

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี
ผู้สูงอายุ
ความหมาย

คำจำกัดความของผู้สูงอายุมีหลากหลาย และในแต่ละประเทศแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุที่เป็นวัยทำงาน สภาพร่างกาย และสภาพเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม จากการประชุมในกรุงเวียนนา ปี ค.ศ. 1982 ได้มีความเห็นว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

คณะกรรมการวิชาการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ และพัฒนาสังคมวุฒิสภา¹⁶ กล่าวว่าผู้สูงอายุตามหลักสากลทั่วไป หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีความเสื่อมตามวัย ความเจริญเติบโตของร่างกายและความต้านทานโรคลดน้อยลง

Wold กล่าวว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เนื่องจากบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเชื่อมของความสามารถทางชีวภาพ ทำให้การทำงานที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง^{1,2,17,18}

ในการแบ่งช่วงอายุของคนนั้น สมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แบ่ง อายุออกเป็นช่วง ๆ และกำหนดด้วยกลางคนคือ อายุตั้งแต่ 45-64 ปี วัยผู้สูงอายุตอนต้นคือ 65- 74 ปี วัยผู้สูงอายุตอนปลายคือ 75 ปีขึ้นไป

บรรลุ ศิริพานิช กล่าว ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูญเสียความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มีความอ่อนแอ มีปัญหาสุขภาพกายและจิตตลอดจนความเป็นในสังคม^{1,2,17,18}

สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยถือเกณฑ์ของมติที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งโลก (World Assembly on Aging) ว่า อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยนับอายุตามปีปฏิทิน เป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ^{1,2,15,17,18}

ดังนั้นคำว่า ผู้สูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สหประชาชาติ โดยที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ กำหนดขึ้นและใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก^{1,2,17,18}

จากการศึกษาความหมายของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุคือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปีปฏิทินเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมทั้งด้านร่างกายและสังคม ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง และอาจมีปัญหา สุขภาพกาย จิต สังคม^{1,2,17,18}

สภาวะของผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ¹⁷

1. ระบบผิวหนังจะบางและเหี่ยวย่นสีของผิวหนังน้อยลงทำให้เกิดจุดต่างขาวแต่บางครั้งเกิดตกรกระ จากมีเม็ดสีมากขึ้น ผิวแห้ง คันส่วนผมจะร่วงและเปลี่ยนสีขาว

2. ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ความคิดความจำเสื่อม ความ ว่องไวในการสั่งงานต่างๆ โดยทั่วไปของร่างกายช้าลงความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องต่างๆในอดีตได้ดี การมองเห็นไม่ดีโดยทั่วไปสายตาวาวขึ้น สนิมัยตาก็เริ่มขุ่นมัวไม่สดใส หนังตาเหี่ยวย่นและการกระพริบตาช้าลงสมรรถภาพของการได้ยินเสื่อม เกิดอาการหูตึง เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง เสียงแหลมขึ้น การพูดช้าลง จังหวะการหยุดบ่อยและนานขึ้น อาการอ้าอึ้งมากขึ้น การดมกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการสมดุลของการทรงตัวก็เสื่อมประสิทธิภาพลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหกล้มง่าย

3. ระบบทางเดินอาหาร ฟันหัก การรับประทานอาหารไม่สะดวก อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืดภาวะขาดสารอาหารจึงเกิดขึ้นง่าย การขับถ่ายไม่ปกติ ท้องผูกง่าย

4. ระบบกระดูกและไขข้อ กระดูกบางและเปราะง่าย เจ็บตามกระดูกรูปร่างกระดูกผิดไป ตัวเตี้ยลง ไขข้อเสื่อม ทำให้มีการอักเสบปวดข้อ

5. ระบบทางเดินหายใจ ปวดเสื่อม การยุบและขยายตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล่องเสียงเสื่อม จึงทำให้การหายใจไม่ดี

6. ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้มีโรคเกี่ยวกับหัวใจได้ง่าย

7. ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ การถ่ายปัสสาวะจะมีปริมาณลดลงแต่บ่อยครั้ง ปัสสาวะเจือจางกว่าปกติ เพศชายต่อมลูกหมากมักโตขึ้น เพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ผิวงูรังไข่ซีดยาวและย่น ปีกมดลูกหดเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกจะบางลง แต่ยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนได้ดี ปากมดลูกเหี่ยว และขนาดเล็ก ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สามารถหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวย่นเกิดภาวะกระบังลม หย่อนกลั้นปัสสาวะไม่ได้

8. ระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน การผลิตฮอร์โมนต่ำลงอาจทำให้เบื่ออาหาร มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายคนกลุ่มอื่น มีการหย่อนของ กล้ามเนื้อ มดลูก ช่องคลอด และทรวงอกหมดประจำเดือนและความรู้สึกทางเพศมักลดลง

นอกจากการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ แล้ว ผู้สูงอายุยังมีลักษณะเฉพาะที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงตามปกติได้แก่ เมื่อเจ็บป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ผิดปกติหลายอย่างและไม่มีลักษณะที่เฉพาะโรค มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษา มีโรคแทรกซ้อนในระหว่างทำการรักษาสูงและต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพมาก

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ¹⁷

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิต ต้องตายจาก หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิด ความซึมเศร้าได้ง่าย

2. การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควรที่จะต้อง ออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลงเนื่องจากหมดภาระติดต่อ ทางด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสีย ตำแหน่ง หน้าที่ ไร้คุณค่า ชีวิตไม่มีความหมาย นอกจากนี้ยังผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความ ผูกพันที่เคยมีต่อสังคมและขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายาม ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การเปลี่ยนสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยสูงอายุ บุตร ธิดามักจะมีครอบครัว กัน แล้วและโดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มากกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษาดูแลสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิด ความว่าเหวและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

4. การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจเป็น สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการ ทางเพศได้ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย นอกจากนั้นเหตุผลทาง สังคมและวัฒนธรรมโดยเฉพาะเจตคติของสังคมที่มีเพศสัมพันธ์ ในวัยผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องที่ไม่ เหมาะสมนับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดความ วิตกกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

Judithอ้างจาก ปรีชา ศตวรรษ¹⁷ กล่าวว่าถึงสิ่งที่มีอิทธิพลและมีผลต่อการเปลี่ยน แปลงทางด้านจิตใจอีกประการหนึ่งคือการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งการเจ็บป่วยนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความ คับข้องใจได้มาก เนื่องจากการรักษา ต้องใช้เวลานานและอย่างต่อเนื่อง ทำให้กระทบถึงรายได้ ซึ่งมีจำกัดและยังต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสีย มีผลต่อการเปลี่ยน แปลงด้านจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม¹⁷

1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคมเดิมผู้สูงอายุมีฐานะเป็นผู้นำให้ความรู้สึกถ่ายทอดวิชาการ ได้รับการยอมรับนับถือเมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะของสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นและบุตรหลาน เกิดความว่าเหว่าได้

2. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าวัยสูงอายุ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไป จากที่เคยมีหน้าที่ดูแลหาเลี้ยง ครอบครัวยุคก่อนมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกตนเองหมดความสำคัญปัจจัยเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดความอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระสังคม

3. ความคับข้องใจทางสังคมทางสังคม ซึ่งเกิดจากเกษียณอายุราชการ ทำให้ต้องสูญเสีย บทบาท หน้าที่ รับผิดชอบไป

ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม^{1,2,17}

1. ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory)

