

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ณ หมู่บ้านประชานิเวศน์

วันรับ : 22 พฤษภาคม 2562

วันแก้ไข : 15 กรกฎาคม 2562

วันตอบรับ : 16 กันยายน 2562

นัฐศรา ดำรงค์พิวัฒน์, พ.บ.¹,

โชติมันต์ ชินวรารักษ์, พ.บ.²,

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, พ.บ.²

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ¹,

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในหมู่บ้านประชานิเวศน์ ระหว่างเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index; T-PSQI) แบบประเมินสุขอนามัยการนอนหลับ (sleep hygiene index) และแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Mini – Mental State Examination: Thai version; MMSE – Thai 2002) นำเสนอข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ logistic regression

ผล: ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 252 ราย อายุเฉลี่ย 77.11 ± 7.29 ปี เป็นผู้หญิงร้อยละ 66.5 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 8.3 โดยระดับเศร้าเล็กน้อยพบมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี การมีรายได้ไม่เพียงพอ และคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

สรุป: ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุในหมู่บ้านประชานิเวศน์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และคุณภาพการนอนหลับ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์: นัฐศรา ดำรงค์พิวัฒน์; e-mail: natsaradumromg@gmail.com

Original article

Prevalence and associated factors of depression in the elderlies at Pracha Niwet village

Received : 22 May 2019

Revised : 15 July 2019

Accepted: 16 September 2019

Natsara Dumrongpiwat, M.D.¹,

Chotiman Chinvararak, M.D.²,

Sookjaroen Tangwongchai, M.D.²

Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center, Srinakarinwirot University¹

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University²

Abstract

Objectives: To study the prevalence and associated factors of depression among the elderlies at Pracha Niwet village.

Methods: This descriptive study was conducted in the elderlies aged 60 and above at Pracha Niwet Village between September and October 2017. The participants were interviewed using a set of five questionnaires: 1) personal information questionnaire, 2) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), 3) Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (T-PSQI), 4) sleep hygiene index and 5) Mini – Mental State Examination: Thai version (MMSE – Thai 2002). The descriptive was used to present the prevalence of depression while chi-square statistics and logistic regression were used to examine depression and associated factors.

Results: Among the 252 participants whose mean age was 77.11 (± 7.29), 66.5% were female. The prevalence of depression in this group of participants was 8.3%, the highest being the prevalence of mild depression that was 5.9%. Factors associated with depression among this group of participants were the level of education, the adequacy of income and the quality of sleep. Possible predictors of depression found were educational levels, especially for bachelor's degree or below, income insufficiency and poor sleep quality.

Conclusion: Depression is an important mental health problem among the elderlies at Pracha Niwet village. The associated factors and possible predictors of depression within this group of participants were level of education, adequacy of income and quality of sleep.

Key words: associated factor, depression, elderly

Corresponding author: Natsara Dumrongpiwat; e-mail: natsaradumromg@gmail.com

บทนำ

สังคมไทยปัจจุบัน กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากผลการสำรวจพบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี การสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุจำนวน 10,014,705 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรไทย ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากจากอดีต และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต โดยคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20.0 และ 28.0 ในปี พ.ศ. 2564 และ 2574 ตามลำดับ¹ และเมื่อพิจารณาถึงผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 48,000 คน จากจำนวนประชากรจังหวัดนนทบุรีจำนวน 258,000 คน คิดเป็นร้อยละ 18.6 ถือเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้เป็นอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุ² ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า หรือแม้กระทั่งคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย^{2,3} ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) ต่อชีวิตได้เป็นลำดับ 4 จาก 10 อันดับแรกทั่วโลก และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ โดยเฉพาะในสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเป็นอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้นตามมา⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 3.4⁵ ในขณะที่ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรทั่วไปและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ โดยพบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.3 ในช่วงอายุ 60-69 ปี และ

