

Prevalence and associated factors of depression among older adults in Primary care unit at Phramongkutklao Hospital

*Patcharaporn Kotayan, M.D.**

*Patsri Srisuwan, M.D.**

*Supatcha Kengpanich, M.D.**

Abstract

The United Nations World Population Ageing prospects; Thailand will achieve “Super Aged Society” in 2021. Older adults with their deteriorating are becoming more vulnerable to mental disorders, especially depression. Depression increased morbidity and mortality. The purposes of this cross-sectional descriptive study are to determine the prevalence and associated factors of depression among the older adults in Primary care unit at Phramongkutklao Hospital, a tertiary care center in Bangkok Thailand. The samples population were 400 cases above 60 years of age attending the Primary care unit at Phramongkutklao Hospital during 1st of July - 30th of September 2020. The instruments were used as the following: 1) questionnaire for demographic data 2) questionnaire for physical health, health behaviors 3) questionnaire for family of the older adults 4) questionnaire for social participation of the older adults 5) questionnaire for mental health : 15-item Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15) for screening depression. Data analysis was conducted by Frequency, Percentage, Mean(standard deviation), Prevalence rate, Chi square test, Fisher’s exact test, 95% CI, Odds ratio and multiple logistic regression.

The results of this study found that the prevalence of depression among the older adults in this study was 10 %, 1.75 % of male population and 8.25% of female. Multiple logistic regression analysis indicated that insufficiency of income (p-value <0.001), memory problem (p-value = 0.001), family history of psychiatric disorder (p-value <0.001), separated/conflict family relationship (p-value <0.001), low level of social participation (p-value <0.001) were significantly associated with depression among elderly. One-tenth of the older adults in primary care unit at Phramongkutklao Hospital had depression. This prevalence was quite high, several associated factors

were identified which doctors and health care workers should know and be aware. The finding can be planning and as a guideline for solving mental health problems among elderly appropriately with each area.

Keywords: older adults; depression; prevalence; associated factors; primary care unit

* Department of Family Medicine, Outpatient department, Phramongkutklo Hospital

Received: December 3, 2020; Revised: January 16, 2021; Accepted: March 15, 2021

ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พัชรภรณ์ โคตะยันต์, พ.บ.*

พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ, พ.บ.*

สุภัชฌา เก่งพานิช, พ.บ.*

บทคัดย่อ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพไปในทางเสื่อมถดถอย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติทางจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะทำให้เพิ่มความเจ็บป่วยและความตายมากขึ้น การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลจากประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในระหว่างวันที่1กรกฎาคม 2563 ถึง 30 สิงหาคม 2563 จำนวน 400 คน เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3) แบบสอบถามข้อมูลด้านครอบครัว 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคม 5) แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพจิต: แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 15-item Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย อัตราความชุก การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 อัตราส่วนออดและการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้คิดเป็นร้อยละ 10 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 1.75 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 8.25 ผลการวิเคราะห์ที่โดยวิธี Multiple Logistic Regression Analysis พบว่า การมีรายได้ไม่เพียงพอ (p -value<0.001) ปัญหาด้านความจำ (p -value=0.001) มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว (p -value<0.001) ความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่/ขัดแย้งกัน (p -value<0.001) การมีส่วนร่วมในสังคมไม่ดี (p -value<0.001) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า 1 ใน 10 ของผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความชุกที่ค่อนข้างสูง โดยพบปัจจัยสัมพันธ์หลายปัจจัย ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรจะรับรู้และตระหนักสามารถนำมาใช้ในการวางแผนและเป็นแนวทางแก้ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสภาพแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ภาวะซึมเศร้า; ความชุก; ปัจจัยสัมพันธ์; สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

*ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ได้รับต้นฉบับ 3 ธันวาคม 2563; แก้ไขบทความ: 16 มกราคม 2564; รับลงตีพิมพ์: 15 มีนาคม 2564

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11.3 ล้านคน คิดเป็น 17.1% ซึ่งหมายถึงประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ (United Nations World Population Ageing) ระบุว่าประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ⁽¹⁾ และคาดการณ์ว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกินร้อยละ 20⁽²⁾ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลที่มากขึ้น

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทุกด้าน มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลงทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง สมรรถนะเสื่อมถอย หลงลืม ทำอะไรเองได้น้อยลง เกิดเป็นภาวะพึ่งพิง ประกอบกับต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางด้านครอบครัวและสังคม อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล เครียด เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้⁽³⁾ จากรายงานข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย 3 ปีของกรมสุขภาพจิตและสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2551 - 2553 พบว่าผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ซึ่งถือเป็นความเปราะบางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องปรับ

ตัวมากมายให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น สภาวะการณ์เช่นนี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁽⁴⁾

ภาวะซึมเศร้า (Depression) อาการหลักๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายหรือเศร้า หรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกิน การนอน เรี่ยวแรง สมาธิ รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อตัวเองร่วมด้วย⁽⁵⁾ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ⁽⁶⁾ ซึ่งหากเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นแล้วจะทำให้เพิ่มความเจ็บป่วย (Morbidity) และความตาย (Mortality) ขึ้นได้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย แต่มักถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเกิดจากความชรา ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงมักได้รับการวินิจฉัยช้า ส่งผลต่อสุขภาพจิตทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง และหากปล่อยทิ้งไว้เรื้อรังจะกลายเป็นโรคซึมเศร้า การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและการช่วยเหลือย่อมต้องมากและซับซ้อนขึ้น⁽⁴⁾ สาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ช้าไป เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่อาจยังไม่ทราบปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม เราจึงค้นหาโรคได้ช้า นำมาสู่การคัดกรองและประเมินโรคช้าตามลำดับ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน อาจเกิดจากลักษณะประชากรในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า

ต่างกัน เป็นต้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายปัจจัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแต่ละพื้นที่ก็อาจเหมือนหรือต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะประชากร สภาพแวดล้อม สภาพความเป็นอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ที่ได้ทำการศึกษา ผลจากการศึกษาล้วนแต่เป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ของตน

เนื่องด้วย กรุงเทพมหานคร เป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ ศูนย์กลางความเจริญในทุกด้าน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิใน กรุงเทพมหานคร รับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในเขต กรุงเทพมหานคร มีปริมาณผู้คนมารับบริการจำนวนมากในแต่ละวันทำให้การสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตยังมีไม่มาก ผู้จัดทำวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าว่าเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลประชากรและแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ 15-item Thai Geriatric depression scale (TGDS-15) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ได้รับการพัฒนาและทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีความจำเพาะต่อกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ และจำนวนข้อคำถามไม่เยอะจนเกินไป ง่ายในการตอบแบบสอบถาม เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการวางแผนและเป็นแนวทางแก้ปัญหสุขภาพจิตในผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซิมเศร่า ในผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า ในผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัสดุและวิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรที่ศึกษา : ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึง 30 สิงหาคม 2563

ขนาดตัวอย่าง : จากการศึกษาของ กันต์ธีร์ อนันตพงศ์ และคณะ (2017) พบว่า ความชุกของภาวะซิมเศร่าจากการใช้ TGDS-15 ในผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ เท่ากับ 9.6%⁽⁷⁾

กำหนด

$$\begin{aligned}\alpha &= 0.05 \text{ (two-sided test)} & Z_{0.025} & \text{ค่า} = 1.96 \\ n &= \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2} \\ &= \frac{1.96^2 \times 0.096 \times (1-0.096)}{0.03^2} \\ &= 370.43 \\ &\approx 371 \text{ ราย}\end{aligned}$$

ดังนั้น ต้องใช้ตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 371 ราย

การเลือกตัวอย่าง :

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา

(Inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. มารับบริการในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. มีความสามารถในการฟังและโต้ตอบกับผู้สัมภาษณ์ได้
4. ยินยอมให้ข้อมูลและเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์ที่ไม่รับเข้าในการศึกษา

(Exclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถสื่อสารได้ ได้แก่ โรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท หรือ โรคทางระบบประสาท เช่น โรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ เป็นต้น

หมายเหตุ

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ศึกษา

P = ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เท่ากับ 9.6%

d = 0.03 (ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 3%)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2563 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ก่อนเริ่มทำการศึกษา ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

2) เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มประชากรตัวอย่างได้ทำการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยอ่านตามแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การเกษียณอายุราชการหรือหยุดทำงานใน 1 ปี ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ยาที่ใช้ประจำ การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว การอาศัยร่วมกับเด็ก ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้เข้าร่วมวิจัย : แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นโดย เพ็ญศรี หลินศุวนนท์⁽⁸⁾ มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม การเป็นสมาชิกของสมาคมองค์กรต่างๆ การเข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น การไปร่วมในงานสังคม การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นแบบสอบถาม มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ค่าความเที่ยงตรง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.78⁽⁸⁾ โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ การมีส่วนร่วมในสังคมดี คือผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า mean +1SD การมีส่วนร่วมในสังคมปานกลาง คือผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง mean ท 1SD และการมีส่วนร่วมในสังคมไม่ดี คือผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า mean -1SD

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมวิจัย : แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 15-item Thai Geriatric depression scale (TGDS-15) พัฒนาโดย ณัทย์ วงศ์ปการันย์ พ.ศ. 2550^(5,9,10) เป็นแบบประเมินแบบถูก-ผิด (0 และ 1 คะแนน) ใช้ทดสอบผู้สูงอายุทั่วไป ค่าความเที่ยงตรง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85⁽⁹⁾ มีค่าความไว Sensitivity 79% และค่าความจำเพาะ Specitivity 77%⁽¹¹⁾ แบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน โดย

คำถามจะมี 15 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีการแปลผล 3 ระดับดังต่อไปนี้⁽¹⁰⁾

0 - 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า
6 - 10 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก
11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA/MP12 จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่อแสดงผลข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2) ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลพื้นฐานที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้สถิติ Unpaired t-test หรือ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลพื้นฐานในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง

3) ใช้สถิติ multiple logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก ที่ IRBRTA

315/2563 รหัสโครงการ R006q/63 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2563 ข้อมูลของอาสาสมัครถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านและมีการลงทะเบียนรหัส (Code) ในแบบสอบถามโดยไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลอื่นๆ ที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัครได้ รวมทั้งตัวแบบสอบถามจะมีการเก็บไว้ในตู้ที่มิดชิดมีกุญแจล็อก บุคคลอื่นนอกจากผู้วิจัยไม่สามารถสืบค้นได้

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 400 คน พบว่าข้อมูลด้านบุคคลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 61.25 และ 38.75 ตามลำดับ มีอายุตั้งแต่ 60-89 ปี อายุเฉลี่ย 69.47 ปี ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.59 ปี ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 55 รองลงมา มีช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 36.25 และมีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.75 ตามลำดับ โดยมากกว่าครึ่งมีสถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 60.25 รองลงมา สถานภาพหม้าย ร้อยละ 21.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 66 และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80.50

ข้อมูลด้านสุขภาพ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.50 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 73.25 ภาวะสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุคือ ท้องผูก ร้อยละ 8.25 มักมียาที่ใช้ประจำ 1-3 ตัว ร้อยละ 64.50 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ร้อยละ 97.75 และส่วนใหญ่มักทำงานอดิเรก ร้อยละ 79.50

ข้อมูลด้านครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 93.50 ไม่ได้อาศัยร่วมกับเด็กในบ้านร้อยละ 71 และความสัมพันธ์ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี คิดเป็นร้อยละ 94.75 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ข้อมูลด้านสังคมจากการทำแบบประเมินการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 63 รองลงมาคือมีส่วนร่วมในสังคมระดับดี ร้อยละ 20 และมีส่วนร่วมทางสังคมไม่ดี ร้อยละ 17 (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประชากร

ข้อมูลประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	155	38.75
หญิง	245	61.25
อายุ		
60-69 ปี	220	55.00
70-79 ปี	145	36.25
80 ปีขึ้นไป	35	8.75
Mean \pm SD	69.47 \pm 6.59	
Median (Min - Max)	69 (60 - 89)	
สถานภาพ		
โสด	30	7.50
มีคู่อยู่ด้วยกัน	241	60.25
หม้าย	86	21.50
หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	43	10.75
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	136	34.00
มัธยมศึกษาขึ้นไป	264	66.00
เพิ่งเกษียณอายุใน 1 ปีที่ผ่านมา		
ใช่	24	6.00
ไม่ใช่	376	94.00
รายได้		
เพียงพอ	322	80.50
ไม่เพียงพอ	78	19.50

ข้อมูลประชากร	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	306	76.50
โรคไขมันในเลือดสูง	293	73.25
โรคเบาหวาน	118	29.50
โรคข้อ	32	8.00
โรคมะเร็ง	11	2.75
โรคไตเรื้อรัง	7	1.75
โรคหัวใจ	5	1.25
โรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง	3	0.75
โรคเส้นเลือดในสมองตีบ	3	0.75
ภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ		
ท้องผูก	33	8.25
ปัญหาทางด้านสายตา	22	5.50
หกล้ม	21	5.25
ปัญหาด้านการจำ	17	4.25
นอนไม่หลับ	13	3.25
กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	12	3.00
ยาที่ใช้ประจำ		
ไม่มียาที่ใช้ประจำ	17	4.25
มียาที่ใช้ประจำ 1-3 อย่าง	258	64.50
มียาที่ใช้ประจำ 4 อย่างขึ้นไป	125	31.25
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกาย	391	97.75
ไม่ออกกำลังกาย	9	2.25
การทำงานอดิเรก		
ทำงานอดิเรก	318	79.50
ไม่ทำงานอดิเรก	82	20.50
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว		
มี	26	6.50
ไม่มี	374	93.50
อาศัยร่วมกับเด็กในบ้าน		
ใช่	116	29.00
ไม่ใช่	284	71.00

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีส่วนร่วมในสังคม

ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม	พิสัยคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
- การมีส่วนร่วมในสังคมดี	> 45.64	80	20.00
- การมีส่วนร่วมในสังคมปานกลาง	30.68 - 45.64	252	63.00
- การมีส่วนร่วมในสังคมไม่ดี	< 30.68	68	17.00
Mean = 38.16, S.D.= 7.48, Min = 19, Max = 50			

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 15-item Thai Geriatric depression scale (TGDS-15) พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 10 โดยในเพศชายมีค่าความชุก ร้อยละ 1.75 ในเพศหญิงมีค่าความชุก ร้อยละ 8.25 เมื่อจำแนกตามคะแนนพบว่า มีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ ประเมินอาการทางคลินิก ร้อยละ 9.75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ต้องพบจิตแพทย์ ร้อยละ 0.25 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความซึมเศร้า

ความซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ซึมเศร้า (TGDS = 0-5)	360	90.00
ซึมเศร้า (TGDS = 6-15)	40	10.00
- มีภาวะซึมเศร้า (TGDS = 6-10)	39	9.75
- มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน (TGDS = 11-15)	1	0.25
Mean= 2.39 , S.D.= 2.07 , Min= 0 , Max= 12		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า เพศ สถานภาพ รายได้ ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคข้อ มีปัญหาหกล้ม ปัญหาด้านความจำ ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการทดสอบ Chi-square test และการทดสอบ Fisher's exact test (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

	ไม่ซึมเศร้า (TGDS = 0-5) จำนวน (ร้อยละ)	ซึมเศร้า (TGDS = 6-15) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			0.004*
ชาย	148 (95.48)	7 (4.52)	
หญิง	212 (86.53)	33 (13.47)	
อายุ			0.155
60-69 ปี	203 (92.27)	17 (7.73)	
70-79 ปี	128 (88.28)	17 (11.72)	
80 ปีขึ้นไป	29 (82.86)	6 (17.14)	
สถานภาพ			<0.001*
มีคู่อยู่ด้วยกัน	230 (95.44)	11 (4.56)	
โสด/หม้าย/หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	130 (81.76)	29 (18.24)	
การศึกษา			0.057
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	117 (86.03)	19 (13.97)	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	243 (92.05)	21 (7.95)	
เพิ่งเกษียณอายุใน 1 ปีที่ผ่านมา			0.722†
ใช่	21 (87.5)	3 (12.5)	
ไม่ใช่	339 (90.16)	37 (9.84)	
รายได้			<0.001*
เพียงพอ	302 (93.79)	20 (6.21)	
ไม่เพียงพอ	58 (74.36)	20 (25.64)	
โรคประจำตัว			
โรคความดันโลหิตสูง	279 (91.18)	27 (8.82)	0.157
โรคไขมันในเลือดสูง	262 (89.42)	31 (10.58)	0.522
โรคเบาหวาน	108 (91.53)	10 (8.47)	0.511
โรคข้อ	23 (71.88)	9 (28.12)	0.002†*
โรคมะเร็ง	9 (81.82)	2 (18.18)	0.303†
โรคไตเรื้อรัง	5 (71.43)	2 (28.57)	0.148†
โรคหัวใจ	5 (100.00)	-	1.000†
โรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง	2 (66.67)	1 (33.33)	0.272†
โรคเส้นเลือดในสมองตีบ	2 (66.67)	1 (33.33)	0.272†

	ไม่ซึมเศร้า (TGDS = 0-5) จำนวน (ร้อยละ)	ซึมเศร้า (TGDS = 6-15) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ			
ท้องผูก	30 (90.91)	3 (9.09)	1.000+
ปัญหาทางด้านสายตา	18 (81.82)	4 (18.18)	0.259+
ภาวะหกล้ม	16 (76.19)	5 (23.81)	0.047+*
ปัญหาด้านการจำ	9 (52.94)	8 (47.06)	<0.001+*
นอนไม่หลับ	9 (69.23)	4 (30.77)	0.032+
กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	10 (83.33)	2 (16.67)	0.342+
ยาที่ใช้ประจำ			0.817
ไม่มียาที่ใช้ประจำ	16 (94.12)	1 (5.88)	
มียาที่ใช้ประจำ 1-3 อย่าง	231 (89.53)	27 (10.47)	
มียาที่ใช้ประจำ 4 อย่างขึ้นไป	113 (90.4)	12 (9.6)	
การออกกำลังกาย			0.224+
ออกกำลังกาย	353 (90.28)	38 (9.72)	
ไม่ออกกำลังกาย	7 (77.78)	2 (22.22)	
การทำงานอดิเรก			0.364
ทำงานอดิเรก	284 (89.31)	34 (10.69)	
ไม่ทำงานอดิเรก	76 (92.68)	6 (7.32)	
โรคจิตเวชในครอบครัว			0.002+*
มี	18 (69.23)	8 (30.77)	
ไม่มี	342 (91.44)	32 (8.56)	
อาศัยร่วมกับเด็กในบ้าน			0.557
ใช่	106 (91.38)	10 (8.62)	
ไม่ใช่	254 (89.44)	30 (10.56)	
ผู้อาศัย	-	-	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			<0.001+*
รักใคร่กันดี	350 (92.35)	29 (7.65)	
ต่างคนต่างอยู่/ขัดแย้งกัน	10 (47.62)	11 (52.38)	
การมีส่วนร่วมในสังคม			<0.001*
ไม่ดี	45 (66.18)	23 (33.82)	
ปานกลาง-ดี	315 (94.88)	17 (5.12)	

Chi-square test, +Fisher' exact test, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้การทดสอบทางสถิติ
Multiple Logistic Regression**

ผู้วิจัยเลือกตัวแปรหรือปัจจัยที่ระดับความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งมีค่า p-value < 0.2 เข้ามาวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression : Enter จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การมีรายได้ไม่เพียงพอ (AOR 12.16, 95%CI: 4.24 - 34.94, p-value <0.001) มีปัญหาด้านความจำ (AOR 10.16, 95%CI : 2.57 - 40.07 p-value = 0.001) มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว (AOR 14.52, 95%CI : 3.58 - 58.79, p-value <0.001)

ความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่/ขัดแย้งกัน (AOR 16.91, 95%CI : 4.53-63.11, p-value <0.001) การมีส่วนร่วมในสังคมไม่ได้ (AOR 9.36, 95%CI : 3.53 - 24.76, p-value <0.001) ซึ่งอธิบายได้ว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถใช้เป็น ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ แต่ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพโรคข้อ ปัญหาการหกล้ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรืออธิบายได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและไม่ใช้ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้การทดสอบ ทางสถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	ไม่ซึมเศร้า (TGDS=0-5) จำนวน (ร้อยละ)	ซึมเศร้า (TGDS=6-15) จำนวน (ร้อยละ)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
1. เพศ				
ชาย	148 (95.48)	7 (4.52)	1	
หญิง	212 (86.53)	33 (13.47)	1.75 (0.53-5.85)	0.361
2.อายุ				
60-69 ปี	203 (92.27)	17 (7.73)	1	
70-79 ปี	128 (88.28)	17 (11.72)	1.46 (0.51-4.17)	0.482
80 ปีขึ้นไป	29 (82.86)	6 (17.14)	3 (0.72-12.53)	0.131
3.สถานภาพ				
มีคู่อยู่ด้วยกัน	230 (95.44)	11 (4.56)	1	
โสด/หม้าย/แยกกันอยู่/ หย่าร้าง	130 (81.76)	29 (18.24)	2.67 (0.98-7.23)	0.054

ปัจจัย	ไม่ซึมเศร้า (TGDS=0-5) จำนวน (ร้อยละ)	ซึมเศร้า (TGDS=6-15) จำนวน (ร้อยละ)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
4.รายได้				
เพียงพอ	302 (93.79)	20 (6.21)	1	
ไม่เพียงพอ	58 (74.36)	20 (25.64)	12.16 (4.24-34.94)	<0.001*
5.โรคข้อ				
ไม่เป็น	337 (91.58)	31 (8.42)	1	
เป็น	23 (71.88)	9 (28.12)	3.33 (1.00-11.15)	0.051
6.ภาวะทกล้ม				
ไม่มี	344 (90.77)	35 (9.23)	1	
มี	16 (76.19)	5 (23.81)	2.85 (0.57-14.3)	0.204
7.ปัญหาด้านความจำ				
ไม่มี	351 (91.64)	32 (8.36)	1	
มี	9 (52.94)	8 (47.06)	10.16 (2.57-40.07)	0.001*
8.โรคจิตเวชในครอบครัว				
มี	18 (69.23)	8 (30.77)	14.52 (3.58-58.79)	<0.001*
ไม่มี	342 (91.44)	32 (8.56)	1	
9.ความสัมพันธ์ในครอบครัว				
รักใคร่กันดี	350 (92.35)	29 (7.65)	1	
ต่างคนต่างอยู่/ขัดแย้งกัน	10 (47.62)	11 (52.38)	16.91 (4.53-63.11)	<0.001*
10.การมีส่วนร่วมในสังคม				
ไม่ดี	45 (66.18)	23 (33.82)	9.36 (3.53-24.76)	<0.001*
ปานกลาง-ดี	315 (94.88)	17 (5.12)	1	

Multiple Logistic Regression *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

อภิปรายและวิจารณ์ผล

จากการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 10 ซึ่งเท่ากับค่าความชุกเฉลี่ยของผู้สูงอายุทั่วไป⁽¹²⁾ และมีผลใกล้เคียงกับการศึกษาของกันต์ธีร์ อนันตพงศ์ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ร้อยละ 9.6 แต่อาจแตกต่างจากงานวิจัยบางที่ อาจเนื่องจากบริบททางสังคม รวมถึงความแตกต่างของกลุ่มประชากรตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ศึกษา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อายุที่มากขึ้น เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่ต้องปรับตัวต่อบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุดังนี้

เพศ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่ทั้งนี้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม บุญเลิศ⁽¹³⁾ และวันวิสาข์ สายสนั่น ณ อยุรยา⁽¹⁴⁾ อธิบายได้ว่าเนื่องจากในปัจจุบันเป็นสังคมเปิดกว้างยอมรับสิทธิความเท่าเทียมของทั้ง 2 เพศ ไม่ว่าจะเพศหญิงหรือเพศชายเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยทางจิต การสูญเสียหน้าที่การงานหรือบุคคลอันเป็นที่รัก หรือการกระทบกระเทือนด้านจิตใจต่างก็ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ดังนั้นเพศชายและเพศหญิงจึงมีโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่าง

อายุ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

อาคม บุญเลิศ⁽¹³⁾ แต่แตกต่างจากการศึกษาของวันวิสาข์ สายสนั่น ณ อยุรยา⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้ที่มีอายุมากมีภาวะซึมเศร้านากกว่า การศึกษาของสายพิน ยอดกุล⁽¹⁵⁾ และชนิดถาพลอยล้อมแสง⁽¹⁶⁾ พบว่าอายุที่มากกว่า 75 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงอายุที่กว้างกว่าในการศึกษานี้ ทั้งนี้ผลที่ได้จากการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มากพอให้เห็นความแตกต่าง

สถานภาพสมรส

สถานะโสด/หม้าย/หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชุดา อุ่นแก้ว⁽¹⁷⁾ อาจเป็นเพราะคนสมัยใหม่อยู่ได้ด้วยตัวเองมากขึ้น ไม่จำเป็นต้องมีคู่ครองก็สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้ แต่การศึกษากลับแตกต่างจากการศึกษาของ นิรัชนา ศศิธร⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าสถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ณททัย วงศ์ปการันย์ กล่าวไว้ในคู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า⁽⁵⁾ว่าสถานภาพหม้ายหรือหย่าร้างเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ⁽¹⁹⁾ สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุด อาจเป็นเพราะสถานภาพหม้าย/หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาคครอบครัว มีปัญหาในชีวิตคู่ เกิดการผิดหวัง หรือเกิดการสูญเสีย

ส่งผลกระทบต่อจิตใจมากกว่า ทำให้คนกลุ่มนี้อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มคนโสด จึงทำให้การศึกษาสถานภาพที่รวมสถานะไม่มีคู่ (สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้างหรือแยกกันอยู่) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสัมพันธ์

รายได้

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ จากการศึกษาพบว่า การมีรายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Long Thanh Giang⁽²⁰⁾ อาคมบุญเลิศ⁽¹³⁾ และสุจรรยา แสงเขียวงาม⁽²¹⁾ ผลการศึกษาหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ได้สนับสนุนว่ารายได้ที่ไม่เพียงพอนี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่สำคัญปัจจัยหนึ่งเนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ จึงทำให้มีรายได้ลดลง ไม่สอดคล้องกับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น ไม่สามารถตอบสนองปัจจัยพื้นฐานได้ มีการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต ทำให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดความเครียดได้ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการเอาใจใส่จากหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง

ปัญหาด้านความจำ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuan Zou⁽²²⁾ และเป็นไป

ตามการศึกษาของ Ismail Z⁽²³⁾ ซึ่งทำการศึกษาแบบ Systemic review and meta-analysis พบว่า ภาวะซึมเศร้า มักเจอได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะสูญเสียความสามารถของสมอง ในการจำ Mild cognitive impairment (MCI) ความชุกประมาณร้อยละ 32 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากภาวะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสมอง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองผิดปกติไป อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้

ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การที่มีคนในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรัชราศศิธร⁽¹⁸⁾ และ ณททัย วงศ์ภารณี กล่าวไว้ในคู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า⁽⁵⁾ ว่าการมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช เป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้า อาจเป็นเพราะเหตุผลทางพันธุกรรมและการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกัน อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกัน ก็ทำให้มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าเหมือนกันได้

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่/ขัดแย้งกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนภา พวงรอด⁽²⁴⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันภายในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า

มากกว่าการที่บุคคลในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ และการมีความรักใคร่กันดีในครอบครัว การศึกษาของสายพิณ ยอดกุล⁽¹⁵⁾ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้น้อยกว่าการมีสัมพันธภาพกับ ครอบครัวที่ไม่ดี

การมีส่วนร่วมในสังคม

จากการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมในสังคมไม่ดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง กับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ⁽¹³⁾ พบว่า ความถี่ของการเข้าสังคมมีผลต่อความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคมนานๆครั้งหรือไม่เข้าร่วมเลย มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด และการศึกษาของ นิรัชรา ศศิธร⁽¹⁸⁾ พบว่าการมีส่วนร่วมใน ชุมชนระดับต่ำสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึม เศร้าในผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า การไม่เข้าร่วมใน สังคมทำให้ขาดเพื่อนพูดคุย แลกเปลี่ยนความ คิดเห็น ขาดที่ปรึกษาทางด้านจิตใจ เก็บตัวอยู่ แต่ในโลกของตัวเอง คิดแต่เรื่องเสื่อมถอย หรือปัญหารอบด้านของตนเอง ไม่มีการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้าได้

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความ ชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยใช้แบบวัด ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 15-item Thai Geriatric depression scale (TGDS-15)

พบความชุกร้อยละ 10 หรือ 1 ใน 10 ของ ผู้สูงอายุที่มารับบริการมีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็น ความชุกที่ค่อนข้างสูง โดยพบปัจจัยสัมพันธ์ หรือปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ การมีรายได้ไม่เพียงพอ, มีปัญหาด้านความจำ, มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว, ความสัมพันธ์ ในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่/ขัดแย้งกัน, การมีส่วนร่วมในสังคมไม่ดี ซึ่งแพทย์และ บุคคลทางการแพทย์ควรจะได้รู้และตระหนัก สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและเป็น แนวทางแก้ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ สอดคล้องกับสภาพแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และคัดกรองปัญหาด้านความจำ ในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หากพบว่ามีปัญหาดังกล่าวควรให้คำแนะนำ และช่วยเหลือ มีการนัดประเมินซ้ำและ ติดตามอาการ หรือส่งพบแพทย์เฉพาะทาง ในการรักษาโรคอย่างเหมาะสม
2. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีให้แก่ครอบครัว เปิดโอกาส ให้ครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดูแล ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุได้ อย่างเหมาะสม
3. ศึกษาบทบาทของชุมชนในการ สนับสนุนบริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ ผู้สูงอายุในชุมชน
4. แนะนำสิทธิและสวัสดิการด้าน ต่างๆ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับแก่ผู้สูงอายุที่มารับ บริการในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้ความกรุณาอนุเคราะห์และช่วยเหลือ

ในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิแห่งนี้ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2561.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ:มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2557.
3. จีราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555;22: 88-90
4. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15:24-6
5. ณททัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ยุพาพรรณ คิริอ้าย, คณินนิช ไชยลังการณ, รัตน์ นิวัฒน์นันท์ และคณะ. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2559.
6. World Health Organization. Conquering depression: You can get out of the blues. Coordinating Authoe: SudhirKhandelwal. New Delhi: WHO Regional office for South-East Asia; 2001.p.18-37.
7. กันต์ธีร์ อนันตพงศ์, จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์, นิศานต์ วีระชาติเทวีณ, วรุตม์ อุ่นจิตสกุล. ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยสัมพันธ์ในผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2560;35:139-48.
8. เพ็ญศรี หลินศุวนนท์. การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
9. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from Northern Thailand. Psychogeriatrics 2012;12:11-7.

10. Shiekh J, Yesavage J. Geriatric Depression Scale; recent findings and development of a short version. In: Brink T, editor. Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press; 1986.
11. Chuan Z, Shanping C, Jing S, Xiaomei Zh, Lingxiao W, Lijuan G, et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital. Clinical interventions in aging 2018;13:1755-62.
12. Barua A, Ghosh MK, Kar N, Basilio MA. Prevalence of depressive disorders in the elderly. Ann Saudi Med 2011;31:620-4.
13. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559;31:25-32.
14. วันวิลาห์ สายสนั่น ณ อยุธยา, ธนวัฒน์ ชัยพงศ์พัชรา, วัลลภา วาสนาสมปอง, พุสดี ละออ. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม. การประชุมสวนสุนันทาวิชาการระดับชาติด้าน “การวิจัยเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน” ครั้งที่ 6 วันที่ 22-23 มิถุนายน 2560; โรงแรมเดอะรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.; 2560.
15. สายพิณ ยอดกุล. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2555;3:50-7.
16. ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง, สายทิพย์ สุทธิรักษา, ช่อพกา วนาททรัพย์ดำรง, วรรณพร วรรณทิพย์. ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสวนปรุง 2560; 33:14-30.
17. วิชุดา อุ่นแก้ว, ปิยธิดา คูศิริธัญรัตน์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;3:577-89.
18. นිරัชรา ศศิธร, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอะอุทิศ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2558;59:717-30.
19. เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554;56: 103-16.
20. Long Thanh Giang, Tam Thanh Nguyen, Ngoc Thuy Thi Tran. Factors associated with depression among older People in Vietnam. Journal of population and Social Studies 2019;27:181-94.

21. สุจรรยา แสงเขียวงาม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 8 2560: 211-21.
22. Zou C, Chen S, Shen J, Zheng X, Wang L, Guan I, et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital. *Clin Interv Aging* 2018;13:1755-62.
23. Ismail Z, Elbayoumi H, Fischer CE, Hogan DB, Millikin CP, Schweizer T, et al. Prevalence of depression in patients with mild cognitive impairment: A Systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:58-67.
24. นภา พวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารนราธิวาสราชนครินทร์* 2555;2:63-74.