิดความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย ในปัจจุบันพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช ที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขและก่อให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ภาระโรค (burden of disease) ที่เกิดจากโรคซึมเศร้าจะสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด<sup>(5)</sup> ผลการสำรวจปี พ.ศ.2546 พบว่าอัตราชุกโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 38.4 ของประชากรไทย หรือประมาณ 8.2 ล้านคน<sup>(6)</sup> และพบว่าปี พ.ศ. 2547 ในประเทศไทย โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 10 ในเพศชาย<sup>(5)</sup>

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบในวัยผู้สูงอายุ และมักพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ทางด้านต่างๆ เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว การศึกษาที่ผ่านมามีส่วนใหญเป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติในผู้สูงอายุ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และนำไปสู่การหาแนวทางป้องกัน การดูแล รักษา รวมถึงการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศกและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป

#### คำถามของการวิจัย (Research questions)

- 1) ความชุกของภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เป็นอย่างไร
- 2) ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

## สมมติฐานการวิจัย

ไม่มี

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2553

## ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เขตอำเภอเมืองนนทบุรี และ อำเภอปากเกร็ด จำนวน 400 ราย โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2553

## ข้อจำกัดของการวิจัย

รูปแบบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยมีเป้าหมายเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เขตอำเภอเมืองนนทบุรี และอำเภอปากเกร็ด ลักษณะทางสังคมประชากรของผู้สูงอายุในสถานที่ดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุที่พบในการศึกษานี้ได้ และเนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุ (causes or risks) ของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากไม่ใช่รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical study)

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ไม่แจ่มใส มีอารมณ์หดหู่ เบื่อหน่าย ชอบแยกตัวเอง หรือหมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphonic mood) รู้สึกเศร้าหมอง เบื่อหน่าย จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ หมดอาลัยตายอยาก ถ้ามีอาการมากคิดอยากตาย และส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคม หรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บซึม สมองท้อในการทำงานลดลง อาการต่างๆเหล่านี้ จะเกิดขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และในการศึกษานี้ ผู้ที่มีภาวะ

ซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป โดยผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง<sup>(7)</sup>

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief) หมายถึง ขบวนการ หรือประสบการณ์ของปฏิกิริยาตอบสนองทางกายภาพและทางจิตวิทยาต่อความรู้สึกของบุคคล<sup>(8)</sup> หรือการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ เนื่องมาจากอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or bereavement) The Committee on Health Consequences of the Stress of Bereavement ได้สรุปความหมายของ bereavement และ grief<sup>(9-13)</sup> ได้ว่า bereavement หมายถึง ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมต่อการสูญเสียที่สำคัญโดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลที่ใกล้ชิด หรือ ความรู้สึกเมื่อมีการสูญเสียคนที่ผูกพันลงไป โดยเกิดขึ้นหลังจากได้รับรู้ถึงการสูญเสีย เช่น อารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญ ร้องไห้ และบางครั้ง grief เรียกว่า bereavement reaction หรือ bereavement process ในการศึกษา grief หมายถึง อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ได้แก่ ผู้ที่ได้คะแนนในแบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG)<sup>(14)</sup> ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป และศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ผู้สูงอายุ (Elderly/Old age) หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและถือสัญชาติไทย<sup>(15-16)</sup> มีการร่วมพิจารณากับสมัชชาโลก และให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงชีวิตมนุษย์ โดยที่ความสูงอายุนั้นจะเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อเนื่องไปจนสิ้นอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น และกำหนดให้มีเกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของทั้งเพศหญิงและเพศชาย ประเทศไทยก็เช่นเดียวกันที่ใช้เกณฑ์ดังกล่าว ในศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดให้การแบ่งช่วงอายุแบบของประเทศไทยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีช่วงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดน้อยลง

### วิธีดำเนินการวิจัย

1) เสนอโครงการวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับการพิจารณาทางจริยธรรม

2) ขอนหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเข้าพบเลขาธิการฝ่ายสวัสดิการและพิทักษ์คุ้มครองสิทธิ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนนทบุรี ซีแจ้งวัตถุประสงค์ ขอคำแนะนำ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3) เข้าพบประธานชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ในชมรมผู้สูงอายุที่ผู้ม่วอย่างขึ้นมาได้เพื่อซีแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2553 และทำการเก็บข้อมูล หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว

4) สสำรวจรายชื่อชมรมผู้สูงอายุ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนด และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมประจำเดือนของแต่ละชมรมโดยเริ่มต้นแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการตอบแบบสอบถามให้แก่ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและลงชื่อแสดงความยินยอม

5) เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสูญเสีย/แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และแบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว พร้อมทั้ง ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามที่ได้รับ

6) นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาทำความเข้าใจถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พร้อมทั้งเห็นความสำคัญของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก และนำไปปรับใช้ เพื่อหาแนวทางป้องกัน การให้ความช่วยเหลือดูแล รักษา รวมถึงการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศก และภาวะซึมเศร้า อันอาจจะนำไปสู่โรคซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุเอง ญาติ และบุคคลทั่วไปในสายงานที่เกี่ยวข้อง ได้เข้าใจและตระหนักถึง อันจะเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยได้ทบทวนตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ต่างๆตามลำดับ ดังนี้

1. ความหมายของผู้สูงอายุ
2. ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียในผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

#### 1. ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “คนชรา” หรือ “ผู้สูงอายุ” นั้น มีความหมายหลากหลาย ซึ่งจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุเฉลี่ย สมรรถภาพทางด้านร่างกายของประชากร สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ โดยทั่วไปคำว่า “คนชรา” มักใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก และมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น มีผมขาว หน้าตา ผิวพรรณเหี่ยวยุ่น การเดิน การทำกิจกรรมต่างๆ หรือการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า และให้ความหมายว่า แก่ด้วยอายุ การชำรุดทรุดโทรม<sup>(17)</sup> แต่คำเรียกดังกล่าวไม่เป็นที่นิยม เพราะฟังแล้วเกิดความหดหู่ใจ เกิดความท้อถอย และรู้สึกสิ้นหวัง ในเวลาต่อมา พ.ล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิสุนทร จึงได้สรุปจากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส และกำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” แทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้มีความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่า เป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิและประสบการณ์<sup>(17-19)</sup> และในสังคมไทยนั้น บรรลุ ศิริพานิช<sup>(18)</sup> กล่าวว่า ได้มีการกำหนดให้ข้าราชการเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี เนื่องจากในช่วงอายุดังกล่าว เป็นวัยที่สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง จึงสมควรที่จะให้พักผ่อน และเปลี่ยนไปทำงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบหรือต้องเผชิญกับภาวะที่เครียดมาก แต่ในสังคมอื่นๆ เช่น ในสังคมของประเทศอาฟริกา หรือประเทศมาเลเซีย กำหนดให้มีการเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 65 ปี จะเห็นได้ว่าการเกษียณอายุกับความเป็นผู้สูงอายุของแต่ละสังคมมีความแตกต่างกัน สุรกุล เจนอบรม<sup>(19)</sup> ได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุ โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้ คือ

- 1) พิจารณาจากอายุจริงที่ปรากฏ (chronological aging) จากจำนวนปี หรืออายุจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาช่วยในการพิจารณาด้วย
- 2) พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (physiological aging หรือ biological aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
- 3) พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ (psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ สถิติปัญญา การรับรู้ การเรียนรู้ ที่มีการถดถอยลง
- 4) พิจารณาจากบทบาทของสังคม (sociological aging) บทบาทหน้าที่ทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลง การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานต่างๆลดน้อยลง

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข<sup>(20)</sup> ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่สังคมได้กำหนดเกณฑ์อายุ เมื่อมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

กชกร สังขชาติ<sup>(21)</sup> กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมต่างๆของร่างกายตามวัย ความเจริญเติบโตของร่างกายลดลง มีความต้านทานโรคลดลง เป็นผู้ที่ไม่บุตรหลานและสังคม ควรให้การดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ

มิลเลอร์<sup>(22)</sup> อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง

และจากความหมายดังกล่าวข้างต้นแล้ว สิทธิ จิรโรจน์<sup>(23)</sup> ได้สรุปความหมายโดยพิจารณา ร่วมกับสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงมนุษย์ โดยที่ความสูงอายุนั้นจะเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น และกำหนดให้มีเกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของทั้งเพศหญิงและเพศชายเป็นผู้สูงอายุ ประเทศไทยก็เช่นเดียวกันที่นิยมใช้เกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยนับอายุตามเกณฑ์ตามวันเกิดภายในวันที่ 30 กันยายนของแต่ละปี เป็นเกณฑ์สำหรับการปลดเกษียณอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่รัฐบาลไทยกำหนดขึ้น และตามอายุในปีปฏิทินทั้งเพศชายและเพศหญิง จะเห็นว่าสอดคล้องกับความหมายของสมัชชาโลก ด้วยเหตุดังกล่าว รัฐบาลจึงกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2<sup>(24)</sup> เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเพื่อเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้กับสังคม โดยกำหนดให้ประชากรที่ช่วยเหลือตัวเองได้ มีครอบครัว เกื้อหนุน มีชุมชนช่วยเหลือ และมีสังคมกับรัฐเกื้อกูล โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุ

แห่งชาติไว้ ดังนี้

- 1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
- 2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ
- 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
- 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

### การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการกำหนดว่า บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ ชูศักดิ์ เวชแพทย<sup>(25)</sup> ได้เสนอข้อมูลขององค์การอนามัยโลก โดยอัลเฟรด เจ คาห์น (Professor Dr. J.Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ว่ามีการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

- 1) ผู้สูงอายุ (elderly) มีอายุระหว่าง 60-75 ปี
- 2) คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
- 3) คนชรามาก (very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

และศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน ได้เสนอข้อมูลการแบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุของประเทศไทยด้วย โดยแบ่งออกได้ ดังนี้

- 1) อายุตั้งแต่ 60-69 ปี
- 2) อายุตั้งแต่ 70-79 ปี
- 3) อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

จากความหมาย “ผู้สูงอายุ” ที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงนี้ พอจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคมและกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดน้อยลง และจากข้อมูลการจัดเกณฑ์ช่วงอายุที่นักวิชาการองค์การกำหนดไว้ นั้น พอสรุปได้ว่า การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยผู้วิจัยกำหนดใช้การแบ่งช่วงอายุแบบของประเทศไทยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีช่วงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ชมรมผู้สูงอายุ เป็นชมรมของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีวัยใกล้เคียงกันในแต่ละชุมชนที่รวมตัวกันตั้งขึ้นมา แล้วดำเนินกิจกรรมของชมรมโดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก เพื่อก่อให้เกิด

ประโยชน์ทุกด้าน หรือตามความมุ่งหมายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ และเพื่อสังคมโดยรวม โดยมีกฎระเบียบข้อบังคับส่วนใหญ่ในแต่ละชมรมคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับแต่ละชมรมที่เป็นผู้กำหนด และมีการทำกิจกรรมร่วมกันใน 3 ลักษณะคือ 1) การพบปะสังสรรค์ 2) การส่งเสริมสุขภาพ และ 3) การช่วยเหลือสังคม ความสำคัญในการจัดตั้งชมรม คือ การทำให้ได้ประโยชน์ 4 ประการ ได้แก่ 1) จิตใจดีมีความสุข ร่างกายแข็งแรง 2) การป้องกันไม่ให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว 3) การส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอนามัย และ 4) การเป็นผู้นำและเป็นแบบอย่างกับคนรุ่นหลังในการพัฒนาสังคม ซึ่งในปัจจุบัน มีชมรมผู้สูงอายุอยู่ทั่วไป ทั้งประเทศ ประมาณ 3,487 ชมรม โดยมีอยู่ทั้งที่ดำเนินการเป็นเอกเทศ อยู่ในเครือข่ายสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ประจำจังหวัด อยู่ในเครือข่ายของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด และอยู่ในเครือข่ายกรมประชาสัมพันธ์ โดยที่ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นสถาบันที่มั่นคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน และแน่นอนมากที่สุด ซึ่งชมรมผู้สูงอายุที่จะสมัครเข้ามาอยู่ได้ จะต้องมีการดำเนินการมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีสมาชิกในชมรมไม่น้อยกว่า 50 คน รับสมัครสมาชิกตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป บางชมรมรับสมัครสมาชิกเป็น 2 ประเภท ประเภทสามัญ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเภทวิสามัญ รับตั้งแต่ อายุ 60 ปีลงมา เพราะมีแนวคิดว่าการมีความหลากหลายช่วงอายุ จะทำให้ชมรมมีสมาชิกที่มีร่างกายแข็งแรง ช่วยดำเนินกิจกรรมของชมรม มีความคิดหลากหลาย ไม่ล้าสมัยเกินไป อันจะส่งผลให้ชมรมมีศักยภาพ และประสิทธิภาพมากขึ้น

## 2. ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

Beck<sup>(26)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความรู้สึก กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม และสอดคล้องกับ Kaplan และ Sadock<sup>(27)</sup> ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า มีความหมายใน 3 ด้าน คือ

- 1) ในด้านความรู้สึกเศร้า เสียใจ เมื่อสูญเสียบางอย่างที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น
- 2) ในด้านความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกให้เห็น เป็นความรู้สึกเศร้า เสียใจ

ไม่มีความสุข มีความรู้สึกทวิขั้วตรงกับประสบการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัน ความรู้สึกเห็นค่าในตัวเองลดลง และความคิดช้าลงกว่าเดิม

- 3) มีการดำเนินอาการดังกล่าวยาวนานจนเข้าสู่ระยะอาการของโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาและภาวะทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจ แต่มักจะถูกมองข้าม เนื่องจากอาการบางอย่างไม่ชัดเจน หากมี

อาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมักจะเล่าอาการที่เป็นปัญหาทางกายมากกว่า และบางคนก็บอกไม่ได้ว่าตัวเองรู้สึกซึมเศร้า และบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุหลายคนแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นพฤติกรรมต่อต้าน กระวนกระวาย ก้าวร้าว

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่แล้วจะหมายถึง การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์การตอบสนองต่อความรู้สึกผิดหวัง ความสูญเสีย หรือความคิดถึงสิ่งที่ขาดหายไป และเมื่อเกิดขึ้นแล้วผู้สูงอายุรู้สึกไม่สดชื่น หรือไม่มีความสุข ท้อแท้ รู้สึกเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว ชอบอยู่คนเดียว มองชีวิตไม่มีคุณค่า จิตใจหม่นหมอง เป็นภาระต่อผู้อื่น ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำร้ายตนเองได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า<sup>(28)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับดวงใจ กสานติกุล<sup>(29)</sup> ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเกิดการแปรปรวน ทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการร่วมอื่นๆ ที่แสดงออก โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการต่างๆ เช่น ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนาน หรือหมดอาลัยตายอยาก จนมีผลกระทบต่อการทำงาน หรือการเรียน และมีอาการร่วมในด้านอื่นๆ ดังนี้

1) อาการทางกาย (vegetative symptoms) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย และในวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว อาจมีอาการรับประทานมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (atypical)

2) จิตใจการเคลื่อนไหว (psychomotor) ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า เหม่อลอย พุดช้า เคลื่อนไหวช้า พุดเสียงเบา และแยกตัวไม่ยอมพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ มักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้า กระวนกระวาย กระสับกระส่าย (agitated depression) นั่งไม่ติด ต้องเดินไปเดินมา ทำให้ผู้สูงอายุที่มีอาการเหล่านี้รู้สึกทรมานใจอย่างมาก

3) อาการทางความคิด (cognitive symptoms) มีความคิดเรื่องร้ายๆ มองโลกในแง่ลบ ขาดสมาธิ ขาดความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้ บางรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเอง รู้สึกท้อแท้ คิดว่าตัวเองไร้ค่า มองไม่เห็นทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหาทำให้คิดอยากฆ่าตัวตาย

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อรพรรณ ทองแดง และคณะ<sup>(3)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 12.78 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างเดีย্বর้อยละ 8.23 (เพศชาย พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.43 ในขณะที่เพศหญิงพบร้อยละ 9.63) และภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะสมองร้อยละ 4.55 (เพศชาย พบร้อยละ 2.8 เพศ

หญิง พบร้อยละ 5.54) อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า (point incident) ร้อยละ 7.27 (เพศชาย พบร้อยละ 1.58 เพศหญิง พบร้อยละ 5.68)

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ธรณินทร์ กองสุข หม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณและคณะ<sup>(30)</sup> ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2546 พบ ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.5 แยกเป็นเพศชาย พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.8 และเพศหญิง พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20.93 ความวิตกกังวลกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การมีญาติป่วยด้วยโรคทางจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ )

พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์<sup>(31)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทยโดยมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่ในหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัญหาความสัมพันธ์สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า โดยปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาทมีความสัมพันธ์สูงสุด ซึ่งได้แก่

- 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief of complicated bereavement)
- 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes)
- 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions)
- 4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) ผลการศึกษา

พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ( $p < 0.01$ ) โดยพบระดับความสัมพันธ์ของปัญหาสัมพันธภาพกับโรคซึมเศร้า คือ อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย OR เท่ากับ 7.29 (95%CI เท่ากับ 2.55-28.38) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพ OR เท่ากับ 4.30 (95%CI เท่ากับ 2.13-9.60) การเปลี่ยนผ่านบทบาท OR เท่ากับ 15.00 (95%CI เท่ากับ 5.56-56.84) และความบกพร่องทางด้านสัมพันธภาพ OR เท่ากับ 9.00 (95%CI เท่ากับ 3.58-29.05) สรุปผลการศึกษานี้ พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย โดยปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาทมีระดับความสัมพันธ์สูงสุด

สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล<sup>(32)</sup> พบว่าอารมณ์ซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักจะถูกมองว่าอาการที่เป็นมาจากความชรา และจากรายงานวิจัยในวารสารของ Srinagarind Medical Journal, Faculty of Medicine, Khon Kaen University พบว่าอารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (depression in the elderly) มีอัตราความชุกของโรคอารมณ์ซึมเศร้า โดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบ

แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน และพบสูงถึงร้อยละ 50 ในสถานสงเคราะห์คนชรา นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม พบผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าถึงร้อยละ 20 และจากการศึกษาของ The European Depression (EURODEP) ในกลุ่มผู้สูงอายุ แถบยุโรป 9 แห่ง ทั้งหมดจำนวน 13,808 ราย พบความชุกของผู้ที่มีโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีอาการซึมเศร้าทั้งหมด ร้อยละ 12.3 ในผู้สูงอายุเพศหญิงพบร้อยละ 14.1 ส่วนในผู้สูงอายุเพศชายพบร้อยละ 8.6<sup>(33-34)</sup>

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังทำนายว่าอีก 20 ปีข้างหน้า (ปี ค.ศ.2020) อารมณ์ซึมเศร้า จะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่ง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก<sup>(35)</sup> เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย รู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ทำกิจกรรมอะไรต่างๆ ได้น้อยลง แม้แต่กิจวัตรประจำวันของตนเอง สูญเสียการควบคุม และรู้สึกว่าขาดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ รู้สึกเครียดตลอดเวลา หรือรู้สึกว่าตนเองอยู่อย่างไรก็ดีก็เพราะไม่มีเงินใช้ ต้องขอจากบุตรหลาน ไม่มีงานทำ ถูกลูกหลานทอดทิ้ง และสุขภาพเสื่อมโทรมลง จึงทำอะไรไม่ได้เหมือนเดิม

จากการศึกษางานวิจัยของ Murphy E. และคณะ (1988)<sup>(36)</sup> พบรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีโรคอารมณ์ซึมเศร้า จำนวน 120 ราย เมื่อติดตามผลในระยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 34 โดยผู้ป่วยโรคทางกายที่มีอาการของโรคอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย จะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย และเสียชีวิตมากกว่า เนื่องจากขาดกำลังใจหรือแรงจูงใจที่จะร่วมมือ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทนต่ออาการข้างเคียงของยาได้น้อย

ประภาส จิตตาศิรินุวัตร<sup>(37)</sup> ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม ให้กลุ่มคะแนนความเศร้าเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะความเศร้า พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมชมรม มีภาวะความเศร้าร้อยละ 32 (คะแนนเฉลี่ยของความเศร้า 10.06 คะแนน) ส่วนกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรม มีภาวะความเศร้าร้อยละ 50 (คะแนนเฉลี่ยของความเศร้า 11.78 คะแนน) และผลการศึกษายังพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการประกอบกิจกรรมร่วมกัน มีการใช้พิธีการทางศาสนา การนั่งสมาธิ การพบปะพูดคุย การได้ปรึกษาหารือถึงปัญหาต่างๆ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน สามารถช่วยลดค่าความเศร้าในผู้สูงอายุได้

### 3. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียในผู้สูงอายุ

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief) เป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน ญาติใกล้ชิด หรือเพื่อนสนิท คนทั่วไปมักคิดว่าความเศร้าโศกนั้นเกิดขึ้นหลังจากที่มีการเสียชีวิตลง แต่ความหมายที่แท้จริงของ grief นั้นคือ

ปฏิกิริยาของร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดขึ้นต่อการสูญเสีย โดยการสูญเสียนั้นรวมไปถึงแง่มุมอื่นที่ทำให้เกิดความเศร้าโศกได้ เช่น การสูญเสียบทบาท ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ระยะเวลาที่เกิดภาวะเช่นนี้ขึ้น จะเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปีก็ได้ ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียในผู้สูงอายุ มีผู้ให้ความหมายไว้ว่า ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสียโดยเฉพาะการเสียชีวิตของคู่สมรส หรือญาติพี่น้อง ส่งผลให้เกิดภาวะเศร้าโศกเรียกว่าปฏิกิริยาทางจิตใจที่เป็นผลมาจากการสูญเสีย<sup>(38)</sup> ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจตามปกติ

ปฏิกิริยาทางจิตใจของการสูญเสียตามปกติประกอบด้วย 3 ระยะ<sup>(39-40,9-13)</sup> ได้แก่ ระยะแรกซึ่งเรียกว่า ระยะมีนชา (numbness) เริ่มจากการรับรู้ความเป็นจริงว่ามีการสูญเสีย หรือการเสียชีวิต ในระยะนี้จะเกิดความรู้สึกตกใจ (shock) ไม่เชื่อ (disbelief) และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น (denial) เกิดความรู้สึกมีนชา ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง ถึง 2-3 สัปดาห์ ตามมาด้วยระยะที่สอง ซึ่งเรียกว่า ระยะซึมเศร้า (depression) จะมีอารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญ ร้องไห้บ่อยๆ ยำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ผ่นถึง หรืออาจเห็นภาพบุคคลที่เสียชีวิต ไม่อยากทานอาหาร นอนไม่หลับ หรือกิจวัตรประจำวันตามปกติลดลงจากเดิมบ้าง ระยะนี้ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะดีขึ้นเองภายในเวลา 2-4 เดือน แต่บางรายระยะนี้อาจนานเป็นปี ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักจะไม่เกิน 6 เดือน หลังจากนั้นจะเข้าสู่ระยะที่สาม ซึ่งเรียกว่าระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) โดยผู้ที่สูญเสียจะลดการย้ำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ยอมรับการสูญเสีย และเริ่มกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติของบุคคลนั้น อารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติต่อการสูญเสียนี้ไม่จัดเป็นความผิดปกติทางจิตเวช และอาการจะดีขึ้นเองโดยไม่ต้องได้รับการรักษา<sup>(9-13,41)</sup> ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียหลายรายอาจแสดงปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจที่รุนแรง เมื่อเกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ จนอาจเกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้นได้

อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย (abnormal, pathological or complicated grief) ได้แก่ อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรง และเกิดขึ้นนานเกินกว่าปกติต่อการสูญเสีย หรือส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสียสามารถพบได้หลายรูปแบบ<sup>(9-13,41-42)</sup> ได้แก่

1) อารมณ์เศร้าโศกที่เรื้อรังต่อการสูญเสีย (chronic grief) เป็นปฏิกิริยาผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดโดยเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน บางครั้งเรียกว่า prolonged grief



2) อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงต่อการสูญเสีย (hypertrophy grief) จนเกิดอาการของโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล (depressive or anxiety disorder)

3) อารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นช้ากว่าปกติ (delayed grief) หมายถึง การที่ไม่พบปฏิบัติการสูญเสียตามปกติซึ่งควรจะพบใน 2 สัปดาห์แรก บางครั้งอาจจะเรียกว่า absent grief หรือ inhibited grief

4) อารมณ์เศร้าโศกที่ไม่สามารถผ่านพ้น (unresolved grief) หมายถึง การชะงักงันของกระบวนการผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียในอดีต

5) อารมณ์เศร้าโศกที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic grief) พบในผู้ที่รอดชีวิตจากภัยพิบัติที่เกิดขึ้นรุนแรงทางธรรมชาติ สงคราม หรือการถูกทำร้าย ซึ่งอาจพบร่วมกับโรคความเครียดทางจิตใจ หลังจากประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (posttraumatic stress disorder) ภาวะดังกล่าว สรุปได้ ดังนี้

ภาวะเศร้าโศกที่เป็นปกติ (Normal grief)

- 1) ยังมีความรู้สึกอยากทำกิจกรรมที่ชอบ
- 2) อารมณ์เศร้าโศกจะเกิดขึ้นระหว่างวัน เป็นช่วงๆไม่ตลอดทั้งวัน
- 3) หากมีความทรมานจากความเจ็บป่วย หรือพิการ อยากจะให้แพทย์ทำการรักษา เพราะต้องการให้ตนเองพ้นจากความทรมาน
- 4) ถึงแม้จะป่วยหนักแต่ก็มีความหวังอยู่ แม้ว่าจะไม่หายดีอย่างที่คิดแต่ก็ขอให้เป็นไปได้หรือหวังได้ทานอาหารร่วมกับคนในครอบครัว

ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Pathological grief)

- 1) มักแยกตัว ไม่อยากทำอะไร แม้จะเป็นกิจกรรมที่เคยชอบ
- 2) มีอารมณ์เศร้าโศกเกิดขึ้นตลอดวัน
- 3) มีความคิดว่าตัวเองไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และมีความคิดที่อยากฆ่าตัวตาย หากเจ็บป่วย ไม่คิดอยากรักษา
- 4) ไม่มีความหวังในชีวิตเลย

สอดคล้องกับ คำไพรัตน์ อักษรพรหม<sup>(38)</sup> ที่กล่าวว่า เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านชีวิตมามาก ผ่านประสบการณ์ต่างๆ รวมถึงผ่านประสบการณ์การสูญเสียในชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม การสูญเสียก็เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุทุกท่านไม่พึงประสงค์ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียที่เป็นไปตามธรรมชาติที่สามารถคาดการณ์ได้ หรือการเกิดภาวะสูญเสียอย่างไม่คาดคิดก็ตาม ล้วนส่งผลที่กระทบต่อ

จิตใจของผู้สูงอายุ และเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจที่เป็นผลมาจากการสูญเสีย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจ ดังนี้

1) ตกใจ ภาวะตกใจเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นทันที เมื่อทราบว่ามีการสูญเสีย บางคนตกใจในช่วงสั้นๆ บางคนเกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน ผู้สูงอายุอาจจะแสดงพฤติกรรม ไม่เชื่อฟัง ไม่รับรู้ เจ็บแค้น เศร้าซึม รู้สึกว่าตัวเองไม่มีตัวตนอยู่ในโลกนี้ หรืออาจรู้สึกที่ตัวเองไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง เป็นภาวะที่รู้สึกที่ตัวเองหยุดความรู้สึกนึกคิดไว้ชั่วคราว

2) ไร้สาระ ในภาวะนี้ ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมได้หลายอย่าง เช่น ทำอะไรไม่ถูกไปชั่วคราว สมาธิกระจัดกระจาย หลงลืม บางคนเกิดขึ้นรุนแรงจนพยายามดิ้นรนทำในสิ่งที่ไม่เห็นชอบความสามารถของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกจะเกิดขึ้นรุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับความรู้สึกสับสนต่อภาวะสูญเสียของผู้สูงอายุ

3) ปฏิเสธ ผู้สูงอายุมักใช้การปฏิเสธเพื่อเป็นการปกป้องตนเองจากความรู้สึกปวดร้าวทางใจที่จะรับรู้และยอมรับถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นในทันที จึงพยายามถ่วงเวลาด้วยการปฏิเสธ อาจเพียงชั่วคราว หรือปฏิเสธเป็นเวลานาน แล้วจะค่อยๆ รับรู้ความรู้สึกที่ตนเองได้รับ จนจะเกือบยอมรับได้ แต่กลับรู้สึกปวดร้าวใจจนทนไม่ได้ ยิ่งรับรู้ความสูญเสียมาก ยิ่งปวดร้าวใจมาก และอาจกลับมาสู่จุดเริ่มต้นของภาวะปฏิเสธอีกได้ และในรายชื่อของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยอมรับภาวะในขั้นตอนนี้ได้ จะแสดงความวิตกกังวล มีพฤติกรรมฉุนเฉียว ก้าวร้าวออกมาด้วย

4) ซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า อาจแสดงออกอย่างชัดเจน หรือเล็กน้อยสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น

4.1 การแยกตัว เพราะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว เจ็บเหงา และว่างเปล่า ร่วมกับมีอาการทางกาย คือ ความรู้สึกเจ็บปวดตามร่างกาย

4.2 การสิ้นหวัง เพราะรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย มีดบาดด้าน หรือหมดหวัง

5) รู้สึกผิด มักเกิดขึ้นควบคู่กับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุจะมีความคิดที่ตำหนิตนเอง หรือคิดว่าตนเองควรรับผิดชอบกับเหตุการณ์ที่สูญเสีย และหากผู้สูงอายุเคยมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ที่เสียชีวิตไป จะทำให้รู้สึกมีปมติดค้างในใจ หรือเกิดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยบุคคลที่จากไปก่อนวัยอันควร

6) วิตกกังวล ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะสูญเสียจะมีความวิตกกังวลที่รุนแรงและค่อนข้างนาน โดยจะมีความรู้สึกหวาดกลัวร่วมด้วย อาการที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตเมื่อคู่สมรสจากไป วิตกกังวลอย่างรุนแรงต่อความไม่มั่นคงในชีวิต หรือหวาดกลัวความไม่แน่นอนของชีวิต ตื่นตระหนกว่าความตายอาจจะมาถึงตนเมื่อไรก็ได้

7) โกรธก้าวร้าว เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะสูญเสียต้องการจะระบายความหงุดหงิด ฉุนเฉียว ที่ไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกตนเอง หรือต้องการระบายความทุกข์ที่ไม่สามารถพูดออกมา เป็นคำพูดได้ หรือผู้สูงอายุนั้นมีความทุกข์ที่ยังไม่สามารถแก้ได้

8) ทำใจยอมรับ เมื่อปฏิกิริยาทั้ง 7 ขั้นตอนเกิดขึ้นและรุนแรงจนถึงที่สุดแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ มักเกิดขึ้นหลังประสบกับภาวะสูญเสียมาแล้ว 6 เดือน และผู้สูงอายุไม่กลับไปอยู่ในภาวะเริ่ม ปฏิเสธอีก ในช่วงนี้ผู้สูงอายุจะเริ่มทำใจยอมรับการสูญเสียอย่างแท้จริง พร้อมทั้งยอมรับการตั้งต้น ชีวิตใหม่อีกครั้ง

9) เริ่มต้นชีวิตใหม่ ถึงแม้จะคิดเริ่มต้นใหม่ แต่ความรู้สึกมักหวนกลับไปคิดถึงชีวิตในอดีต ที่ยังไม่ประสบกับการสูญเสีย เช่น คิดถึงช่วงที่ยังใช้ชีวิตร่วมกัน ไปสู่การยอมรับว่าต้องใช้ชีวิตตาม ลำพังในปัจจุบัน คิดเช่นนี้ย้อนกลับไปมาเป็นเวลานานกว่าจะผ่านพ้นกระบวนการเริ่มต้นชีวิตใหม่ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเกิดความโศกเศร้าเพราะคิดถึงผู้ที่เสียชีวิตไป เมื่อถึงวันครบรอบวัน แต่งงาน ครบรอบวันเกิดของผู้ที่เสียชีวิตไป หรือในเทศกาลต่างๆและมีการรวมญาติพี่น้องกัน

โคชิเออร์ และคณะ<sup>(43)</sup> กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อสนองตอบการสูญเสีย และเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่มีสุขภาพกายและจิตดี ซึ่งจะช่วยให้ บุคคลสามารถเผชิญกับการสูญเสีย สามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ ทั้งยังเป็นกระบวนการที่ สังคมยอมรับ

จากความหมายดังกล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย เป็น กระบวนการตามอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกัน และรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียบุคคลที่รัก ผูกพัน ใกล้ชิด หรือสูญเสียสิ่งที่มีค่าต่อตนเอง ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียที่เกี่ยวข้องและ แสดงความเศร้าโศกออกมา

สังเกตได้ว่า grief และ depression มีข้อแตกต่างที่สำคัญ คือ ใน depression จะมีความผิดปกติของพฤติกรรมในการกิน การนอน และมีอารมณ์เศร้าที่รุนแรง อากาารที่เป็นค่อนข้างคงที่ มีการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าและความภูมิใจในตัวเองมาก และมีระยะเวลาานกว่า อีกทั้ง จะมีความรู้สึกผิดในเรื่องต่างๆไปหลายเรื่อง แต่ grief จะมีอาการเศร้าที่ไม่รุนแรง อากาารที่ปรากฏอาจ มากหรือน้อยเป็นพักๆ และจะค่อยๆดีขึ้นตามเวลาที่ผ่านมาไป และมีความรู้สึกผิดเฉพาะเรื่องที่ได้ทำ หรือไม่ได้ทำต่อผู้ที่เสียชีวิต

### **ปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย**

การที่คนเราจะสามารถผ่านพ้นช่วงระยะเวลาต่างๆของขบวนการความเศร้าโศกจนถึง สิ้นสุดลงได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ แต่ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากสำหรับบุคคลหนึ่งอาจ

จะไม่มีหรือมีอิทธิพลน้อยสำหรับอีกบุคคลหนึ่ง จากการศึกษาที่ผ่านมา Pavkes (1980)<sup>(44)</sup> กล่าวว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ได้แก่

### 1) ปัจจัยภายนอก

1.1 ความหมายของสิ่งที่จะสูญเสีย (meaning the loss) หากเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อครอบครัวมาก ความเศร้าโศกก็จะมีอาการที่แสดงออกรุนแรงมาก

1.2 ลักษณะของสัมพันธภาพ (qualities of the relationship) ลักษณะที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันมาก การตัดขาด การแยกจากจะยากมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส หรือบิดา มารดาและบุตร

1.3 บทบาทของผู้ป่วย (roles of the patient) เมื่อมีภาวะใกล้ตายเกิดขึ้น ย่อมทำให้ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือ เพื่อนร่วมงาน อยู่ในภาวะเสียสมดุล และหากผู้สูญเสียมีหน้าที่รับผิดชอบมาก ก็จะส่งผลกระทบมาก เช่น การสูญเสียผู้นำครอบครัว หรือผู้หาเลี้ยงครอบครัว การแบกรับหน้าที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกในครอบครัว ก็จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเศร้าโศกและระยะเวลาในการปรับคืนสู่ภาวะสมดุลของสมาชิกในครอบครัว

1.4 อายุของผู้เศร้าโศก (age of the griever) อายุที่แตกต่างกัน จะมีมุมมองเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นต่างกัน การมองความหมาย หรือจัดการกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นก็ต่างกัน มีการศึกษาพบว่า ผู้สูญเสียที่มีอายุน้อยจะจัดการกับความเศร้าโศกได้ไม่ดีเท่ากับที่มีอายุมากกว่า

1.5 เพศของผู้เศร้าโศก (griever's sex-role conditioning) บทบาททางเพศเป็นตัวกำหนดการรับรู้ ของบุคคลให้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมว่าควรจะทำอย่างไร โดยเพศชายสังคมคาดหวังว่าจะต้องรักษาบุคลิกภาพภายนอกให้ดูสุขภาพและควบคุมตนเองได้ เพศหญิงจะเป็นฝ่ายสามารถแสดงความรู้สึก หรืออารมณ์ต่างๆออกมาได้

1.6 สภาพจิตของผู้เศร้าโศก (griever's mental status) หากเป็นคนที่มีความบุคลิกภาพเก็บกด ไม่ค่อยแสดงออก อาการซึมเศร้าจะแสดงอาการเศร้าโศกที่รุนแรงกว่า

1.7 วุฒิภาวะและเชาว์ปัญญาของผู้เศร้าโศก (griever's mutuality & intelligence) หากมีวุฒิภาวะและเชาว์ปัญญาดี ก็จะสามารถปรับตัวโดยใช้กลไกปรับตัวได้ดี

1.8 ประสบการณ์การสูญเสียในอดีต (previous experience with loss) การจัดการกับการสูญเสียครั้งก่อน หากผ่านความเศร้าโศกมาได้ดี ก็จะสามารถเผชิญและจัดการความสูญเสียและความเศร้าโศกได้ดีในครั้งนี้

### 2) ปัจจัยภายใน

2.1 ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย (patient's unique characteristic) สังคมโดยทั่วไปเชื่อว่าผู้สูงอายุควรจะต้องถึงแก่กรรมก่อน ดังนั้น หากต้องสูญเสียเด็กหรือผู้ที่มีอายุน้อย จะทำให้เกิดความเศร้าโศกได้มากกว่าผู้ที่ต้องสูญเสียผู้สูงอายุ

2.2 บริบทของภาวะใกล้ตาย (context of the dying) สภาพแวดล้อมในขณะภาวะใกล้ตายมีอิทธิพลต่อกระบวนการเศร้าโศก เช่น สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสเตรียมใจไว้ก่อนสำหรับความตายที่จะมาถึงหรือไม่ อะไรเป็นสาเหตุของการตาย และเกิดขึ้นที่ใด โดยลักษณะการตาย แบ่งได้เป็น natural, accidental, suicidal และ homicidal ซึ่งจะทำให้มี grief ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ สถานที่ หรือการมีเวลาเตรียมใจก่อนหรือไม่ก็ส่งผลด้วย แต่หากเป็นการตายอย่างเฉียบพลัน การปรับตัวยอมรับและสิ้นสุดกระบวนการเศร้าโศกจะกระทำได้ยากกว่า

2.3 ระบบสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ (available support system) การมีสัมพันธภาพกันมานานจะช่วยให้บุคคลสนใจที่จะดูแล เอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากกว่าสัมพันธภาพที่เพิ่งเริ่มต้น การดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองในเครือญาติและสังคม ช่วยให้ความเศร้าโศกผ่านพ้นได้เร็วขึ้น

2.4 พื้นฐานทางวัฒนธรรม (culture background) แต่ละวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรมแสดงออกถึงความเศร้าโศก ถ้าหากสังคมยอมรับการแสดงออกได้ จะช่วยให้มากกว่าการเก็บกดความรู้สึกต่างๆเอาไว้ ความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนา มีผลต่อ grief แต่ยังไม่มีการศึกษาแน่ชัดว่ามากน้อยแค่ไหน

2.5 สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic status) หากผู้สูญเสียเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ปัญหาความเศร้าโศกจะรุนแรงมาก เพราะส่งผลกระทบต่อระบบการเงินและการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว

2.6 พิธีกรรมเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย (funerary rituals) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนามีส่วนช่วยให้เกิดการยอมรับความตายที่จะมาถึง โดยมีสังคมเข้ามาช่วยให้เกิดการยอมรับได้เร็วขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะพบว่าเป็นปัจจัยที่ควรคำนึงเมื่อเกิดภาวะความเศร้าโศกจากการสูญเสียขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ไมล์ส์<sup>(45)</sup> ศึกษาบทบาทของผู้ป่วย ลักษณะของสัมพันธภาพและบริบทของภาวะใกล้ตายหรือการสูญเสีย ที่มีผลต่อสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์และการเจ็บป่วยทางกายของสมาชิกในครอบครัว ที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสียเด็กจากโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง เปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในภาวะปกติ พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่สูญเสียเด็กด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง จะมีความผิด

ปกติทางอารมณ์ คือ มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง และสมาธิในครอบครัวที่สูญเสียทั้ง 2 กลุ่ม จะมีความเครียดมากกว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในภาวะปกติ

ดังนั้น การพิจารณาปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้สามารถประเมินความรุนแรง หากมีภาวะอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียขึ้นได้ รับรู้และเข้าใจถึงความเศร้าโศกได้อย่างถูกต้อง รวมถึงเป็นการแสวงหาแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้มากยิ่งขึ้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกในผู้สูงอายุ

ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์ และสมพร ชินโนรส<sup>(46)</sup> ศึกษาภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียคู่อชีวิต โดยศึกษาปฏิกิริยาต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งสามีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถคว่ำ และผู้ป่วยมีภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียสามี แต่ยอมรับการเสียชีวิตของสามีได้อย่างสงบ ปัจจัยที่สำคัญ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว ผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อน นอกจากการช่วยให้กำลังใจแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ผลการศึกษายังพบว่าบุคคลที่สูญเสียคู่อชีวิตจะได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมากที่สุด แรงสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยลดความโศกเศร้าได้มากที่สุด และแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับความเศร้าโศกได้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย<sup>(39)</sup> ศึกษาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและแนวทางการดูแลรักษาตามหลักการของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีกระบวนการรักษา คือ จะเชื่อมโยงให้บุคคลที่ประสบกับการสูญเสียนั้น เข้าใจว่าประสบการณ์ดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกหรืออาการของโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้คนนั้นระบายนามณ์ ความรู้สึก ถ่ายทอดประสบการณ์การสูญเสียให้ผู้รักษาได้รับฟัง และพิจารณาความสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลที่เสียชีวิตนั้น อย่างถูกต้องตรงกับความจริงมากขึ้น และพัฒนาความสัมพันธ์ใหม่เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุน ประคับประคองทางสังคมเพิ่มเติม โดยมีผลสรุปอธิบายได้ว่า หากได้ช่วยเหลือบุคคลที่ประสบกับการสูญเสีย ให้สามารถยอมรับและผ่านพ้นประสบการณ์การสูญเสีย และมีแหล่งสนับสนุน ประคับประคองทางสังคมที่ดี จะสามารถช่วยให้บุคคลนั้นผ่านพ้นความเศร้าโศกนั้นไปได้

ธนา นิลชัยโกวิท<sup>(47)</sup> ได้อธิบายว่าอาการซึมเศร้าที่รุนแรงกว่าปฏิกิริยาปกติที่เกิดขึ้นต่อการสูญเสีย ได้แก่

- 1) ความรู้สึกผิดในเรื่องอื่นๆ นอกเหนือจากที่เกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าตนควรทำ หรือไม่ควรทำ ในช่วงที่ผู้ตายเสียชีวิต
- 2) คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย นอกเหนือจากความรู้สึกอยากตายแทน หรืออยากตายไปพร้อมกับผู้เสียชีวิต
- 3) คิดหมกมุ่นว่าตนเองนั้นไร้ค่า ไม่มีความหมาย
- 4) มีการเคลื่อนไหวและความคิดช้าอย่างชัดเจน (marked psychomotor retardation)
- 5) มีการบกพร่องของการปฏิบัติหน้าที่ทั้งทางสังคมและการงานอย่างมาก เป็นเวลานาน
- 6) มีอาการประสาทหลอน นอกเหนือไปจากการคิดว่าได้ยินเสียง หรือมองเห็นภาพของผู้ตายเป็นช่วงขณะสั้นๆ ซึ่งอาจพบได้ในปฏิกิริยาปกติ