ร้อยละ 5.6 และ ร้อยละ 8.0 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ⁵ ส่วนการศึกษาในจังหวัดนนทบุรีพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดนนทบุรีคิดเป็นร้อยละ 15.3⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีผลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาความจำและการเสื่อมถอยของสติปัญญา¹²⁻²⁴ ซึ่งแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันไป ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย เชื้อชาติ วัฒนธรรมการใช้ชีวิต ฯลฯ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นอย่างมากตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงต้องการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการดูแลเชิงรุก การตรวจคัดกรอง ป้องกัน และให้การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดนนทบุรีต่อไป

วิธีการ

กลุ่มตัวอย่างเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ (purposive or judgmental sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นผู้สูงอายุใน “หมู่บ้านประชานิเวศน์ 2 ระยะ 3” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2560 และสามารถเข้าให้การสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยตามปกติ เกณฑ์

การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุมีการรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ผิดปกติ หรือมีปัญหาด้านการมองเห็น จำนวนตัวอย่างคำนวณโดยสูตรคำนวณความชุก (prevalence) ดังนี้ $n = \frac{N}{1+Ne2}$ จำนวนจำนวนประชากรได้ 271 คน ได้จำนวนตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุใน “หมู่บ้านประชานิเวศน์ 2 ระยะ 3” อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 263 คน ยินยอมร่วมมือ 254 คน และทำแบบสอบถามครบถ้วนสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จริง 252 คนดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่กันยายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2560 การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (รหัสโครงการวิจัย 16/2560) กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) *แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป* ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติด การใช้เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ประวัติโรคประจำตัว การออกกำลังกาย ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ 2) *แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS)* พัฒนาโดยนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ²⁵ มีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 ความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 ประกอบด้วยคำถามประเมินความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ แผลผลดังนี้ 0-12 คะแนน หมายถึงปกติ 13-18 คะแนน หมายถึง เศร้าเล็กน้อย 19-24

คะแนน หมายถึง เศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง เศร้ารุนแรง 3) *แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index, T-PSQI)*^{26,27} ได้รับการพัฒนาโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ มีค่าความไวเท่ากับ 89.6 ค่าความจำเพาะเท่ากับ 86.5 และพบว่าค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.73 มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แผลผลโดยนำข้อคำถามมาจัดเป็น 7 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบจะมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่เท่ากับหรือน้อยกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี 4) *แบบประเมินสุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep Hygiene Index)* ของ David และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทริญา แก้วแพง²⁸ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.74 มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ได้คะแนนรวม 14-70 คะแนน การแปลผลจะคิดคะแนนรวมของทุกข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ คะแนนมากแสดงถึงการมีสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี คะแนนรวมน้อยแสดงถึงการมีสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดี และ 5) *แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม MMSE-Thai 2002 (Mini-Mental State Examination: Thai version)*²⁹ พัฒนาโดยคณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แบบคัดกรองนี้ประกอบด้วยชุดคำถาม 6 หมวด ได้แก่ orientation, recall, attention, calculation, language manipulation และ

constructional praxis มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ซึ่งจุดตัดของคะแนนรวมที่บ่งถึงภาวะสมองเสื่อม นั้นแบ่งตามระดับการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือที่ 1-4 ด้วยตนเอง และผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยเครื่องมือที่ 5

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS for window version 22.0 นำเสนอความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ logistic regression ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 252 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.5) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 60-70 ปี (อายุเฉลี่ย 77.11 ปี) สถานภาพสมรสร้อยละ 57.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 47.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.9) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 74.4) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 45.7) มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 82.3 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 95.7) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 89.0) มีผู้อยู่อาศัยด้วย (ร้อยละ 92.9) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 92.5) ส่วนคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดีพบใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48.0) และร้อยละ 52.0) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		รายได้ (บาท)	
ชาย	85 (33.5)	≤5,000	116 (45.7)
หญิง	169 (66.5)	5,001-10,000	31 (12.2)
อายุ (ปี)		10,001-15,000	15 (5.9)
60-70	135 (53.6)	>15,000	92 (36.2)
71-80	87 (34.5)	Median (IQR) = 9,000 (600-22,500);	
>80	30 (11.9)	Min = 0; Max = 240,000	
Mean±SD = 77.11±7.29; Min = 60; Max = 93		ความเพียงพอของรายได้	
สถานภาพ		เพียงพอ	189 (74.4)
โสด	31 (12.2)	ไม่เพียงพอ	85 (25.6)
สมรส	147 (57.9)	ประวัติโรคประจำตัวทางกาย	
หม้าย	51 (20.1)	ไม่มี	45 (17.7)
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	25 (9.8)	มี	209 (82.3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษาสูงสุด		โรคประจำตัวที่พบ	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	55 (21.7)	ความดันโลหิตสูง	133 (52.4)
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (6.3)	ไขมันในเลือดสูง	113 (44.5)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	49 (19.3)	ไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ	68 (26.8)
ปวส./อนุปริญญา	29 (11.4)	โรคเบาหวาน	53 (20.9)
ปริญญาตรี	86 (33.9)	โรคหัวใจและหลอดเลือด	33 (13.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	19 (7.5)	โรคทางระบบประสาท	16 (6.3)
อาชีพ		ประวัติโรคทางจิตเวช	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	120 (47.2)	ไม่มี	243 (95.7)
ข้าราชการบำนาญ	88 (34.6)	มี	11 (4.3)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	23 (9.1)	การออกกำลังกาย	
รับจ้าง	15 (5.9)	ไม่ได้ออกกำลังกาย	89 (35.0)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8 (3.1)	1-4 วันต่อสัปดาห์	61 (24.0)
การพักอาศัย		5-7 ต่อสัปดาห์	104 (40.9)
อยู่คนเดียว	18 (7.1)	ประวัติการใช้สารเสพติด	
อยู่กับแฟน/คู่สมรส	40 (15.7)	ไม่มีการใช้สารเสพติด	226 (89.0)
อยู่กับแฟน/คู่สมรสและลูกหลานสายตรง	94 (37.0)	แอลกอฮอล์	17 (6.7)
อยู่กับลูกหลานสายตรง	77 (30.3)	บุหรี่	11 (4.3)
อยู่กับญาติพี่น้อง	19 (7.5)	ประวัติการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนในปัจจุบัน	
อยู่กับคนดูแลที่จ้างมา	2 (0.8)	ไม่มี	182 (71.7)
อื่น ๆ	4 (1.6)	มี	72 (28.3)
คุณภาพการนอนหลับ		ภาวะสมองเสื่อม	
ดี (T-PSQI score 0-5)	122 (48.0)	ไม่มี	235 (92.5)
ไม่ดี (T-PSQI score >5)	132 (52.0)	มี	19 (7.5)
Mean ± SD = 6.59±3.78; Min = 1; Max = 21		Mean ± SD = 25.82±3.60; Min = 6; Max = 30	

จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิด

เป็นร้อยละ 8.3 โดยระดับเศร้าเล็กน้อยพบมากที่สุดที่ร้อยละ 5.9 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (n = 252)

ระดับความรุนแรง	จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ (0-12)	231 (91.7)
เศร้าเล็กน้อย (13-18)	15 (5.9)
เศร้าปานกลาง (19-24)	6 (2.4)
เศร้ารุนแรง (25-30)	0 (0.0)
Mean ± SD = 5.78±4.38; Min = 0; Max = 24	

ปัจจัยที่พบว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับสถิติ ศึกษาสูงสุด (p<0.01) ความเพียงพอของรายได้ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ได้แก่ ระดับการ (p<0.01) คุณภาพการนอนหลับ (p<0.01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ		χ^2	p-value
	ไม่มี (n=231)	มี (n=21)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	80 (95.2)	4 (4.8)	2.104	0.147
หญิง	151 (89.9)	17 (10.1)		
อายุ (ปี)				
<65	39 (84.4)	7 (15.2)		0.076 ^a
≥65	192 (93.2)	14 (6.8)		
สถานภาพสมรส				
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	96 (89.7)	11 (10.3)	0.923	0.337
สมรส	135 (93.1)	10 (6.9)		
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	128 (86.5)	20 (13.5)	12.598	<0.001**
ปริญญาตรีขึ้นไป	103 (99.0)	1 (1.0)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	124 (93.2)	9 (6.8)	0.905	0.342
ประกอบอาชีพ	107 (89.9)	12 (10.1)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ		χ^2	p-value
	ไม่มี (n=231)	มี (n=21)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้ต่อเดือน				
ไม่มี	49 (89.1)	6 (10.9)		0.417 ^a
มี	182 (92.4)	15 (7.6)		
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	179 (95.7)	8 (4.3)	15.608	<0.001**
ไม่เพียงพอ	52 (80.0)	13 (20.0)		
โรคประจำตัวทางกาย				
ไม่มี	39 (88.6)	5 (11.4)		0.382 ^a
มี	192 (92.3)	16 (7.7)		
ไขมันในเลือดสูง				
ไม่มี	132 (94.3)	8 (5.7)	2.829	0.093
มี	99 (88.4)	13 (11.6)		
ความดันโลหิตสูง				
ไม่มี	111 (92.5)	9 (7.5)	0.208	0.648
มี	120 (90.9)	12 (9.1)		
โรคเบาหวาน				
ไม่มี	184 (92.5)	15 (7.5)		.403 ^a
มี	47 (88.7)	6 (11.3)		
โรคหัวใจและหลอดเลือด				
ไม่มี	199 (90.9)	20 (9.1)		0.327 ^a
มี	32 (97.0)	1 (3.0)		
โรคทางระบบประสาท				
ไม่มี	216 (87.5)	20 (12.5)		1.000 ^a
มี	15 (92.9)	1 (7.1)		
โรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ				
ไม่มี	173 (93.5)	12 (6.5)	3.107	0.078
มี	58 (88.6)	9 (13.4)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ		χ^2	p-value
	ไม่มี (n=231)	มี (n=21)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ประวัติโรคทางจิตเวช				
ไม่มี	220 (91.3)	21 (8.7)		0.607 ^a
มี	11 (100.0)	0.0		
ประวัติการใช้สารเสพติด				
ไม่มี	205 (91.5)	19 (8.5)		1.000 ^a
มี	26 (92.9)	2 (7.1)		
ภาวะสมองเสื่อม				
ไม่มี	215 (91.9)	19 (8.1)		0.658 ^a
มี	16 (88.9)	2 (11.1)		
คุณภาพการนอนหลับ				
ไม่ดี	114 (86.4)	18 (13.6)	10.025	0.001**
ดี	117 (97.5)	3 (2.5)		
การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	78 (88.6)	10 (11.4)	1.625	0.202
ออกกำลังกาย	153 (93.3)	11 (6.7)		

*p<0.05, **p<0.01, ^a = Fisher Exact test

เมื่อนำปัจจัยที่พบว่ามี ความเกี่ยวข้อง กับ อากา รซึมเศร้า มาวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่าปัจจัยที่อาจ ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ได้แก่ ระดับการ

ศึกษาสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี (p<0.05) การมีรายได้ ไม่เพียงพอ (p<0.05) และคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (p<0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of Adjusted OR		p-value
		Lower	Upper	
ระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี	11.210	1.440	87.728	0.021*
การมีรายได้ไม่เพียงพอ	3.508	1.314	9.366	0.012*
คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี	4.906	1.359	17.705	0.015*

*p<0.05, **p<0.01

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ “หมู่บ้านประชานิเวศน์ 2 ระยะ 3” คิดเป็นร้อยละ 8.3 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในและต่างประเทศ ที่พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ระหว่างร้อยละ 4.3-15.3⁵⁻¹¹ โดยมีรายงานค่าความชุกเฉลี่ย (median prevalence) ทั่วโลกร้อยละ 10.3⁷ ซึ่งผลที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา อาจเกิดจากเชื้อชาติ วัฒนธรรม และลักษณะการใช้ชีวิตของประชากรแต่ละภูมิภาคที่แตกต่างกัน โดยเมื่อพิจารณาการศึกษาในชุมชน (community base) ของประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรีร้อยละ 15.3⁶ ซึ่งค่อนข้างสูงกว่าการศึกษานี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของการใช้เครื่องมือในการสำรวจว่าเป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าหรือเป็นเครื่องมือวินิจฉัยโรคซึมเศร้า อย่างไรก็ตามพบรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครพนมร้อยละ 10.6²² ใกล้เคียงกับการศึกษานี้และใช้เครื่องมือจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชนิดเดียวกัน

ปัจจัยที่พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และคุณภาพการนอนหลับ โดยการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Patra ปี ค.ศ. 2017¹² ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และการศึกษาของ Bien ปี ค.ศ. 2016¹³ ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด เนื่องจากการมีระดับการศึกษาสูงช่วยลดความรู้สึกลดเดี่ยวและลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และระดับการศึกษาต่ำจึงอาจ

ส่งผลกับการดำรงชีวิต เศรษฐฐานะ และคุณภาพชีวิต ซึ่งส่งผลต่อเนื่องให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

ส่วนการมีรายได้ไม่เพียงพอมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gero ประเทศญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 2017¹⁴ ที่พบว่าการมีรายได้ลดลงและการมีรายได้น้อยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Alamri ประเทศซาอุดีอาระเบีย ปีเดียวกัน¹⁵ ที่พบว่าการมีรายได้น้อยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการศึกษาในประเทศไทยของสุจรรรยา แสงเขียวงามที่จังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2560¹⁶ ซึ่งพบว่าความเพียงพอของรายได้สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นผลจาก เมื่ออายุมากขึ้น รายได้ลดลงไม่สอดคล้องกับรายจ่ายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลต่ออารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้²¹

ในด้านของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ FanZhi ปี ค.ศ. 2016¹⁷ พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความพึงพอใจในการใช้ชีวิตและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการศึกษาของวีรากร จิจุมา ปี พ.ศ. 2561¹⁸ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และ Wu CY ปี ค.ศ. 2012¹⁹ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงของการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี แม้ว่าปัญหาการนอนหลับอาจเป็นหนึ่งในอาการของภาวะซึมเศร้า แต่ปัญหาการนอนหลับที่เป็นอย่างต่อเนื่องและเรื้อรังอาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน ตามแนวคิด bidirectional relationship model²⁰ ที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าว

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ณ หมู่บ้านประชาณีเวศน์ คิดเป็น ร้อยละ 8.3 ยืนยันถึงความสำคัญของปัญหา ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานรับผิดชอบ ด้านสุขภาพในพื้นที่ควรใส่ใจและตระหนักถึงความสำคัญ และการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือ คัดกรอง ป้องกันและรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฝ้าระวังปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และคุณภาพ การนอนหลับ มาช่วยในการเฝ้าระวังและดูแล ให้ครอบคลุมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัย เชิงพรรณนา จึงมีข้อจำกัดที่บอกได้เพียงความชุกและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ ในเชิงเหตุและผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และการวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุที่ “หมู่บ้าน ประชาณีเวศน์ 2 ระยะ 3” ผลการวิจัยจึงไม่อาจเป็น ตัวแทนของผู้สูงอายุทั้งประเทศในภาพรวมได้ การนำ ข้อมูลไปใช้ต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมอื่นประกอบด้วย

สรุป

จากการศึกษานี้สรุปได้ว่า ความชุกของภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ณ หมู่บ้านประชาณีเวศน์ 2 ระยะ 3 คิดเป็น ร้อยละ 8.3 โดยระดับเศรษฐานะเล็กน้อย พบมากที่สุด ร้อยละ 5.9 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอ ของรายได้ และคุณภาพการนอนหลับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่ได้ให้คำแนะนำในการเขียนรายงานการวิจัย และ โรงพยาบาลชลประทานที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2562;27(3):183-195.

ความรู้เดิม: ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต ที่สำคัญในผู้สูงอายุ ความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุไทยอยู่ระหว่าง 3.4-15.3 ขึ้นอยู่กับ ช่วงอายุและเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

ความรู้ใหม่: ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูง อายุในพื้นที่ “หมู่บ้านประชาณีเวศน์ 2 ระยะ 3” พบร้อยละ 8.3 โดยในกลุ่มนี้พบระดับเศรษฐานะเล็กน้อย สูงที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของ รายได้ และคุณภาพการนอนหลับ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ สุขภาพ ควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพการนอน เพื่อการวางแผนดูแลรักษาอย่าง เหมาะสม มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับชุมชน โดยสนับสนุนเรื่องการศึกษาและ สร้างรายได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุใน ประเทศไทย พ.ศ. 2557 [The 2014 Survey of the older persons in Thailand]. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557. Thai.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. VA, United States: The Association; 2013.
4. 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.

5. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยิ่งยืน และคณะ. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ [The suicidality in Thai population: a national survey]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56:413-24. Thai.
6. นภา พวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี [The study on depression in Nonthaburi Province elderly]. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์. 2558;2:63-74. Thai.
7. Barua A, Ghosh K, Kar N, Basilod A. Prevalence of depressive disorders in the elderly: systematic review. Ann Saudi Med. 2011;31:620-4.
8. Newman SC, Bland RC, Orn HT. The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: a community survey using GMS-AGECAT. Can J Psychiatry. 1998;43:910-4.
9. Liu CY, Wang SJ, Teng EL, Fuh JL, Lin CC, Lin KN, et al. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. Psychol Med. 1997;27:943-9.
10. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiat. 1999;174:307-11.
11. Aisling D, Kirby M, Bruce I, Cunningham C, Coakley D, Lawlor BA. Three-year prognosis of depression in the community-dwelling elderly. Br J Psychiatry. 2000;176:453-7.
12. Patra P, Alikari V, Fradelos EC, Sachlas A, Kourakos M, Rojas Gil AP, et al. Assessment of depression in elderly. is perceived social support related? a nursing home study: depression and social support in elderly. Adv Exp Med Biol. 2017;987:139-50.
13. Bien B, Barkowska K. Objective drivers of subjective well-being in geriatric inpatients: mobility function and level of education are general predictors of self-evaluated health, feeling of loneliness, and severity of depression symptoms. Qual Life Res. 2016;25:3047-56.
14. Gero K, Kondo K, Kondo N, Shirai K, Kawachia I. Associations of relative deprivation and income rank with depressive symptoms among older adults in Japan. Soc Sci Med. 2017;189:138-44.
15. Alamri S, Bari A, Ali A. Depression and associated factors in hospitalized elderly: a cross-sectional study in a Saudi teaching hospital. Ann Saudi Med. 2017;37:122-9.
16. สุจรรยา แสงเขี้ยวงาม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคาพร้อม หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี [Factors associated with depression among the elderly with non communicable disease in the health promoting hospital at Tambon Bueng KhamPhroi, Moo 11, Lumlukka Distric, Pathumthanee Province]. ใน: การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 9 วันที่ 4 ต.ค. 2560; มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล; 2560. หน้า 211-21. Thai.
17. FanZhi T, MingSun X, JuanLi S, ShanWang Q, Cai J, ZiLi L, et,al. Associations of sleep duration and sleep quality with life satisfaction in elderly Chinese: the mediating role of depression. Arch Gerontol Geriatr. 2016;65:211-7.
18. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, Tantrakul V. Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. Epidemiol Health. 2018;40:e2018018.
19. Wu CY, Su TP, Fang CL, Chang MY. Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. J Chin Med Assoc. 2012;75:75-80.
20. Winokur A. The relationship between sleep disturbances and psychiatric disorders. Psychiatr Clin North Am. 2015;38:603-14.
21. Patel V, Burns J, Dhingra M, Tarver L, Kohrt B, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. World Psychiatry. 2018;17:76-89.

22. ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นันทจันทร์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน [factors predicting depression in older adults in community]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2559;30:17-33. Thai.
23. Aylaz R, Akturk U, Erci B, Ozturk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. Arch Gerontol Geriatr. 2012;55:548-64.
24. Leung KK, Chen CY, Lue BH, Hsu ST. Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. Arch Gerontol Geriatr. 2007;44:203-13.
25. กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย [Thai Geriatric Depression Scale-TGDS]. สารศิริราช. 2537;46:1-9. Thai.
26. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, วรัญ ดันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540;42:123-32. Thai.
27. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. J Med Assoc Thai. 2014;97:557-67.
28. พัทธิญา แก้วแพง, ชนภพร จิตปัญญา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ [Selected factors related to insomnia in adult cancer patients]. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547;18:33-47. Thai.
29. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. Sleep Health. 2015;1:233-43.