ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย*

Social support factor and depression in elderly: The difference between women and men

บทความวิจัย
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2557
Volume 37 No.2 (April-June) 2014

ชมพูนุท กาบคำบา พย.ม.** สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปร.ด.***
Chompoonoot Kabkumba MNS. Somporn Rungreangkulkij Ph.D.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของความชุกภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ 3) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ศึกษาในผู้สูงอายุเพศหญิงชายอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 921 คน สุ่มแบบสองขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน logistic regression analysis และ 95% confident interval ผลการศึกษา พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 32.5 ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) อายุที่มากขึ้น รายได้ไม่เพียงพอ การรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางและต่ำ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนน้อย และการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.7 ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงค่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุด

คำสำคัญ : การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างเพศ

ABSTRACT

The purpose of this cross sectional descriptive research was 1) to estimate the prevalence of depression in elderly, Muang District, Khon Kaen Province. 2) to compare prevalence of depression between both sexes who had low social support. 3) to analyze risk factors and predictors of depression in elderly. A total of 921 elderly voluntaries aged 60 years and above completed the questionnaires using a two cluster random sampling method. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, 95% confidence interval and logistic regressions. The study found the prevalence of depression was 32.5 percent. There was not a significantly different prevalence of depression in both sexes who had low social support (p-value > 0.05) However, the risk factors such as increasing age, lower household income, poor perception of health status, less role of participation in community activities and lower social support were significantly associated with depression. These factors were the predictive power of 18.7 percent.

keywords : social support, depression, elderly, gender difference

* งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มข ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
*** รองศาสตราจารย์ ศูนย์ CRTGWH คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วโลกถึงร้อยละ 10 – 20[1] สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.2 – 37.5[2,3] จากการทบทวนวรรณกรรมในเชิงความแตกต่างทางเพศกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบว่าเพศหญิงมีความชุกระหว่างร้อยละ 17.8 –25.54 ในขณะที่เพศชายจะพบความชุกระหว่างร้อยละ 7.6 –19.4 [4, 5] ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบอย่างมากต่อทั้งชีวิตความเป็นอยู่ สุขภาพ ทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักและสัญญาณของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ[6] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรม สถานะภาพสมรส[7] สัมพันธภาพในครอบครัว[8] โรคประจำตัว[9] อายุ ระดับการศึกษา[10] รูปแบบการแก้ไขปัญหา รายได้[11] การอาศัยอยู่คนเดียว[12] และการสนับสนุนทางสังคม[13] เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งยังเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงเพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ มีหลายงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[14] สำหรับการศึกษาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในแง่ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชายที่ผ่านมา พบผลการศึกษาที่หลากหลาย เช่น การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉพาะกับผู้สูงอายุเพศชาย [15] หรือการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉพาะกับผู้สูงอายุเพศหญิง[16] หรือแม้กระทั่งการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน[13] อย่างไรก็ตามข้อมูลข้างต้นนี้ยังไม่สามารถตอบข้อสันนิษฐานได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงและชายแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ได้สร้างเงื่อนไขและกำหนดบรรทัดฐานเกี่ยวกับการแสดงบทบาททางสังคม การแสดงพฤติกรรมที่สังคมคาดหวังและการยอมรับในผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่แตกต่างกัน เช่น บทบาทการเป็นผู้นำ บทบาทเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องสำคัญ ๆ เป็นบทบาทเพศชาย บทบาทการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในบ้าน การแสดงออกของอารมณ์ที่อ่อนไหวได้อย่างเปิดเผยถูกยอมรับได้ในเพศหญิง หากเพศชายแสดงอารมณ์เปราะบาง อ่อนแอ ไม่มั่นคง ก็จะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม[17] จึงอาจเชื่อได้ว่าบรรทัดฐานต่าง ๆจากสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงและชายแตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความแตกต่างของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อบทบาท พฤติกรรม และความคาดหวังในความเป็นหญิงและชายของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้จะนำไปสู่การวางแผนการป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟู ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้มีความเฉพาะทางเพศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของความชุกภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

3) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทำนายด้านประชากรศาสตร์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาททางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt and Weinert [16] ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทาง

สังคม คือ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ส่งผลต่อบุคคลผู้รับทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมในด้านบวก โดยปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวมาในรูปการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิด การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน การได้รับคำแนะนำ และการมีโอกาสได้ดูแลช่วยเหลือผู้อื่น เชื่อมโยงกับแนวคิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เพียงพอนี้จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และในทางกลับกัน หากที่ไม่เพียงพอก็อาจเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study)

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้สูงอายุเพศหญิงและชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รวมทั้งสิ้น 921คน สุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบสองขั้นตอน (2- cluster random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: เป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลประชากร ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม[16] ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงที่สุด คำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ การแปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก-ต่ำ-ปานกลาง-สูง และสูงมาก ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85 และส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS)[18] ลักษณะของแบบวัดความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ การแปลผลค่าคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล: การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการ ในช่วงระหว่างวันที่ 12 มกราคม ถึง 22 กุมภาพันธ์ 2557 ใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ทั้งนี้งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว (HE562255)

วิเคราะห์ข้อมูล: การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน logistic regression analysis และ 95% confidence Interval

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.6 และ 47.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.6 ($\bar{x}$ = 69.85, SD.= 7.06) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสมาชิกอาศัยร่วมอยู่ด้วยอย่างน้อย 1คนภายในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 97.9 ($\bar{x}$ = 4.18, SD.= 1.82) สถานะรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 68.5 ด้านการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 93.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 58.4 สำหรับการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมีอาชีพเป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 61.0 และ มีถึงร้อยละ 23.6 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สำหรับข้อมูลการคงบทบาททางสังคมพบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาท

ในการเป็นผู้นำในปัจจุบันร้อยละ 73.2 บทบาทการเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องสำคัญ ๆ ในครอบครัวในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 72.6 บทบาทการรับหน้าที่หลักดูแลสมาชิกและการดูแลภาระงานภายในบ้านในปัจจุบันร้อยละ 69.5 การคงบทบาทด้านชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่มต่าง ๆของชุมชนในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 57.2 ทั้งนี้เป็นกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุมากที่สุดร้อยละ 49.8 และส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรม/กลุ่มต่าง ๆ ร้อยละ 51.6

2. ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.5 เมื่อพิจารณาถึงระดับความรุนแรงพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 87.62 และเมื่อทำการวิเคราะห์แยกเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.8 ส่วนมากเป็นซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 83.11 ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.2 โดยมีซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 92.41 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.5 เมื่อวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมแยกเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 54.3 ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55.8

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของความชุกภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ระหว่างเพศหญิงและชายโดยใช้สถิติ logistic regressions (n= 456)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา				รวม (n=456) (คน)	OR	(95%CI)	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า					
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)				
เพศ								
- หญิง	185	56.9	78	59.5	263	1		
- ชาย	140	43.1	53	40.5	193	1.348	0.94-1.91	0.09

4) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทำนายด้านประชากรศาสตร์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาททางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

4.1 การหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า แบบ univariate analysis พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีอยู่ 1.74 เท่า (95% CI = 1.32-2.31) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอประมาณ 1.55 เท่า (95% CI = 1.16-2.09) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับต่ำและปานกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของ

ตนเองในระดับดีอยู่ 3.46 เท่า (95% CI =2.06-5.82) และ 1.73 เท่า (95% CI =1.25-2.40) ตามลำดับ กลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่ม/ชมรมต่าง ๆของชุมชนในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่ม/ชมรมต่าง ๆของชุมชนในปัจจุบันประมาณ 1.46 เท่า (95% CI = 1.13-1.97) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงประมาณ 1.40 เท่า (95% CI = 1.06-1.85) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างแบบ univariate analysis (n= 921)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา				รวม (คน)	OR	(95%CI)	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า					
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)				
อายุ								
- 60-69 ปี	410	65.9	157	52.5	567	1		
- 70 -100 ปี	212	34.1	142	47.5	354	1.749	1.32-2.31	<0.001*
รายได้								
- เพียงพอ	445	71.5	186	62.2	631	1		
- ไม่เพียงพอ	169	27.2	110	36.8	279	1.557	1.16-2.09	0.003*
การรับรู้ภาวะสุขภาพ								
- ระดับดี	38	6.1	40	13.4	78	1		
- ระดับปานกลาง	352	56.6	186	62.2	538	1.738	1.25-2.40	<0.001*
- ระดับต่ำ	227	36.5	69	23.1	296	3.463	2.06-5.82	0.001*
เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่ม/ชมรมต่าง ๆของชุมชนในปัจจุบัน								
- ใช่	376	60.5	151	50.5	527	1		
- ไม่ใช่	246	39.5	148	49.5	394	1.469	1.13-1.97	0.004*
การสนับสนุนทางสังคม								
- ระดับสูง	297	47.7	168	56.2	465	1		
- ระดับต่ำ	325	52.3	131	43.8	456	1.403	1.06-1.85	0.01*

* p-value < 0.05

4.2 การหาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าแบบ multivariate analysis ด้วย multiple logistic regressions พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น รายได้ที่ไม่เพียงพอ การรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำและปานกลาง การคงบทบาทเข้าร่วมกิจกรรมหรือกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ของชุมชนในปัจจุบันน้อย และการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันคาดพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้ถูกต้องแม่นยำถึงร้อยละ 18.7 โดยปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงค่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ multiple logistic regressions [forward stepwise (likelihood ration)] (n= 921)

ปัจจัยทำนาย	n	â	Crude OR	(95% CI)	Adjust OR	(95% CI)	p-value	Pseudo R2
								18.7
อายุ								
- 60-69 ปี	567		1		1			
- 70 -100 ปี	354	-0.51	1.749	1.32-2.31	1.668	1.24-2.23	0.001*	
รายได้								
- เพียงพอ	279		1		1			
- ไม่เพียงพอ	631	-0.41	1.557	1.16-2.09	1.516	1.11-2.06	0.008*	
เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่ม/ชมรมต่าง ๆของชุมชนในปัจจุบัน								
ใช่	527		1		1			
ไม่ใช่	394	-0.45	1.469	1.13-1.97	1.574	1.17-2.10	0.002*	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ								
- ระดับดี	296		1		1			
- ระดับปานกลาง	538	-1.09	1.738	1.25-2.40	1.622	1.16-2.26	0.005*	
- ระดับต่ำ	78	-0.61	3.463	2.06-5.82	2.986	1.74-5.10	<0.001*	
การสนับสนุนทางสังคม								
- ระดับสูง	465		1		1			
- ระดับต่ำ	456	0.42	1.403	1.06-1.85	1.529	1.14-2.04	<0.001*	
Constant		0.57						

* p-value < 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่มดังนี้

ความชุกของผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ความชุกของผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าใกล้เคียงกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวเยอรมนี[19] สามารถอธิบายได้ว่า ความคล้ายคลึงกันของลักษณะประชากรศาสตร์ของทั้งสองการศึกษา จะพบว่าผู้สูงอายุทั้งสองการศึกษามีอายุระหว่าง 60–70 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด อายุที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะการเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ในผู้สูงอายุนั้นจะพบมากขึ้นตามอายุ[3] ความเสื่อมถอยนี้จะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงนี้ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจเกิดเป็นความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้แก่ผู้อื่น และเกิดภาวะซึมเศร้าได้[20]

ความชุกของผลการศึกษาครั้งนี้น้อยกว่าการศึกษาอื่น เช่น การศึกษาของจินตนา เหลืองศิริเทียร[16] สามารถอธิบายได้ว่าความแตกต่างทางลักษณะประชากรศาสตร์ เช่น สถานภาพสมรสที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของจินตนา เหลืองศิริเทียรนั้น มีสถานภาพสมรสแบบไม่มีคู่เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสถานภาพสมรสแบบไม่มีคู่จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแบบมีคู่[7]

ความชุกของผลการศึกษาครั้งนี้มากกว่าการศึกษาอื่น เช่น การศึกษาของ Liang, G., สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, ปัตพงค์ เกตุสมบูรณ์, สมเดช พินิจสุนทร และปิยธิดา คูหิรัญยรัตน์[21] สามารถอธิบายได้จากลักษณะประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกัน เช่น ระดับการศึกษา ในการศึกษาของ Liang, G. และคณะนั้นเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาอย่างน้อย 9 ปีถึง1ใน 3 ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษาในระดับสูง[11]

เมื่อทำการวิเคราะห์แยกเพศ จะเห็นว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่ศึกษาแม้จะไม่ได้เป็นผู้หารายได้หลักสู่ครอบครัว แต่ยังคงบทบาทในการเลี้ยงดูหลาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบทบาทผู้สนับสนุนที่เคยมีตั้งแต่ช่วงวัยผู้ใหญ่ จึงยังคงทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตนเองยังมีประโยชน์และบทบาทในครอบครัวอยู่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุเพศหญิงประมาณครึ่งหนึ่งยังคงเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยลดการเกิดภาวะเศร้าได้[22] สำหรับเพศชายเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุบทบาทหลักในการทำงาน หารายได้สู่ครอบครัว ได้ลดน้อยลง ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุเพศชายก็พยายามรักษาการคงบทบาทดังกล่าวไว้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทั้งที่สังคมกลับมองผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักจากการทำงาน เป็นวัยที่ไม่คุ้มค่าจ้างในการทำงาน[23] สิ่งเหล่านี้จึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเพศชายเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความชุกภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าลักษณะประชากรศาสตร์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำไม่แตกต่างกันมากนักในผู้สูงอายุเพศหญิงและชาย ดังจะเห็นว่าผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับสมาชิกอย่างน้อย 1 คน การศึกษาในต่างประเทศจะพบว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อาจเนื่องจากเพศชายมักจะได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากคู่สมรสเป็นหลัก[10] การที่ผู้สูงอายุเพศชายมีสถานภาพสมรสแบบหย่าร้าง โสด หรือม่าย ประกอบกับลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จึงขาดแหล่งสนับสนุนหลักด้านอารมณ์ แต่ด้วยลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายมีหลายรุ่นที่อาศัยอยู่ด้วยกัน จึงทำให้

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันกับผู้สูงอายุเพศหญิง แม้จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

3. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทำนายด้านประชากรศาสตร์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาททางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ได้แก่ อายุ 70 ปีขึ้นไป รายได้ไม่เพียงพอ เป็นต้น ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางและต่ำ ตัวแปรการคงบทบาทเข้าร่วมกิจกรรม/ กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนน้อย และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งยังสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.7 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

อายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เพราะอายุมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมของร่ายกายที่เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น [24] การเสื่อมถอยนี้ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลดลงทั้งกิจกรรมภายในครอบครัวและสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจเกิดเป็นความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้แก่ผู้อื่น และเกิดภาวะซึมเศร้าได้

รายได้ไม่เพียงพอ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานให้แก่ตนเอง[25] การไม่สามารถหารายได้ด้วยตนเองหรือหารายได้ไม่เพียงพอในการเลี้ยงตนเอง ย่อมส่งผลต่ออารมณ์ด้านลบของผู้สูงอายุ[16] เพราะการหารายได้เป็นตัวกำหนดคุณค่าให้แก่บุคคล ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงถูกให้ค่าลดลง ถูกมองเป็นบุคคลที่ขาดความสามารถ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เศร้าได้ง่าย

การรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อเกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง เป็นภาวะที่รับรู้ว่าสุขภาพของตนเองถูกคุกคาม ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การถูกตัดขาดจากสังคมเนื่องจากห่างเหินเพื่อนฝูง[26] ซึ่งนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การคงบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเข้ากลุ่มหรือกิจกรรมต่าง ๆในชุมชน เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่ถูกตัดขาดจากสังคม การได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆภายในชุมชน ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ทั้งยังเป็นการสร้างเครือข่ายในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันและวัยใกล้เคียงกัน[16]

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่ดี [27] การสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ ล้วนแต่ส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ มีผลต่อกำลังใจ แรงจูงใจในการประคับประคองการดำเนินชีวิตแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคมจนกระทั่งถึงช่วงบั้นปลายชีวิต ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ

สรุป การศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.5 และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงและชายที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การคงบทบาทเข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.7 โดยปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงค่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1. ควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป รายได้ไม่เพียงพอ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางและต่ำ สูญเสียบทบาทเข้าร่วมกิจกรรม/ กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน และมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

2. บุคคลในครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มปัจจัยปกป้อง เช่น การให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพ การอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมดูแลสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพทางกายและทางจิตอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงกิจกรรมต่าง ๆภายในชุมชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทและเขตเมืองว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นนี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้นโดยเฉพาะความแตกต่างของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงและชาย เพราะผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนของความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น รูปแบบการเผชิญปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ คณาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทุกท่าน รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ ผู้ใหญ่บ้านและผู้สูงอายุทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Barua A, Ghosh MK, Kar N, Basilio MA. Prevalence of depressive disorders in the elderly. Ann Saudi Med 2011;31(6) :620-4.
2. Sangon S, Malathum P, Sampo P. Relationships of health status, family relation, and loneliness to depression in older adults. Ramathibodi Medical Journal 2007;13(1) :54-69. (in Thai)
3. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and Grief of the Elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi Province. J Psychiatr Assoc Thailand 2011;56(2) :117-28. (in Thai)
4. Tahiri M, Zunzunegui, Preville, Dube. Gender, Social relationships and depressive disorders in adults aged 65 and over in Quebec. Chronic Dis Can 2010;30(2) : 56-65.
5. Hayeeday K. Factors Related to depression of the Elderly in Pattani Province. Master of Education in Health Promotion, Prince of Songkla University;2008. (in Thai)
6. Tam C, Chiu FK. Depression and Suicide in the Elderly. The Hong Kong Medical Diary 2010;16(9) :13-6.
7. Javed S, Mustafa N. Prevalence of Depression in Various Demographic Variables among Elderly. Open Access Scientific Reports Research Article 2013;2(1) :112-9.
8. Cahoon CG.Depression in older adults. AJN 2010;112(11) :22-30.
9. Zhang L, Xu Y, Nie H, Zhang Y, Wu Y. The prevalence of depressive symptoms among the older in China: a meta-anlysis. Int J Geriatr Psychiatry 2012;27(9) :900-6.
10. Xie LQ, Zhang JP, Peng F, Jiao NN. Prevalence and related influencing factors of depressive symptoms for empty-nest elderly living in the rural

area of Yangzhou, China. Archi Gerontol Geriatr 2010;50(1) :9-24.

11. Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. Ind Psychiatry J 2009;18(1) :51-5.
12. Huang JF, Wong RL, Chen CC, Mao IF, Huang CC, Chang WC,et al.Trajectory of depression symptoms and related factors in later life – A population based study. J Affect Disord 2011;133(3) :499-508.
13. Choi GN, Ha J. Relationship between spouse/ partner support and depressive symptoms in older adults: Gender difference. Aging Ment Health 2011; 15(3) :307-17.
14. Siripitayakunkit A. Social Support: An Important Factor to Care for Persons with Diabetes Mellitus. Ramathibodi Medical Journal 2010;16(2) :309-22. (in Thai)
15. Silva AC, Alves FT, Tofoli FL, Wang PY, Andrade HL. Psychiatric – life events and social support in late life depression. Clinics (Sao Paulo) 2011;66(2) :233-8.
16. Luangsirithian C. The relationship between social support and depression of the elderly in Phetchboon Province. Master of Education Degree in Development Psychology at Srinakarinwirot University;2007. (in Thai)
17. Rungreangkulkij S, Chirawatkul S, Kongsuk T, Sukavaha S, Leejongpermpoon J, Sutatho Y. Sex or Gender Leading to a High Risk of Depressive Disorder in Women. J Psychiatr Assoc Thailand 2012;57(1) :61-74. (in Thai)
18. Poungvarin N. Thai Geriatric Depression scale. Siriraj hospital gazette 1994;46(1) :1-9. (in Thai)
19. Glaesmer H, Riedel-Heller S, Brawwhler E, Spangenberg L, Luppa M. Age-and gender-specific prevalence and risk factors for depression symptoms in the elderly: a population-base study. Int Psychogeriatr 2011; 23(8) :1294-300.
20. Jeong JY, Lee SK, Kang YW, Jang SN, Choi YJ ,Kim DH. Relationship between ED and depression among middle-aged and elderly men in Korea: Hallym aging study. Int J Impot Res 2011;23(5): 227–34.
21. Liang G, Arunpongpaisal S, Kessomboon P, Pinitsoontorn S, Kuhirunyaratn P. Depression and Cognitive Impairment among the Community Dwelling Elderly in a Community of Khon Kaen : A Primary Care Setting Descriptive Study. J Psychiatr Assoc Thailand 2009;54(4) :357-66. (in Thai)
22. Chan, Weng, Botticello. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18- year longitudinal analysis in Taiwan. Bio Med Center Public Health 2011;11(292) :1-9.
23. Boriboon T. Depression, Risk factors and Guidelines on Depression Risk Factor Reduction among the elderly: A case study of Phonthong Sub-district adminitative Organization, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province. An Independent study report for the Master of Public Administration in Local Government College, Khon Kaen University;2010. (in Thai)
24. Thongjaroen V, editor. Art of elderly nursing; The project of documents production, Faculty of nursing, Mahidol University;2011. (in Thai)

25. Kritsadee D. Attitude toward Death, Self- Awareness, Family Support and Depression of the elderly in the elderly Club at Amphoe Sikhui,Nakhon Ratchasima Province. Master of science (Community Psychology),Kasetsart University;2008. (in Thai)

26. Kasetsin T. Depression and Sense of Humor Among the Elderly in Dok Khamtai District, Phayao Province. Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing), Chaingmai University;2008. (in Thai)

27. Nitananchai S, Suntithirasak M. Social support and Environment Effect on Self Management in Elderly, Samut Prakan Province. Journal of Nursing Division 2010; 37(2) : 64-76. (in Thai)