Elanine Cumming and William Henry อ้างใน กาญจนา พึ่งไพศาล¹ พบว่ากระบวนการของความสูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ หนีหรือถดถอยออกไปทีละน้อย ๆ จากคนอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งแต่ละคนก็มีความสุข ความพอใจ และได้รับประโยชน์ร่วมกันเพราะจะได้รับอิสระจากกฎต่าง ๆ ของสังคม ทฤษฎีนี้ได้บ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุหรือสังคมเป็นผู้ที่ถดถอยหนีแต่ผู้สูงอายุจะมีความสุขอย่างมากถ้าได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าสิ่งแวดล้อมดี ลักษณะทางสังคมดี มีโอกาส และเคราพในตัวผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าที่จะถดถอย แต่การที่ผู้สูงอายุถดถอยจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่นการเกษียณอายุราชการทำให้ความสัมพันธ์ร่วมกับเพื่อนร่วมงานลดลงไป บุตรแยกครอบครัวออกไป คู่สมรสเสียชีวิตหรือตนเองหมดสภาพหัวหน้าครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

Havighurst อ้างใน มาโนช ทับมณี² ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักดำเนินชีวิตเหมือนกับคนที่อยู่ในวัยกลางคน และจะปฏิเสธที่จะมีชีวิตแบบคนสูงอายุนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ลักษณะของสังคมจะต้องมีแบบแผน ให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน ทฤษฎีนี้แนะนำถึงการรับชาระดับของกิจกรรมที่จะให้คงไว้และเหมาะสมกับกระบวนการความสูงอายุ เช่นการเล่นกิจกรรมที่ใช้สติปัญญาแทนการใช้กำลังเมื่อความสามารถในการทำงานลดลง เพื่อทดแทนการทำงานต่าง ๆ เมื่อลาออกแล้ว ส่งเสริมให้ตระหนักให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมากขึ้น ฉะนั้นควรตระหนักให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่อไปเมื่อ

มีอายุมากขึ้น ในสังคมปัจจุบันจะปฏิเสธคนที่ไม่ยอมมีกิจกรรมจะนั้นควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่อไป เพื่อความมั่นคงและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและมีความสุขต่อไป

นอกจากนี้เชื่อว่า สุขภาพมีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมด้วย และถ้ากิจกรรมในสังคมหนึ่งลดลงก็จะมีผลให้อีกสังคมลดลงด้วย ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายแข็งแรงดี หรือได้ทำประโยชน์ให้กับสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาตนเองต่อบทบาทใหม่อยู่เสมอ

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

ทฤษฎีนี้เป็นผลมาจากการศึกษา เพื่อหาข้อขัดแย้งจากทฤษฎีการแยกตนเองและทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน Newgarten อ้างใน ปรีชา สดววรรษ¹⁷ ได้ศึกษา และนำทฤษฎีทั้งสองมาวิเคราะห์พบว่าคนที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข มีกิจกรรมร่วมนั้น ขึ้นกับบุคลิกภาพแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษ ไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ก็ย่อมจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

1. ความรู้สึกเหงา (Loneliness) ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงา อ้างว้าง รู้สึกไม่มีคนเข้าใจและเห็นใจ รู้สึกถูกทอดทิ้งให้เผชิญภาวะทุกข์ทรมานในโดยลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว เนื่องจากคู่ชีวิตตายจากไป หรือลูกหลานแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น

2. ความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรความมั่นคงทางจิตใจ (Insecure) ภาวะไม่มีเสถียรภาพทางจิตใจเกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านความคุ้มครองให้เกิดความปลอดภัยทำให้ผู้สูงอายุหุนหันหงุดหงิดง่าย ใจน้อย อุนเจียว โกรธง่าย และวุ่นวาย ในกิจกรรมของผู้อื่น เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแล

3. ความรู้สึกกลัวตาย ความตายทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้น จึงมักจะพบแพทย์บ่อย ๆ เพราะกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุหาโรคภัยไข้เจ็บใส่ตนเอง จนบางครั้งลูกหลานอาจจะชุ่นเคืองและรำคาญได้

4. ความรู้สึกหมดหวังสิ้นหวัง (Helpless and Hopelessness) เนื่องจากความเสื่อมของสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ลูกหลาน ให้แก่สังคม อยากจะกระทำตนให้เป็นประโยชน์แต่ถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยทางร่างกาย และจิตใจที่ผู้สูงอายุไม่อาจจะยับยั้งได้ ความรู้สึกหมดหวังทำให้เกิดความรู้สึกโกรธตนเอง กลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

5. ความรู้สึกหดหู่และเศร้าใจ เกิดขึ้นจากสาเหตุหลาย ๆ ระดับ คือ ระดับหดหู่ใจเล็กน้อย เศร้าใจเล็กน้อย จนถึงขั้นภาวะเศร้าอย่างรุนแรงถึงกับมีอาการมองโลกในแง่ร้าย ภาวะเศร้าในผู้สูงอายุมักเกิดจากการสูญเสีย ทั้งที่เป็นการสูญเสียจริงและสูญเสียที่จินตนาการขึ้นเอง ความสูญเสียจริง ได้แก่ การสูญเสียสมบุรณ์และความแข็งแรงของร่างกาย สูญเสียเพื่อนฝูง มิตรสหาย สูญเสียคู่ชีวิต สูญเสียลูกหลานที่เคยอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาที่ต้องแยกย้ายกันไปสร้างครอบครัวใหม่ สูญเสียไม่มั่นคงทางใจ การสูญเสียในจินตนาการ ได้แก่ การสูญเสียความนับถือตาที่ตนเคยได้รับ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียเกียรติยศชื่อเสียงที่เคยได้รับจากตำแหน่งหน้าที่การงาน สูญเสียเสียค่าในตนเอง (Self-esteem) ภาวะเศร้าในผู้สูงอายุอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุกระทำอัตวินิบาตกรรม และเป็นสาเหตุการตายที่ค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุที่เป็นชาย

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุมีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุมาก ที่สำคัญคือ ความรู้สึกในคุณค่าของตน (Self-esteem) ลดน้อยลงซึ่งทำให้เครียดหรืออารมณ์เศร้าได้ง่าย ในขณะที่ความเครียด ไม่ว่าจะสืบเนื่องมาจากร่างกาย จิตใจ สังคมหรืออารมณ์ก็ตาม คนจะปรับตัวให้อยู่ภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหาความเครียดได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วย และคงความมีสุขภาพดี แต่ถ้าการปรับตัวนั้นไม่สมดุลโอกาสการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในผู้สูงอายุบางคน หากมีความเครียดที่รุนแรง อาจมีผลทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะถ้ามีความผิดปกติของบุคลิกภาพอยู่ก่อนแล้ว ภาวะทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ ภาวะซึมเศร้า

3.2 ภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ

แนวคิด

โคลแมน¹⁹ กล่าวว่าการที่ผู้สูงอายู้สึกว่าเหว้าและถูกทอดทิ้งนั้นเป็นเพราะความรู้สึกเหล่านี้ได้รับการกำหนดให้เป็นบทบาทของผู้สูงอายุ จึงกลายเป็นว่าบทบาทของผู้สูงอายุเป็นบทบาทที่ต่ำต้อย ทักษะคติของคนทั่วไปในสังคมก็รู้สึกเช่นนั้นทำให้บุคคลในวัยนี้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในอัตราที่สูงกว่าวัยอื่น และการศึกษาเป็นจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าปัญหาทางจิตที่พบได้มากที่สุดกับผู้สูงอายุ คือ ความซึมเศร้า Depression

วิลมัน²⁰ ออกจากอะดอฟ ไมเยอร์กล่าวถึงความซึมเศร้าว่า เป็นผลมาจากประสบการณ์ในชีวิต และเป็นวิธีการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อม อันเป็นความเครียดทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น ความซึมเศร้าจึงมักเกิดขึ้นในอัตราสูงกับผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรม เพราะสาเหตุของความซึมเศร้ามีความเกี่ยวเนื่องกับประสบการณ์ในชีวิตที่ผู้สูงอายุได้พบ เช่น การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ การสูญเสีย การขาดรายได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความรัก ขาดการยอมรับนับถือ ขาดผู้ดูแล เกิดความรู้สึกว่าอยู่อย่างไร้ความหมายและหดหู่ใจ

จอห์น ซี แมนนาซ²¹ กล่าวว่า สาเหตุของความซึมเศร้ามีดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันของอารมณ์ เนื่องจากการสูญเสีย ความผิดหวัง ในการจากไปของ บุคคลอันเป็นที่รัก
2. ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเข้าข้างตนเอง บุคลิกภาพแบบพึ่งพาบุคคลอื่น และบุคลิกภาพแบบกำกวม
3. การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง
4. มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นอย่างรุนแรง

ดวงใจ กสานติกุล²² ได้ให้นิยามของคำว่าภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (Dysphoric Mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลดลง หดอารมณ์เพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง

สรวิณี สังขวิศรี อัจจาก ปรีชา¹⁷ ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง การไม่สามารถจะรู้สึกถึงความพึงพอใจ ไม่ว่าจะในหนทางใด ๆ เช่น ไม่สามารถหัวเราะ เมื่อมีเรื่องตลก ไม่สามารถยินดี เมื่อมีเรื่องโชคดี ไม่สามารถรำเริงเหมือนคนอื่น ๆ ในกลุ่มภาวะซึมเศร้าเป็นประสบการณ์ปกติของมนุษย์ จะพบได้เมื่อสูญเสียสิ่งสำคัญหรือ ไม่ได้บางสิ่งที่คาดหวังเอาไว้ เช่น การตายของคู่ครอง บุคคลนั้นจะมีความเศร้าโศกอยู่ประมาณ 3-6 เดือน แล้วลดลงจนสนิทภายใน 1 ปี

อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเกิดได้ทุกเพศทุกวัย แม้กระทั่งวัยทารก ในวัยสูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นครั้งแรก มักรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิต และร้อยละ 10-20 ของผู้สูงอายุ ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง อาจมีอาการสับสน สูญเสียความทรงจำหลง ๆ ลืม ๆ ไม่รู้วัน เวลาและสถานที่ ทำให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ซึ่งบางครั้งแยกจากภาวะซึมเศร้ารุนแรงยาก เนื่องจากผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามีอาการเบื่อ หดความสนใจ หดสนุก อาจดูเป็นอาการไร้อารมณ์ของสมองเสื่อมได้

Depressive Disorder เป็น Mood Disorder ที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ Epidemiologic Catchment Area (ECA) ศึกษา พบว่า ความชุก (prevalence) ของ Major depressive Disorder ต่ำ คือ ร้อยละ 1-2 ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

อย่างไรก็ตาม Major depressive ในผู้สูงอายุ มีความชุกน้อยกว่าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และตอนกลาง Major depressive Disorder ในผู้สูงอายุจะมีความชุกน้อยในชุมชนแต่ในสถาบัน กลับมีอยู่สูง โดยมีการวินิจฉัย เป็น Major depressive Disorder ร้อยละ 12

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. เกิดจากการขาดหรือลดน้อยลงของสารสื่อประสาทบางชนิดในสมอง ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ โรคทางอายุรกรรมบางโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง hypothyroidism , hyperthyroidism , cushing 's disease การติดเชื้อไวรัส lymphoma และยาบางตัวอาจทำให้เกิดมะเร็งตับอ่อน และมะเร็งอื่น ๆ
2. เกิดจากปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียสิ่งเป็นที่รัก ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงิน ทำให้เกิดอารมณ์ตึงเครียด ปรับตัวไม่ได้ ลึ้นหวัง ไม่อยากสู้ต่อไป รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรมองว่า เป็นสภาวะที่ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ กัน การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของความชรา ความพิการ การขาดความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ และการเปลี่ยนวิถีชีวิต อาจสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
3. ยาบางอย่างทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้ เช่น ยาลดความดันโลหิต reserpine (serpasil) , alomet, clonidine (catapres) , hydralazine (apresoline) , propanolol (inderol) , digitalis , cimetidine (tagament) , steroid , estrogens ยาที่เกี่ยวข้องกับ progesterone , indomethacine , propoxyphene , codein , antibacterials , levodopa , tamoxifen , vincristine , vinblastine , benzodiazepines และ barbiturates เป็นต้น
4. ขาดสารอาหารบางชนิด เช่น วิตามินบี 12 , โฟเลต สำหรับผู้ป่วยทางประสาทวิทยา มักมีภาวะซึมเศร้า ประมาณ ร้อยละ 15-20 Alzheimer ' Disease จะมี Major Depressive Disorder ร่วมด้วย ร้อยละ 50 แม้ว่าผู้สำรวจบางคน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีรายงานการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของ locus ceruleus ในผู้ป่วย Alzheimer ' Disease พบว่า Multi-infact dementia สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

บ่งบอกว่า Alzheimer ' Disease ส่วน cerebrovascular disease พบร่วมกับภาวะซึมเศร้าได้บ่อย สันนิษฐานว่า รอยโรคในสมองซีกซ้ายโดยเฉพาะบริเวณส่วนหน้า (frontal areas) มีความเป็นไปได้ที่จะสัมพันธ์กับอารมณ์ มากกว่ารอยโรคอื่น ประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย parkinsonian มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ ความชราสัมพันธ์กับการลดลงของความเข้มข้นของ norepinephrine dopamine และ serotonin ในสมอง และการเพิ่มขึ้นของ monoamine oxidase อย่างไรก็ตาม ก็ไม่ได้มีการพิสูจน์ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สำหรับความกดดันทางสังคมจิตใจ สันนิษฐานให้เกิดกลุ่มภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depressive syndromes) และอาจทำให้เกิด Major Depressive Disorder ในวัยชรา การเคลื่อนไหวที่จำกัด ตาบอด หูหนวก การลดลงของอาชีพ สังคมและ นันทนาการ การเงินที่ยากจนลง ความเป็นอยู่ที่ย่ำแย่ การเป็นหม้าย และการแยกจากบุตร มักเป็นความกดดันทางสังคมและจิตใจ Major Depressive Disorder การค้าจุนทางสังคม มีความสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

ทฤษฎี, สาเหตุ และ ปัจจัย ของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุมีสาเหตุ^{1,2,18,23,24} จาก จิตสังคัม (psychosocial stressors) ได้แก่ สุขภาพกาย ผ่าตัด ความจำกัดการเคลื่อนไหว บกพร่องความรู้สึก หูหนวก ตาบอด เกษียณ เศรษฐฐานะต่ำ แยกตัวออกจากสังคม สูญเสียคนรักโดยเฉพาะคู่สมรส การถูกปฏิเสธจากลูกหลาน แหล่งที่อยู่อาศัยไม่ค่อยดี และนอกจากนั้นยังมีทฤษฎีผู้สูงอายุ^{24,25} เช่น

1. ทางกรรมพันธุ์ เชื่อกันว่าภาวะซึมเศร้านั้นสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรมตามความจริงแล้วมีโรคจิตชนิดหนึ่งที่เรียกกันว่า manic –depressive psychosis โรคนี้ถือว่าเป็นภาวะซึมเศร้าเกิดจากภายในร่างกายชนิดหนึ่ง และพบว่ากรรมพันธุ์เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคนี้แต่ในผู้สูงอายุถือว่ามีความสำคัญน้อยมาก (minor importance in elderly)

2. ชีวเคมี ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้จากความไม่สมดุลของสารเคมีบางอย่างในสมองที่เรียกว่า neurotransmitter ซึ่งเป็นสารที่ช่วยส่งข่าวสารผ่านเซลล์ประสาท ได้แก่ norepinephrine serotonin dopamine acetylcholine พบว่าสารดังกล่าวมีน้อยลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น จึงมีโอกาสทำให้เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไป แต่ขบวนการที่แท้จริงซึ่งทำให้มีการขาดหรือเพิ่มสารเคมีนั้น ยังเป็นการยากที่จะทราบได้ชัดเจน

3.ทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ภาวะซึมเศร้ามักพบได้ว่า เป็นปรากฏการณ์ทางด้านวัฒนธรรม ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมและท่าที่เป็นลักษณะของสังคม ในปัจจุบันนี้สังคมของคนรุ่นใหม่ ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุมักต้องแยกอยู่ตามลำพังไม่ได้อยู่ร่วมกับบุตร

หลาน จึงมีโอกาสทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

4.ทางจิตใจนั้นภาวะซึมเศร้านักพบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิต พบได้ในผู้ที่ไม่สามารถจะจัดการหรือหลีกเลี่ยงจาก ความสูญเสีย ความเสียใจ

ลักษณะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า^{9,26}

1. มาพบแพทย์ โดยอาการ น้ำหนักลดลง อาการปวด เป็นอาการเด่นชัด (Somatic complaints)
2. ผู้สูงอายุ มีความรู้สึก อารมณ์เศร้า น้อย (less likely to report feeling sad or depressed)
3. ผู้สูงอายุ มีประวัติครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้าน้อย (less likely to have a family history of depression)
4. ผู้สูงอายุ มักมีปัญหาการได้ยิน (neurosensory hearing impairment)
5. หงุดหงิด / กระสับกระส่าย / วิดกกังวล/หวาดระแวง/ย้ำคิดย้ำทำ (Irritability / agitation / anxiety / worrying / paranoia/obsessions and compulsions)
6. รู้สึกผิด/ สังคมบกพร่อง/ สถานะภาพสมรสแย่ำ/ สุราและ ยาเสพติด (Excessive guilt /social withdrawal /marital discord /alcohol or substance abuse)
7. มีการลดลงของการเริ่มและความสามารถ การแก้ปัญหา /มีดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ ต่ำลง

นอกจากนี้ อาจแบ่งความซึมเศร้าได้ตามลักษณะความรุนแรงทางอาการ¹⁸คือ

1. ซึมเศร้าอย่างอ่อน (mild depression) บางครั้งอาจผ่านไปโดยไม่ทันสังเกตแบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้
 - แบบแรก มี อาการอ่อนเพลียเฉื่อยชาหรือมีอาการไม่สบายทางร่างกายโดยตรวจทางร่างกายแล้วไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด มีอารมณ์เศร้าเพียงรู้สึกจิตใจหดหู่เล็กน้อย อาจนำมาด้วยอาการย้ำคิด ขาดความเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกที่ตนเองไม่มีค่า คิดไม่ออก ทำอะไรล่าช้ามาก พุดซ้ำ ตอบซ้ำ ตัดสินใจลำบาก มักรู้สึกหมดหวัง คิดว่าตนเองมีบาปหรือมีผิดในสิ่งที่ทำผิดพลาดไปเล็กน้อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับกระสับกระส่าย สมาธิไม่ดีแต่สติปัญญายังปกติ บางรายมีอาการหดหู่ หงุดหงิด อ่อนไหวง่าย ตื้ออั้น ไม่เห็นใจผู้อื่น อาการเศร้าอาจไม่เด่นชัด บางรายออกมาในรูปโกรธขึ้น เกรี้ยวกราด และเอาโทษผู้อื่น

แบบสอง จะมีลักษณะแตกต่างจากแบบแรกคือ อารมณ์เศร้า และอาการเรื้อรังไม่เด่นชัด แต่บ่นเกี่ยวกับอาการหลายอย่าง เช่น น้ำหนักตัวลด ลึนเป็นฝ้า นอนไม่หลับตื่นแล้วรู้สึกไม่

สดชื่น เบื่ออาหาร แนนหน้าอก ท้องผูก อาจไม่อยู่หนึ่ง การตรวจร่างกายมักไม่พบความผิดปกติ

2. ซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression) อาจมีอาการในระยะแรกอย่างในพวกที่ซึมเศร้าน้อย ๆ ระยะเวลาหนึ่งก่อน แล้วเข้าสู่ระยะซึมเศร้ามาก ในเวลาอันสั้นทำทางและอาการแสดงจะเห็นได้ชัด ศรีษะก้ม ไหล่ห่อ สีหน้าไม่แสดงความรู้สึก หน้าผากย่นมองต่ำตลอดเวลา มีรอยย่นระหว่างคิ้ว มุมปากทั้งสองข้างห้อยต่ำกว่าธรรมดาเป็นลักษณะของคน หดหู่มาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมากและดูเหมือนคนเจ็บเหงื่อออกมากธรรมดาคอแห้งกล้ำเนื้อหย่อน ท้องผูก ความต้องการเพศลดลงหรือหมดไป การนอน มีลักษณะเด่นคือนอนซ้ากว่าธรรมดาเล็กน้อย แต่ตื่นซ้ากว่าธรรมดามาก มีอาการไม่สบายตอนเช้าซึ่งเป็นเวลาที่ไม่สบายที่สุดของวัน ถ้าอาการรุนแรงขึ้นผู้สูงอายุจะรู้สึกหมดหวัง จึงเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองมาก และเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้ใกล้ชิด

ลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรค⁹

สำหรับ อาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในวัยชรา มีความคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้าในวัยหนุ่มสาว อย่างไรก็ตามมีการสังเกตพบความแตกต่างบางอย่าง โดยที่ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มที่แสดงทางกาย (somatic complaints) มีความวิตกกังวล มีการลด (minimize) การปรากฏของภาวะซึมเศร้าให้เหลือน้อยที่สุด masked depression และล้มเหลวในการบอกความรู้สึกผิด (guilt) อาการหมกมุ่นเกี่ยวกับโรค (Hypochondriasis symptoms) พบประมาณ ร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันหนึ่งในการพยายามฆ่าตัวตาย อาการที่พบภาวะซึมเศร้า คือ

1. อารมณ์ซึมเศร้า ไม่แจ่มใส ท้อแท้ หดหู่ใจ หมดอาลัยตายอยากในชีวิต
2. หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย
3. เบื่ออาหาร หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เช่น กิจวัตรที่เคยทำ รายการโทรทัศน์ที่เคยชอบ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความรู้สึกทางเพศลดลง หรือไม่มีเลย
4. เบื่ออาหาร หรือกินอาหารมากขึ้น
5. นอนไม่หลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับไม่สนิท มักเกิดก่อนอาการอื่น ๆ บางรายจะมีการนอนหลับมากกว่าปกติ
6. อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เป็นเกือบตลอดเวลา โดยไม่พบความผิดปกติทางกาย

7. ความคิดเชิงซ้ำ ขาดความกระตือรือร้นในชีวิต ขาดสมาธิ ความจำไม่ดี หลงลืมง่าย
8. ความคิดว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง ทั้ง ๆ ที่ไม่มีความผิด

9. มีความผิดอยากตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการเศร้ามาก ๆ ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมีความผิดฆ่าตัวตาย
10. มีความกลัวและวิตกกังวลในเรื่องในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัววิกลจริต กลัวเป็นโรคร้ายแรง กลัว จะทำร้ายตนเอง
11. อาการทางกายที่ตรวจไม่พบสาเหตุ เช่น ปวดหัว ท้องอืด ปวดเมื่อยตามตัว

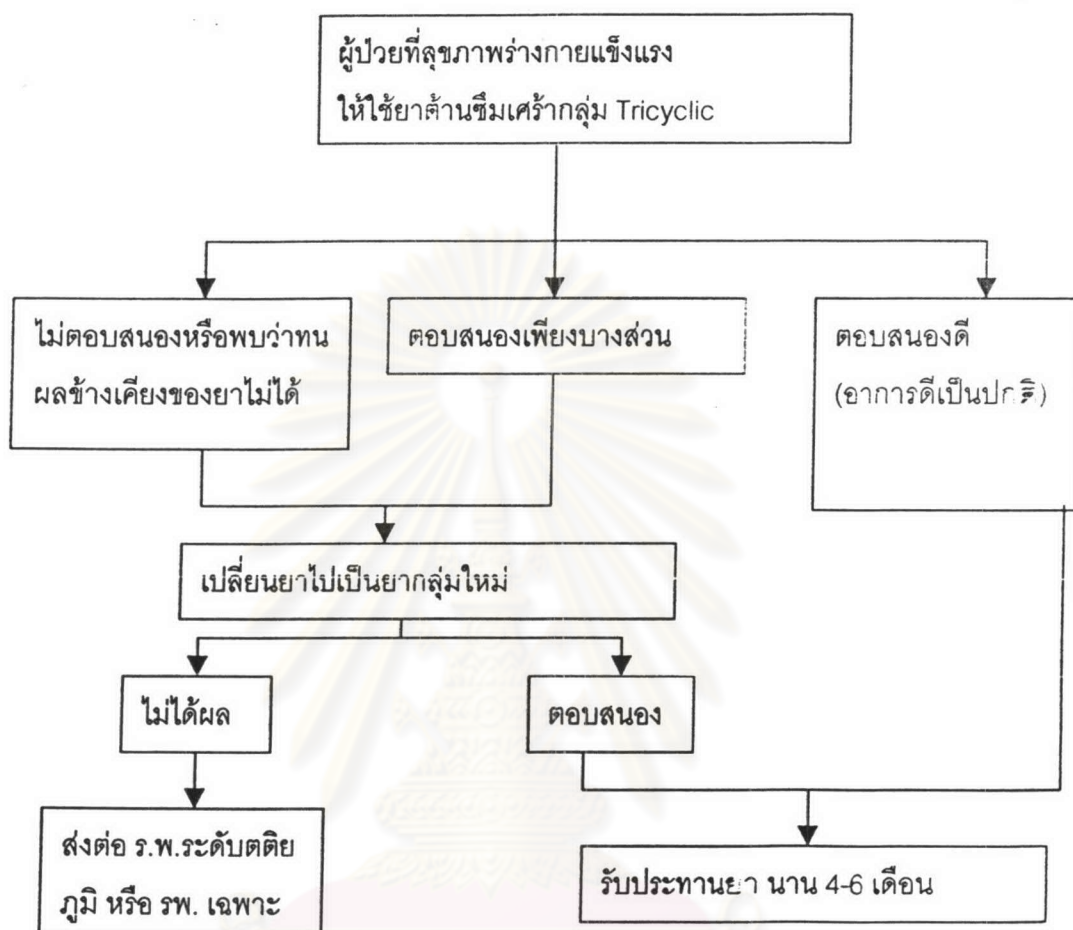
การรักษา^{9,22}

1. การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าระบาย (Ventilation) และรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นข้อข้องใจด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย (empathetic understanding) และควรพบญาติเพื่อประเมินอาการและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและชี้แจงแก้ไขความเข้าใจผิดพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแล เช่นดังต่อไปนี้ การรักษาทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและญาติ ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าพบได้บ่อย และสามารถช่วยเหลือให้ดีขึ้นได้ 2) อารมณ์เศร้าไม่ใช่เพราะชี้แจงหรืออ่อนแอ ผู้ป่วยได้พยายามอย่างเต็มความสามารถแล้ว 3) อย่าตำหนิตัวเองหรือมองโลกในแง่ร้าย อย่าทำตามความคิดที่มองโลกในแง่ร้าย (เช่น หยา หรือลาออกจากงานที่ทำ) – กรณีโรคซึมเศร้า ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยทางชีวภาพ ผู้ดูแลควรแสดงความเข้าใจ ในอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย พร้อมแนะนำว่าความคิดความรู้สึกความรู้สึกที่มีขณะนั้นเป็นอาการของโรค เมื่อรักษาดีขึ้นแล้ว อารมณ์เศร้าและมองสิ่งต่าง ๆ ในด้านลบจะดีขึ้น - กรณีอารมณ์เศร้าจากปัญหาชีวิตและสูญเสียต่าง ๆ อย่าครุ่นคิดในแง่ลบหรือคิดเรื่องที่ทำให้รู้สึกผิด 4) กำหนดให้ทำกิจกรรมที่ให้ความมั่นใจหรือมีความเพลิดเพลิน 5) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาชีวิตและการสูญเสีย ควรฝึกแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น 6) เมื่ออาการดีขึ้นให้อธิบายถึงโอกาสที่จะกลับซ้ำ โดยเฉพาะกรณีโรคซึมเศร้าให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจแสดงถึงการกำเริบซ้ำ เช่น นอนไม่หลับ ควรปรึกษาแพทย์

2. การรักษาด้วยยา

ยาแก้ซึมเศร้า อาจคร่าว ๆ ออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ได้แก่ กลุ่มที่มีโครงสร้างเป็นแบบ Tricyclic และยากลุ่มใหญ่ ประสิทธิภาพในการรักษาของยาด้านซึมเศร้าแต่ละตัวนั้นไม่ต่างกันความแตกต่างอยู่ที่ฤทธิ์ข้างเคียง



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดรักษาด้วยยา

หลักสำคัญใช้ยาต้านซึมเศร้า มีดังนี้^{9,22}

1. ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตั้งแต่ 2-3 วันแรกที่ได้รักษา เช่น นอนไม่หลับหลับได้ อาการวิตกกังวลหรือกระวนกระวายลดลง และภาวะซึมเศร้าโดยรวมจะค่อย ๆ ดีขึ้นในเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์
2. ประสิทธิภาพยาแต่ละตัวไม่ต่างกัน ต่างกันที่ฤทธิ์ข้างเคียง
3. เริ่มให้ amitriptyline 25-50 มก. ก่อนนอน
4. รอดูผล 2 สัปดาห์ ถ้าไม่ดีขึ้น เพิ่มขนาดได้รูก 1 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ไม่เกิน 100 มก./วัน
5. ให้ยารวันละ 1-2 ครั้ง โดยส่วนใหญ่จะให้ก่อนนอน

6. ผู้สูงอายุ/มีโรคทางกายร่วมด้วย ควรเริ่มด้วยขนาดยาเพียงครึ่งหนึ่ง ถ้า

อาการไม่ดีขึ้นสามารถเพิ่มขนาดยาขึ้นช้า ๆ

7. ให้ benzodiazepine ในผู้ป่วยกังวล/นอนไม่หลับร่วมด้วยและนาน 2-3 สัปดาห์

8. กรณีไม่ตอบสนองต่อกลุ่ม Tricyclic หรือผู้สูงอายุโรคหัวใจควรเปลี่ยนเป็น กลุ่มใหม่ที่อยู่ในปัญหาหลักแห่งชาติเช่น mianserin , floxetine

9. การรักษาต่อเนื่องควรให้ยาวนาน 4-6 เดือน เพื่อป้องกันโรคกลับกำเริบ (relapse)

10. แล้วจึงค่อย ๆ ลดลงโดยใช้เวลาเป็นเดือน

11. ผู้ป่วยที่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 2-3 ครั้งขึ้นไป ควรให้ยาต่อเนื่องนาน อย่างน้อย 2-3 ปีเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

12. กรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลังจากให้ยาเต็มที่ นาน 8-12 สัปดาห์ หรือ ประเมินแล้วพบว่ามีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงส่งพบจิตแพทย์ทันที

สรุปการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. เมื่อสงสัยว่ามีอาการ ควรรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อรับการรักษา
2. รักษาด้วยยาแก้เศร้า TCAs , SSRI เป็นต้น
3. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ Cognitive –behavioral therapy เพื่อปรับความความคิดให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ที่ดีขึ้น เห็นคุณค่าในตนเอง และรู้จักหาวิธีแก้ปัญหาชีวิตอย่างเหมาะสม
4. การช็อคไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy หรือ ECT)

โดยกล่าวเพิ่มเติมว่า การทำจิตบำบัดตามทฤษฎีความรู้และความเข้าใจและพฤติกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Intersonal Therapy) จิตบำบัดแบบพลวัต (Psychodynamic Psychotherapies) พบว่าได้ผลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัด เพื่อเป็นการป้องกันการซ้ำ (recurrence) ของภาวะซึมเศร้าวัยสูงอายุ ยังค้นคว้าวิจัยอยู่ การเข้าหาทางครอบครัว (Family Approaches) มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ พึ่งพา สมาชิกครอบครัว ไม่เพียงแต่การเกื้อหนุนอารมณ์ แต่รวมถึงการทำกิจวัตรประจำวัน

การประเมินภาวะซึมเศร้า

วันเพ็ญ²⁸ ได้แบ่งรูปแบบเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิดดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัย มีจุดประสงค์เพื่อวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ จะประกอบด้วยอาการต่างๆของโรคที่กำหนดคำถาม และคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ได้แก่ DIAGNO , Feigher criteria ,RDC ,CIDI , DIS ,SCID เป็นต้น

2. แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นแต่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ ในแบบสอบถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ส่วนใหญ่คำตอบ ใช่ และไม่ใช่ หรือให้ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น เช่น มาก ปานกลาง น้อย ตัวอย่างแบบสอบถามชนิดนี้ที่ใช้การประเมินภาวะซึมเศร้าได้แก่ MMPI , BDI , SDS ,DACL ,ABS ,POMS,CES-D,BSI,GDS เป็นต้น

3. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอนประกอบการสังเกตเพื่อประเมินอาการ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดคำถามไว้แนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พร้อมสังเกตอาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้งการสัมภาษณ์จะทำการซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติหรือเกี่ยวข้อง ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นอีกด้วย โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้ประเมินคำตอบในแต่ละข้อตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่ BPRS, New Castle Depression Scale,Hamition Depression Scale เป็นต้น

ตัวอย่างแบบประเมินความซึมเศร้า

1. Cronholm-Ottosson Scale เป็นแบบประเมินความซึมเศร้าในยุคแรก ๆ ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อแบบประเมินมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง 0.72-0.86 แบบประเมินนี้เหมาะที่ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้ารุนแรง
2. Hamilton Depression Rating Scale สร้างครั้งแรกในปี 1960 มีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ผู้ประเมินใช้แบบประเมินนี้ต้องความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้เหมาะสม แบบประเมินจะสังเกตสภาพการณ์ของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำบ่อย ๆ ได้ในการประเมินความซึมเศร้า
3. Bech-Rafaelsen Melancholia Scale แบบประเมินสร้างขึ้นเมื่อปี 1980 ซึ่งเป็นการปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Hamilton ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ มีความเชื่อมั่น 0.82-0.93 แบบประเมินนี้จะเน้นหนักอาการทางจิต

4. Montgomery –Asberg Depression Rating Scale (MADRE) สร้างขึ้นในปี 1979 ประกอบด้วย 10 ข้อ มีความเชื่อ 0.92 แบบประเมินนี้ต้องใช้ประกอบการสัมภาษณ์และการสังเกต ร่วมกันเพื่อให้ผล สมบูรณ์

5. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 ให้ผู้ป่วยตอบเอง แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นสูง ประกอบด้วย 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย

6. Zung Self-Rating Depression Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่ง คะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 ถึง 4 แบบประเมินจะแบ่งข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบอย่างละ เท่า ๆ กัน แบบ ประเมินนี้ค่าความเชื่อมั่น 0.73

7. Walkefield Self-Assessment Inventory สร้างเมื่อปี 1971 โดยพยายามจากแบบ ประเมินของ Zungประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีความเชื่อมั่น 0.68 ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึม เศร้า แม้จะได้รับความนิยมในการใช้ระยะหนึ่ง แต่ต่อมาได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่า แบบ ประเมินนี้ขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนนเมื่อเทียบกับการตัดสินใจโดยภาพรวม

8. Zerssen Adjective Check List สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1970 ประกอบด้วยคำถาม 28 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเอง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคุณศัพท์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ โดยให้ผู้ตอบเลือก คำคุณศัพท์มาเพียงข้อเดียวให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด จุดอ่อนของแบบประเมินนี้ คือ แต่ละข้อจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้ละเอียดพอ แบบประเมินจะมีความไวสูงต่อการ เปลี่ยนของอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ

นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง ได้แก่ Center of Epidemiologic studied Depression Scale (CES-D)เป็นแบบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐ อเมริกา ปรับปรุงรวบรวมมาจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลาย Beck , Raskin ,zung และ MMPI ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยจะถาม ถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือ สัปดาห์

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Geriatric Depression Scale เป็นเครื่องมือเหมาะสมและมาตรฐาน(Standard)สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีความเชื่อมั่น 0.94 และเที่ยงตรงในการวัดสูง เป็นแบบวัดความคงที่ภายในสูง มีความเชื่อมั่น

มากภายใน 1 สัปดาห์ผ่านไป GDS. นี่เป็นแบบวัดง่ายต่อการใช้เวลาในการประเมินน้อย รูปแบบง่ายเหมาะกับผู้สูงอายุใช้การประเมินตนเอง มีทั้งหมด 30 ข้อ ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัด GDS. นี้มาใช้เป็นเครื่องในการศึกษาครั้งนี้

สรุป Screening Measure for Depression ใน ผู้สูงอายุ

1. Beck Depression Inventory (BDI)
2. Center of Epidemiologic studied Depression Scale
3. Cornell Scale for Depression in Dementia
4. Geriatric Depression Scale (GDS)
5. Geriatric Depression Scale-short
6. Zung Depression Rating Scale

Depression in the medically ill ^{22,53,54,55,57,58,59,60,61}

ความชุกภาวะซึมเศร้าในโรคทางกายที่มีความแตกต่างกันเนื่องจากจากปัญหาระเบียบการวิจัยคือ

- 1.ขาดความชัดเจนการกำหนดความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 2.ไม่มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินโรคทางกายและการวินิจฉัยความแตกต่างระหว่างโรคทางกายและภาวะซึมเศร้า เช่น อาการน้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ การเคลื่อนไหวช้า Anorexia เชื่องซึม การวินิจฉัยเป็นเรื่องยากว่าแท้จริงเป็นภาวะซึมเศร้าหรือเป็นอาการทางกาย
- 3.การเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นในกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการทางคลินิกจะมีความชุกภาวะซึมเศร่าค่อนข้างสูงเพราะกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตหลายอย่าง
- 4.กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายมากจนเกินไป (Heterogeneity of subject population) เช่น กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันหลายปัจจัยเช่น Organ system affected ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ความรุนแรงของความบกพร่องทางร่างกาย/จิตใจและยา

เครื่องมือแบบ Self –report ถูกใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนมาก ยังมีปัญหาในการประเมินที่แตกต่างกันเพราะ

- 1.อัตราที่สูง False –positive หรือ False –negative Diagnoses ขึ้นอยู่กับ Cut off point
- 2.ผู้ป่วยที่รับการประเมินมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร่ารุนแรง และ ระยะเฉียบพลัน จะมีผลต่อการประเมินคือผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้ และผู้ป่วยจะไม่ตั้งใจรับการประเมิน
- 3.ในการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้า เครื่องมือแบบ Self –report จะไม่สามารถประเมินภาวะซึม

เศร้าที่เปลี่ยนแปลงซ้ำได้หลังจากมีภาวะซึมเศร้า 5-7 วันหลังจากนั้น

4. การวินิจฉัย แบบ False-Negative จะเกิดขึ้นในการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีอาการ เจ็บ หรืออาการทางกายมากกว่าแสดงออกมาทางอารมณ์หรือความคิดและแยกความแตกต่างในการวินิจฉัยว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นอาการทางร่างกายหรือเกิดทางจิตใจ
5. ยังมีเกณฑ์และการวินิจฉัยที่แตกต่างกัน (The nonspecific Diagnostic Significant of Depressive Symptoms)

General Medical Patient

ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ใช้การประเมินเฉพาะเจาะจงในการคัดเลือกเข้ามีความชุกระหว่างร้อยละ 12-36 และขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการคัดเลือก แต่การศึกษาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ไม่ค่อยได้คัดเลือกเกณฑ์เข้ากลุ่มตัวอย่าง

Patients with Specific Medical Disorder

ภาวะซึมเศร้านักเกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น ผู้ป่วยฟอกไตร้อยละ 10-40 ผู้ป่วยโรคหัวใจร้อยละ 20-50 และ Post myocardial infarction ร้อยละ 70 Coronary bypass surgery พบว่ามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า 75

ภาวะซึมเศร้า และโรคหัวใจขาดเลือด ^{12,23,29,30,31}

ในปัจจุบันโรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากมะเร็ง จากข้อมูลของศูนย์สถิติเพื่อสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรในปี ค.ศ. 1990 พบว่าจากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 520 คนต่อประชากร 12 แสนคน ผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจทุกชนิดรวมกัน 190 คน โรคหัวใจขาดเลือด 103 คน โรคหลอดเลือดสมอง 28 คน และโรคมะเร็ง 135 คน

จากผลการศึกษาพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และทั้งชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 45 ปี และ 1 ใน 3 ของการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ชายเกิดก่อนอายุ 65 ปี

ในประเทศอุตสาหกรรม โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประเทศซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้สูงสุด 7 ประเทศ ได้แก่ ฟินแลนด์ สกอตแลนด์ ไอร์แลนด์เหนือ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ส่วนประเทศซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ต่ำคือลาตินอเมริกา และญี่ปุ่น พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศ

ญี่ปุ่นเท่ากับ 1 ใน 6 ของประเทศสหรัฐอเมริกา

จากผลงานวิจัยในหลายประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าชนชั้นกลางถึงชนชั้นสูงซึ่งรับเอาการดำเนินชีวิตแบบประเทศอุตสาหกรรมจะเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับชนชั้นยากจน ความแตกต่างกันทางพฤติกรรมระหว่างชนชั้นดังกล่าวคือ การรับประทานอาหารที่มีอาหารที่มีแคลอรีสูง อาหารมีไขมันมาก การทำงานที่เครียด

หนึ่งพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีอาการจิตเวชโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าซึ่งแพทย์จะประสบกับปัญหาในด้านการวินิจฉัยโรค และการรักษา เนื่องจากภาวะซึมเศร้าอาจปิดบัง หรือคล้ายหัวใจรุนแรงขึ้น และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ นอกจากผลของโรคทั้ง 2 ชนิดดังกล่าวทำให้อาการโรคหัวใจรุนแรงขึ้น และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ นอกจากผลนี้ผลของโรคทั้ง 2 ชนิดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจวัตรที่ทำอยู่เป็นประจำ รวมทั้งต้องดำเนินชีวิตไปในแนวทางที่ขาดความสุขความสุข และไม่สามารถมีคุณภาพที่ดี

จากผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีผลทั้งต่อการเริ่มเป็นโรค และการดำเนินโรค นอกเหนือจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยจะมีอาการรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูง

จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคทางกายของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1993 พบว่าร้อยละ 18-25 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดขั้นร้ายแรงเป็นโรคซึมเศร้าด้วย

อาการซึมเศร้ามีผลต่อหัวใจดังนี้

1. อัตราการเต้นหัวใจผิดปกติ
2. มีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ
3. ทำให้หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ
4. มีความผิดปกติของการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด
5. ผู้ป่วยขาดการออกกำลังกาย และมีคุณภาพชีวิตไม่ดี
6. มีอาการทางกายรุนแรงโดยเฉพาะอาการปวด
7. ขาดแรงจูงใจ และความร่วมมือในการรักษา
8. มีอัตราการกลับไปประกอบอาชีพเช่นเดิมลดลง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แมคเคลีย์ ดี และคณะ³² ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมที่ inner London Borough of Brent ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 159 คน โดย คัดกรอง ใช้ Geriatric Depression Scale (GDS) และก่อนแบบคัดกรองใช้การประเมิน cognitive ability ใช้ mini-mental state examination (MMSE) จากนั้น การคัดกรองใช้ เกณฑ์ คัดออก คือ คะแนน MMSE น้อยกว่า 21 , acute medical illness , มีปัญหาติดต่อสื่อสาร , malignant disease และหลังจาก Screening มีภาวะซึมเศร้า (positive) มาประเมิน โดย ใช้ Hamiton rating scale for Depression เพื่อยืนยันว่ามีภาวะซึมเศร้า พบว่า ความชุก ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ แผนก ผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ร้อยละ 11.3

โรเบิร์ต ซี โบววิน³³ ศึกษา เรื่องคัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมที่ Manchester Royal Infirmary ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 45 คนโดยใช้แบบ คัดกรอง Geriatric Depression Scale (GDS) โดยเกณฑ์ คัดเลือกออก patients too cognitively impaired to co-operate with the test procedures (but dementia per se was not an exclusion). พบว่า ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ แผนก ผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ร้อยละ 17.8

บอร์ตัน เอส และคณะ³⁴ ได้ทำการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมที่ The Medical Comprehensive Care Unit ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 406 คน โดยใช้ Zung Self-Rating Depression Scale พบว่า ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ แผนก ผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ร้อยละ 10 ปัจจัยที่สัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ แผนก ผู้ป่วยนอก อายุรกรรม คือ สถานะภาพสมรรถ ใสด หย่า บกพร่องร่างกาย ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคปอดเรื้อรัง

โอบิโมโต และ คณะ³⁵ ได้ทำการศึกษา การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุผู้ป่วยนอก อายุรกรรม Veterans Administration Medical Center. โดยใช้ Zung Self-Rating Depression Scale จำนวน 55 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ แผนก ผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ร้อยละ 38

โนริซ และคณะ³⁶ ได้ทำการศึกษา การประเมิน ภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโดยใช้ Zung Self-Rating Depression Scale , Geriatric Depression Scale (GDS) , Beck depression Inventory พบว่า จำนวน 68 คน ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ แผนก ผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ร้อยละ 29 ที่ Veterans Administration Medical Center

นันทิกา ทวีชาติ และคณะ³³ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 711 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร 396 คน และในเขตจังหวัดอุทัยธานี 315 คน โดยใช้แบบสอบถามวัดความซึมเศร้า Zung ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมดมีความซึมเศร้า ร้อยละ 82.28 โดยในเขตกรุงเทพมหานครมีความซึมเศร้าร้อยละ 80.28 และในเขตจังหวัดอุทัยมีความซึมเศร้าร้อยละ 84.80 และ อายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้ากับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และในเขตจังหวัดอุทัยธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย และ การศึกษา โดยพบว่าความซึมเศร้ามากในผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย

อับดุลฮาลิม³⁸ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชนบท โดยศึกษาที่อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 143 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.9

กมลีน สาตรา¹⁸ ศึกษาความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป จำนวน 137 คน พบว่าผู้สูงอายุหญิงมีความซึมเศร้าที่แตกต่างจากผู้สูงอายุชาย โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 59.12

เรตตี³⁹ ศึกษาเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ เขตดินแดน กรุงเทพมหานคร ในกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 150 คน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ไม่ใช่คู่ มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวน้อย จะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว

เคนเนดี และคณะ⁴⁰ ศึกษาลำดับขั้นของลักษณะความสัมพันธ์กับอาการของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมือง จำนวน 2,576 คน พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16.89

โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่คนเดียวโดยไม่ออกไปพบปะบุคคลอื่น หรือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุคคลใดเป็นที่ไว้วางใจสำหรับผู้สูงอายุ จะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่น หรือ มีบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้วางใจประมาณ 2 เท่าและพบว่าโดยผู้สูงอายุระดับการศึกษาน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุทำงาน 3 เท่า และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า

บังอรรัตน์ ศุขตรากุล⁴¹ ศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพ สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดและในเขตชุมชนไม่แออัด พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีความสัมพันธ์ของสถานภาพด้านจิตใจกับอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่อยู่ในลักษณะเดียวจะมีความเครียดสูงกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวขยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปราโมทย์ วัจนะอาด⁴² ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 261 คน พบว่า งานอดิเรกมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตและซึมเศร้าของผู้สูงอายุกล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีงานอดิเรกทำส่วนใหญ่จะมีสุขภาพจิตและซึมเศร้าไม่ดี และพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย หย่า และโสด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก และโสด จะมีสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และพบว่า การมีส่วนร่วมในสังคมมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่น คือ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมจะมีสุขภาพจิตเอนเอียงในทางที่ดีด้วยและ พบว่า สถานะภาพทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีด้วย

เบิร์คแมน และคณะ⁴³ ศึกษาเรื่องอาการแสดงของความซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและหน้าที่ทางกายในผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 2,806 คน อาศัยในเมือง New Haven รัฐ Connecticut พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรังและความไร้สมรรถภาพของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรพรรณ ทองแดง⁶ และคณะ รายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย เขตบางพลัด ตลิ่งชัน บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 12.78 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างเดีย্বর้อยละ 8.23 (ชาย ร้อยละ 5.43 , หญิง ร้อยละ 9.36) และภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะทางสมอง ร้อยละ 4.55 (ชาย ร้อยละ 2.8 ,หญิง ร้อยละ 5.54) สาเหตุส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางเศรษฐกิจ รองลงเป็นปัญหาสัมพันธภาพบุคคลในครอบครัว และปัญหาสุขภาพทางร่างกาย

วรวรรณ นิตบงกช⁴⁴ ศึกษาเรื่องความต้องการที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุในเขตคลองเตย จำนวน 318 คนพบว่า ด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีบุตร 2-3 คน ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพ ประมาณครึ่งหนึ่ง รองลงมาคือต่างจังหวัดและปริมณฑล ส่วนใหญ่จบการศึกษาประถม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่าครึ่งมีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 16,801 บาท ซึ่งจัดกลุ่มรายได้ต่ำ รองลงมาคือ 16,801-78,800บาทและมากกว่า 78,800 บาท ซึ่งจัดกลุ่มรายได้ปานกลางและสูง โดยที่กลุ่มรายได้ต่ำจำนวนเกินครึ่งหนึ่งมีภาระหนี้สิน ในขณะที่กลุ่มปานกลางและสูงไม่มีหนี้สิน ที่มารายได้หลังเกษียณอายุพบว่า กลุ่มรายได้ต่ำมาจากการทำงานหาเช้ากินค่ำ กลุ่มรายได้ปานกลางและสูง มาจากดอกเบี้ยและเงินออม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยที่ส่วนใหญ่เป็นโรคปวดเมื่อย ด้านสุขภาพจิตนั้น ส่วนใหญ่รู้สึกปกติไม่สุขหรือทุกข์ กลุ่มที่ไม่มีความสุขทางใจเป็นเพราะไม่สบายกายจึงไม่สบายใจตามไปด้วย ด้านวิถีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่พักผ่อนอยู่บ้าน งานอดิเรกคือ ดูโทรทัศน์ รองลงมาคือ อ่านหนังสือและฟังเพลง จำนวนกว่าครึ่งไม่เล่นกีฬาและมักสังสรรค์กับเพื่อนเดือนละ 1-2 ครั้ง

วลัยพร ศรีสาริต⁴⁵ ศึกษาเรื่อง การทำงานบ้านของผู้สูงอายุในโครงการนำร่องของกรมประชาสงเคราะห์จำนวน 1,007 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานบ้านโดยงานบ้านแต่ละประเภทที่ทำจะแตกต่างกันไปกล่าวคือ ผู้สูงอายุจะทำความสะอาดบ้านมากที่สุด รองลงมาคือ การทำกับข้าว การขัด/รีดผ้า และการดูแลเด็กเล็ก ส่วนงานบ้านที่ทำน้อยที่สุดคือการซื้อกับข้าว

สายยนต์ เจริญชา⁴⁶ เมื่อ พ.ศ. 2535 ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 350 คน โดยใช้แบบสอบถามความซึมเศร้า QD2 พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าร้อยละ 67.4และพบว่าอายุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุน้อยกว่า และผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุกลุ่มที่มีรายได้น้อยจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า และ ผู้สูง

อายุที่ไม่มีงานอดิเรกทำจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีงานอดิเรกทำ และ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสุขภาพทางกายไม่ดีจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะภาพกายปานกลางและดี

Dean A และคณะ อ้างใน กาญจนานา¹ เมื่อปี พ.ศ. 2528 ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของแรงสนับสนุนต่าง ๆ กับความซึมเศร้าในบุคคลสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50ปีขึ้นไป จำนวน 1,174 คน ในรัฐ New York พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าโดยพบว่าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

นาพร ชโยวรรณ⁴⁷ และคณะ เมื่อปี พ.ศ.2532 ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3,252 รายเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบท 2,424 ราย และในเขตเมือง 828 รายพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายและ พบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทมีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่า ผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีเพียงร้อยละ 5 ที่มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาท/เดือน และร้อยละ 6 เป็นผู้ที่ไม่มียารายได้แหล่งที่มาของรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุได้มาจากบุตรหลานมากกว่าการทำงานตนเอง

Murrel⁴⁸ และคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2526 ได้ศึกษาความชุกของความซึมเศร้าและสหสัมพันธ์ในผู้ใหญ่ผู้สูงอายุโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเมือง Kentucky จำนวน 2,517 คน เป็นชาย 962 คน หญิง 1,555 คน พบว่าสถานภาพสมรรถมี ความสัมพันธ์กับภาวะความซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้ โดยผู้ที่โสดหรือผู้ที่มีสถานภาพสมรรถมีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่เป็นหม้าย หย่าหรือแยกแและ พบว่า สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและปานกลาง