

# ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ

## Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly

บทความวิชาการ

นริสา วงศ์พนารักษ์\* สายสมร เฉลยกิติ\*\*

Narisa Wongpanarak, R.N., M.S., Ph.D.\*

Saisamorn Chaleoykitti, R.N., M.S.N., Ed.D.\*\*

### บทคัดย่อ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายจากปัญหาด้านร่างกายเพราะความเสื่อม ทำให้มีความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าได้ง่าย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันภาวะซึมเศร้า การบำบัดรักษาและการช่วยเหลือตลอดจนฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในช่วงวัยท้ายของชีวิต

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, สุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า

### Abstract

The elderly face physical, mental and social decline. As a result, majority of the old age had mental health problem, particularly the incidence of depression. Depression is due to the deterioration of the physical problem. The old age with depression usually feel uncomfortable that affect to the mental health status of the elderly. The old age must dependence and autonomy in their children. Therefore, these cause them depressed easily. This article aims to review the current situation and the mental health status of the elderly, depression and depressive assessment, and the guideline for helping the elderly with depression. Nurse who is responsible for caring the elderly can be used this knowledge including promote good mental health, protect depression, care for the old age with depression, and restore them to be healthy elderly in the late of their lives.

Keywords: Elderly, Mental health, Depression

Corresponding Author: \*อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม E-mail: narisa.msu@gmail.com

\*\*พันเอกหญิง ดร., อาจารย์หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

## บทนำ

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน อันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้จากความเจ็บป่วยทางกาย เกิดโรคเรื้อรัง ไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็ม ไรยได้น้อยลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง บทบาททางสังคมลดลง ทำให้ต้องพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้ไม่มีความสุข ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า และการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของไทยเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า มีผลต่อชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เศร้า หงุดหงิด ผิดหวัง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากทำอะไร หรือทำสิ่งต่าง ๆ ลดน้อยลงไป ขาดการแสวงหาการช่วยเหลือ ความสามารถในด้านต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถจัดการปัญหาได้เหมาะสม ขาดกำลังใจ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการเกิดปัญหาสุขภาพทางกายต่าง ๆ ตามมาได้ด้วย ดังนั้นบทความนี้ผู้เขียนจึงค้นคว้าและทบทวนความรู้สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยได้อธิบายสถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

## สถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้กำหนดนิยามผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ โดย “ผู้สูงอายุ” หมายถึงบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557 : 1) ผลจากความเจริญทางการแพทยเทคโนโลยี และความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น อายุยืนยาวขึ้น และนับวันทวีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เพราะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2548 และเพิ่มเป็นร้อยละ 10.4, 10.5 และ 10.7 ในปี 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ คาดว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 ในปี 2563 และในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2573 จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว เป็นร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (มูลนิธิ

สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555 : 9) ซึ่งสังคมใดที่มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ถือว่าสังคมนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2556 : 6) จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลที่มากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทุกด้าน ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง (จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2555 : 90) ภาวะเสื่อม การเจ็บป่วย ไม่สุขสบาย สมรรถนะถดถอย หลงลืม รู้สึกไร้คุณค่า ทำอะไรเองได้น้อยลง ทำให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล เครียด อารมณ์เศร้าอันส่งผลต่อสุขภาพจิต จากรายงานข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย 3 ปี ของกรมสุขภาพจิตและสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2551 - 2553 พบว่าผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ซึ่งถือเป็นความเปราะบางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี เป็นคนที่ไม่มีความสุข ซึ่งอาจมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ เสียสมาธิ หดหู่ เศร้าหมอง ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากรับประทานอาหารซึ่งส่งผลต่อสุขภาพร่างกายด้วย ประกอบกับการเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้รู้สึกไร้ค่า ว่าเหว ถูกทอดทิ้ง ส่งผลต่อความรู้สึกและจิตใจ ซึ่งผู้สูงอายุต้องปรับตัวมากมายให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สถานการณ์เช่นนี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศพบว่า ผลการศึกษาวิจัยในประเทศอังกฤษ พบประชากรผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 10 - 15 (Anderson, 2001 : 13) ในประเทศตะวันตก พบความชุกของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุพบความชุกของโรคซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 19.47 (Volkert, Schulz, Härter, Wlodarczyk, and Andreas, 2013 : 339) เช่นเดียวกับสถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย จากผลการศึกษาของวลัยพร นันทคุภวัฒน์ และคณะ, 2552 : 27) พบว่าผู้สูงอายุน่าจะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 15.6 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก โดยการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ

หรือการที่ผู้สูงอายุจะเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอาจไม่ครอบคลุมทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพ อาจเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุทำให้เกิดปัญหาหลายประการ รวมทั้งอัตราส่วนการพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.55 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 36.16 ในปี พ.ศ. 2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552) ผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน คือ ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ ความเปลี่ยนแปลงที่มากระทบต่อผู้สูงอายุเป็นเวลานาน ๆ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (sad) ภาวะซึมเศร้า (depression) แล้วในที่สุดเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) หากไม่ได้รับการคัดกรอง หรือประเมิน และเกิดเรื้อรังจนเจ็บป่วย ซึ่งการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและการช่วยเหลือย่อมต้องมากขึ้นและซับซ้อนมากขึ้น

### ภาวะซึมเศร้าและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554 : 277) เป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional) ความคิด (cognitive) ร่างกาย (physical) และพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งอาการแสดงออกแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าจึงต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก กล่าวคือ การแสดงออกทางอารมณ์ โดยอารมณ์เศร้าเป็นอาการนำหลักของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะมีสีหน้าเศร้า เป็นทุกข์ เฉยชา เงียบขรึม ขาดชีวิตชีวา กังวล หดหู่ หงอยเหงาม เป็นต้น และไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตลอดเวลา อารมณ์เศร้าอาจไม่คงที่ นอกจากนี้ยังมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ กระวนกระวาย น้อยใจง่าย ความรู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่ายและหมดความสนใจ ความรู้สึกผิด และความรู้สึกไร้ค่า การแสดงออกทางความคิด โดยมีความคิดเชิงข้อฆ่าสมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจแย่งลง มีความคิดทางลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต การแสดงออกทางพฤติกรรม โดยมีความสัมพันธ์กับคนอื่นแย่งลง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความตื่นตัวในการ

ทำกิจกรรมประจำวันลดลง ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย และการแสดงออกทางกาย โดยมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ เป็นต้น หรืออาจนอนไม่หลับ ตื่นเร็ว หรือบางรายอาจหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และมีผลต่อการขับถ่ายคืออาจพบอาการท้องผูกหรือท้องเสียในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ (สายฝน เอกวางกูร, 2553 : 8, 34 - 42)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา เช่น กรรมพันธุ์ สารสื่อประสาทในสมองเกิดจากความผิดปกติในกระบวนการทำงานของสมองทำให้ปริมาณสารสื่อประสาท ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมการแสดงอารมณ์ ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) เกิดภาวะไม่สมดุลคือลดลงกว่าปกติ (สายฝน เอกวางกูร, 2553 : 22) และปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน ความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม เช่น ประสบเหตุร้ายในชีวิต การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก คิดสับสนกับสิ่งที่ผ่านไปและปรับตัวไม่ได้ ทำให้สภาพร่างกายและอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลง (อรสา ไยยอง และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554 : 119; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554 : 277 - 278) หรือปัจจัยทางสังคม เกิดการสูญเสียสถานภาพทางสังคม ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (รังสิมันต์ สุทธิไชยา, 2554 : 1)

ผลกระทบเมื่ออารมณ์เศร้าเกิดขึ้นนาน เป็นภาวะซึมเศร้าและเรื้อรังจนกระทั่งส่งผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เกิดเป็นการเจ็บป่วย โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การเจ็บป่วยของโรคนี้ทำให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความเสียหายต่อคุณภาพชีวิตได้สูงกว่าโรคอื่น ๆ (พจนนา เปลี่ยนเกิด, 2557 : 18)

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) ที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association หรือ APA) ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ 5 แขน ตั้งแต่แกน A-E ดังนี้ (สายฝน เอกวางกูร, 2553 : 9 - 11)

A. มีอาการในข้อต่อไปอย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป เกิดพร้อมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ได้แก่

1. อารมณ์เศร้า เป็นตลอดเวลาหรือเกือบทุกวัน
2. ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร เกือบทุกวัน

3. ไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน
  4. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจอดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมากเพราะกินจุ
  5. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกือบทุกวัน
  6. การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
  7. อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน
  8. รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ เป็นเกือบทุกวัน
  9. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก เป็นเกือบทุกวัน
  10. คิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
- B. อาการไม่เข้ากับเกณฑ์ mixed episode
- C. มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ
- D. อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือโรคทางกาย
- E. อาการไม่ได้เป็นผลจากความโศกเศร้าเพราะสูญเสียคนรัก

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> revision (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก มีดังนี้

- G1 A. มีกลุ่มอาการซึมเศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์
- B. อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ คือ
1. อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
  2. ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร หรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน
  3. อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน
- C. อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อ คือ
1. ขาดความเชื่อมั่น ความภูมิใจในตนเองหายไป
  2. ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
  3. คิดอยากตายซ้ำ ๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย

4. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
5. การเคลื่อนไหวหรือความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข
6. นอนไม่หลับหรือนอนมาก
7. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจอดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมากเพราะกินจุ

การแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (mild) จะมีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ ระดับปานกลาง (moderate) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ และระดับรุนแรง (severe) มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ

G2 ไม่เคยมีอาการ hypomania หรือ mania ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

G3 อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้น ในประเทศไทย ใช้อยู่ 2 เกณฑ์ หรือ 2 ระบบ ทั้ง DSM และ ICD-10 โรคซึมเศร้ามีอาการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรง เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องเข้าใจโรคซึมเศร้าว่าเป็นการเจ็บป่วยอย่างหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (พจนานุกรมแปล, 2557 : 19)

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งการประเมินรวมถึงการคัดกรอง เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญสูงสุด เนื่องจากผลที่ได้จากการประเมินสภาพและการคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเกิดภาวะซึมเศร้า จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็ได้รับการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ การประเมินและการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลทั่วไป และการประเมินสำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (สายฝน เอกวารงกูร, 2553 : 63) โดยพบว่า ผู้ประเมินอาจเป็นผู้ใช้เครื่องมือประเมินหรือคัดกรองเอง และมีแบบให้รายงานตนเอง และหากก้ำกึ่งหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ก็มีการสังเกต (observation) การสัมภาษณ์ (interviewing) การตรวจสภาพจิต (mental status examination) และแปลผลการตรวจอย่างละเอียดเฉพาะรายไป สำหรับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และใช้แพร่หลายในปัจจุบันสามารถดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ของกรมสุขภาพจิต แต่ที่นิยมใช้ได้แก่ DS8, 15Q และแบบวัดความ



เศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) เป็นต้น สามารถเลือกใช้โดยอ่านหรือศึกษารายละเอียดวิธีการใช้คะแนน และการแปลผลให้เข้าใจก่อนนำมาประเมินหรือคัดกรอง เพื่อหาแนวทางการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2557)

### แนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งการทำงานของสมองเกิดสารสื่อประสาทไม่สมดุล การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ สังคมสภาพแวดล้อม ประสบการณ์การสูญเสีย ดังนั้น จึงใช้แนวทางการบำบัดกายจิตสังคม (biopsychosocial approach) ซึ่งเป็นการรักษาคนที่ต้องบูรณาการความเข้าใจมนุษย์ และการเจ็บป่วย การบำบัดจึงต้องทำควบคู่กันไปและเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยและเกิดประสิทธิภาพ (Dogar, 2007 : 11)

#### 1. การบำบัดทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก

1.1 การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Antidepressant Drugs) มักใช้กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือโรคซึมเศร้า ยาด้านเศร้า แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ Tricyclic antidepressant (TCAs), Monoamine oxidase inhibitor (MAOIs), Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุทธิชัย, 2550 : 403; Shives, 2008 : 233) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่รับประทานยาด้านเศร้า คือ ควรติดตามดูแลการรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษา รวมทั้งให้คำแนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ดูแลผลข้างเคียงของยาด้านเศร้า เช่น ปากแห้งคอแห้งควรรดน้ำหรืออมลูกอมบ่อย ๆ ท้องผูกควรรับประทานผลไม้ ผัก และดื่มน้ำมาก ๆ หากไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับโรค ตาพร่ามัวควรให้ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ เวียนศีรษะหน้ามืดควรให้ระมัดระวังการเปลี่ยนท่าโดยเร็ว แนะนำให้ค่อย ๆ เปลี่ยนอิริยาบถ หากง่วงควรให้ระมัดระวังการหกล้ม อุบัติเหตุ และการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลและการขับขี่ยานพาหนะ เป็นต้น ควรอธิบายข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญเกี่ยวกับยาที่ได้รับ เช่น ไม่ควรขาดยา หรือปรับยาเอง ระมัดระวังยาและอาหารบางชนิดที่เป็นอันตรายเมื่อกำลังรับการรักษาด้วยยาด้านเศร้า เช่น อาหารที่มีส่วนผสมของไทรามิน (tyramine) อาทิ ไวน์ ยีสต์ เนย ช็อกโกแลต เป็นต้น รวมทั้งงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ให้คำแนะนำผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อม สร้างความเข้าใจการ

บำบัดรักษา ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด 2 - 3 สัปดาห์ และสนับสนุนให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง มาตามนัด ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถสังเกตอาการผิดปกติและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาหากมีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลหรือมาพบแพทย์

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy หรือ ECT) การบำบัดรักษานี้มักใช้กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่สามารถรอให้ยาออกฤทธิ์ได้ อาการเป็นมาจนเสี่ยงต่อชีวิตหรือในกรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีหลักการคือ แพทย์กดย่อยกระแสไฟฟ้าให้ผู้ป่วยเกิดการชัก ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองให้มีความสมดุล ถือเป็นการรักษาที่ให้ผลรวดเร็วและค่อนข้างแน่นอนถ้าเลือกใช้ให้เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ ประโยชน์ของการบำบัดด้วยไฟฟ้าคือ สามารถช่วยให้ระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีระยะเวลาที่สั้นลง ลดความรุนแรงของอาการทางจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและผู้อื่น (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2553 : 95) ควรพิจารณาโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้หรือภาวะติดเชื้อมีปัญหากระดูกไม่แข็งแรง เพราะการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการเกิดกระดูกหักเคลื่อนได้ง่าย

1.3 การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก (Transcranial magnetic stimulation: TMS) เป็นนวัตกรรมการรักษาทางจิตเวชและจิตประสาทที่กำลังได้รับความสนใจในปัจจุบัน เนื่องจากสนามแม่เหล็กสามารถผ่านเข้าสู่ร่างกายอย่างอิสระเป็นการกระตุ้นสมองที่ไม่รุกราน ไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ใช้เครื่องมือพิเศษที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการกำหนดความแรง ความถี่ จำนวนครั้ง และสามารถกำหนดตำแหน่งการกระตุ้นใช้ระบบนำวิถีด้วยภาพจากการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเข้าสู่สมองโดยตรงเพื่อให้เกิดการชักและไม่ต้องวางยาสลบ พบว่า TMS เป็นวิธีที่ค่อนข้างปลอดภัยและให้ผลการรักษาที่ดีพอประมาณในภาวะซึมเศร้า และยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผลมากขึ้น (วัชชัย กฤษณะประกฤษ และสุชาติ พหลภาคย์, 2549 : บทคัดย่อ) มีการศึกษาวิจัยการใช้การกระตุ้นซ้ำ ๆ (repetitive transcranial magnetic stimulation: rTMS) ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วย 4 ราย ใน 6 ราย ตอบสนองต่อการรักษาด้วย rTMS ดี มีระดับซึมเศร่าลดลง เมื่อใช้ rTMS 10 ครั้ง

(Krisanaprakornkit et. al, 2010 : บทคัดย่อ) TMS เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 20 - 40 นาที เหมาะกับการรักษาภาวะซึมเศร้า พยาบาลสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนและการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษาวิธีนี้ โดยให้ข้อมูลและอธิบายหลักการของการรักษาและการข้างเคียงเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ ถอดเก็บเครื่องประดับโลหะต่าง ๆ และไม่ต้องงดน้ำและอาหารก่อนทำดูและระหว่างรักษา โดยอำนวยความสะดวกสบาย จัดสถานที่เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น วัสดุสัญญาณชีพ ประเมินอาการข้างเคียงบันทึกการเปลี่ยนแปลงเพื่อประเมินผลการรักษาและให้คำแนะนำหลังการรักษา ซึ่งมักพบว่า ผู้รับบริการมีอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะและปวดต้นคอ เนื่องจากนั่งท่าเดิมนาน ๆ ให้การพยาบาลตามอาการได้

2. การบำบัดทางจิตสังคมเป็นการผนวกการรักษาด้านจิตใจและสังคมเข้าด้วยกัน เป็นการเตรียมความพร้อมจัดการสิ่งค้างใจ ปัญหาทางอารมณ์มีกระบวนการที่เกิดการสื่อสาร สัมพันธภาพ กลุ่มเป็นสังคมจำลองที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา ยอมรับและเผชิญปัญหานั้น ๆ ได้ตามศักยภาพของตนเอง ใช้กับผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มมีอาการซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่าง ๆ การบำบัดทางจิตสังคมซึ่งมีประโยชน์ต่อการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ช่วยพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เมื่อให้การรักษาด้วยจิตสังคมนั้นช่วยให้ยาต้านเศร้าก็จะทำให้การรักษาครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป้าหมายและวิธีการดำเนินการบำบัดด้วยจิตสังคมนั้นขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน และการบำบัดรักษาสามารถทำได้ทั้งการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่มและครอบครัว โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ

2.1 การให้การปรึกษา (Counseling) มักใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำถึงปานกลาง เป็นกระบวนการช่วยเหลือด้วยการสนทนาอย่างมีเป้าหมาย สร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เป้าหมายคือ ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้สำรวจตนเอง รู้จักและเข้าใจปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2.2 กลุ่มจิตบำบัด (psychotherapy) พิจารณาใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) และอาจนำแนวคิดอื่น ๆ มาใช้ในการทำจิตบำบัดด้วยอาทิ CT, CBT, REBT การบำบัดรักษานี้มักใช้กับผู้ที่มีภาวะ

ซึมเศร้าระดับไม่รุนแรง (สายฝน เอกวารงกูร, 2553 : 113) ทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามองเห็น รู้จักและเข้าใจความคิดทางลบ รวมทั้งวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่เกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงของตนเอง การบำบัดจึงมุ่งปรับเปลี่ยนวิธีคิดให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม ดังนั้น การบำบัดจึงต้องพิจารณาใช้ในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านความคิด (Cognition) เนื่องจากจะต้องมีกระบวนการเรียนรู้คิดและทบทวน รวมทั้งการตัดสินใจภายใต้การดำเนินกิจกรรมเหล่านี้

2.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดหรือนิเวศบำบัด (Milieu Therapy) เป็นการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทุกระดับ โดยการปรับบรรยากาศของสังคมและสิ่งแวดล้อมในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ต้องเกี่ยวข้อง จัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาอารมณ์และทักษะด้านสัมพันธภาพ การจัดบรรยากาศต่าง ๆ จะต้องมีความเหมาะสมและมีวิธีการเฉพาะสำหรับแต่ละราย โดยมีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ (มงคล สองสว่างธรรม, 2549 : 125) โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถที่จะเรียนรู้ และมีความพยายามจะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ถ้าจัดสิ่งแวดล้อมให้ดีก็จะสามารถโน้มน้าวให้พฤติกรรมมนุษย์ไปในทางที่ดีได้ (Shives, 2008 : 153) และกลุ่มกิจกรรมบำบัดก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยในการบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการสร้างสรรค์กิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาการเรียนรู้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควรหากิจกรรมที่ทำได้สำเร็จโดยง่าย ในเวลาสั้น ๆ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เสริมกำลังใจและความเชื่อมั่น เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น กลุ่มทำงานประดิษฐ์ พับถุง วาดภาพ ตัดกระดาษสี เป็นต้น

2.4 ครอบครัวบำบัด เป็นการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทุกระดับ ต้องทำให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนในการดูแล รับฟังปัญหา และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด รับฟังปัญหา สังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ทั้งอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ทำที่ คำพูด ที่อาจแสดงความรู้สึกรุนแรงของอารมณ์ ความสิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า การจากลา การไม่ยอมมีชีวิตอยู่ และมีความคิดฆ่าตัวตาย พยาบาลควรให้สนับสนุนให้ครอบครัวรับฟัง มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกันให้กำลังใจ ซึ่งชมเมื่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความรัก ความผูกพันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับความ

แตกต่างกันและกัน (สายฝน เอกวารงกูร, 2553 : 138)

จากการทบทวนความรู้ข้างต้น ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. เลือกใช้แบบคัดกรองหรือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในเบื้องต้นผู้ประเมินควรต้องสังเกตการเปลี่ยนแปลงและการแสดงออกทั้งอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ประเมินภาวะซึมเศร้าหรือตรวจสุขภาพจิต และส่งพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการช่วยเหลือที่ถูกต้อง

2. ให้การช่วยเหลือ หากกิจกรรมที่สอดคล้องกับผู้รับบริการแต่ละรายที่มีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน และคำนึงถึงการแสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม สรุปได้ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย การช่วยเหลือทำได้ตั้งแต่การให้การปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การทำกลุ่ม อาทิจิตบำบัดการรู้คิด (Cognitive therapy: CT), การบำบัดพฤติกรรม การรู้คิด (Cognitive behavioral therapy: CBT), การบำบัดตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational emotive behavior therapy: REBT) การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด การรักษาทางเลือก เช่น กลิ่นบำบัด ดนตรีบำบัด การนวด และการกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก

2.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง การช่วยเหลือทำได้โดยการให้การปรึกษา การทำกลุ่มบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก แล้วอาจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ หากพบเป็นรุนแรงมากขึ้น

2.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ควรสังเกตอย่างใกล้ชิด ประเมินซ้ำและระมัดระวังการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย แพทย์สั่งรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับรักษาด้วยไฟฟ้า

## สรุป

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจถูกมองเหมือนเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว จึงมองข้ามและละเลยโดยไม่ได้ให้ความสำคัญ ทั้งที่หากพบเร็วก็สามารถช่วยเหลือรักษาภาวะซึมเศร้าให้หายได้ ดังนั้น การใส่ใจ สังเกต คัดกรอง และการประเมินที่ดีจะช่วยให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจนถึงการฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทำได้โดยการช่วยเหลือ

หลากหลายวิธีร่วมกัน เช่น เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายและรับฟังผู้สูงอายุอย่างเข้าใจ การให้การปรึกษา การทำกลุ่มบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ การหากิจกรรมให้ทำที่เหมาะสมตามศักยภาพ ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และแนะนำให้ผู้สูงอายุพบแพทย์หากมีอาการมากขึ้นเพื่อรับการรักษา และหากมีการรับประทานยาต้านเศร้า พยาบาลควรดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลเรื่องยาที่จำเป็น เฝ้าระวังผลข้างเคียง ป้องกันอุบัติเหตุ และแพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ในกรณีตรวจพบข้อบ่งชี้ที่อาจทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557 ก.). แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าใหม่ พ.ศ. 2547. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/depress/asheet.asp?qid=1> (วันที่ 27 กรกฎาคม 2557).
- กรมสุขภาพจิต. (2557 ข.). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=1217> (วันที่ 28 กรกฎาคม 2557).
- จิราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 22(3) : 88-99.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง และสายสมร เฉลยกิตติ. (2556). ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(1) : 85-93.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า : บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(1) : 18-21.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. สืบค้นจาก [http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20131007131133\\_1\\_.pdf](http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20131007131133_1_.pdf) (วันที่ 28 กรกฎาคม 2557).
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2553). *การบำบัดทางจิตเวชและการให้การพยาบาล*. มหาสารคาม : หจก.อภิชาติการพิมพ์.

- มงคล ส่องสว่างธรรม. (2549). *การรักษาพยาบาลทางจิตเวช. ในสารระทบทวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันธรัทรวงศ์. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : บริษัท จุดทอง จำกัด.*
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.*
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). *รายงาน ประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. บริษัท ทีคิวพี จำกัด.*
- ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และสุชาติ พหลภาคย์. (2549). *การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก : นวัตกรรมการรักษาทางจิตเวชและจิตประสาท. วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 51(4) : 365-380.*
- รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). *มนต์คนใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม : บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.*
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง : การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 25(2) : 1-11.*
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์ และคณะ. (2552). *สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27(1) : 27-32.*
- สายฝน เอกวางกูร. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ : บริษัท ส.เอเชียเพรส (1989) จำกัด.*
- สายสมร เฉลยภิตติ และนันทา สุรัทษา. (2553). *ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกกับการพัฒนามนุษย์. วารสารจิตวิทยา. 16 : 106-117.*
- สุพัทธา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาติย์ และปวีดา โพธิ์ทอง. (2555). *การใช้แผนผังความคิดในการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต. วารสารพยาบาลทหารบก. 13(3) : 81-89.*
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533 - 2573. สำนักงานศูนย์สถิติแห่งชาติเพื่อการศึกษา.*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ข้อมูลสถิติ. (2555). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร : การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2556. จาก [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme\\_2-4-10.html](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-4-10.html).*
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : บริษัท วี.พี.เอ็น (1991) จำกัด.*
- อรวรรณ จุลวงษ์, พจนา เปลี่ยนเกิด, สมพิศ เกิดศิริ และอัญธิตา สระแก้ว. (2556). *การสร้างเครื่องมือวัดสมรรถนะ การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก. วารสารพยาบาลทหารบก. 14(3) : 50-58.*
- อรสา ไยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 56(2) : 117-128.*
- Anderson AN. (2011). *Treating depression in old age: the reasons to be positive. Age and Aging, 30 : 13-17.*
- Dogar IE. (2007). *Biopsychosocial model. Annu. Punjab. Med. Coll. 1(1) : 11-13.*
- Krisanaprakornkit, T., Paholpak, S., Tassaniyom, K., & Pimpanit, V. (2010). *Transcranial magnetic stimulation for treatment resistant depression: six case reports and review. Journal Medicine Association Thai. 93(5) : 580-586.*
- Shives, L.R. (2008). *Basic Concept of Psychiatric-Mental Health Nursing. (7<sup>th</sup>ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.*
- Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, and Andreas S. (2013). *The prevalence of mental disorders in older people in Western countries-a meta-analysis. Aging Research Reviews, 12 : 339-353.*