ด้วยจากเหตุผลหลายประการที่ผ่านมา H.G. Prigerson<sup>(14)</sup> จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ที่เรียกว่า Inventory of Complicated Grief, ICG และได้ทำการทดสอบเครื่องมือดังกล่าว พบว่าเป็นเครื่องมือที่ดีในการใช้ประเมินผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียโดยมี validity และ reliability ที่ดี มีค่า cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94 ซึ่งเป็นค่าแสดงถึง internal consistency ของเครื่องมือ พร้อมทั้งใช้เครื่องมือดังกล่าวมาร่วมศึกษาเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และหลังจากบำบัดแล้วพบว่าดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น รับฟังและเข้าใจได้ง่ายขึ้น รวมถึงมีการเข้ากลุ่มทำกิจกรรมมากขึ้น

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ<sup>(3,29)</sup> อธิบายได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งที่ผู้สูงอายุตอบสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือการพลัดพรากในสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจมีความหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น รู้สึกเบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว รู้สึกท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองว่าไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการรุนแรงอาจจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้สูงอายุบางรายที่แสดงออกด้วยการหงุดหงิด โมโหง่าย ทะเลาะกับบุตรหลานบ่อยครั้ง น้อยใจง่าย และมักมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย เช่น ใจสั่น ปวดหัว ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ หรือท้องอืด ท้องเฟ้อ และเมื่อแพทย์ตรวจแล้วกลับไม่พบความผิดปกติใดๆ ที่รุนแรง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนี้ มักเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุร่วมกัน

ทั้งสาเหตุจากทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และทางด้านสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) สาเหตุทางด้านร่างกาย ที่พบบ่อยได้แก่ พันธุกรรม หรือมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางตัวในสมอง การมีพยาธิสภาพในสมอง เช่น มีการเสื่อมของเซลล์ประสาท หรือมีการฝ่อของสมองบางส่วน หรือเป็นโรคทางกายที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคต่อมธัยรอยด์ ฯลฯ หรือเป็นผลข้างเคียงจากยาที่รับประทานเป็นประจำ เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ยาขับปัสสาวะ หรือยารักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น

2) สาเหตุทางด้านจิตใจ ที่พบบ่อยได้แก่ การที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความผิดหวัง เสียใจ น้อยใจ หรือมีความเครียดในเรื่องต่างๆและทำให้เกิดเป็นความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ สาเหตุที่มักพบบ่อย ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท การสูญเสียหน้าที่การงาน หรือบทบาทในครอบครัว การย้ายที่อยู่ อาการเจ็บป่วยทางกายที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด หรือเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคข้อ โรคมะเร็ง เป็นต้น หรือการที่บุตรหลานไม่ปรองดองกัน ไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลาน เนื่องจากเห็นว่าอายุมากแล้วไม่ทันต่อเหตุการณ์ หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมทั้ง การมีบุคลิกภาพดั้งเดิมเป็นคนที่ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง มองตนเองในด้านลบบ่อยๆ หรือชอบพึ่งพาผู้อื่น

3) สาเหตุทางด้านสังคม ที่พบบ่อยได้แก่ การปรับตัวไม่ได้ต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย การประสบเหตุการณ์ความเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน การทะเลาะเบาะแว้งของคนในครอบครัว เป็นต้น

ปัจจัยดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ<sup>(48-50)</sup> พบว่า ความรู้สึกทุกข์ที่ได้รับเกิดจากการสูญเสียชีวิตบุคคลอันเป็นที่รัก ความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเหมือนกับคนทุกชาติ ทุกภาษา แต่หากเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิงแล้ว เพศหญิงจะมีความรู้สึกเศร้าโศกมากกว่า อาจเพราะเพศหญิงมีจิตใจอ่อนไหวง่าย จึงเกิดความสะเทือนใจได้ง่ายกว่าเพศชาย และเพศหญิงมีความผูกพัน มีความทุ่มเทความรักมากกว่าเพศชาย ความรู้สึกเช่นนี้ก่อให้เกิดการดูแลใส่ใจทั้งเรื่องทุกข์ สุข ของคนที่รักเสมอ หากต้องสูญเสียบุตร คู่สมรส บิดามารดา เพศหญิงจะรู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก เหมือนขาดความมั่นคงในชีวิต และจะมีอาการทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจรุนแรงมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้ เพราะความรู้สึกที่เกิดอารมณ์เศร้าโศกเป็นเรื่องที่พบได้ตามปกติ แต่มีปัจจัยบางอย่างที่อาจส่งผลทำให้ต้องเผชิญกับความเศร้าโศก



ได้ยากลำบากมากขึ้น และเกิดผลเสียตามมา เช่น ผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัวกลายเป็นคนที่วิตกกังวล (Anxiety disorder) หรือมีภาวะซึมเศร้า (Depression) เกิดขึ้น โดยจะสรุปแบ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกได้ ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บุคคลที่มีความเศร้าโศกป่วยเป็นโรคจิตประสาทอยู่ก่อนหน้านั้นแล้ว ทำให้กลไกที่ใช้เผชิญกับความเศร้าโศกอาจจะไม่ดีเท่าที่ควร บุคคลนั้นเคยเกิดประสบการณ์ของการสูญเสียมาก่อน หรือได้รับการสูญเสียหลายครั้งในเวลาต่อเนื่องกัน หรือมีความเชื่อทางศาสนา และค่านิยมที่แตกต่างกัน

2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของครอบครัว หากในครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ที่เสียชีวิตมากเท่าไร ความรู้สึกที่เกิดอารมณ์เศร้าโศกก็เกิดขึ้นได้มากเท่านั้น ในทางกลับกัน หากผู้ที่เสียชีวิตเคยมีการทะเลาะกันหรือมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กันมาก่อน แล้วยังไม่มีการสื่อสารที่ดีระหว่างกันก่อนเกิดเหตุการณ์ที่สูญเสียขึ้น ก็อาจทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติภายหลังได้

3) ปัจจัยที่เกิดจากลักษณะของการเสียชีวิต เช่น เกิดการเสียชีวิตลงอย่างกะทันหัน หรือผู้ที่เสียชีวิตมีอายุน้อยและคนในครอบครัวคิดว่ายังไม่ถึงเวลาที่จะต้องเสียชีวิต ครอบครัวที่ได้รับการสูญเสียก็จะมีอารมณ์เศร้าโศกได้ยากลำบากกว่า

4) ปัจจัยทางจิตสังคม หากผู้ที่ได้รับความสูญเสียเป็นบุคคลที่ไม่ค่อยมีเพื่อน หรือคนอื่น ๆ ที่จะให้คำปรึกษา ก็จะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกมากกว่าปกติ และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

5) ปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการจัดการอารมณ์เศร้าโศก เช่น การใช้ยากล่อมประสาท ยาถอนหลับ หรือการใช้สารเสพติด ก็จะทำให้การยอมรับความจริงของการสูญเสียที่เกิดขึ้นทำได้ยากลำบากมากขึ้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล<sup>(51)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสมาเป็นเวลาไม่เกิน 5 ปี ของจังหวัดจันทบุรี พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส ( $r = 0.53, p < 0.01$ ) ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสต่างกันมีความเศร้าโศกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) โดยผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสเพศชาย มีความเศร้าโศกมากกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสที่

ได้รับการศึกษามีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหรือญาติพี่น้องมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวดีมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี และผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสมาเป็นเวลา 1, 2 และ 3 ปี มีความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสเป็นเวลา 4 และ 5 ปี และยังพบอีกว่า ระยะเวลาที่สูญเสียคู่สมรสสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวดีและไม่ดี การศึกษาในระดับประถมศึกษา สามารถร่วมทำนายความเครียดของสูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสได้ร้อยละ 29

มานิช ทับมณี<sup>(52)</sup> ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.1 และพบว่า การเป็นเจ้าของบ้าน แหล่งที่มาของรายได้ ความพึงพอใจในรายได้ โรคประจำตัว สุขภาพทั่วไป การออกกำลังกาย และการให้คำแนะนำแก่คนอื่น มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) และยังพบอีกว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส การติดต่อกับลูกหลาน และการเป็นสมาชิกชมรม มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) สำหรับสถานภาพการทำงาน และจำนวนสมาชิกภายในบ้าน ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า

วิยะดา ตันวัฒนากุล และคณะ<sup>(53)</sup> ศึกษาภาวะซึมเศร้า และการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การมีโรคประจำตัวบางโรค เช่น โรคเรื้อรัง โรคเอดส์ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การสูญเสียทรัพย์สิน และการสูญเสียญาติ พ่อแม่ พี่น้อง ผู้สูงอายุที่เคยทำร้ายตนเองมีอยู่ร้อยละ 15.8 ส่วนใหญ่ทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง โดยการใช้ของมีคมหรือของแข็งทำร้ายตนเอง รองลงมาคือ การผูกคอต ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลจะมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการซึมเศร้าและทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทำร้ายตนเอง และ 2) ปัจจัยข้อมูลพื้นฐาน ปัจจัยที่มีผลต่อการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเคยคิดฆ่าตัวตาย รองลงมา คือ ภาวะซึมเศร้า สถานภาพสมรส โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ คิดเป็นร้อยละ 98.3 ผู้สูงอายุที่ทำร้ายตนเอง และปัจจุบันยังคิดทำร้ายตนเองเป็นประจำ คาดว่าจะมีอยู่ร้อยละ 1.02 หากบุคคลใดมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง และเป็นภาวะที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนบุคคลผู้นั้นไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้เกิดอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่างๆ หรืออาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาของเยาวรัตน์ ชันธิวิชัย<sup>(54)</sup> ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี พบภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 18.6

โดยส่วนใหญ่มีภาวะซีมเศร่าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.7 โดยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังอดุกัน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเฮนเดอร์สัน สก็อตต์, เคย์ บราวน์ และคณะ<sup>(55)</sup> ที่พบว่า การอาศัยอยู่ตามลำพังจะทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคซีมเศร่าได้สูงกว่าการอาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น และจากผลการศึกษาของเยวาร์ตน์ ชันธิชัย<sup>(54)</sup> ยังพบอีกว่า สถานภาพสมรสหย่า รายได้น้อยกว่ารายจ่าย สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเท่านั้น ที่สามารถร่วมทำนายภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุโรคปอดอดุกันเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาได้แก่ รายได้น้อยกว่ารายจ่าย ความรุนแรงของโรคและสถานภาพสมรสหย่า ซึ่งตัวแปรทั้งห้าตัวนี้ สามารถร่วมทำนายภาวะซีมเศร่าของผู้สูงอายุโรคปอดอดุกันเรื้อรังได้ร้อยละ 34.7

#### **แนวทางการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันการเกิดภาวะซีมเศร่าในผู้สูงอายุ<sup>(48-49)</sup>**

ภาวะซีมเศร่าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือรับมือกับสาเหตุของภาวะซีมเศร่า ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนี้

##### **1) การดูแลตนเองทางด้านร่างกาย**

1.1 การรับประทานอาหารอย่างหลากหลายเหมาะสมกับวัยให้ครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้สดจำนวนมากๆ ทำให้สุขภาพร่างกายสดชื่นตลอดวัน รวมทั้งการรับประทานโปรตีนจากเนื้อปลา หากร่างกายไม่ได้รับอาหารที่พอเพียง จะส่งผลให้เกิดภาวะซีมเศร่า อ่อนเพลีย และไม่มีแรง

1.2 ออกกำลังกายทุกวัน โดยใช้วิธีที่ง่ายๆ เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เช่น เดินเล่นในสถานที่ ที่มีอากาศบริสุทธิ์ตอนเช้าหรือตอนเย็น ฝึกออกกำลังกายแบบชิ่ง ไข่ไก่ รำกระบอง หรือว่ายน้ำ จะช่วยให้ระบบต่างๆ ในร่างกายได้รับการเติมพลังอยู่ตลอดเวลา และทำงานประสานกันได้ดีทั้งระบบประสาท กล้ามเนื้อ และจิตใจ

1.3 เข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำปี หากมีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง หรือมีความผิดปกติอื่นจะได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ ไม่ปล่อยทิ้งไว้จนเกิดความรุนแรง

##### **2) การดูแลตนเองทางด้านจิตใจ**

2.1 สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ด้วยการตั้งมั่นอยู่ในความดี มีความคิดดี พุทธิดี และทำดี จะช่วยให้เรามีความสุข จิตใจแจ่มใสไม่ขุ่นมัว อารมณ์ดี

2.2 ตระหนักในคุณค่าของตนเองที่มีต่อบุตรหลาน และบุคคลอื่น ชื่นชมและภาคภูมิใจในตนเอง อย่ามองตนเองว่าไร้ค่า หรือรู้สึกท้อแท้ เปื่อหน่าย

2.3 ดำเนินชีวิตอย่างเรียบง่าย จะทำให้ระบบประสาททำงานอย่างราบรื่น ไม่ตึงเครียด และวิตกกังวล

2.4 ไม่ปล่อยให้ตนเองอยู่ว่าง หางานอดิเรก หรือสิ่งที่ตนสนใจอยากทำแต่ไม่มีโอกาสทำเมื่ออยู่ในช่วงวัยที่ต้องทำงาน ซึ่งอาจนำมาซึ่งรายได้และเป็นวิธีการคลายเครียดต่างอีกทางหนึ่ง หรือการออกกำลังกายตามอัธยาศัยอย่างสม่ำเสมอ

2.5 ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น พุดคุย ทำกิจกรรม หรือใช้เวลาว่างทำอาหารร่วมกันให้บุตรหลานรับประทาน ไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด ไปทำบุญที่วัด ดูโทรทัศน์ หรือออกกำลังกายร่วมกัน เป็นต้น

2.6 สร้างคุณค่าเพิ่มให้กับตนเองด้วยการอุทิศตัวให้เป็นประโยชน์กับสังคม ด้วยการทำบุญ การบริจาคทรัพย์ให้เป็นประโยชน์กับผู้อื่น การช่วยเหลือบุคคลอื่นด้วยการให้คำแนะนำ ให้คำอวยพร ให้กำลังใจ หรือแสดงความเอื้ออาทรต่อบุคคลอื่น จะนำมาซึ่งความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับ จะช่วยให้รู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา รู้สึกกระชุ่มกระชวย

2.7 แสวงหาความสงบสุขทางใจ ด้วยการฝึกทำสมาธิ สวดมนต์ ศึกษาธรรมะจากหนังสือ หรือสนทนาธรรมกับผู้รู้ จะช่วยให้จิตใจสงบ เข้าใจธรรมชาติหรือความเป็นจริงของชีวิต ไม่ฟุ้งซ่าน สามารถปล่อยวางปัญหาต่างๆได้

2.8 อยู่ใกล้ชีวิตธรรมชาติให้มากที่สุด เช่น หาโอกาสทำงานในสวนดอกไม้ หรือสวนผัก สูดอากาศบริสุทธิ์จากป่าเขาลำเนาไพร สัมผัสสายลมและแสงแดดบ้าง เพื่อเป็นการผ่อนคลายจิตใจ

2.9 สำหรับผู้ที่อยู่คนเดียว ควรหาสัตว์เลี้ยงไว้รับผิดชอบดูแล ไม่ว่าจะป็นสุนัข แมว หรือสัตว์ใดๆก็ตามที่ชอบ เพื่อให้รู้สึกว่ามีความรับผิดชอบ มีความรัก และมีการสื่อสารกับสัตว์เลี้ยงเหล่านั้น

### 3) การดูแลตนเองทางด้านสังคม

การเข้าสังคมเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์กับตนเองและผู้อื่น เช่น การสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จะช่วยให้มีเพื่อนใหม่ๆได้ทดลองทำกิจกรรมใหม่ๆ ช่วยให้จิตใจกระชุ่มกระชวย คลายความอ้างว้าง อย่างไรก็ตาม เมื่อได้พยายามปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้นแล้ว แต่ปรากฏว่ายังเกิดภาวะซึมเศร้าได้อีก ผู้สูงอายุเอง บุตรหลาน ญาติ หรือผู้ดูแล ก็อย่าได้ตกใจเพราะอาจเป็นผลมาจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง หรือเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

3.1 หลีกเลี่ยงการอยู่คนเดียว เมื่อมีอาการเริ่มเรื้อรังเกิดขึ้นควรรหาคนพูดคุยด้วย การพบปะพูดคุยกับผู้อื่นเป็นการผ่อนคลายความเครียด จะเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน ไม่เจ็บปวด และอย่าด่วนตัดสินใจเรื่องที่สำคัญต่อชีวิต เพราะขณะที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้านี้ การมองสิ่งต่างๆ จะมองในแง่ลบ อาจทำให้การตัดสินใจผิดพลาดขึ้นได้ ควรเลื่อนการตัดสินใจออกไปก่อน หากว่าจำเป็นหรือเห็นว่าปัญหานั้นเป็นสิ่งที่กีดกันทำให้ตนเองทำอะไรอย่างใด ก็ควรปรึกษาผู้ใกล้ชิดหลายๆ คนให้ช่วยคิด

3.2 ทำกิจกรรม งานอดิเรกที่ชอบ หรือเลือกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกดีๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เย็บปักถักร้อย ไปเที่ยวสวนสาธารณะ ไปเที่ยวชายทะเล เป็นต้น

3.3 ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่น เข้าชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด หรือออกกำลังกายเป็นประจำ หรือชวนเพื่อนมาที่บ้าน เป็นต้น

3.4 หากมีอาการผิดปกติ รีบไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษาโดยไม่ต้องอาย เนื่องจากโรคนี้ ถือเป็นความเจ็บป่วยอย่างหนึ่งที่สามารถรักษาให้ดีขึ้นและหายขาดได้ การรักษาหลักโดยมากแพทย์จะให้ยาต้านเศร้า รับประทานยาอย่างน้อยประมาณ 6 เดือนขึ้นไป ในรายที่เคยป่วยมาก่อนอาจต้องรับประทานยาอย่างน้อย 2 ปี เพื่อรักษาและป้องกันอาการซึมเศร้า ซึ่งอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น ง่วงนอน ยาวางตัวอาจทำให้อ่อนไม่หลับ อาจมีการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองด้านจิตใจ การทำพฤติกรรมบำบัดเพื่อปรับแก้ความคิดในแง่ร้าย ต่อตนเอง คิดทางด้านบวกมากขึ้น การให้คำปรึกษา การทำครอบครัวบำบัด ร่วมกับการดูแลและช่วยเหลือทางจิตใจจากสังคม ครอบครัว และคนรอบข้าง

3.5 บุตรหลาน ญาติใกล้ชิด และผู้ดูแล ควรให้การดูแลเป็นพิเศษกว่าปกติ ไม่ควรปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังเป็นเวลานานๆ และมีความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า สิ่งที่เป็นขึ้นนั้นไม่ได้เกิดจากการแกล้งทำ หากแต่เป็นเพราะมีความผิดปกติอยู่ภายในร่างกาย กำลังมีความเจ็บป่วยอยู่ มีความกดดันภายนอกพร้อมกับปัจจัยเสี่ยงหลายๆ อย่าง ทั้งจากทางร่างกายและทางจิตใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและระบบฮอร์โมนต่างๆ ในสมอง เกิดมีอาการต่างๆ ตามมาทั้งกายและใจ อาการ ความคิด มุมมองต่างๆ ก็เปลี่ยนไปด้วย หากทุกคนที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในผู้ที่เป็นแล้ว ความคาดหวังในตัวผู้สูงอายุก็ลดลง ความหงุดหงิด ความคับข้องใจต่างๆ ก็จะลดลง คิดให้อภัยคนที่กำลังเจ็บป่วย คอยสังเกตด้วยว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล มีอารมณ์ช่วงไหน อย่างไร หากมีอาการแจ่มใส อาจชวนพูดคุยถึงเรื่องๆ ที่ผู้สูงอายุเคยชอบ เคยสนใจ บุตรหลานหรือญาติ ควรมีทำทีสบายๆ ใจเย็น พร้อมทั้งจะช่วย พร้อมทั้งจะเข้าใจ หรือใส่ใจให้ความสนใจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดถึงความคับข้องใจ เพราะผู้ที่ทุกข์ใจต้องการอย่างมาก

คือผู้ที่พร้อมจะรับฟังปัญหาของเขาด้วยความเข้าใจ การพูดระบายออกมาเป็นการเปิดโอกาสให้ บุตรหลาน ญาติ หรือผู้ดูแล ได้เห็นชัดเจนว่าปัญหาหรือสิ่งสำคัญสำหรับเขาคืออะไร เมื่อได้พูด ระบายความรู้สึกคับข้องใจออกมา จิตใจจะรู้สึกผ่อนคลาย แต่หากได้พูดคุยแล้วเห็นว่ายังมีความ ท้อแท้ มีความซึมเศร้าอยู่สูง หรือมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่ผิดปกติ อย่าได้ วางใจควรรีบพาไปปรึกษาแพทย์ทันที



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาถึงภาวะ ซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าใตจกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัด นนทบุรี ผู้วิจัยได้ดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

- 1) ประชากร
- 2) กลุ่มตัวอย่าง
- 3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้ง เพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองนนทบุรี และอำเภอปากเกร็ด จำนวน 19,190 คน (สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระบรมราชินี ประจำจังหวัด นนทบุรี: สานข้อมูล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2552)

#### กลุ่มตัวอย่าง (Population sample)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและ เพศหญิง ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เขตอำเภอเมืองนนทบุรี และอำเภอปากเกร็ด จำนวน 400 คน โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

- 1) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$\text{คำนวณจากสูตร } n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

z = ค่า z จากตาราง z เมื่อ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

p = ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ = 0.32<sup>(37)</sup>

q = 1 - p = 0.68

d = ความคลาดเคลื่อน = 0.05

สามารถคำนวณหากลุ่มตัวอย่างได้จากจำนวนผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งหมด 19,190 คน ดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.32) (0.68)}{(0.05)^2}$$

$$= 334.37 \text{ คน}$$

หลังจากแทนค่าในสูตร จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 334 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนขึ้นอีก 20%

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างทั้งหมด = 400 คน

## 2) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เนื่องจากจังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วยอำเภอเมือง และอำเภออื่นๆ อีกจำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางบัวทอง อำเภอบางใหญ่ อำเภอบางกรวย อำเภอไทรน้อย และอำเภอปากเกร็ด โดยผู้วิจัยพบว่า อำเภอเมือง มีความแตกต่างกับอำเภออื่นๆทางด้านลักษณะสังคม เศรษฐกิจและความหนาแน่นของประชากร ผู้วิจัยจึงเลือกอำเภอเมืองเป็นตัวแทนมา 1 อำเภอ ส่วนอำเภออื่นๆที่เหลือ จำนวน 5 อำเภอ มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันทางด้านสังคมประชากร ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกอำเภออื่น นอกจากอำเภอเมืองมา 1 อำเภอ โดยใช้วิธีการจับสลากและได้อำเภอปากเกร็ด เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ลักษณะตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุด

2.2 อำเภอเมืองนนทบุรี มีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 33 ชมรม และมีจำนวนสมาชิกจำนวน 5,674 ราย ผู้วิจัย คำนวณตามสัดส่วนของแต่ละอำเภอ โดยคิดเทียบอัตราส่วนจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของอำเภอเมืองนนทบุรี และแทนค่า ได้ดังนี้

$$\frac{5,674 \times 400}{19,190} = 118.27$$

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บตัวอย่างจากอำเภอเมือง จำนวน 118 ราย

และใช้วิธีเดียวกันนี้กับเขตอำเภอที่เหลือ โดยคิดเทียบอัตราส่วนจากจำนวนประชากรที่เหลือทั้งหมดของทั้ง 5 อำเภอ และแทนค่าได้ ดังนี้

$$\frac{13,516 \times 400}{19,190} = 281.73$$

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บตัวอย่างจากอำเภอที่เหลือนี้ จำนวน 282 ราย



2.3 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก และมาร่วมประชุม หรือทำกิจกรรมประจำเดือนของชมรม

2.4 ผู้วิจัยทำการนัดหมายประธานชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชมรม และแจ้งขอลงพื้นที่ โดยผู้วิจัยพิจารณาการทำแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

ประชากรเป้าหมาย (Target population) ได้แก่ ผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี

ประชากรตัวอย่าง (Sample population) ได้แก่ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งใช้ในการเก็บข้อมูลช่วงประมาณเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน ปีพ.ศ. 2553 โดยเป็นผู้ที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกออก (exclusion criteria) ของการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) สามารถอ่านออก เขียน หรือ สื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

#### เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายหรือมีอาการป่วยมากจนไม่สามารถร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม หรือมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวช
- 2) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านความจำ การอ่าน การได้ยิน การมองเห็น หรือมีปัญหาทางด้านสื่อสาร

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

##### เครื่องมือที่ใช้วัด

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** มีข้อคำถาม 17 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ฐานะการเงินของครอบครัว ลักษณะที่พักอาศัย ผู้ร่วมพักอาศัย สิทธิการรักษา การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย และผู้ให้การดูแล เป็นต้น

**ส่วนที่ 2: ตอนที่ 1 แบบประเมินภาวะสูญเสีย** มีข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ บุคคลที่เสียชีวิต ระยะเวลาที่เสียชีวิต ความสัมพันธ์ ลักษณะเหตุการณ์การเสียชีวิต ลักษณะการเตรียมความพร้อม การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เป็นต้น

**ตอนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG) มีข้อคำถาม 19 ข้อ พัฒนาโดย Holly G. Prigerson<sup>(14)</sup>** เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาคำตอบด้วยตัวเอง มีค่า cronbach's alpha coefficient โดยรวมเท่ากับ 0.94 ในแต่ละข้อคำถาม มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย, 1 คะแนน หมายถึง นานๆ ครั้ง, 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง, 3 คะแนน หมายถึง บ่อยๆ และ 4 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ จากนั้น คิดคะแนนรวมของการประเมินและแปลผลโดยถือว่า คะแนนรวมของ ICG ที่มากกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (complicated grief or bereavement)

แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97

**ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุและคณะ รวมทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศ พัฒนาขึ้น<sup>(7)</sup>** โดยให้ผู้สูงอายุ ตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเอง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เวลาที่ผู้สูงอายุไทยใช้ในการทดสอบเท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 และเพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93<sup>(7)</sup>

สำหรับเกณฑ์กำหนดคะแนน กลุ่มคณะผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ให้ค่าคะแนนรวมของ TGDS ตั้งแต่ 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุของไทย ค่าคะแนนตั้งแต่ 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย ค่าคะแนนตั้งแต่ 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลางและค่าคะแนนตั้งแต่ 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง โดยกำหนดให้ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี มีค่า cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90

**ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของพีรพันธ์ ลือบุญวิรัชชัย<sup>(39)</sup>** ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 1 ข้อ และข้อ

คำถามที่มีความหมายทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2-7 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ น้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 การให้คะแนนและการแปลผล คะแนนรวมจะอยู่ตั้งแต่ 0-35 คะแนน เนื่องจากลักษณะการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบปกติ (normal distribution) จึงจัดกลุ่มข้อมูลโดยอาศัยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, S.D.) ความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี แสดง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93<sup>(39)</sup>

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.88

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

1) เสนอโครงการวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับการพิจารณาทางจริยธรรม

2) ขอลงหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเข้าพบเลขาธิการฝ่ายสวัสดิการและพิทักษ์คุ้มครองสิทธิ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนนทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอคำแนะนำและความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

3) นัดเวลาและเข้าพบประธานชมรมผู้สูงอายุของอำเภอเมืองนนทบุรี และอำเภอที่เหลือของจังหวัดนนทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลจำนวน 8-12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2553 ทำการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว

4) สัมภาษณ์ชื่อชมรมผู้สูงอายุ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนด และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มต้นจากแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการตอบแบบสอบถามให้แก่ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และให้ลงชื่อแสดงความยินยอม

5) เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และแบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว พร้อมทั้ง ตรวจสอบ

ความถูกต้องของแบบสอบถามที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน จัดทำการลงรหัส (coding) และทำการตรวจสอบรหัสด้วยผู้วิจัยเอง

6) นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Statistics Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows version 16 นำเสนอความชุกของภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เป็นค่าความถี่และร้อยละ ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้การทดสอบแบบไคสแควร์ (chi-square test) และใช้การทดสอบแบบทีสแควร์ (independent t-test) และ Pearson's correlation ในข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลที่เป็นค่า scores หลังจากนั้น ทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ( $p < 0.05$ ) หลังจากนั้น นำผลวิเคราะห์มาจัดตาราง แปลความหมาย อภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยทางอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน ที่ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย จากอำเภอเมือง และอำเภอปากเกร็ด ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถตอบคำถามด้วยตนเองได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางการอ่าน หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

ผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งได้เป็น 3 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางร่างกาย ข้อมูลทางจิตสังคม และข้อมูลทางอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ และร้อยละ รวมถึง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตสังคม และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางร่างกาย ข้อมูลทางจิตสังคม และข้อมูลทางอารมณ์  
 เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	286	71.5
	ชาย	114	28.5
อายุ	60-64 ปี	127	31.8
	65-69 ปี	108	27.0
	70-74 ปี	80	20.0
	ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป	85	21.2
Mean $\pm$ SD = 68.8 $\pm$ 6.8 ปี , Min = 60 ปี , Max = 91 ปี			
สถานภาพสมรส	โสด	31	7.8
	สมรสแบบอยู่ด้วยกัน	189	47.2
	สมรสไม่ได้อยู่ด้วยกัน	20	5.0
	หย่าร้าง	15	3.8
	หม้าย	145	36.2
ระดับการศึกษาสูงสุด	ไม่ได้รับการศึกษา	46	11.4
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	281	70.3
	ปริญญาตรี	65	16.3
	สูงกว่าปริญญาตรี	8	2.0
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	150	37.5
	ประกอบอาชีพ	250	62.5
ประเภทของอาชีพ (n = 250)	รับจ้าง/อาชีพอิสระ	135	54.0
	ธุรกิจ	67	26.8
	รับราชการ	26	10.4
	ลูกจ้าง พนักงาน	16	6.4
	รัฐวิสาหกิจ	6	2.4

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
การมีรายได้	ไม่มีรายได้	107	26.8
	มีรายได้	293	73.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n = 293)	น้อยกว่า 5,000 บาท	95	32.4
	5,000-9,999 บาท	76	26.0
	10,000-19,999 บาท	68	23.2
	20,000 หรือ มากกว่า	54	18.4
Mean $\pm$ SD = 10,623.5 $\pm$ 10,195.2, Min = 500 , Max = 70,000 บาท			
แหล่งที่มาของรายได้	การประกอบอาชีพ	150	37.5
	บุตร หลาน ให้	106	26.5
	บำนาญ	68	17.0
	อื่นๆ เช่น เงินออม	32	8.0
	คู่สมรส	29	7.2
	ดอกเบี้ยเงินฝาก	15	3.8
ฐานะการเงินครอบครัว	เพียงพอ	307	76.7
	ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	61	15.3
	ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	32	8.0
ลักษณะที่พักอาศัย	บ้านของตนเอง	376	94.0
	หอพัก/อพาร์ทเมนท์	13	3.2
	อาศัยอยู่กับญาติ	11	2.8
ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	อยู่กับบุตร	287	71.8
	อยู่กับคู่สมรส หรือแฟน	171	42.8
	อยู่กับพี่น้อง	36	9.0
	อยู่กับญาติอื่นๆ	31	7.8
	อยู่คนเดียวตามลำพัง	18	4.5
	อยู่กับบิดา มารดา	17	4.2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>		
<input type="checkbox"/> 5 คน	313	78.2
<input type="checkbox"/> 6 คน ขึ้นไป	87	21.8
Median = 4.0, Mode = 3.0, Min = 1, Max = 15 คน		
<b>บทบาทในครอบครัว</b>		
หัวหน้าครอบครัว	218	54.5
สมาชิกในครอบครัว	152	38.0
ผู้อาศัย	30	7.5
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
โครงการ 30 บาท/บัตรผู้สูงอายุ	221	55.2
เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ	131	32.8
ประกันสังคม	16	4.0
จ่ายเงินเอง	30	7.5
อื่นๆ เช่น ประกันชีวิต	2	0.5

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (286 ราย, ร้อยละ 71.5) อายุตั้งแต่ 60–91 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60–69 ปี (235 ราย, ร้อยละ 58.8) ค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 68.8 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพแบบสมรสอยู่ด้วยกัน (189 ราย, ร้อยละ 47.2) มีการศึกษาระดับสูงสุด ต่ำกว่าปริญญาตรี (281 ราย, ร้อยละ 70.3) (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (250 ราย, ร้อยละ 62.5) โดยอาชีพส่วนใหญ่ ได้แก่ อาชีพรับจ้าง/อาชีพอิสระ (135 ราย, ร้อยละ 54.0) และธุรกิจ (67 ราย, ร้อยละ 26.8) และส่วนใหญ่พบว่ามีรายได้ (293 ราย, ร้อยละ 73.2) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (95 ราย, ร้อยละ 32.4) และมีฐานะทางการเงินของครอบครัวแบบเพียงพอ (307 ราย, ร้อยละ 76.7) (ตารางที่ 1)

ลักษณะที่พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเอง (376 ราย, ร้อยละ 94.0) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย (287 ราย, ร้อยละ 71.8) สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เกิน 5 คน (313 ราย, ร้อยละ 78.2) ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.5) มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว และมีสิทธิรักษาพยาบาลโดยใช้โครงการ 30 บาท/บัตรผู้สูงอายุ (ร้อยละ 55.2) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทางร่างกายของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ข้อมูลทางร่างกาย		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
โรคประจำตัวทางกาย	ไม่มี	97	24.2
	มี	303	75.8
<b>ชนิดของโรคประจำตัวทางกาย (n = 303) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>			
โรคความดันโลหิตสูง		162	53.5
โรคข้อเสื่อม		112	37.0
โรคไขมันในเลือดสูง		85	28.5
โรคเบาหวาน		81	26.7
โรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง, โรคกระเพาะ		61	20.1
โรคหัวใจ		32	10.6
โรคไต		5	1.7
ประวัติโรคทางจิตเวช	ไม่มี	376	94.0
	มี	24	6.0
<b>ชนิดของโรคทางจิตเวช (n = 24)</b>			
โรควิตกกังวล		12	50.0
โรคซึมเศร้า		9	37.5
โรคอื่นๆ เช่น โรคเครียด		6	25.0
โรคจิต เช่น หูแว่ว, หวาดระแวง		1	4.2
โรคสมองเสื่อม หรือ อัลไซเมอร์		1	4.2
<b>การรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิต ในช่วงระยะเวลา 1 ปี (n = 24)</b>			
ไม่เคย		396	83.3
เคย		4	16.7
<b>จำนวนครั้งของการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวชในช่วงระยะเวลา 1 ปี</b>			
1 ครั้ง		3	75.0
2 ครั้งขึ้นไป		1	25.0

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทางร่างกายของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

ข้อมูลทางร่างกาย	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>ชนิดของการรักษาโรคทางจิตเวช (n = 24)</b>		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
รักษาด้วยยา	19	79.2
รักษาด้วยจิตบำบัด	9	37.5
อื่นๆเช่น กิจกรรมสังคม	3	12.5
รักษาด้วยไฟฟ้า	1	4.2
<b>ผู้ดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย</b>		
ไม่มีผู้ดูแล	173	43.2
มีผู้ดูแล	227	56.8
<b>ลักษณะของผู้ดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย (n = 227)</b>		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บุตร	156	68.7
คู่สมรส	98	43.2
ญาติพี่น้อง	19	8.4
บิดา มารดา	2.2	1.2
อื่นๆ เช่น ผู้รับจ้างดูแล	2	0.9
<b>การใช้สารเสพติด</b>		
ไม่ใช้	302	75.5
ใช้	98	24.5
<b>ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
<b>แอลกอฮอล์ (n = 57)</b>		
ดื่มบางครั้ง	53	93.0
ดื่มเป็นประจำ	4	7.0
<b>ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง</b>		
(n = 36)		
ใช้บางครั้ง	34	94.4
ใช้เป็นประจำ	2	5.6
<b>บุหรี่ (n = 17)</b>		
สูบบางครั้ง	6	35.3
สูบเป็นประจำ	11	64.7
<b>สารเสพติดชนิดอื่นๆ</b>		
(n = 17)		
ใช้บางครั้ง	11	64.7
ใช้เป็นประจำ	6	35.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.8) มีโรคประจำตัวทางกาย โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาโรคข้อเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 37.0 พบประวัติโรคทางจิตเวช 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.0 โดยพบโรควิตกกังวลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 37.5 และพบว่าในช่วง 1 ปี มีการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวชคิดเป็น ร้อยละ 16.7 โดยส่วนใหญ่พักรักษาตัวเพียงครั้งเดียว (ร้อยละ 75.0) และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา คิดเป็นร้อยละ 79.2 และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยทางกายและจิต มักจะมีผู้ดูแล (ร้อยละ 56.8) โดยพบว่าบุตรหลานเป็นผู้ดูแลมากที่สุด (156 ราย, ร้อยละ 68.7) (ตารางที่ 2)

ข้อมูลการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 24.5 โดยพบว่า ใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์มากที่สุด รองลงมาเป็นยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
ไม่ดี	(< 25.09)	63	15.8
ปานกลาง	(25.09 – 34.33)	276	69.0
ดี	(> 34.33)	61	15.2
Mean ± SD = 29.71 ± 4.62, Min = 9 , Max = 35			

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 276 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ความสัมพันธ์ เหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ใน  
ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

อาการเศร้าโศกจากการสูญเสีย		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>จำนวนบุคคลใกล้ชิดที่เสียชีวิตและทำให้เกิดอาการเศร้าโศกเสียใจในช่วงระยะเวลา 5 ปี</b>			
	มี	400	100.0
	ไม่มี	0	0.0
<b>จำนวนบุคคลใกล้ชิดที่เสียชีวิตและทำให้เกิดอาการเศร้าโศกเสียใจในช่วงระยะเวลา 5 ปี (n = 400)</b>			
	1 คน	304	76.0
	2 คน	72	18.0
	3 คน	14	3.5
	4 คน	7	1.7
	5 คน	1	0.3
	7 คน	1	0.3
	11 คน	1	0.2
<b>ความสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลใกล้ชิดที่เสียชีวิต (n = 400)</b>			
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	เพื่อน	174	43.5
	ญาติพี่น้อง	128	32.0
	คู่สมรส	76	19.0
	บิดา มารดา	55	13.8
	บุตร	22	5.5
	อื่นๆ เช่น หลาน/เขย/สะใภ้	14	3.5
<b>ลักษณะความผูกพันที่มีต่อบุคคลใกล้ชิดที่เสียชีวิต</b>			
บิดา มารดา (n = 55)	ผูกพันมาก	46	83.6
	ผูกพัน	9	16.4
คู่สมรส (n = 76)	ผูกพันมาก	40	52.6
	ผูกพัน	30	39.5
	เฉยๆ	5	6.6
	ไม่ผูกพัน	1	1.3

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ความสัมพันธ์ เหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ใน  
ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>ลักษณะความผูกพันที่มีต่อบุคคลใกล้ชิดที่เสียชีวิต</b>			
บุตร (n = 22)	ผูกพันมาก	18	81.8
	ผูกพัน	3	13.6
	เฉยๆ	1	4.6
ญาติพี่น้อง (n = 128)	ผูกพันมาก	31	24.2
	ผูกพัน	61	47.7
	เฉยๆ	32	25.0
	ไม่ค่อยผูกพัน/ไม่ผูกพัน	4	3.1
เพื่อน (n = 174)	ผูกพันมาก	3	1.7
	ผูกพัน	46	26.4
	เฉยๆ	101	58.1
	ไม่ค่อยผูกพัน/ไม่ผูกพัน	24	13.8
อื่นๆ เช่นหลาน, เขย, สะใภ้ (n = 14)	ผูกพันมาก	5	35.7
	ผูกพัน	4	28.6
	เฉยๆ	2	14.3
	ไม่ค่อยผูกพัน/ไม่ผูกพัน	3	21.4
<b>สาเหตุของการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด (n = 400)</b>			
	ด้วยโรคเรื้อรัง	264	66.0
	โรคเฉียบพลัน/อุบัติเหตุ/ฆ่า ตัวตาย/ถูกทำร้าย/ภัยพิบัติ	136	34.0
<b>บุคคลใกล้ชิดที่เสียชีวิตล่าสุด ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (n = 400)</b>			
	< 2 ปี	121	30.2
	2 ปีขึ้นไป	279	69.8

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ความสัมพันธ์ เหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ใน  
ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ	
<b>ความเตรียมพร้อมเมื่อเกิดการสูญเสียของบุคคลใกล้ชิด (n = 400)</b>			
	ไม่คาดคิด	151	37.8
	เตรียมพร้อม	249	62.2
<b>บิดา มารดา (n = 55)</b>	ไม่คาดคิด	14	25.5
	พอรับรู้บ้าง	19	34.5
	เตรียมพร้อมอยู่แล้ว	22	40.0
<b>คู่สมรส (n = 76)</b>	ไม่คาดคิด	23	30.3
	พอรับรู้บ้าง	33	43.4
	เตรียมพร้อมอยู่แล้ว	20	26.3
<b>บุตร (n = 22)</b>	ไม่คาดคิด	15	68.2
	พอรับรู้บ้าง	5	22.8
	เตรียมพร้อมอยู่แล้ว	2	9.0
<b>ญาติพี่น้อง (n = 128)</b>	ไม่คาดคิด	54	42.2
	พอรับรู้บ้าง	57	44.5
	เตรียมพร้อมอยู่แล้ว	17	13.3
<b>เพื่อน (n = 174)</b>	ไม่คาดคิด	75	43.1
	พอรับรู้บ้าง	95	54.6
	เตรียมพร้อมอยู่แล้ว	4	2.3
<b>อื่นๆ เช่น หลาน, เขย, สะใภ้ (n = 14)</b>	ไม่คาดคิด	8	57.1
	พอรับรู้บ้าง	4	28.6
	เตรียมพร้อมอยู่แล้ว	2	14.3
<b>ความช่วยเหลือของบุคคลรอบข้างเมื่อประสบกับภาวะสูญเสีย</b>			
	ไม่มีเลย	6	1.5
	มี	394	98.5

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ความสัมพันธ์ เหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ใน ชุมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
<b>ปริมาณความช่วยเหลือของบุคคลรอบข้างเมื่อประสบกับภาวะสูญเสีย</b>			
(n = 394)	มีบ้าง	123	31.2
	มีพอสมควร	203	51.5
	มีตลอดเวลา	68	17.3
<b>บุคคลที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (n = 394)</b>			
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	บุตรหลาน	255	64.7
	คู่สมรส	157	39.8
	ญาติพี่น้อง	136	34.5
	เพื่อน	87	21.8
	บิดา มารดา	15	3.8
	อื่นๆ	10	2.5
	ผู้รับจ้างดูแล	4	1.0

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย พบว่ามีผู้ที่ประสบกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดเพียง 1 ราย ในช่วง 5 ปี พบ 304 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.0 และพบว่ามีบุคคลใกล้ชิดที่เสียชีวิตในช่วงเวลาดังกล่าวมากที่สุดถึง 11 คน (1 ราย, ร้อยละ 0.2) ส่วนใหญ่บุคคลที่เสียชีวิตมีความสัมพันธ์เป็นเพื่อน พบ 174 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาที่มีความสัมพันธ์เป็นญาติพี่น้อง พบ 128 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.0 เป็นคู่สมรส พบ 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.0 (ตารางที่ 4)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผูกพันมากกับบิดามารดา (ร้อยละ 83.6) และบุตร (ร้อยละ 81.8) รองลงมาเป็นคู่สมรส หลาน ญาติพี่น้อง และมีความผูกพันน้อยสุดกับผู้เป็นเพื่อน ส่วนใหญ่สาเหตุของการเสียชีวิตเนื่องมาจากโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 66.0 (264 ราย) เสียชีวิตด้วยโรคเฉียบพลัน/อุบัติเหตุ/ฆ่าตัวตาย/ถูกทำร้าย/และภัยพิบัติ คิดเป็นร้อยละ 34.0 (136 ราย) ส่วนใหญ่มีบุคคลที่เสียชีวิตในระยะเวลาที่มากกว่า 2 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 69.8 (279 ราย) และเสียชีวิตน้อยกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.2 (121 ราย) พบว่าส่วนใหญ่มีความเตรียมพร้อมสำหรับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 62.2 (249 ราย) และมีการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอย่างไม่คาดคิด คิดเป็นร้อยละ 37.8 (151 ราย) (ตารางที่ 4)

พบว่า มีมากกว่าครึ่งที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเมื่อประสบกับภาวะสูญเสีย โดยอยู่ในระดับมีพอสมควร คิดเป็นร้อยละ 51.5 (203 ราย) และพบว่าไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือเลย คิดเป็นร้อยละ 1.5 (6 ราย) โดยส่วนใหญ่ผู้มีความสัมพันธ์เป็นบุตรหลาน เป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย คิดเป็นร้อยละ 64.7 (255 ราย) รองลงมาเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 39.8 (157 ราย) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 แสดงอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ปกติ	(0-24 คะแนน)	335	83.8
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ	( $\square$ 25 คะแนน)	65	16.2
Mean $\pm$ SD = 11.16 $\pm$ 11.85, Min = 0 , Max = 49			

ผลการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่มีภาวะอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ปกติ จำนวน 335 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.8 และมีภาวะอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ จำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 6 แสดงภาวะความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ภาวะซึมเศร้า		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	(0-12 คะแนน)	347	86.8
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	(13-18 คะแนน)	31	7.8
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	(19-24 คะแนน)	21	5.2
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	(25-30 คะแนน)	1	0.2
Mean $\pm$ SD = 5.92 $\pm$ 5.697, Min = 0 , Max = 28			

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย มีความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 13.2 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 7.8 รองลงมา ภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.2 น้อยสุดคือภาวะซึมเศร้ารุนแรง พบเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.2 (ตารางที่ 6)



ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตสังคม และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่ซึมเศร้า (n = 347)		ซึมเศร้า (n = 53)		$\chi^2$	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
หญิง = 286	248	86.7	38	13.3	0.001	0.973
ชาย = 114	99	86.8	15	13.2		
<b>อายุ</b>						
75 ปีขึ้นไป	66	77.6	19	22.4	7.781	0.005**
60-74 ปี	281	89.2	34	10.8		
<b>สถานภาพ</b>						
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	174	82.5	37	17.5	7.135	0.008**
สมรส	173	91.5	16	8.5		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้รับการศึกษา	35	76.1	11	23.9	5.142	0.023*
ได้รับการศึกษา	312	88.1	42	11.9		
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	117	78.0	33	22.0	15.986	<0.001**
ประกอบอาชีพ	230	92.0	20	8.0		
<b>รายได้</b>						
ไม่มีรายได้	84	78.5	23	21.5	8.640	0.003**
มีรายได้	263	89.8	30	10.2		

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่ซึมเศร้า (n = 347)		ซึมเศร้า (n = 53)		$\chi^2$	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>จำนวนรายได้เฉลี่ย/เดือน</b>						
< 5,000 บาท	164	81.2	38	18.8	10.983	0.001**
≥ 5,000 บาท	183	92.4	15	7.6		
<b>แหล่งที่มาของรายได้</b>						
จากครอบครัวและอื่นๆ	121	80.7	29	19.3	7.727	0.005**
จากการประกอบอาชีพ	226	90.4	24	9.6		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
ไม่เพียงพอ	62	66.7	31	33.3	42.520	<0.001**
เพียงพอ	285	92.8	22	7.2		
<b>ลักษณะที่พักอาศัย</b>						
คอนโด/อพาร์ทเมนท์/อื่นๆ	15	62.5	9	37.5	13.062	<0.001**
บ้านของตนเอง	332	88.3	44	11.7		
<b>บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย</b>						
พักอยู่คนเดียว	12	66.7	6	33.3	6.614	0.010*
มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย	335	87.7	47	12.3		
<b>คู่สมรส</b>						
ไม่พักอาศัยกับคู่สมรส	189	82.5	40	17.5	8.288	0.004**
พักอาศัยกับคู่สมรส	158	92.4	13	7.6		
<b>บิดา มารดา</b>						
ไม่พักอาศัยกับบิดา มารดา	332	86.7	51	13.3	0.034	0.854
พักอาศัยกับบิดา มารดา	15	88.2	2	11.8		

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่ซึมเศร้า (n = 347)		ซึมเศร้า (n = 53)		$\chi^2$	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>บุตร</b>						
พักอาศัยกับบุตร	246	85.7	41	14.3	0.948	0.330
ไม่พักอาศัยกับบุตร	101	89.4	12	10.6		
<b>พี่น้อง</b>						
ไม่พักอาศัยกับพี่น้อง	315	86.5	49	13.5	0.157	0.692
พักอาศัยกับพี่น้อง	32	88.9	4	11.1		
<b>ญาติอื่นๆ</b>						
ไม่พักอาศัยกับญาติอื่นๆ	318	86.2	51	13.8	1.351	0.245
พักอาศัยกับญาติอื่นๆ	29	93.5	2	6.5		
<b>สิทธิในการรักษา</b>						
โครงการ 30 บาท/บัตรสูงอายุ	187	84.6	34	15.4	1.958	0.162
จ่ายเงินเอง/ประกันสังคม/ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกัน	160	89.4	19	10.6		

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

ผลการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (p < 0.01) สถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ (p < 0.01) ไม่ได้รับการศึกษา (p < 0.05) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (p < 0.01) ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (p < 0.01) ไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ (p < 0.01) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ (p < 0.01) ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง (p < 0.01) การไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส (p < 0.05) และการพักอยู่คนเดียว (p < 0.05) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางร่างกายกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัยทางร่างกาย	ไม่ซึมเศร้า (n = 347)		ซึมเศร้า (n = 53)		$\chi^2$	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>						
มี	256	84.5	47	15.5	5.560	0.018*
ไม่มี	91	93.8	6	6.2		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>						
มี	16	66.7	8	33.3	8.959	0.003**
ไม่มี	331	88.0	45	12.0		
<b>การใช้สารเสพติด</b>						
ใช้	77	78.6	21	21.4	7.554	0.006**
ไม่ใช้	270	89.4	32	10.6		

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ โรคประจำตัวทางกาย (p < 0.05) ประวัติโรคทางจิตเวช (p < 0.01) และการใช้สารเสพติด (p < 0.01) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัยทางจิตสังคม	ไม่ซึมเศร้า (n = 347)		ซึมเศร้า (n = 53)		$\chi^2$	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว</b>						
ไม่ดี	37	58.7	26	41.3	51.076	<0.001**
ปานกลางถึงดี	310	92.0	27	8.0		

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

อารมณ์เศร้าโศก	ไม่ซึมเศร้า (n = 347)		ซึมเศร้า (n = 53)		$\chi^2$	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย</b>						
อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ (n = 65)	53	81.5	12	18.5	1.834	0.176
อารมณ์เศร้าโศกที่ปกติ (n = 335)	294	87.8	41	12.2		
<b>จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตและทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกเสียใจ ในช่วงระยะเวลา 5 ปี</b>						
1 คน	265	87.2	39	12.8	0.195	0.658
2 คนขึ้นไป	82	85.4	14	14.6		
<b>ประเภทของบุคคลที่เสียชีวิต</b>						
<b>บิดา มารดา</b>						
มีบิดามารดา เสียชีวิต	46	83.6	9	16.4	0.538	0.463
ไม่มีบิดา มารดา เสียชีวิต	301	87.2	44	12.8		
<b>คู่สมรส</b>						
มีคู่สมรสเสียชีวิต	62	81.6	14	18.4	2.183	0.140
ไม่มีคู่สมรสเสียชีวิต	285	88.0	39	12.0		
<b>บุตร</b>						
มีบุตรเสียชีวิต	17	77.3	5	22.7	1.819	0.177
ไม่มีบุตรเสียชีวิต	330	87.3	48	12.7		
<b>ญาติพี่น้อง</b>						
ไม่มีญาติพี่น้องเสียชีวิต	232	85.3	40	14.7	1.567	0.211
มีญาติพี่น้องเสียชีวิต	115	89.8	13	10.2		

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

อารมณ์เศร้าโศก	ไม่ซึมเศร้า (n = 347)		ซึมเศร้า (n = 53)		$\chi^2$	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ประเภทของบุคคลที่เสียชีวิต</b>						
<b>เพื่อน</b>						
ไม่มีเพื่อนเสียชีวิต	196	86.7	30	13.3	0.000	0.987
มีเพื่อนเสียชีวิต	151	86.8	23	13.2		
<b>อื่นๆ เช่น หลาน เขย สะใภ้</b>						
มีบุคคลอื่นเสียชีวิต	9	64.3	5	35.7	6.369	0.012*
ไม่มีบุคคลอื่นเสียชีวิต	338	87.6	48	12.4		
<b>ความผูกพันที่มีต่อบุคคลที่เสียชีวิต</b>						
ผูกพัน	213	85.2	37	14.8	1.393	0.238
ไม่ผูกพัน	134	89.3	16	10.7		
<b>สาเหตุของการเสียชีวิต</b>						
เสียชีวิตอย่างกะทันหัน	114	83.8	22	16.2	1.535	0.215
เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง	233	88.3	31	11.7		
<b>ระยะเวลาของการเสียชีวิต</b>						
< 2 ปี	108	89.3	13	10.7	0.948	0.330
2 ปีขึ้นไป	239	85.7	40	14.3		
<b>ความเตรียมพร้อมในการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด</b>						
ไม่คาดคิด	124	82.1	27	17.9	4.525	0.033*
พอรับรู้บ้าง/เตรียมพร้อม	223	89.6	26	10.4		
<b>การช่วยเหลือของบุคคลรอบข้างเมื่อประสบกับภาวะสูญเสีย</b>						
ไม่มีการช่วยเหลือ/มีบ้าง	106	82.2	23	17.8	3.474	0.062
มีพอควร, มีตลอดเวลา	241	88.9	30	11.1		

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ต่อ)

อารมณ์เศร้าโศก	ไม่ซึมเศร้า (n = 347)		ซึมเศร้า (n = 53)		$\chi^2$	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>บุคคลที่ให้การช่วยเหลือเมื่อประสบภาวะสูญเสีย</b>						
<b>คู่สมรส</b>						
ไม่มีคู่สมรสให้การช่วยเหลือ	206	84.8	37	15.2	2.10	0.147
คู่สมรสให้การช่วยเหลือ	141	89.8	16	10.2		
<b>บุตร</b>						
มีบุตรให้การช่วยเหลือ	221	86.7	34	13.3	0.004	0.948
ไม่มีบุตรให้การช่วยเหลือ	126	86.9	19	13.1		
<b>บิดา มารดา</b>						
มีบิดามารดาช่วยเหลือ	13	86.7	2	13.3	0.000	0.992
ไม่มีบิดามารดาช่วยเหลือ	334	86.8	51	13.2		
<b>ญาติพี่น้อง</b>						
มีญาติพี่น้องช่วยเหลือ	116	85.3	20	14.7	0.380	0.538
ไม่มีญาติพี่น้องช่วยเหลือ	231	87.5	33	12.5		
<b>เพื่อน</b>						
มีเพื่อนให้การช่วยเหลือ	74	85.1	13	14.9	0.277	0.599
ไม่มีเพื่อนให้การช่วยเหลือ	273	87.2	40	12.8		
<b>อื่นๆ เช่น ผู้ดูแล</b>						
ไม่มี	337	86.4	53	13.6	1.567	0.211
มี	10	100.0	0	0.0		

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น หลานอันเป็นที่รักเสียชีวิต และเป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 11 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคม และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยอาศัยสถิติ independent t-test

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		t	p- value
	Mean	SD		
<b>อายุ</b>				
60 – 74 ปี	5.41	5.316	-3.096	0.002**
ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป	7.82	6.628		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n = 293)</b>				
น้อยกว่า 5,000 บาท	7.00	6.179	3.905	< 0.001**
ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป	4.82	4.938		
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>				
□ 5 คน	6.18	5.899	1.716	0.087
6 คนขึ้นไป	5.00	4.820		
<b>ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว</b>				
ไม่ดี	11.08	6.950	6.687	< 0.001**
ปานกลางถึงดี	4.96	4.870		
<b>ระยะเวลาที่เสียชีวิต</b>				
< 2 ปี	0.11	0.311	-0.972	0.331
2 ปีขึ้นไป	0.14	0.351		
<b>จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตและทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกเสียใจในช่วงระยะเวลา 5 ปี (n = 400)</b>				
1 คน	5.82	5.544	-0.661	0.509
2 คนขึ้นไป	6.26	6.177		

p < 0.05\*, p < 0.01\*\*

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคม และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ อายุ ตั้งแต่ 75 ปี ขึ้นไป รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี (p < 0.01) (ตารางที่ 11)



ตารางที่ 12 แสดงผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ค่าคะแนน	ค่าคะแนน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)	
	Pearson's correlation coefficient	p- value
ค่าคะแนน ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว	- 0.392	<0.001**
ค่าคะแนน Inventory of Complicated Grief (ICG)	0.170	0.001**

$p < 0.05^*$ ,  $p < 0.01^{**}$

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่า ค่าคะแนนความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางลบกับค่าคะแนนซึมเศร้า ( $p < 0.01$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เท่ากับ -0.392 และค่าคะแนนอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าคะแนนซึมเศร้า ( $p < 0.01$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เท่ากับ 0.170 (ตารางที่ 12)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ตารางที่ 13 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of OR		p-value
		Lower	Upper	
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>				
อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป	2.320	1.023	5.261	0.044*
สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่	1.003	0.236	4.272	0.997
ไม่ได้รับการศึกษา	0.513	0.167	1.582	0.246
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.547	0.862	7.523	0.091
ไม่มีรายได้	0.927	0.357	2.405	0.876
รายได้ที่น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	1.557	0.553	4.382	0.402
ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ	0.958	0.366	2.510	0.930
ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ	4.017	1.813	8.899	0.001**
ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง	2.897	0.853	9.842	0.088
ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	1.427	0.310	6.560	0.648
พักอยู่คนเดียว	1.787	0.430	7.430	0.425
<b>ปัจจัยทางร่างกาย</b>				
โรคประจำตัวทางกาย	1.745	0.607	5.016	5.302
ประวัติโรคทางจิตเวช	2.532	0.781	8.215	0.122
การใช้สารเสพติด	2.398	1.076	5.348	0.033*
<b>ปัจจัยทางจิตสังคม</b>				
ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี	5.458	2.341	12.726	<0.001**
<b>ปัจจัยทางอารมณ์เศร้าไต่กจากการสูญเสียที่ผิดปกติ</b>				
การสูญเสียบุคคลอื่นๆ เช่น หลาน เขย สะใภ้	2.562	0.532	12.334	0.241
การสูญเสียบุคคลอื่นๆที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด	2.122	1.027	4.385	0.042*

\*p < 0.05, \*\* p < 0.01

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ( $p < 0.05$ ) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ( $p < 0.01$ ) การใช้สารเสพติด ( $p < 0.05$ ) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ( $p < 0.01$ ) และการสูญเสียบุคคลอื่นๆ เช่น หลาน/เขย/หรือสะใภ้ ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 13)



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาภาวะซึมเศร้า และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ผู้วิจัยพบว่า อำเภอเมืองมีความแตกต่างกับอำเภออื่นๆ ทางด้านลักษณะสังคมเศรษฐกิจและความหนาแน่นของประชากร ผู้วิจัยจึงเลือกอำเภอเมือง เป็นตัวแทนมา 1 อำเภอ ส่วนอำเภออื่นๆที่เหลือ จำนวน 5 อำเภอ มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันทางด้านสังคมประชากร ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกอำเภออื่น นอกจากอำเภอเมืองมา 1 อำเภอ โดยใช้วิธีการจับสลากและได้อำเภอปากเกร็ด เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ลักษณะตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุด โดยคิดเทียบอัตราส่วนจากจำนวนประชากรและแทนค่าแล้ว ทำการเก็บข้อมูลในเขตอำเภอเมือง จำนวน 118 ราย และในเขตอำเภอที่เหลือ จำนวน 282 ราย ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย จากประชากรทั้งหมดของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 19,190 ราย ผู้เข้าร่วมศึกษาทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยตอบแบบสอบถาม 4 ส่วนด้วยตนเอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ตอนที่ 1 แบบประเมินภาวะสูญเสีย ตอนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG) มีข้อคำถาม 19 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient โดยรวม เท่ากับ 0.94<sup>(14)</sup> แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และนำไปทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) มีข้อคำถาม 30 ข้อ มีคะแนนรวมที่อยู่ตั้งแต่ 0-30 คะแนน การทดสอบความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 และเพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93<sup>(7)</sup> ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Relationship and Functioning Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของ พีรพันธ์ ลือบุญ ธิวัชชัย<sup>(39)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ แบบประเมินนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.88

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม Statistics Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows version 16 นำเสนอความชุกของภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ เป็นค่าความถี่และร้อยละ ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square) หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ( $p < 0.05$ )

### สรุปผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางร่างกาย ข้อมูลจิตสังคม และข้อมูลอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย

**ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.5) เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60–91 ปี ร้อยละ 58.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 60–69 ปี ค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 68.8 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 47.2) และหม้าย (ร้อยละ 36.2) มีการศึกษาระดับสูงสุด ต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 70.3) ร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพ โดยพบประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.0) ประกอบอาชีพรับจ้าง/อิสระ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.2) มีรายได้ ร้อยละ 32.4 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ฐานะทางการเงินของครอบครัวเพียงพอ (ร้อยละ 76.7)

เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.0) พักอาศัยที่บ้านของตนเอง ส่วนใหญ่พักอาศัยกับบุตร (ร้อยละ 71.8) และส่วนใหญ่จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน (ร้อยละ 78.2) ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.5) ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.2) มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากโครงการ 30 บาท/บัตรผู้สูงอายุ

**ข้อมูลทางร่างกาย** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.8 มีโรคประจำตัวทางกาย โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคข้อเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 53.5 และ 37.0 ตามลำดับ และพบประวัติโรคทางจิตเวช ร้อยละ 6.0 โดยโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวล (ร้อยละ 50.0)

และโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 37.5) และพบว่าในช่วง 1 ปี มีการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช คิดเป็น ร้อยละ 16.7 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.0) เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.2) ได้รับการรักษาด้วยยา และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยทางกายและจิตมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.8) มีผู้ดูแล ส่วนใหญ่บุตรหลานเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 68.7 กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 24.5 โดยพบว่า ใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์มากที่สุด รองลงมาเป็นยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง

**ข้อมูลทางจิตสังคม** พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.0

**ข้อมูลทางอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้า** ผลการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ พบว่า มีภาวะอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 16.2 และผลการศึกษาภาวะซึมเศร้า พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 13.2 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 7.8 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 5.2 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 0.2

## ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตสังคม และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย กับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง การไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส การอยู่คนเดียว โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี และการสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น หลานอันเป็นที่รัก การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ( $p < 0.05$ )

## ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี และการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ( $p < 0.05$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งในการศึกษานี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.2 แบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 7.8 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 5.2 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.2 ใกล้เคียงกับศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>(56)</sup> เมื่อปี ค.ศ. 1997 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนมีถึงร้อยละ 15 และจากการศึกษาของ The European Depression (EURODEP) Programme จากผู้สูงอายุทั้งหมด 13,808 ราย ในแถบยุโรป 9 แห่ง พบความชุกของผู้ที่มีโรคซึมเศร้า และผู้ที่มีอาการซึมเศร้าทั้งหมด ร้อยละ 12.3 ในผู้สูงอายุเพศหญิง พบร้อยละ 14.1 ส่วนในผู้สูงอายุเพศชาย พบร้อยละ 8.6<sup>(33-34)</sup> อรรถพรพร ทองแดงและคณะ<sup>(3)</sup> ทำการศึกษาเกี่ยวกับ 35 ชุมชน จาก 4 เขตของกรุงเทพมหานคร คือ เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่ เขตตลิ่งชัน และเขตบางพลัด พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.78 และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ของปราณี ศรีสงคราม<sup>(57)</sup> พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.8 จากการที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักจะพบว่าเป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง น้อยหรือปานกลาง มากกว่าภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง แต่ก็มักจะก่อให้เกิดความบกพร่องหรือความเสื่อมในหน้าที่ด้านต่างๆ เกิดภาวะทุพพลภาพและคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมาก ซึ่งต้องการความช่วยเหลือและการดูแลที่ค่อนข้างสูงจากครอบครัวและผู้ดูแล จึงเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและสำคัญที่ควรให้ความสนใจในผู้สูงอายุ<sup>(58)</sup>

ผลการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของการศึกษานี้ พบภาวะชุกอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติในผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.2 จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียประมาณร้อยละ 10-15 เกิดอาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (chronic depression)<sup>(59)</sup> Holmes และ Rahe (1967) ได้พบว่า การเสียชีวิตของคู่สมรส (death of spouse) ถือเป็นเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life event) ที่รุนแรงที่สุด<sup>(60)</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในแต่ละปีมีจำนวนประชากรที่กลายเป็นหม้ายประมาณ 800,000 คน และพบว่าผู้ที่อายุ 65 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 51 และเพศชายร้อยละ 14 ได้กลายเป็นหม้าย และประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (spousal bereavement)<sup>(61)</sup> Zisook และ Shuchter (1991) พบโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) หลังการเสียชีวิตของคู่สมรสประมาณร้อยละ 24 เมื่อเวลาผ่านไป 2 เดือน และร้อยละ 23 เมื่อเวลาผ่านไป 7 เดือน และลดลงเหลือร้อยละ 16 เมื่อเวลาผ่านไป 13 เดือน เมื่อทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่สมรสแล้วแต่ไม่ได้ประสบกับการสูญเสีย พบอัตราของโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 4<sup>(62)</sup>

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง การไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส การอยู่คนเดียว โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น หลานอันเป็นที่รัก การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด

อายุ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) โดยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มีการพึ่งพิงผู้อื่น เนื่องมาจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ประกอบกับเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวในวัยใกล้เคียงกัน เริ่มเจ็บป่วยหรือตายจากกันไปมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช ทับมณี<sup>(52)</sup> ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย และสมใจ โชติธินพันธ์<sup>(63)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 71-75 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 60-70 ปี

สถานภาพสมรส ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด/หย่าร้าง/หม้าย/หรือแยกกันอยู่ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแบบคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Murrell, Himmelfarb and Wright<sup>(64)</sup> พบว่า บุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือคู่ มีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ เป็นหม้าย/หย่า/หรือแยกกัน สนับสนุนการศึกษาของบราวน์และคณะ<sup>(65)</sup> ที่พบว่าสถานภาพสมรสแบบคู่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าน้อยกว่าสถานภาพสมรสอื่น และพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่า สถานภาพสมรสเป็นสิ่งกำหนดบทบาทในชีวิตของแต่ละบุคคล ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เพราะชีวิตคู่มีการผูกพันกันระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรส ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการเป็นคู่คิด ให้คำปรึกษา มีความพร้อมและเต็มใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน และเมื่อเจ็บป่วยก็คอยให้ความช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้งกันเมื่ออีกฝ่ายพบกับความลำบาก คู่สมรสจึงเหมือนแหล่งสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมากต่อจิตใจ การขาดคู่สมรส ทำให้ขาดคู่คิด ขาดคู่



ปรึกษา ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ รู้สึกโดดเดี่ยว และอาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะพบสูงขึ้นในช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ในผู้ที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/หรือโสด ผู้ที่มีการศึกษาดำ สถานภาพสมรสแบบคู่ จึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงการสนับสนุนระดับประคองของผู้สูงอายุ การขาดคู่สมรส จึงมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้สูง

ระดับการศึกษา ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน นอกจากนั้น ผู้ที่มีการศึกษาดำ มักจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่ไม่ดี เกิดความไม่มั่นคงในงาน ขาดสวัสดิการหรือรายได้ที่แน่นอน ที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ของตนเองได้<sup>(66)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวัลย์ บุษบงศ์<sup>(67)</sup> พบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นกับระดับวุฒิการศึกษา สนับสนุนการศึกษาของนางลักษณ์ บุญไทย ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีจำนวนปี การศึกษามาก ยิ่งมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และการศึกษาของ Huang Chang-Quan<sup>(68)</sup> พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับสมใจ โชติธนพันธ์<sup>(63)</sup> ที่พบว่า ผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของชลธิชา บุญศิริ<sup>(69)</sup> ที่พบเช่นกันว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล การขาดการศึกษา ทำให้ขาดความรู้พื้นฐานที่จะพัฒนาความรู้ในด้านต่างๆ ได้ เช่น การปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ การดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าสังคม และในขณะเดียวกันการศึกษามีส่วนช่วยพัฒนาองค์ความรู้ในด้านต่างๆ ที่จะช่วยให้เกิดการแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดหรือความเศร้าโศก จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขปัญหาและปรับตัวได้ เพราะผู้ที่มีการเรียนรู้มากจะมีการทำความเข้าใจและยอมรับในการปรับตัวเรื่องต่างๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่เรียนรู้น้อย แต่การเรียนรู้ การศึกษามีได้หลายรูปแบบ ไม่จำเป็นต้องมีอยู่ในบทเรียนเท่านั้น การเผยแพร่ความรู้ข่าวสารทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ โบปปลิว หรืออินเทอร์เน็ตต่างๆ ก็เป็นการกระจายโอกาสการศึกษาในสภาพสังคมปัจจุบัน

อาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรรัตน์ และพรชัย สติรปัญญา<sup>(70)</sup> พบว่า

ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ/ธุรกิจ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม/งานบ้าน และ ทิพากร ปัญญาใหญ่, ละเอียด ปัญญาใหญ่ และวัชนี หัตถพนม<sup>(71)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) โดย Brown และคณะ<sup>(65)</sup> พบว่า บุคคลที่มีอาชีพจะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าต่ำกว่าคนที่ไม่อาชีพ แต่ไม่สอดคล้องกับวิรวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล<sup>(72)</sup> ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างก็มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การประกอบอาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคมปัจจุบัน หากไม่มีอาชีพต้องพึ่งรายได้จากครอบครัว เพื่อนำมาตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพราะผู้สูงอายุมักอยู่ในสถานภาพที่เกษียณจากการทำงานแล้ว บางคนไม่มีงานทำ หรือบางคน มีงานทำแต่ไม่ใช่งานหลักที่จะทำให้มีรายได้ที่แน่นอน นอกจากนั้น การทำงานของผู้สูงอายุยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดความเหงา ความว้าเหว่ เป็นการช่วยให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเอง ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งสามารถช่วยลดความเศร้าซึมลงได้

รายได้ จำนวนรายได้/เดือน และฐานะการเงินครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ระดับ 0.003 และผู้ที่มีรายได้ต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช ทับมณี<sup>(52)</sup> พบว่าผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในรายได้มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความพึงพอใจในรายได้ และอัมพร ไอตระกูล<sup>(73)</sup> ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตเมืองและในเขตชนบท พบว่า รายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่ารายจ่ายนั้น นอกจากจะทำให้ไม่สามารถจ่ายใช้สอยได้ตามที่ต้องการแล้ว ยังจะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความภาคภูมิใจ รู้สึกไร้ศักดิ์ศรี เพราะต้องอาศัยบุคคลอื่นในเรื่องค่าใช้จ่าย ในการศึกษาจะเห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน การมีรายได้ต่ำนอกจากจะกระทบต่อสุขภาพกายและจิตแล้ว ยังมีผลต่อการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อน หรือเพื่อนบ้านด้วย เพราะมิตรภาพขึ้นอยู่กับ การแลกเปลี่ยนทางสังคมด้วยความสมัครใจระหว่างผู้ที่เท่าเทียมกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดุษฎี กฤษฎี และทิพย์วัลย์ สุรินยา<sup>(74)</sup> ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน รายได้มาจากการสนับสนุนของครอบครัว เช่น บุตร หรือคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร<sup>(75)</sup> พบว่า รายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุนั้น ได้รับจากการสนับสนุนของครอบครัว ฐานะการเงินครอบครัวของการศึกษานี้ พบว่า เพียงพอไม่

เหลือเก็บ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เมื่อรายได้ที่หามาจากการประกอบอาชีพต้องนำไปใช้จ่ายเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ จึงมีเงินเก็บเหลือน้อยหรือเกือบไม่มีเลย อาจส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพวงผกา ชื่นแสงเนตร<sup>(76)</sup> พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสนับสนุน กาญจนา ไทยเจริญ<sup>(77)</sup> จากการศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี พบว่า รายได้และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่า รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และส่งผลให้มีความสุขในการดำรงชีวิตและมีสุขภาพจิตที่ดี ถึงแม้จะมีรายได้น้อยและไม่เพียงพอแต่หากผู้สูงอายุปรับตัวก็สามารถอยู่ได้ เพราะผู้สูงอายุมักใช้ประสบการณ์เดิมในการหารายได้และดูแลสุขภาพบุตรหลาน เครือญาติ รวมถึงลักษณะทางกายภาพของท้องถิ่นของจังหวัดนนทบุรี ยังคงอุดมสมบูรณ์ มีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการผู้สูงอายุโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และมีกรมประชาสงเคราะห์ช่วยเหลือ

ลักษณะที่พักอาศัยและบุคคลที่พักอาศัย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะที่พักอาศัย และบุคคลที่พักอาศัย ที่ต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน การที่ผู้สูงอายุมีบ้านเป็นที่พักอาศัย การได้พักอาศัยร่วมกับคู่สมรส และไม่ได้พักอาศัยอยู่คนเดียว จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ เนื่องจากจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส มีญาติพี่น้องอื่นมาร่วมพักอาศัย โดยไม่ได้อยู่คนเดียว นั้นมักได้รับความรัก ความเคารพ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใยซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สอดคล้องกับการศึกษาของนิพนธ์ ดารารุฒิมมาประภรณ์<sup>(78)</sup> พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร่าลดลง และจากการศึกษาของมาโนช ทับมณี<sup>(52)</sup> พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการติดต่อบุตรหลานอย่างใกล้ชิดมีความซึมเศร่าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการติดต่อบุตรหลานอย่างห่างเหินหรือไม่มีการติดต่อเลย ดุษฎี กฤษฏี และทิพย์วัลย์ สุรินยา<sup>(74)</sup> พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) และมะลิวัลย์ บุชนงค์<sup>(67)</sup> พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสและบุตร ครอบครัวมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปด้วยดี ไม่มีความขัดแย้งรุนแรง ทุกคนรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ไม่มีช่องว่างระหว่างวัย เข้าใจกัน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวอบอุ่น ปรับตัวได้ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความสัมพันธ์ไม่ดีหากมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้น โดย Michelle Morrison valfre<sup>(79)</sup> มีรายงานจาก U.S. Bureau of the Census ว่า

ผู้สูงอายุในอเมริกาที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวกับคู่สมรส มีอยู่ประมาณ 1 ใน 3 ส่วนที่พักอยู่คนเดียว และมี 15% ที่อาศัยอยู่กับคนอื่น ปัญหาที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ หรือไม่มีบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตใจ มีความต้องการผู้ดูแลที่ไว้ใจได้

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบจะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก เช่น คู่สมรส หรือ บุตร และการที่พักอาศัยอยู่คนเดียว จะไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์และคณะ<sup>(65)</sup> พบว่า การอาศัยอยู่ตามลำพัง จะทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น

โรคประจำตัวทางกาย ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวทางกาย สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัว เป็นตัวบ่งชี้สภาวะสุขภาพ ส่งผลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง หากระดับความรุนแรงของโรคประจำตัวสูงจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย การทำกิจวัตรประจำวันมีข้อจำกัด เกิดการพึ่งพานุคคลอื่น โดยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการสูญเสียความสามารถในด้านกิจวัตรประจำวัน เกิดความรู้สึกว่าขาดความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเอง จึงมักพบภาวะซึมเศร้าได้สูง<sup>(58,80-83)</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในสถานรักษาโรคทางกาย พบสูงถึง ร้อยละ 17-37<sup>(58,80,82, 84)</sup> ในผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ผู้ที่มีโรคทางกาย ผู้ที่มีประวัติใช้ยาบางชนิดหรือสารเสพติด ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว นอกจากนั้นยังพบในผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่สูญเสียคู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด การขาดสนับสนุนทางสังคม และการแยกตัวจากสังคม<sup>(81-83)</sup> สอดคล้องกับศิริชัย ดาริกานนท์และคณะ<sup>(85)</sup> ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรือมีอาการที่เป็นปัญหา มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่แข็งแรงดี และเยาวรัตน์ ชันธิวิชัย<sup>(54)</sup> ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สนับสนุนการศึกษาของดุษฎี กฤษฎี และทิพย์วัลย์ สุรินยา<sup>(74)</sup> ศึกษาทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าโรคอื่นๆ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด สอดคล้องกับ Berkman and Kasl<sup>(86)</sup> ทำการศึกษาความซึมเศร้าที่มี

ความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ และหน้าที่ทางกายในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือภาวะเรื้อรังและไร้สมรรถภาพทางกาย จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สนับสนุนการศึกษาของ Guolong Liang<sup>(4)</sup> ที่ทำการศึกษาในชุมชนจังหวัดขอนแก่น พบว่า โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และจากรายงานของ Harry Croft<sup>(67)</sup> พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่สบายใจที่มีโรคเรื้อรัง โดยโรคเรื้อรังที่พบ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมด้วย

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบจะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทางกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีระดับความรุนแรงของโรคที่สูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ ไม่มีความสุขในชีวิต ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการในด้านต่างๆ ของตนเองได้ เป็นการคุกคามต่อชีวิตและความผาสุก อันจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

ประวัติโรคทางจิตเวช ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีประวัติโรคทางจิตเวช สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Ames อ้างใน Tallis & Fillit<sup>(88)</sup> พบว่า ภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความบกพร่องของการรับรู้ และการมีประวัติป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Ouimet MA, Primeau F. and Coke MG.<sup>(89)</sup> พบว่า การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในอดีตหรือความผิดปกติทางจิตอื่นๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองหลอดเลือดมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับเยาเวร์ตันน์ ปรปักษ์ขาม<sup>(2)</sup> ศึกษาในผู้สูงวัยกับโรคเรื้อรัง พบว่าโรคทางจิตและอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้าและสมองเสื่อม มีความชุกเพิ่มตามอายุ และยังมีการรักษาที่ควบคุมโรคในสัดส่วนที่ต่ำ ปัจจัยดังกล่าวสนับสนุนการศึกษาของสุกัญญา โรจน์ประเสริฐ<sup>(90)</sup> ที่พบว่า การรับรู้สภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายสภาวะของสุขภาพจิตได้ เพราะการที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้สภาวะสุขภาพกายมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีด้วย

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบจะสรุปได้ว่า ความผิดปกติทางจิตเวช ความตึงเครียดทางจิตสังคม หรือ ความเจ็บป่วย อาจส่งผลรวมกันแล้วทำให้ขีดความสามารถในการที่จะรับมือต่อสิ่งหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะมากระทบของผู้สูงอายุลดต่ำลง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้สูงอายุขาดความเข้าใจเรื่องอาการหรือโรคที่ตนเป็น จะส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ อันเป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามมา

การใช้สารเสพติด ผลการศึกษา พบว่า การใช้สารเสพติด ประเภทแอลกอฮอล์ บุหรี่ และยานอนหลับนอกเหนือจากแพทย์สั่ง สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า มีรายงานว่า การติดสุราหรือยาเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้นั้นได้ 5 เท่า และหากมีการใช้สารเสพติดหลายๆ

ชนิดจะมีความเสี่ยงมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา เพศชายมีแนวโน้มที่จะเก็บกอดความอ้วนที่มากเกินไปมากกว่าเพศหญิง แต่จะแสดงออกพฤติกรรมไปในทางอื่น เช่น การดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา เนื่องจากถูกคาดหวังจากสังคมว่าต้องเข้มแข็งและมีความสามารถมากกว่า หากแสดงออกมาจะเป็นการฟ้องว่าเป็นบุคคลที่อ่อนแอและล้มเหลว และสอดคล้องกับรายงานผู้สูงวัยกับโรคเรื้อรัง ศึกษาสภาพะสุขภาพของประชากรไทยของเยาวรัตน์ ประภักษ์ขาม<sup>(2)</sup> พบว่าส่วนหนึ่งของสุขภาพกายและจิตที่เกิดปัญหามาจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ โดยความชุกของการดื่มสุราสูงสุดในชายสูงอายุช่วงอายุ 60-69 ปี เพศหญิงดื่มน้อยกว่าเพศชาย พบร้อยละ 19 และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 70-79 ปี มีอัตราถึงร้อยละ 8.8 ที่ดื่มสุราอย่างมีอันตรายต่อสุขภาพ คือดื่มมากกว่า 20 กรัมต่อวันในเพศหญิง และดื่มมากกว่า 40 กรัมในเพศชาย พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ในผู้สูงอายุเพศชายพบร้อยละ 43 เพศหญิงร้อยละ 5.5 ช่วงอายุ 60-69 ปี พบสูงสุด จำนวนที่สูบเฉลี่ยต่อวันคือ 10 มวนต่อวันในเพศชายวัยสูงอายุตอนต้น เพศหญิงสูบโดยเฉลี่ยต่อวัน 5-6 มวนต่อวัน ผู้หญิงสูงอายุในภาคเหนือและกรุงเทพฯ มีความชุกสูงกว่าภาคอื่นๆ สนับสนุนการศึกษาของชนวม พิชพันธ์ไพศาล<sup>(51)</sup> พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายหลังจากสูญเสียชีวิตคู่สมรส เนื่องจากขาดการปรนนิบัติดูแลจากคู่สมรสจึงเกิดความคับข้องใจ รู้สึกเหงา ว้าเหว่ และหากมีการพึ่งพาภรรยาในทุกเรื่องด้วยแล้ว จะทำให้มีการใช้กลไกปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง มีการใช้สารเสพติด หรือดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่าการใช้สารเสพติด ก่อให้เกิดสภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ ทั้งด้านเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และการเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยศรีเรือน แก้วกังวาน<sup>(91)</sup> พบว่า ร้อยละ 95 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย มีความผิดปกติทางจิตเวช และโรคซึมเศร้ากับโรคติดสุรา เป็นสาเหตุ 2 ใน 3 ของสาเหตุการฆ่าตัวตายทั้งหมด โดยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เชื่อมโยงใกล้ชิดกับการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้านั้นมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สูง

ในการศึกษานี้ พบว่า เพศ เป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ชมรม ผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน อาจเพราะผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้านั้นสามารถพบได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย เพียงแต่ผู้สูงอายุอาจจะมีภาวะซึมเศร้านานและรุนแรงกว่าวัยอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา บุญศิริ<sup>(69)</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของดุษฎี กฤษฏี และทิพย์วัลย์ สุรินยา<sup>(74)</sup> ศึกษา

ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Grace, S.L. และคณะ<sup>(92)</sup> ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในเพศชายและเพศหญิง ยกเว้นการศึกษาของจุฑารัตน์ สติรปัญญาและพรชัย สติรปัญญา<sup>(70)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเลือดสมอง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง รวมถึงการศึกษาของกาญจนา ไทยเจริญ<sup>(77)</sup> พบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ )

และในการศึกษานี้ พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.5 การที่จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย<sup>(93)</sup> และเพศหญิงยังรู้จักดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและเหมาะสมกับวัย จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่า เพศเป็นลักษณะแตกต่างทางด้านร่างกายของแต่ละบุคคล แต่เพศไม่ได้เป็นปัจจัยที่ระบุได้แน่ชัดว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้มีความแตกต่างทางด้านจิตใจ หากแต่ความรู้สึกนึกคิดและสภาพจิตใจ จะมีความแตกต่างกันไปตามเพศหรือสังคมที่กำหนดขึ้นมา และยิ่งปัจจุบันสังคมเปิดกว้างมากขึ้น ยอมรับสิทธิและความเท่าเทียมกันของทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำให้เพศหญิงไม่ต้องเป็นฝ่ายที่เก็บกด หรืออดทนมากเหมือนก่อน<sup>(93-94)</sup> ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

นอกจากนั้นแล้ว จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยทางจิตสังคม มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยหากมีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งเป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงการที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หรือการมีโอกาสนำประโยชน์ต่อผู้อื่น ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และการที่ปัจจุบันนี้ สภาวะสังคมเดิมที่เคยเป็นครอบครัวขยายจะกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานไม่ค่อยดูแลเอาใจใส่ให้ความสนใจ ผู้สูงอายุจึงหันเข้ามาหาเพื่อนในวัยเดียวกันโดยการเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเป็นแหล่งที่เปิดโอกาสให้เขาร่วมกิจกรรม และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ประกอบกับการที่มีเพื่อนในวัยเดียวกันพูดคุยระบายความคับข้องใจ ก็จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบได้สูงในช่วงอายุที่มากกว่า 75 ปี ผู้ที่ประสบปัญหาการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย รวมถึงผู้ที่ขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้

รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดี และผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย น่าจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้ ส่วนปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากในผู้สูงอายุมักจะมีข้อจำกัดในการสร้างความสัมพันธ์ใหม่ๆ จากวัยที่สูงขึ้น ปัญหาสุขภาพทางกาย และยังสามารถประสพกับการเสียชีวิตของคู่สมรส หรือเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน จึงทำให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง ความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลานจึงเป็นแหล่งสนับสนุนระดับประคองหลักของผู้สูงอายุในวัยนี้ ซึ่งหากขาดการสนับสนุนระดับประคองที่ดีจากลูกหลาน ก็อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับปรีชา ศตวรรษดำ รง และคณะ<sup>(95)</sup> ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความขัดแย้งกันภายในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าครอบครัวที่รักใคร่กันดี ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนานๆ ครั้ง มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมบ่อยๆ และผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้มาปรึกษาปรึกษาทุกข์ด้วยมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีคนมาปรึกษาปรึกษาทุกข์ ปัจจัยดังกล่าวสนับสนุนการศึกษาของวันเพ็ญ เซาว์นเชิง<sup>(96)</sup> ที่พบว่า ผลการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว จึงสรุปได้ว่าความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และเจิมจิต สแนชแซล<sup>(97)</sup> ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -0.342 ซึ่งเป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสได้ร้อยละ 11.7

ผลการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ พบว่า บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น หลานอันเป็นที่รักเสียชีวิต และเป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติมักจะเกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลที่มีการดูแลเลี้ยงดูใกล้ชิดเป็นอย่างมาก ประกอบกับในบริบทของสังคมไทยมักจะอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลหลาน มักจะเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ดังนั้น การเสียชีวิตของหลานจึงน่าจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุได้มาก เพราะการเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิดต้องใช้เวลาอยู่ร่วมกันมากกว่าบุตรของตนเองที่ต้องออกไปประกอบอาชีพ และการสูญเสียหลานไปจะทำให้ไม่มีผู้ที่สืบทอดตระกูลของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ K. Hawkes<sup>(98)</sup> แห่งมหาวิทยาลัย Utah ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ย่ายายมีความสำคัญต่อการสืบตระกูลของมนุษย์และมีการเลี้ยงดูใกล้ชิด



ผูกพันกับหลานมาก อีกทั้ง ยังเป็นการแบ่งเบาภาระงานประจำ และงานเลี้ยงดูบุตรของตนเอง ด้วย นอกจากนั้นแล้ว จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน กระทันหัน โดยไม่ได้เตรียมใจไว้ล่วงหน้ามาก่อน เช่น โรคเฉียบพลัน หรืออุบัติเหตุ มักจะส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาของชวนชม พันธุ์ไพศาล<sup>(51)</sup> พบว่า ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสส่วนใหญ่มีความเศร้าโศกมากจากการสูญเสียคู่สมรสในวัยสูงอายุ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า จะทำให้ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่รู้สึกเศร้าโศกเสียใจอย่างมาก เพราะผู้สูงอายุได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลาอันยาวนาน เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งดีและไม่ดีที่ผ่านเข้ามาในชีวิตมาด้วยกัน ทำให้มีความผูกพันต่อกันมาก สนับสนุนการศึกษาของดุชฎี กฤษฏีและคณะ<sup>(74)</sup> พบว่าทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) หากมีทัศนคติต่อความตายระดับสูงหรือเชิงบวกจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ทัศนคติต่อความตายระดับต่ำหรือทางลบจะมีภาวะซึมเศร้าสูง และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 15 จากการศึกษาทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาของไมล์ส์<sup>(45)</sup> ศึกษาบทบาทของผู้ป่วย ลักษณะของสัมพันธ์ภาพและบริบทของภาวะใกล้ตาย หรือการสูญเสียที่มีผลต่อสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์และการเจ็บป่วยทางกายของสมาชิกในครอบครัวที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสียเด็กที่เกิดจากโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง เปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในภาวะปกติ พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่สูญเสียเด็กด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง มีความผิดปกติทางอารมณ์ คือมีอาการซึมเศร้า วิดก กังวล ย้ำคิดย้ำทำ นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง และสมาชิกในครอบครัวที่สูญเสียทั้ง 2 กลุ่ม มีความเครียดมากกว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในภาวะปกติ

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและอารมณ์ ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการสูญเสีย โดยที่将有อาการมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเศร้าโศก ลักษณะความรัก ความใกล้ชิด ความผูกพันที่มีต่อกัน ความสำคัญ บทบาทของผู้ที่สูญเสีย ระยะเวลา อายุของผู้สูญเสีย รวมถึงลักษณะเหตุการณ์และการเตรียมพร้อมสำหรับการเกิดภาวะสูญเสีย เพราะสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ความเข้าใจสิ่งที่เกิดความเศร้าโศกช่วยให้คาดการณ์และป้องกันการเกิดความเศร้าโศกล่วงหน้าได้ เนื่องจากความสูญเสียเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าโศก

และจากผลการศึกษา พบว่าอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สาเหตุอาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินความรู้สึก โดยแบบวัดความ

เศร้าในผู้สูงอายุของไทย ใช้ช่วงระยะเวลาเพียง 1 สัปดาห์ ส่วนแบบประเมินอารมณ์เศร้าโคจกจากการสูญเสียที่ผิดปกติใช้ช่วงระยะเวลา 5 ปี ซึ่งบางครั้งในผู้ป่วยบางรายถ้าผ่านช่วงนี้ไปแล้วอาการซึมเศร้าจะพบได้ไม่มาก สอดคล้องกับ Zisook และ Shuchter (1991)<sup>(62)</sup> พบโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) หลังการเสียชีวิตของผู้สมรสประมาณร้อยละ 24 เมื่อเวลาผ่านไป 2 เดือน และร้อยละ 23 เมื่อเวลาผ่านไป 7 เดือน และลดลงเหลือร้อยละ 16 เมื่อเวลาผ่านไป 13 เดือน

### ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าที่สำคัญของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนวมินทร์ สวีระสุษดี และคณะ<sup>(99)</sup> ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความเพียงพอของรายได้เพียงปัจจัยเดียวที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ และจากการศึกษาของนันทิกา ทิวชาชาติ และคณะ<sup>(100)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจและการเงิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สนับสนุนผลการศึกษาของ William; Joel & Cullen<sup>(101)</sup> ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ต่ำและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพบว่า ตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้า คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัวและเพื่อน ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยดังกล่าวมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เพราะปัญหาดังกล่าวอาจนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่ เกิดภาวะทุพพลภาพ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่ารายจ่ายนั้น นอกจากไม่สามารถจ่ายใช้สอยสิ่งตามที่ต้องการได้แล้ว ยังขาดความภาคภูมิใจ เนื่องจากต้องอาศัยบุคคลอื่นในเรื่องค่าใช้จ่าย และระหว่างสมาชิกในครอบครัวหากมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี รวมถึงการที่ไม่ได้รับดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะซึมเศร้าได้ การมีสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดีย่อมเป็นการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพราะสิ่งดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

สรุปแล้ว ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันจะพบได้ไม่มากนัก แต่ก็พบว่าอาการของโรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางด้านสุขภาพ หน้าที่ทางด้านต่างๆ ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเป็นภาระแก่ผู้ดูแลอย่างมาก โรค

ซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าจะพบได้สูงมากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคทางกาย โดยจะพบได้สูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ เศรษฐฐานะทางสังคมในระดับต่ำ การพักอาศัยอยู่คนเดียว ผู้ที่มีโรคประจำตัวทางกายและทางจิต และการใช้สารเสพติด จึงควรให้การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้แล้ว ผู้สูงอายุที่ประสบกับการสูญเสีย การดูแล จัดการช่วยเหลือ และการส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานที่ดี น่าจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลงได้

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ลักษณะทางสังคมประชากรของผู้สูงอายุ ในจังหวัดดังกล่าว อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษานี้ ดังนั้น ในการนำไปใช้ควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวด้วย นอกจากนี้แล้ว การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (associated factors) กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุ (causes) ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยและมีความสำคัญ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี
- 2) ผลการศึกษาที่ได้ จะนำไปสู่การดูแล ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งการดูแล จัดการช่วยเหลือ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานที่ดี มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของภาวะดังกล่าว น่าจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลงได้
- 3) บุคคลใกล้ชิด ตัวผู้สูงอายุเอง หรือบุคคลกรทางสายงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำปัจจัยที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล ฟื้นฟู เพื่อไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

4) เป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รวมถึงการสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ เพื่อลดปัญหาทางสุขภาพจิตต่างๆที่อาจเกิดขึ้นต่อไป โดยมุ่งเน้นปัจจัยทางจิตสังคมเป็นสำคัญ

5) บุคลากรทางด้านสุขภาพจิต และสายงานที่เกี่ยวข้อง สามารถให้การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม และควรมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งกาย จิตสังคม และติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

6) จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมีส่วนช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ เพราะผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะพูดคุยและระบายปัญหาหรือความคับข้องใจต่างๆกับเพื่อนในวัยเดียวกัน ดังนั้น จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมหรืองานอดิเรกอื่นทำ รวมถึงการออกกำลังกาย การท่องเที่ยว อันจะเป็นการทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ (เชิงพรรณนา-descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต

2) ควรทำการศึกษากับผู้สูงอายุในเชิงคุณภาพ (qualitative study) เพื่อค้นหาสาเหตุว่าเพราะเหตุใดผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-deep interview) หรือการทำสนทนากลุ่ม (focus group)

3) ควรทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เพื่อที่จะสามารถหาปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะความเครียด การปรับตัวและการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว และคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

4) ควรทำการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) โดยการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ฝึกทักษะการแก้ปัญหา สร้างสัมพันธภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว แล้วทำการศึกษาดูผลการใช้โปรแกรมดังกล่าว ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม

## รายการอ้างอิง

- (1) ธนู ชาติธนานนท์. ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 20 (เมษายน – มิถุนายน 2541): 81-90.
- (2) เยวรัตน์ ปรีกษ์ขาม. ผู้สูงวัยกับโรคเรื้อรัง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2551; 1-16.
- (3) อรพรรณ ทองแดง และคณะ. งานวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, 2551; 3(3): 292-297.
- (4) Guolong Liang, สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, และคณะ. ภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2552; 54: 357-366.
- (5) อารยา สิงห์สวัสดิ์. ซึมเศร้า สัญญาณฆ่าตัวตาย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร, 2552.
- (6) ชูวิทย์ ลิขิตยี่งวรา. แผนเชิงรุกการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปิงปองประมาณ 2551. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- (7) นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย กลุ่มพื้นที่ผสมรวมภาพ สมอง. สารศิริราช 46 (มกราคม 2537): 1-8.
- (8) Julia Ellifritt, Kristine A. Nelson, and Declan Walsh. Complicated bereavement: A national survey of potential risk factors. American Journal of Hospice & Palliative Care, 20 (March-April 2003).
- (9) Gonda TA. Death, dying, and bereavement. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry Vol.2. 5<sup>th</sup> ed. Baltimore : Williams & Wilkins: 1989; 1339-1351.
- (10) Mitchell A, House A. Adjustment of illness, handicap, and bereavement. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC, eds. New Oxford textbook of psychiatry Vol. 2, New York: Oxford University Press: 2003; 1139-1153.
- (11) Zisook S, Zisook SA. Death, dying, and bereavement. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry Vol.2 8<sup>th</sup> ed. Lippincott: Williams & Wilkins: 2005; 2367-2393.

- (12) Zisook S, Downs NS. Death, dying, and bereavement. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry Vol.2. 7<sup>th</sup> ed, Lippincott: Williams & wilkins: 2000; 1963-1981.
- (13) Zisook S. Death, dying, and bereavement. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Eds. Comprehensive textbook of psychiatry Vol.2.6<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins: 1995; 1713-1729.
- (14) Prigerson, H.G., Maciejewski, Paul K., et al. Inventory of Complicated Grief : A scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Research 59:1995; 65-79.
- (15) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2547. : 45.
- (16) ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : นามมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์ 2546: 347.
- (17) ภาวินี วรประดิษฐ์. ผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ. สำนักงานกศน. จังหวัดตราด.
- (18) บรรลุ ศิริพานิช. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- (19) สุรกุล เจนอบรม. วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุ และศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: นิชนิแอดเวอไทซิงกรุ๊ป. 2541:6-7.
- (20) สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539:16.
- (21) กชกร สังขชาติ. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา 2538.
- (22) Miller, A.C. Nursing care of older adults: Theory and practice. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1995.
- (23) สิทธิ จีรโรจน์. ประชุมสมัชชาโลกเรื่องผู้สูงอายุ ฉบับพิเศษ ปีผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ครุปริทัศน์, 2525 ;10.
- (24) คณะกรรมการส่งเสริมและส่งเสริมประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564, กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2543.
- (25) ชูศักดิ์ เวชแพทย์. สรีรวิทยาของการออกกำลังกาย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531: 27.
- (26) Beck AT, Steer RA, Ball and Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and II in Psychiatric Out patients. Journal of Personality assessment 1996; 67:588-597.

- (27) Kaplan Hi and Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science, Clinical psychiatry . 8<sup>th</sup>ed. Baltimore: Williams& Wilkins; 1997.
- (28) เรณุการ์ ทองคำรอด. แนวปฏิบัติการบริการสุขภาพเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
- (29) ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์, 2542.
- (30) พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, และคณะ. คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4, หน้า 81-82. 6-8 กรกฎาคม 2548.
- (31) พีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย : การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550. 53 (1): 69-80.
- (32) สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ บทฟื้นฟูวิชาการ. ศรีนครินทร์วารสาร 2543.: 15(1).
- (33) Copeland, JR., Beekman, AT., Dewey, ME., et al. Depression in Europe: Geographic distribution among older people. Br J Psychiatry 1999; 174: 312-321.
- (34) Copeland, JR., Beekman, AT., Braam, AW. et al. Depression among older people in Europe: the EUROCEP studies. World Psychiatry 2004; 3: 45-49.
- (35) Shirience M. David A: Depression in adolescence. Current Opinion in pepsiatrics 2001, 13; 586-590. อ้างถึงใน ดลฤดี เพชรสุวรรณ. ใน รายงานการประชุมปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. 14 กุมภาพันธ์ 2549.
- (36) Murphy, E., et al.: Increased mortality rates in late-life depression. British Journal of Psychiatry, 1988; 152:347-353.
- (37) ประภาส จิตตาศิริวัตร. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ, 2544.

- (38) อ่ำไพรัตน์ อักษรพรหม.การรับมือของผู้สูงอายุเมื่อเผชิญกับภาวะสูญเสีย. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์, 2550.
- (39) พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทางการดูแล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52 (1): 29-45.
- (40) Hensley PL. Treatment of bereavement related depression and traumatic grief. J Affect Disord 2006; 92:117-124.
- (41) Weissman, MM., Markowitz, JC. and Klerman, GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: basic Books; 2000.
- (42) Stuart S, Robertson M. Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide. New York: Oxford University Press: 2003.
- (43) Kozier, B., Erb, et al., Introduction to nursing: Loss & grieving. California: Addison - Wesley 1989.
- (44) Pavkes 1980: Raphael, 1983. cited in canine,1996; Rando, 1984 cited in Canine, 1996.
- (45) Miles, 1985. Emotional symptoms & physical health in bereaved patients. Nursing Reseach, 34: 76-81.
- (46) ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์ และสมพร ชินโนรส. ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียคู่ชีวิต. รวมานธิบดีพยาบาลสาร 7. (กันยายน-ธันวาคม 2544): 238-240.
- (47) ธนา นิลชัยโกวิทย์. ความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย จิตเวชศาสตร์รวมานธิบดี. กรุงเทพมหานคร: ศรีชาัญการพิมพ์, 2539.: 343.
- (48) Paul A. Boelen, Jan Van Den Bout. Complicated Grief, Depression, and Anxiety as Distinct Postloss Syndromes: A Confirmatory Factor Analysis study. am Psychiatry 2005, 162: 2175-2177.
- (49) เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. สุขภาพจิตสตรีไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศาสนา, 2535: 29-31.
- (50) Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM end-of-life Care Consensus Panel. American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med 2000; 132(3): 209-218.



- (51) ชวนชม พีชพันธ์ไพศาล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับความเครียดโรคของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2542.
- (52) มาโนช ทับมณี. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 32. (กรกฎาคม-ธันวาคม 2544): 43-57.
- (53) วิยะดา ตันวัฒนากุล, สุรีย์ ชูประทีป, สุกัญญา มีเอียด และวิชัย ตันวัฒนากุล. สถิติวิเคราะห์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และ/หรือทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (54) เยาวรัตน์ ชันฉวีชัย. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2544.
- (55) Handerson, A. S., Scott, R., and Kay, D.W. (1986). The elderly who live alone: their mental health and social relationship. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 20 (2), 202-209.
- (56) 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: 1186-1190.
- (57) ปราณ ศรีสงคราม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านหมี่, ใน รายงานประชุมวิชาการ เรื่อง ตั้งดวงแก้วส่องฟ้า สาธารณสุข, 394. 28-30 พฤษภาคม 2551. โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร. 2551.
- (58) Hybels, CF., Blazer II, DG. Epidemiology of Psychiatric Disorders. In Geriatric Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol.2. 8<sup>th</sup> ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 3595-3603.
- (59) Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. J Affect Disord 2006; 92:117-124.
- (60) Holmes, TH. and Rahe, RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-218.

- (61) Zisook, S., Shuchter, SR., and Sledge, PA. Diagnostic and treatment considerations in depression associated with late-life bereavement. In: Schneider, LS., Lebowitz, BD., et al., eds. Diagnosis and treatment of depression in late life. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994: 419-436.
- (62) Zisook, S. and Shuchter, SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1346-1352.
- (63) สมใจ โชติธนพันธ์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2550.
- (64) Murrell, S. A. S. Himmelfarb, and K. Wright. 1983. "Prevalence of depression and its correlations in older adult". *Am Journal Epidemiology*. 117: 173-185.
- (65) Brown, DR., Ahmed, F. Gray, et al. Major depression in a community sample of African-Americans. *Am J Psychiatry*, 1995: 152 (3), 373-378.
- (66) ชาญกัญญา ตันติลีปกร. การศึกษาภาวะซึมเศร้า สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณ กรุงเทพมหานคร. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 2547; 35: 70-73.
- (67) มะลิวัลย์ บุษบงศ์. การปรับตัวด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544; 49.
- (68) Huang Chang-Quan, Wang Zheng-Rong and Li Yong-Hong. Education and Risk for Late Life Depression: A Meta-Analysis of Published Literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2010, Vol. 40 : 109-124.
- (69) ชลธิชา บุญศิริ. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวิหยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2550.
- (70) จุฑารัตน์ สติรปัญญาและพรชัย สติรปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23 (ตุลาคม 2548); 34.

- (71) ทิพากร ปัญญาใหญ่และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มา  
รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น, ใน รายงานประชุม  
วิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 2.18-20 กันยายน 2539.
- (72) รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล. ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าตนเอง ความว่าเหว่ และ  
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ, 2547.
- (73) อัมพร โอตระกูล. ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมืองและในเขตชนบท. วารสารกรม  
การแพทย์: 2536; 18(10), 503-507.
- (74) ดุษฎี กฤษฏี, ทิพย์วัลย์ สุรินยา. ศึกษาทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การ  
สนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ  
โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะ  
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2551.
- (75) ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติ  
กิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
พยาบาลผู้สูงอายุไทย คณะมนุษยศาสตร์ ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่, 2545.
- (76) พวงผกา ชื่นแสงเนตร. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแล  
ตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดชลบุรี.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว คณะวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- (77) กาญจนา ไทยเจริญ. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2544; 70.
- (78) นิพนธ์ ดารารุฒิมาประกรณ์. รูปแบบการอยู่อาศัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน  
พื้นที่เฝ้าระวังทางประชากร จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต,  
สาขาวิจัยประชากรและสังคม ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.
- (79) Michelle Morrison Valfre. Foundation of Mental Health Care, 2<sup>nd</sup> ed. USA: Harcourt  
sciences. 2001.

- (80) Alexopoulos, GS. Mood disorders. In Geriatric psychiatry. In: Sadock BJ, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol.2. 8<sup>th</sup> ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 3595-3603.
- (81) Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand 2006; 113: 372-387.
- (82) Ell K. Depression care for the elderly: reducing barriers to evidence-based practice. Home Health Care Serv Q 2006; 25:115-148.
- (83) Serby M, Yu M. Overview: Depression in the elderly. Mt Sinai J Med 2003; 70:38-44.
- (84) Reynolds III CF and Kupfer DJ. Depression and aging: a look to the future. Psychiatric Services 1999; 50: 1167-1172.
- (85) ศิริชัย ดาริกานนท์ และคณะ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท. ใน รายงานประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต. ครั้งที่ 2: 18-20 กันยายน 2539.
- (86) Berkman and Kasl. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. Am J. Epidemiol. 1986, 124, 372-378.
- (87) Harry croft. Depression in elderly people tends to last longer & increases risk of suicide and death. Symptoms and treatment of depression in elderly. Healthy Place: America's mental health Chanevel, Dec. 14, 2008.
- (88) Tallis, R.C. and Fillit, H.M. Geriatric medicine and gerontology. (6<sup>th</sup> ed). Spian: Churchill Livinston 2003.
- (89) Ouimet, MA., Primeau, F. and Coke, MG. Psychosocial risk factors in post stroke depression: a systematic review. Can J Psychiatry 2001; 46: 819-828.
- (90) สุกัญญา ไรจน์ประเสริฐ. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- (91) ศรีเวื่อน แก้วกังวาน. ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ, 2546, 47-55. อ้างถึงในสถิติวิเคราะห์ปัญหาภาวะซึมเศร้า /และทำร้ายตนเอง จังหวัดเชียงใหม่, หน้า 7.
- (92) Grace, S. L. et al. Effect of depression on five-year mortality after and acute coronary syndromes. American Journal of Cardiology. 2005; 96: 1179 – 1185.

- (93) คุณนันทา มาระเนตร์ และคณะ. แนวโน้มการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกและในประเทศไทย. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ. เล่มที่ 27.
- (94) จันทิมา จารณศรี. สุขภาพจิตผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2539. : 105.
- (95) ปรีชา ศตวรรษดำรง และคณะ. การศึกษาภาวะความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
- (96) วันเพ็ญ เซวณเฑาะ. การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. ใน รายงานการสัมมนาวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 15. หน้า 52-53. 22-24 พฤษภาคม 2545.
- (97) เจิมจิต สแนชแซล. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2551. : 67-68.
- (98) K. Hawkes, J. F. O'Connell, N. G. Blurton Jones, et al. Grandmothering, Menopause, and the evolution of human life histories. 95: 1336–1339.
- (99) นวมินทร์ สวีระสฤษดิ์ และคณะ. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 54.
- (100) นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. จุฬาลงกรณ์สาร, 4. 195-203.
- (101) William, L.Bothell and Cullen Hayashidg. Social Support and Depress among Low Income Elderly. 1992: 51-63. (online Retrieval 2010.)



ภาคผนวก


ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย ( Information sheet for research participant) หน้า 1 / 7</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย                    **ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี**  
Depression and Grief of the Elderly at the Elderly Associate  
in Nonthaburi Province


#### ผู้ทำวิจัย

ชื่อ    นางอรสา ไยยอง  
ที่อยู่                                        75/137 หมู่ 3 ต. บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120  
เบอร์โทรศัพท์                            02-630-1390 # 117, 081-423-5987  
(ที่ทำงานและมือถือ)

#### **เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี เพราะการวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี โดยจะขอความร่วมมือจากอาสาสมัครทั้งหมด จำนวน 400 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมศึกษาวิจัย ผลที่ได้จากการศึกษา จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับเป็นแนวทางในการช่วยให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ได้รับการดูแลที่ดีขึ้นซึ่งข้อมูลของท่าน จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอื่นๆต่อไปในอนาคต โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้




 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย ( Information sheet for research participant) หน้า 2 / 7</p>
--	--

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### เหตุผลความเป็นมา

เพราะจากการที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สภาวะสังคมของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลให้ประชากรมีอัตราการตายลดลง ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น และการมีอายุยืนยาวขึ้นนี้มีผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาขึ้น โดยส่วนที่จะเห็นได้ชัดคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมสภาพลง และนอกจากปัญหาการเสื่อมจากสภาพร่างกายแล้ว ปัญหาทางใจหรือสุขภาพจิต รวมถึงภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเอง เช่น การที่เคยเป็นที่พึ่ง เป็นผู้นำของผู้อื่น การเป็นที่ยอมรับจากเพื่อนฝูงหรือสังคม เพื่อนสนิท ญาติพี่น้อง หรือคู่สมรสถึงแก่กรรม เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ กลายเป็นภาวะพึ่งพิงสูงต่อคนในครอบครัว นอกจากนี้ ยังทำให้โรคทางกายที่มีอยู่แล้วเป็นรุนแรงมากขึ้น หรือควบคุมไม่ได้ เนื่องจากไม่ร่วมมือที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่ทานยาตามสั่ง การวินิจฉัยโรคอารมณ์ซึมเศร้านี้ ทำได้ยากเพราะอาการไม่ชัดเจนและแตกต่างจากคนหนุ่มสาว เนื่องจากผู้สูงอายุจะมาพบแพทย์ด้วยอาการทางร่างกายมากกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ ภาวะเช่นนี้จะชัดเจนขึ้นหากผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยร่วมอยู่ด้วย และปัญหาดังกล่าวมักได้รับการละเลย หรือมองข้าม โดยคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุ คิดมาก ฟุ้งซ่าน หรือเรียกร้องความสนใจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุเพื่อเป็นประโยชน์ในการเข้าใจภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การหาแนวทางป้องกัน และการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย ( Information sheet for research participant ) หน้า 3 / 7</p>
--	---

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 400 คน


### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอสอบถามอายุของท่านเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านทำ ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองทั้งหมด โดยแบบสอบถามจะมีทั้งหมด 78 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2) ตอนที่ 1 แบบประเมินภาวะสูญเสีย ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ส่วนที่ 3) แบบสอบถามวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และส่วนที่ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว โดยจะใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ และในช่วงระหว่างทำการตอบสอบถาม ผู้วิจัยจะสอบถามความรู้สึกของผู้ร่วมวิจัยเป็นช่วงๆตลอดจนจบการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ เพื่อสังเกตการณ์และเพื่อให้สิทธิในการตอบแบบสอบถามอย่างเต็มที่ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้ หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกไม่อยากตอบ หรือรู้สึกไม่สบายใจรวมทั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถไม่ตอบแบบสอบถามในระหว่างนั้นได้ และในกรณีที่ผู้วิจัยสังเกต

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย ( Information sheet for research participant) หน้า 4 / 7</p>
--	--

พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาสุขภาพจิต เช่นเกิดภาวะซึมเศร้า ที่จะส่งผลให้เกิดความรุนแรง ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและคำอธิบายผู้เข้าร่วมวิจัยว่าได้พบภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น และเป็นภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ที่ควรได้รับการดูแลรักษา และจะแนะนำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ารับการตรวจรักษาในสถานพยาบาลที่มีจิตแพทย์ดูแลที่ใกล้กับที่พักอาศัยของผู้เข้าร่วมวิจัย หรือแนะนำให้มารับการดูแลรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ


การศึกษานี้ อาศัยวิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ไม่ได้ให้สิ่งทดลองแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ และก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาต และอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการเก็บข้อมูลทุกครั้ง สามารถให้การปฏิเสธการตอบคำถามใดๆที่ไม่อยากตอบ นอกจากนั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นความลับ ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมการศึกษาวិจัยไว้ และทำการวิเคราะห์ นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมโดยไม่มีกระบวนการระบุหรือเจาะจงถึงตัวบุคคล

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำข้อมูลที่ได้นำมาส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข ภาวะซึมเศร้าอันอาจจะนำไปสู่โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเอง ญาติ และบุคคลทั่วไปในสายงานที่เกี่ยวข้อง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศก และโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยในการดูแลรักษา และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้

### วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่นๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้น จึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆกับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย ( Information sheet for research participant) หน้า 5 / 7</p>
--	--

### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติ ดังนี้


- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยใดๆต่อผู้วิจัยได้โดยตรง และหากท่านมีปัญหาในการอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง ท่านสามารถให้ผู้วิจัยอ่านให้ฟัง และท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งหรือไม่ตอบคำถามในการวิจัยครั้งนี้ได้

### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบความไม่สะดวก หรือความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้รวมถึงสิทธิในการเลือกที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจและบอกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับใดๆทั้งสิ้น

หากผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ร่วมวิจัยรายใดมีภาวะซึมเศร้า หรืออารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่สูญเสียบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รักไปในช่วง 1, 2 หรือ 3 ปี ซึ่งจะพบได้จากการที่มีค่าคะแนนความเศร้าที่ผิดปกติ ผู้วิจัยจะทำการแนะนำกับบุตรหลาน หรือผู้ที่มีหน้าที่ดูแลใกล้ชิด ให้เฝ้าระวัง ประคับประคองจิตใจ และดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด หรือนำผู้สูงอายุมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

ในกรณีที่ท่านได้รับความยุ่งยากใดๆที่เกิดจากการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ อรสา ไยยอง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย ( Information sheet for research participant) หน้า 6 / 7</p>
--	--

### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือ ในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย


### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปยังบ้านเลขที่ 75/137 หมู่ 3 ต. บางตลาด อ.ปากเกร็ด นนทบุรี 11120

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย ( Information sheet for research participant) หน้า 7 / 7</p>
--	--

### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการจากการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
6. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
7. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง
8. ท่านจะได้รับการอธิบายว่าท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งหรือไม่ตอบคำถามได้ในแบบสอบถามการวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

 <p style="text-align: center;"><b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</b></p> <p style="text-align: right;">หน้า 1 / 2</p>
---	---

การวิจัยเรื่อง **ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี**  
**Depression and Grief of the Elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi Province**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....


ที่อยู่..... ได้อ่าน  
 รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และ  
 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่  
 พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้  
 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย  
 หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่าง  
 ละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ  
 คำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ  
 บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ  
 ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ  
 วิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของ  
 ผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลง  
 ที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วม  
 วิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการ  
 เข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึง  
 ตัวข้าพเจ้าได้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1 / 2</p>
--	--

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบการวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และในช่วงระหว่างทำการตอบสอบถาม ผู้วิจัยจะสอบถามความรู้สึกของผู้ร่วมวิจัยเป็นช่วงๆตลอดจนจบการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ เพื่อสังเกตการณ์และเพื่อให้สิทธิในการตอบแบบสอบถามอย่างเต็มที่ หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกไม่อยากตอบ หรือรู้สึกไม่สบายใจ ผู้ร่วมวิจัยสามารถไม่ตอบคำถามในระหว่างนั้นได้ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ รวมทั้งได้อธิบายประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....





ภาคผนวก ข  
แบบสอบถาม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

No.....

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม)**

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

**ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป**

1. เพศ
- |      |                          |     |
|------|--------------------------|-----|
| หญิง | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ชาย  | <input type="checkbox"/> | (2) |
2. อายุ
- .....ปี
3. สถานภาพสมรส
- |                       |                          |     |
|-----------------------|--------------------------|-----|
| โสด                   | <input type="checkbox"/> | (1) |
| คู่ อยู่ด้วยกัน       | <input type="checkbox"/> | (2) |
| คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน | <input type="checkbox"/> | (3) |
| หม้าย                 | <input type="checkbox"/> | (4) |
| หย่าร้าง              | <input type="checkbox"/> | (5) |
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
- |                   |                          |     |
|-------------------|--------------------------|-----|
| ไม่ได้รับการศึกษา | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี  | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ปริญญาตรี         | <input type="checkbox"/> | (3) |
| สูงกว่าปริญญาตรี  | <input type="checkbox"/> | (4) |
5. อาชีพ
- |                   |                          |     |
|-------------------|--------------------------|-----|
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> | (1) |
| รับราชการ         | <input type="checkbox"/> | (2) |
| รัฐวิสาหกิจ       | <input type="checkbox"/> | (3) |
| ธุรกิจส่วนตัว     | <input type="checkbox"/> | (4) |
| ลูกจ้าง พนักงาน   | <input type="checkbox"/> | (5) |
| อื่นๆ             | <input type="checkbox"/> | (6) |
- โปรดระบุ .....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)
- ไม่มีรายได้  (1)
- มีรายได้  (2)
- ถ้ามี โปรดระบุ .....

7. ค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนของท่านส่วนใหญ่ได้รับมาอย่างไร

- การประกอบอาชีพ  (1)
- คู่สมรส  (2)
- บุตร หลาน ให้  (3)
- บ้านญาติ  (4)
- ดอกเบี้ยเงินฝาก  (5)
- อื่นๆ  (6)
- โปรดระบุ .....

8. ฐานะของครอบครัว

- เพียงพอ มีเหลือเก็บ  (1)
- เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ  (2)
- ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน  (3)
- ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน  (4)

9. ลักษณะที่พักอาศัย

- บ้าน  (1)
- หอพัก / อพาร์ทเมนต์ / คอนโด  (2)
- บ้านพักคนชรา  (3)
- อื่นๆ  (4)
- โปรดระบุ .....

10. ผู้ที่ท่านพักอาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- บิดา มารดา  (1)  
 คู่สมรส หรือแฟน  (2)  
 บุตร  (3)  
 พี่ น้อง  (4)  
 ญาติอื่นๆ  (5)  
 ไม่มี (อยู่คนเดียว)  (6)

11. สิทธิการรักษา

- จ่ายเงินเอง  (1)  
 เบิกราชการ / วิสาหกิจ  (2)  
 ประกันสังคม  (3)  
 โครงการ 30 บาท / บัตรผู้สูงอายุ  (4)  
 อื่นๆ  (5)  
 โปรดระบุ .....

12. ท่านมีการใช้สารเสพติดบ้างหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- แอลกอฮอล์  (1) ไม่ใช่  (2) ใช้บางครั้ง  (3) ใช้เป็นประจำ  
 บุหรี่  (1) ไม่ใช่  (2) ใช้บางครั้ง  (3) ใช้เป็นประจำ  
 ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง  (1) ไม่ใช่  (2) ใช้บางครั้ง  (3) ใช้เป็นประจำ  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....  (1) ไม่ใช่  (2) ใช้บางครั้ง  (3) ใช้เป็นประจำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

13. ท่านมีโรคประจำตัวทางกายหรือไม่
- ไม่มี  (1)
- มี  (2)
- ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- โรคเบาหวาน  (1)
- โรคความดันโลหิตสูง  (2)
- โรคไขมันในเลือดสูง  (3)
- โรคหัวใจ  (4)
- โรคไต  (5)
- โรคข้อเสื่อม  (6)
- โรคอื่นๆ  (7)
- โปรดระบุ .....
14. ท่านมีประวัติโรคทางจิตหรือไม่
- ไม่มี  (1)
- มี  (2)
- ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- โรคซึมเศร้า  (1)
- โรควิตกกังวล  (2)
- โรคจิต เช่น หนูแว่ว หวาดระแวง  (3)
- โรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์  (4)
- อื่นๆ  (5)
- โปรดระบุ .....
15. ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยมีประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตหรือไม่
- ไม่เคย  (1)
- เคย  (2)
- ถ้าเคย นอนโรงพยาบาล ..... ครั้ง

## 16. ชนิดของการรักษาโรคทางจิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ยา  (1)
- จิตบำบัด  (2)
- การรักษาด้วยไฟฟ้า  (3)
- อื่นๆ  (4)

## 17. ผู้ดูแล

- ไม่มี  (1)
- มี  (2)
- ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- คู่สมรส  (1)
- บุตรหลาน  (2)
- บิดา มารดา  (3)
- ญาติพี่น้อง  (4)
- ผู้รับจ้างดูแล  (5)
- อื่นๆ  (6)
- โปรดระบุ.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

No.....

**ส่วนที่ 2 ตอนที่ 1 แบบประเมินภาวะสูญเสีย จำนวน 7 ข้อ**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมกรมการแสดงออก หรือความคิดความรู้สึกของ  
 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ขอให้ท่านโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติม  
 ข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่เสียชีวิตลง ซึ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้า  
 โศก เสียใจ หรือไม่

ไม่มี  (1)

มี  (2)

หากมี เสียชีวิตจำนวนทั้งหมด.....คน

2. บุคคลที่เสียชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างไรกับท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

บิดา มารดา  (1)

คู่สมรส  (2)

บุตร  (3)

ญาติพี่น้อง  (4)

เพื่อน  (5)

อื่นๆ  (6)

โปรดระบุ.....

3. จากข้อ 2. บุคคลที่เสียชีวิตมีความผูกพันกับท่านอย่างไร

บุคคลที่เสียชีวิต	ความผูกพันกับท่าน				
	ผูกพันมาก	ผูกพัน	เฉยๆ	ไม่ค่อยผูกพัน	ไม่ผูกพัน
<input type="checkbox"/> 1 บิดามารดา					
<input type="checkbox"/> 2 คู่สมรส					
<input type="checkbox"/> 3 บุตร					
<input type="checkbox"/> 4 ญาติพี่น้อง					
<input type="checkbox"/> 5 เพื่อน					
<input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ					

## 4. จากข้อ 2. บุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว ได้เสียชีวิตไปด้วยสาเหตุใด

บุคคลที่เสียชีวิต	สาเหตุการเสียชีวิต					
	โรคเฉียบพลัน	โรคเรื้อรัง	อุบัติเหตุ	ฆ่าตัวตาย	ถูกทำร้าย	ภัยพิบัติ เช่น สึนามิ
<input type="checkbox"/> 1 บิดามารดา						
<input type="checkbox"/> 2 คู่สมรส						
<input type="checkbox"/> 3 บุตร						
<input type="checkbox"/> 4 ญาติพี่น้อง						
<input type="checkbox"/> 5 เพื่อน						
<input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ						

## 5. จากข้อ 2. บุคคลที่เสียชีวิตไปจากท่านเสียชีวิตไปประมาณนานเท่าไร และท่านรับรู้ถึงการเสียชีวิตนั้นอย่างไร

บุคคลที่เสียชีวิต	ระยะเวลา (ปี)	การรับรู้การเสียชีวิต		
		ไม่คาดคิด	พอรับรู้บ้าง	เตรียมพร้อมอยู่แล้ว
<input type="checkbox"/> 1 บิดามารดา	.....			
<input type="checkbox"/> 2 คู่สมรส	.....			
<input type="checkbox"/> 3 บุตร	.....			
<input type="checkbox"/> 4 ญาติพี่น้อง	.....			
<input type="checkbox"/> 5 เพื่อน	.....			
<input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ	.....			



6. ช่วงที่ประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าว ท่านมีบุคคลรอบข้างให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนอย่างไร

- ไม่มีเลย  (1)
- มีบ้าง  (2)
- มีพอสมควร  (3)
- มีตลอดเวลา  (4)

7. บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนเป็นส่วนใหญ่เมื่อเกิดอารมณ์เศร้าโศกคือใคร

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- คู่สมรส  (1)
- บุตรหลาน  (2)
- พ่อแม่  (3)
- ญาติพี่น้อง  (4)
- เพื่อน  (5)
- ผู้รับจ้างดูแล  (6)
- อื่นๆ  (7)

โปรดระบุ.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

No.....

**ส่วนที่ 2 ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG) จำนวน 19 ข้อ**

**คำชี้แจง** ข้อใดตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ตามความเป็นจริง

1. ฉันคิดถึงบุคคลที่เสียชีวิตนี้มากจนกระทั่งรบกวนกิจวัตรที่ฉันเคยทำ  
 ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
2. ภาพความทรงจำเกี่ยวกับบุคคลที่เสียชีวิตไปทำให้ฉันรู้สึกทุกขใจ (เสียใจ)  
 ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
3. ฉันไม่สามารถทำใจยอมรับการเสียชีวิตของบุคคลผู้นั้น  
 ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
4. ฉันรู้สึกอยากให้บุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วนั้นกลับคืนมา  
 ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
5. ฉันยังรู้สึกยึดติดอยู่กับสถานที่และสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว  
 ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
6. ฉันรู้สึกโกรธในเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเสียชีวิต  
 ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
7. ฉันไม่อยากจะเชื่อว่าบุคคลนั้นเสียชีวิตไปแล้ว  
 ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
8. ฉันรู้สึกมีแรง และตกตะลึงกับการเสียชีวิตที่เกิดขึ้น  
 ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ

9. ตั้งแต่บุคคลนั้นเสียชีวิตไป ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับฉันที่จะเชื่อใจคนอื่น ๆ
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
10. ตั้งแต่บุคคลนั้นเสียชีวิตไป ฉันสูญเสียความหวังในที่มีให้กับคนอื่น ๆ หรือรู้สึกว่าห่างเหินกับคนอื่น ๆ ที่ฉันเคยหวังใยมากขึ้น
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
11. ฉันรู้สึกเหงา อ้างว้าง โดดเดี่ยวมาก และรู้สึกอยู่เกือบตลอดเวลาหลังจากที่บุคคลนั้นเสียชีวิตไป
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
12. ฉันรู้สึกเจ็บปวดในบางส่วนของร่างกาย หรือมีอาการบางอย่างเช่นเดียวกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
13. ฉันหลีกเลี่ยงการดำเนินชีวิตเดิมๆเพื่อไม่ให้นึกถึงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
14. ฉันรู้สึกว่าชีวิตว่างเปล่า เมื่อขาดบุคคลที่เสียชีวิตนั้น
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
15. ฉันได้ยินเสียงของบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วนั้นพูดกับฉัน
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
16. ฉันเห็นบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วมายืนอยู่ตรงหน้าฉัน
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
17. ฉันรู้สึกว่าไม่ยุติธรรมเลยที่ฉันยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่บุคคลนั้นต้องเสียชีวิตไป
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
18. ฉันรู้สึกขมขื่นกับการเสียชีวิตของบุคคลนั้น
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ
19. ฉันรู้สึกอิจฉาคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้พบกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด
- ไม่เคยเลย  นานๆครั้ง  บางครั้ง  บ่อยๆ  เป็นประจำ

No.....

### ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียดและประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยให้ขีด ✓ ลงใน  ที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน และให้ขีด ✓ ลงใน  ที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน (30 ข้อ)

- |   |                              |                                 |
|---|------------------------------|---------------------------------|
| 1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้                          | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ             | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3. คุณรู้สึกว่าชีวิตของคุณในช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร    | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ                                   | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 5. คุณหวังจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันข้างหน้า                  | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้              | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี                              | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ              | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข                                 | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง                         | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 11. คุณรู้สึกกระวน กระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ                  | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน                   | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า      | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น                      | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ                      | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า                   | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา                        | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก              | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ                    | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น                                     | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง   | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ                                  | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 24. คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆอยู่เสมอ              | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ                                 | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน            | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า  ใช่  ไม่ใช่
28. คุณไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น  ใช่  ไม่ใช่
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว  ใช่  ไม่ใช่
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน  ใช่  ไม่ใช่



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

No.....

**ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว****คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร
- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| อยู่คนเดียวตามลำพัง         | <input type="checkbox"/> (1) |
| อยู่กับสามี ภรรยา บุตร      | <input type="checkbox"/> (2) |
| อยู่กับญาติ                 | <input type="checkbox"/> (3) |
| อยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ | <input type="checkbox"/> (4) |
2. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมท่านด้วย)..... คน
3. สถานภาพในครอบครัว
- |                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| หัวหน้าครอบครัว  | <input type="checkbox"/> (1) |
| สมาชิกในครอบครัว | <input type="checkbox"/> (2) |
| ผู้อาศัย         | <input type="checkbox"/> (3) |
4. ผู้ดูแลใกล้ชิดที่ท่านมากที่สุด
- |             |                              |
|-------------|------------------------------|
| ไม่มี       | <input type="checkbox"/> (1) |
| สามี ภรรยา  | <input type="checkbox"/> (2) |
| บุตร        | <input type="checkbox"/> (3) |
| บิดา มารดา  | <input type="checkbox"/> (4) |
| ญาติพี่น้อง | <input type="checkbox"/> (5) |
| อื่นๆ       | <input type="checkbox"/> (6) |
- โปรดระบุ.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและตรงกับสภาพในครอบครัวของท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.1 สมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้แก่กัน					
5.2 ครอบครัวมีปัญหาการเงิน					
5.3 ครอบครัวมีปัญหาที่หาข้อยุติไม่ได้					
5.4 ครอบครัวที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง					
5.5 ครอบครัวมีปัญหาพูดจาสื่อสารไม่เข้าใจ					
5.6ทัศนคติในครอบครัวไม่ตรงกัน					
5.7 ครอบครัวมีปัญหาขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว					

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## BIOGRAPHY

Mrs.Orasa Yaiyong was born on 15 August 1965 in Rayong. Graduates Bachelor Degree at Faculty of Education, Health Education, Ramkhamhaeng University. Presently works at The Thai Gems and Jewelry Traders Association in Bangkok. Currently study the Degree of Master of Science Program in Mental Health Department of psychiatry Faculty of Medicine Chulalongkorn University Academic Year 2009.



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย