

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

The Prevalence and Associated Factors of Depression among the Older Patients
in a Geriatric Clinic

กฤติเดช มิ่งไม้*

Krittidech Mingmai*

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี, 13180

*Faculty of Public Health, ValayaAlongkornRajabhat University under the Royal Patronage, Pathumthani Province, 13180

Corresponding author. Email address: atthaponming11@gmail.com

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาเชิงภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ และศึกษาความสอดคล้องของแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Version Patient Health Questionnaire, PHQ-9) สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 262 ราย ประเมินด้วย TGDS มีภาวะซึมเศร้าย้อยละ 24.8 โดยเป็นซึมเศร้าเล็กน้อย 16.4% ซึมเศร้าปานกลาง 7.6% และซึมเศร้ายุนแรง 0.8% ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีหรือปานกลาง (OR = 3.25, 95% CI = 1.68-6.27) ภาวะสมองเสื่อม (OR = 3.03, 95% CI = 1.50-6.15) ความบกพร่องด้านความสามารถในการทำกิจกรรม (OR = 2.70, 95% CI = 1.07-6.79) และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (OR = 1.03, 95% CI = 1.01-1.05) เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-9 พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 21.4 วิเคราะห์โดยใช้ Cohen's Kappa statistic พบว่า TGDS กับ PHQ-9 มีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดความสอดคล้องในระดับดี (Kappa = 0.80, $p < 0.001$) สรุปคือภาวะซึมเศร้าพบได้ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง บุคลากรทางสุขภาพควรประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าว เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุ
พุทธชินราชเวชสาร 2560;34(1):4-14.

Abstract

Depression is a common psychological problem of the elderly and affected their health. This cross sectional study had aimed to investigate the prevalence and associated factors of depression among older patients. In addition, the researcher aimed to explore the consistency between Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) and Thai Version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in assessing depression in a geriatric outpatient clinic. The samples were patients aged ≥ 60 years in a geriatric clinic between February to May 2015, selected by systematic sampling. The data were collected using the structured interview and medical record review. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple logistic regressions. The result revealed that by the TGDS cut-points, the prevalence of depression was 24.8%, of which 16.4% had mild depression, 7.6% had moderate depression and 0.8% had severe depression. Factors significantly associated with depression were poor/moderate family relationship (OR = 3.25, 95% CI = 1.68-6.27), cognitive impairment (OR = 3.03, 95% CI = 1.50-6.15), impaired functional ability (OR = 2.70, 95% CI = 1.07-6.79) and perceived severity of illness (OR = 1.03, 95% CI = 1.01-1.05). By the PHQ-9 cut-points, the prevalence of depression was 21.4%. By the Cohen's Kappa statistic, it was found that TGDS and PHQ-9 were significantly good level of consistency (Kappa = 0.80, $p < 0.001$). In conclusion, depression is found about a quarter of the elderly. There are many factors associated with depression. The health personels should assess the depression in patients who had associated factors to reduce the incidence of depression and promotion a the good quality of life.

Keywords: depression, cognitive impairment, family relationship, functional ability, elderly

Buddhachinaraj Med J 2017;34(1):4-14.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว¹ คาดประมาณในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.9 (8 ล้านคน) ในปี พ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 25 (18 ล้านคน) ในปี พ.ศ.2573 หรือเพิ่มเป็นมากกว่า 2 เท่าตัว² สถานการณ์นี้ทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (aging society)³ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เช่น ร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง⁴ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ โดยปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดว่า มีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าถึง 121 ล้านคนทั่วโลก⁵ และคาดการณ์ว่า

ในปี พ.ศ. 2563 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ระหว่างปี 2550-2553 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับคือ จาก 55.9 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปีพ.ศ.2550 เป็น 160.3 รายต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ.2553⁷ เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 13.9-43.1⁸⁻¹⁵ และพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น ไม่สามารถทำตามบทบาทได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง¹⁶⁻¹⁷ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพ การฆ่าตัวตาย การเสื่อมลงของความคิด ความทรงจำ และความสามารถทางสังคม นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด¹⁸ มีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยส่วนบุคคล

ได้แก่ อายุ เพศและสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ การรู้คิดบกพร่อง ภาวะโรคร่วม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย และหลักประกันสุขภาพ¹⁹

ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ และศึกษาความสอดคล้องของแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai versions Patients Health Questionnaire, PHQ-9) สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางในการวางแผนพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจนให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคมพ.ศ. 2558 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Cochran, 1963²⁰ กำหนดใช้ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 6% และสัดส่วนของประชากรสูงอายุในโรงพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 43.1% ($p = 0.431$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 262 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรวมทั้งเวชระเบียนการรักษา มีทั้งหมด 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย หลักประกันสุขภาพ ผู้ดูแล จำนวนชนิดยาที่ใช้ อุปกรณ์ช่วยเหลือ โรคปัญหาสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่ใช้คัดกรองผู้ที่มีสมองเสื่อม (cognitive impairment) ในชุมชนหรือในคลินิก พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง²¹ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองนี้ เป็นข้อคำถามและคำสั่งให้ปฏิบัติ โดยแบ่งการทดสอบด้านต่างๆ 6 ด้าน ผู้ที่ได้คะแนน TMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนนหมายถึงเป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือของสมพร รัตนพันธ์²² ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-100 (linear analog scale) โดยคะแนนมาก หมายถึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรงมาก

ส่วนที่ 4 Charlson Comorbidity Index พัฒนาโดยCharlsonและคณะ²³ ใช้สำหรับประเมินจำนวนของโรคร่วมของผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้วิจัยประเมินจากการศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียนหรือแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบประเมินนี้ประกอบด้วยดัชนีค่านำหนักคะแนนของโรคร่วม 19 กลุ่มโรคร่วมซึ่งแต่ละโรคร่วมมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 6 คะแนน ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-37 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลประยุกต์ (Modified Barthel Activities of Daily Living Index: MBAI) พัฒนาต่อโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ²⁴ แบบวัดนี้ดั้งเดิมประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐานได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขาภิบาลส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องสุขา การเดิน และการเคลื่อนย้าย แต่เนื่องจากศึกษาผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างจึงตัดกิจกรรมการขึ้น-ลงบันไดออก แปลผลคะแนน ดังนี้ 0-8 คะแนน มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ 9-11 คะแนนมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันปานกลาง และ มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูง

ส่วนที่ 6 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ พวงผกา ชื่นแสงเนตร²⁵ วัดความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวโดยการสัมภาษณ์แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แต่ละคำถามมี 3 คำตอบคือ “ใช่” “ไม่แน่ใจ” และ “ไม่ใช่” การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 15-26 คะแนน หมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี 27-35คะแนน หมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลางและ 36-45 คะแนน หมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวดี

ส่วนที่ 7 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) ของ นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ²⁶ แบบวัดนี้เป็นแบบคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน ประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นการประเมินแบบถูกหรือผิด มีทั้งหมด 30 ข้อแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 0-12 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึงภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึงภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai version Patients Health Questionnaire, PHQ-9) พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามระบบ DSM-IV ที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า นำมาปรับใช้ในกลุ่มคนไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ²⁷ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมีคำตอบให้ผู้ตอบเลือกในลักษณะอันดับมาตราคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ตามความรุนแรงของอาการโดยมีค่าคะแนนรวมกันตั้งแต่ 0-27 คะแนน ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนน ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้วิจัยคนอื่นมาใช้จึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหา (content validity) จากนั้นได้ทำการทดสอบ

ความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย สำหรับแบบทดสอบสภาพสมองของไทยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) และแบบวัดภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ได้ค่า Cronbach' s alpha coefficient เท่ากับ 0.84, 0.83, 0.80, 0.90 และ 0.82 ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หนึ่งงานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัส EC3 768/2557)

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีจำนวน 262 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง 185 คน (ร้อยละ 70.6) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ร้อยละ 43.9 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 60-98 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 77.6 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 53.8 และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.0 รองลงมา คือ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 27.6 เมื่อพิจารณาข้อมูลลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ 244 ราย (ร้อยละ 93.1) แต่มีรายได้เพียงพอร้อยละ 85.9 โดยรายได้มาจากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 47.7 ผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 60.7 และไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 6.1 มีหลักประกันสุขภาพเป็นแบบสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 72.1 รองลงมาคือ จ่ายค่ารักษาเอง ร้อยละ 17.2 กลุ่มตัวอย่าง 249 ราย (ร้อยละ 95.0) มีโรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพมากกว่า 3 โรค โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ ไช้มันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม ในด้านของอุปกรณ์ช่วยเหลือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้แว่นตาและฟันปลอมใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 72.9 และ 70.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 262)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Range = 60-98, Mean = 77.6, SD. = 7.4)		
60-69	41	15.6
70-79	106	40.5
≥ 80	115	43.9
เพศ		
หญิง	185	70.6
สถานภาพสมรส		
สมรส	141	53.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	16	6.1
ประถมศึกษา	118	45.0
มัธยมศึกษา	36	13.7
ปวส./ปวช.	20	7.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	72	27.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	244	93.1
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	18	6.9
เพียงพอ	225	85.9
มีเหลือเก็บ	19	7.3
รายได้ครอบครัว		
เพียงพอ	226	86.3
ผู้ดูแล		
บุตร	159	60.7
คู่สมรส	46	17.6
หลาน/ญาติ	36	13.7
ไม่มีผู้ดูแล	16	6.1
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ.	189	72.1
ไม่มีสิทธิการรักษา	45	17.2
บัตรทอง/บัตร 30 บาท	27	10.3
ประกันสังคม	1	0.4
โรค/ปัญหาสุขภาพ		
1 โรค	13	5.0
2 โรค	38	14.5
≥ 3 โรค	211	80.5
ชนิดของโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	195	74.4
โรคไขมันในเลือดสูง	168	64.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 262) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
โรคข้อเข่าเสื่อม	87	33.2
โรคเบาหวาน	85	32.4
โรคกระดูกพรุน	66	25.2
ภาวะสมองเสื่อม	59	22.5
โรคไต	38	14.5
โรคหลอดเลือดสมอง	36	13.7
Mild cognitive impairment	35	13.4
ขาดวิตามินดี	28	10.7
โรคหัวใจ	25	9.5
ภาวะซึมเศร้า	23	8.8
โรคหลอดเลือดหัวใจ	18	6.9
โรคต่อมลูกหมากโต	18	6.9
ต้อกระจก/ต้อหิน	17	6.5
อุปกรณ์ช่วยเหลือ		
แว่นตา	191	72.9
ฟันปลอม	185	70.6
ไม้เท้า	107	40.8
รถเข็นนั่ง	29	11.1

ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน TGDS พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.8 โดยเป็นระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 16.4 รองลงมาคือระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 7.6 ส่วนระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรงพบเพียงร้อยละ 0.8 ในขณะที่ประเมินด้วย PHQ-9 พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 21.4

เมื่อพิจารณาความสอดคล้องของแบบประเมิน TGDS กับ PHQ-9 โดยใช้สถิติ Cohen's Kappa statistic พบว่า แบบประเมิน TGDS กับ PHQ-9 มีความสอดคล้องกันอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดความสอดคล้องในระดับดี (Kappa = 0.80, $p < 0.001$) แบบประเมิน TGDS และ PHQ-9 สามารถวัดค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกันมากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุไปในทิศทางเดียวกัน สามารถประเมินได้ตรงกันว่ามีไม่ภาวะซึมเศร้า 192 ราย (93.2%) และ

มีภาวะซึมเศร้า 51 ราย (91.1%) โดยเมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย TGDS จะใช้เวลาเฉลี่ย 8.38 นาที แต่เมื่อประเมินด้วย PHQ-9 จะใช้เวลาเฉลี่ย 3.11 นาที (ดังตารางที่ 2)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยวิธี multiple logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีหรือปานกลาง (OR = 3.25, 95% CI = 1.68-6.27, $p < 0.001$) ภาวะสมองเสื่อม (OR = 3.03, 95% CI = 1.50-6.15, $p = 0.002$) ความบกพร่องด้านความสามารถในการทำกิจกรรม (OR = 2.70, 95% CI = 1.07-6.79, $p = 0.035$) และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (OR = 1.03, 95% CI = 1.01-1.05, $p = 0.010$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความสอดคล้องของแบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กับ Thai version Patients Health Questionnaire (PHQ-9) โดยวิธี Cohen's kappa statistic (n = 262)

Instrument	TGDS		Measure of Agreement Kappa
	Depression (%)	Non-depression (%)	
PHQ-9	Depression	51 (91.1)	0.80 (p<0.001)
	Non-depression	14 (6.8)	
	Total	65 (24.8)	
		5 (8.9)	192 (93.2)
		197 (75.2)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิธี Multiple Logistic Regression (n = 262)

ปัจจัย	รวม (%)	จำนวน ภาวะ ซึมเศร้า (%)	Crude			Adjusted		
			OR	95% C.I.	p-value	OR	95% C.I.	p-value
เพศ								
ชาย	77 (29.4)	17 (22.1)	1.00			1.00		
หญิง	185 (70.6)	48 (25.9)	1.24	0.66-2.32	0.509	1.03	0.48-2.20	0.945
อายุ								
< 80ปี	147 (56.1)	30 (20.4)	1.00			1.00		
≥ 80 ปี	115 (43.9)	35 (30.4)	1.71	0.97-3.00	0.064	1.12	0.57-2.22	0.739
สถานภาพสมรส								
สมรส	141 (53.8)	32 (22.7)	1.00			1.00		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	121 (46.2)	33 (27.3)	1.28	0.73-2.24	0.393	0.99	0.50-1.97	0.983
ภาวะสมองเสื่อม								
ไม่มี	137 (52.3)	16 (11.7)	1.00			1.00		
มี	125 (47.7)	49 (39.2)	4.88	2.59-9.18	< 0.001	3.03	1.50-6.15	0.002
การรับรู้ความรุนแรง ของความเจ็บป่วย								
ภาวะโรคร่วม			1.04	1.02-1.06	< 0.001	1.03	1.01-1.05	0.010
ไม่มี/เล็กน้อย	218 (83.2)	48 (22.0)	1.00			1.00		
ปานกลาง/สูง	44 (16.8)	17 (38.6)	2.23	1.12-4.43	0.022	1.56	0.69-3.52	0.283
ความสามารถในการทำกิจกรรม								
ดีมาก	231(88.1)	48 (20.8)	1.00			1.00		
ต่ำ/ปานกลาง	31 (19.9)	17 (54.8)	4.63	2.13-10.0	<0.001	2.70	1.07-6.79	0.035
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว								
เพียงพอ	226 (86.3)	54 (23.9)	1.00			1.00		
ไม่เพียงพอ	36 (13.7)	11 (30.6)	1.40	0.65-3.03	0.392	1.03	0.40-2.64	0.955
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว								
ดี	170 (64.9)	24 (14.1)	1.00			1.00		
ไม่ดี/ปานกลาง	92 (35.1)	41 (44.6)	4.89	2.69-8.88	< 0.001	3.25	1.68-6.27	< 0.001
ลักษณะการอยู่อาศัย								
อาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น	250 (95.4)	61 (24.4)	1.00			1.00		
อยู่คนเดียว	12 (4.6)	4 (33.3)	1.55	0.45-5.32	0.478	1.69	0.39-7.53	0.489
หลักประกันสุขภาพ								
มี	45 (17.2)	8 (17.8)	1.00			1.00		
ไม่มี	217 (82.8)	57 (26.3)	1.65	0.72-3.75	0.234	1.60	0.63-4.11	0.325

วิจารณ์

ผลการศึกษาค้นคว้าของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.8 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 16.4 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 7.6 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Prakash, O. et al.¹², Guolong Liang²⁸ และ Ather, MT.¹⁰ ที่ใช้เครื่องมือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 22.0, 21.0 และ 19.8 ตามลำดับ การที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแตกต่างกันขึ้นอยู่กับรูปแบบการศึกษา ได้แก่ สถานที่ศึกษา การสุ่มตัวอย่าง โครงสร้างหรือลักษณะทางประชากร ภาวะโรคร่วม เศรษฐฐานะ ตลอดจนเครื่องมือวิจัยที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ที่พบจากการศึกษานี้คือสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสมองเสื่อม ความบกพร่องด้านความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย โดยสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี หรือ ปานกลาง มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว อธิบายได้ว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเผชิญกับปัญหาต่างๆได้²⁹ นอกจากนี้ ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุและมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุเชื่อว่ามีคนให้ความรักความเอาใจใส่ ยกย่องหรือเห็นคุณค่า ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีกำลังใจที่ดี มั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และสามารถมีชีวิตอยู่กับสภาพที่เป็นอยู่หรือมีข้อจำกัดทางสุขภาพได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง³⁰ ตรงกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุขาดแรงบันดาลใจทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัว ทำให้มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น³¹⁻³³

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ทำให้สูญเสียความสามารถในการจำ มีความบกพร่องในการเรียนรู้ ความใส่ใจ การคำนวณและด้านภาษา การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและความคิดเชิงนามธรรม โดยไม่มีความผิดปกติในด้านระดับความรู้สึกตัว²⁶ พบการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้³⁴ และการที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เนื่องจากมีความจำที่บกพร่องไป ผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะแรกยังรับรู้ได้ถึงอาการของโรคหรือปัญหาเกี่ยวกับความจำและการคิดอ่าน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถด้านต่างๆลดลง รู้สึกแย่เกี่ยวกับตนเอง ทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยสูงอายุมีความบกพร่องด้านความจำอาจทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีปัญหา มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ค่อยดี ผลจากการปฏิบัติเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดที่พึ่ง มีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ทำให้ซึมเศร้ามมากขึ้น

ความสามารถในการทำกิจกรรมก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นพร้อมๆกัน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่างๆเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง¹⁸ มีผลกระทบต่อมุมมองความคิดของตนเอง ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย และสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้งทำให้รู้สึกโกรธเมื่อไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่พึงพอใจในตนเองจากสมรรถภาพที่ลดลง นำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าได้ ตรงกับที่ Ewan³⁵ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าพัฒนาขึ้นมาจากการตอบสนองต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ตรงกับการศึกษาของ Ather MT และคณะ¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องพึ่งพา มีภาวะซึมเศร้าเป็น 5.1 เท่าของผู้ป่วยสูงอายุที่ทำกิจกรรมประจำวันเองได้

ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยนั้น ผู้สูงอายุมีความรู้สึกหรือรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่มีความรุนแรง หรือเจ็บป่วยด้วยหลายโรค เป็นการประเมินสถานการณ์ในด้านลบ ทำให้เกิดความ

ทุกข์ทรมาน ผู้สูงอายุรู้สึกกลัว วิตกกังวล และไม่มั่นใจ ต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรือรู้สึกว่าเหตุการณ์ ในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ส่งผลต่อการปรับตัว เผชิญกับปัญหา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้³⁶ ตรงกับการศึกษาของ กาญจนา กิริยานาม³⁷ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ

การศึกษาที่ผ่านมาเน้นใช้แบบวัดความซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุของไทย (TGDS) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ³⁸ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ มีการใช้อย่างแพร่หลายในชุมชน²⁷ ผลจากการศึกษานี้ ชี้ให้เห็นว่าแบบประเมิน TGDS และ PHQ-9 สามารถ ตรวจวัดภาวะซึมเศร้าได้ใกล้เคียงกันมาก ดังนั้นการใช้ PHQ-9 เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมในการประเมินภาวะ ซึมเศร้าแทน TGDS ได้ โดยมีความสะดวกที่ ระยะเวลาในการตรวจสั้นลง ตรงกับการศึกษาของ Elizabeth, P. et al³⁹ ที่พบว่า PHQ-9 มีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบได้กับ GDS-15 ในการคัดกรองภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในสถานพยาบาล

สำหรับการประเมินภาวะโรคร่วมด้วย Charlson Comorbidity Index (CCI) พบว่าโรคร่วมหลายๆโรค ของ CCI ไม่ค่อยพบในผู้ป่วยสูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ และโรคร่วมหลายโรคที่เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย สูงอายุ แต่ไม่ได้อยู่ใน 19 กลุ่มโรค โรคเหล่านั้นอาจมีผล ต่อการเคลื่อนไหว สมองและความจำ การเจ็บปวด ตลอดจนความสามารถในการทำกิจกรรม และมีผล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น แบบประเมิน CCI ไม่สามารถสะท้อนสภาพการเจ็บป่วยหรือความรุนแรง ของภาวะโรคร่วมของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ในคลินิก ผู้สูงอายุได้ทั้งหมด

สรุปคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเป็นปัญหา สุขภาพจิตที่สำคัญ ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ โดยมี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพไม่ดีใน ครอบครัว ภาวะสมองเสื่อม มีความบกพร่องในการ ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการรับรู้ความรุนแรง ของโรค ดังนั้นจึงควรนำมาพิจารณาเป็นแนวทาง ประกอบการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยดังกล่าว เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ ที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชที่ให้ ความกรุณานอเคราะห์และ ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการร่วมการศึกษา และตอบ แบบสัมภาษณ์ เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Population and Social Research. Mahidol population gazette. Bangkok; 2014.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2012. Bangkok; 2014.
3. National Statistical Office. Report on the 2007 survey of the older persons in Thailand; 2007.
4. Siripanich B. Thailand elderly. Bangkok: Moh-chao-Ban Publishing House; 2001.
5. World Health Organization. Depression. 2011 [Cited 2014 July 10.]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
6. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Conquering depression: you can get out of the blue. New Delhi WHO Regional office for South-East Asia; 2001.
7. Santivong R. Mindfulness-based cognitive therapeutic intervention in caring for depression. (Thesis): Burapha University; 2007.
8. Kanchanachitra C, Podhisita C, Archavanitkul K, Pattaravanich U, Siriratmongkon K, Seangdung H, et al. Thai health 2007 "The scent of the Lamduan flower" Preparing for an aging society. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2013.
9. Pichai K. Prevalence and factors related to depression in elderly outpatient medicine department at King Chulalongkorn Memorial. (Thesis): Chulalongkorn University; 2003.
10. Ather MT, Ahmed I, Waris Q, Zeeshan Q. Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. BMC Psychiatry 2007; 7(7): 1-12.

11. Imran A, Azidah AK, Asrenee AR, Rosediani M. Prevalence of depression and its associated factors among elderly patients in outpatient clinic of University Saints Malaysia Hospital. *Med J Malaysia* 2009;64(2):134-9.
12. Prakash O, Gupta LN, Singh VB, Nagarajarao G. Applicability of 15 item Geriatric Depression Scale to detect depression in elderly medical outpatients. *Asian J Psychiatr* 2009;2(2):63-5.
13. Neal RM, Baldwin RC. Screening for anxiety and depression in elderly medical outpatients. *Age Ageing* 1994;23(6):461-4.
14. Doetch TM, Alger BH, Glasser M, Levenstein J. Detecting depression in elderly outpatients: findings from depression symptom scales and the Dartmouth COOP charts. *Fam Med* 1994; 26(8):519-23.
15. Okimoto TJ, Barnes FR, Veith CR, Raskind AM, Inui ST, Carter BW. Screening for depression in geriatric medical patients. *Am J Psychiatry* 1982;139:799-802.
16. Koenig HG. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *General Hospital Psychiatry* 1998;20:29-43.
17. Miller CA. Nursing care of older adults: theory and practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
18. Blazer DG. Depression in later life. London: Mosby; 1982.
19. Karl P, Nancy PM. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Glob Health Action* 2013;6:1-9.
20. Cochran WG. Sampling Techniques. 2nd Ed. New York: John Wiley and Sons, Inc.; 1963.
21. Train the Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination. *Siriraj Medical J* 1993;45: 359-74.
22. Ratthanapun, S. Factors Related to Spiritual Health of Elderly Admitted in a Hospital. (Thesis): Prince of Songkla University; 1998.
23. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5): 373-83.
24. Jitapunkul S, Nivataphan R, Worakul P, Atulayasak C, Hanvivadhanakul P. The validity and factor analysis of the geriatric depression Scale using in Thai elderly. *Chulalongkorn Med J* 1994;38:383-9.
25. Chinsangnet P. Life Satisfaction of the Elderly and Its Relation with Self-care Behaviors and the Family Relationship in Eastern Seaboard of Chonburi. (Thesis): Mahidol University; 1995.
26. Pongvarin N, Thongtang O, Assantachai P. Thai geriatric depression scale-TGDS. *Siriraj Medical J* 1994;46:1-9.
27. Lotrakul M, Sumritthi S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMJ Psychiatry* 2008;8(46):1-7.
28. Liang G. Depression and Cognitive Impairment among the Community Dwelling Elderly in a Community of KhonKaen: A Primary Care Setting Descriptive Study. *J Psychiatry Assoc Thailand* 2009;54(4):357-66.
29. Siripanich B. Behavior and lifestyle Thailand's elderly on longevity and strength. Bangkok: Ministry of Public Health; 1989.
30. Friedman MM. Family nursing: Theory and Assessment. New York: Appleton-Century Craft; 1986.
31. Yodkul S. Predictive Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital. *Journal of Nurses' association of Thailand, north-eastern division* 2012;30(3): 50-7.
32. Jantarapat C, Taboonpong S, Sutharangsee W. Relationship between selected factors and depression of hospitalized elderly in general hospital, southern Thailand. *J Mental Health Thai* 2004;2(2):80-9.
33. Snashall C. Predictive factors of depression among elderly people who have lost their spouses. (Thesis): Burapha University; 2008.
34. Ruangtrakool S. Text book of Psychiatry. 9th ed. Bangkok: Ruenkaew printing; 2006.

35. Alexopoulos GS, Young RC, Meyers BS, Abrams RC, Shamoian CA. Late-onset depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11(1):101-15.
36. Beeber LS. Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *Nurs Clin North Am* 1998;33(1):153-72.
37. Kiriyangam K. Factors related to depression of hospitalized older patients in medical units. (Thesis): Mahidol University; 2009.
38. Chareemboon T. Measures and screening tests for depression in Thailand: A user's guide. *Thammasat Med J* 2011;11(4):667-76.
39. Phelan E, Williams B, Meeker K, Bonn K, Frederick J, Logerfo J, et al. Study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Fam Pract* 2010;11:63.