

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วันรับ : 19 กรกฎาคม 2563

วันแก้ไข : 22 กุมภาพันธ์ 2564

วันที่ตอบรับ : 23 กุมภาพันธ์ 2564

อิสริย์ ศิริวรรณกุลธร, พ.บ., วิชุดา จิรพรเจริญ, พ.บ.,

กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, พ.บ., ชัยสิริ อังกูระวารานนท์, ปร.ด.,

อัศวิน โจนสุมาพงศ์, พ.บ., ชลอวัฒน์ อินปา, พ.บ.,

นพคุณ นันทศุภวัฒน์, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า รวมถึงความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

วิธีการ : ศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงมกราคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Version of Geriatric Depression Scale-15; TGDS - 15) และแบบสอบถามความพึงพอใจแรงสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ logistic regression

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 196 ราย อายุเฉลี่ย 66.1 ± 5.4 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.7 พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำ ต้องมีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา การไม่ได้ออกกำลังกาย และเพศหญิง โดยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำ เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า 17.5 เท่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 5 ด้าน ต่ำกว่ากลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)

สรุป : ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการศึกษานี้สูงเล็กน้อย โดยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การเพิ่มแรงสนับสนุนจากครอบครัวและคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุอาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ : การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ความชุก เชียงใหม่ ผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : นพคุณ นันทศุภวัฒน์; e-mail: nopakoon.n@cmu.ac.th

Original article

Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in family medicine outpatient clinic, Chiang Mai University

Received : 19 July 2020

Revised : 20 February 2021

Accepted : 22 February 2021

Isaree Siriwankulthon, M.D., Wichuda Jiraporncharoen, M.D.,

Kanokporn Pinyopornpanish, M.D., Chaisiri Angkurawaranon, Ph.D.,

Auswin Rojanasumapong, M.D., Chalawat Inpa, M.D.,

Nopakoon Nantsupawat, M.D.

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To find the prevalence, associated factors, and family function of depression among the elderly in family medicine outpatient clinic

Methods: This was a descriptive, cross-sectional study conducted at family medicine outpatient clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital (Chiang Mai University Hospital) between November 2017 and January 2018. The elderly aged more than 60 who visited the clinic were enrolled and assessed by the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS - 15) and Thai version of the Family APGAR Questionnaire to evaluate depressive symptoms and family function respectively. The data was analyzed using descriptive statistic, chi-square statistics and logistic regression

Results: Of 196 participants, the means age was 66.1 ± 5.4 years with 61.7% female. The prevalence of depression was 13.3%. Factors associated with depression in the participants were poor to moderate family functioning, need for caregiver, inadequate income, low income, the absence of exercise, lower education and being female. The participants with moderate to poor family functioning have 17.5 times more depressive symptoms compared to those with good family functioning. The depressive participants were significantly lower family functioning in all five areas than non-depressive participants.

Conclusion: The prevalence of depression in the elderly in this study was slightly high. Family functioning is one of the important factors associated with depression. Enhancing family support and increasing self-care will promote efficiency of care for elderly with depression.

Keywords: Chiang Mai, depression, elderly, family function, prevalence

Corresponding author: Nopakoon Nantsupawat; e-mail: nopakoon.n@cmu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลในปี 2558 พบว่าประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 และคาดการณ์ว่าประเทศไทย จะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (สัดส่วนผู้สูงอายुर้อยละ 28) ในปี 2574^{1,2} ช่วงวัยสูงอายุนี้เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ทั้งจากร่างกายที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จิตใจ และด้านสังคม เช่น การเกษียณอายุ การเสียชีวิตของคู่สมรส การแยกจากของบุตรหลาน³ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทางจิตใจอย่างมาก หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้^{3,4} ด้วยเหตุนี้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ให้บริการทางสาธารณสุข

ภาวะซึมเศร้ามีความชุกค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุ เป็นโรคจิตเวชที่พบสูงเป็นอันดับแรกในกลุ่มวัยนี้⁵ ภาวะซึมเศร้า ก่อให้เกิดภาระโรคสูง (burden of disease) ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อสุขภาพจิตหรือผลต่อเนื้อ เช่น ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้สูญเสียทรัพยากร กำลังคน และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย^{4,6} ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลากหลาย เช่น การเป็นหม้ายหรือแยกกันอยู่ รายได้ไม่เพียงพอ การดื่มสุรา ความพอใจในสุขภาพที่น้อย การสูญเสียคนใกล้ชิด และปัญหาการนอน^{4,5} รวมถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว² และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (family function)⁷ มีรายงานว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าถึง 6,125 เท่า⁸ โดยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวส่งผลกระทบต่อโรคซึมเศร้าด้วยกลไกจากแรงสนับสนุนทางครอบครัวที่ลดลง และขาดความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง (abandonment) และความว่างเปล่าทางจิตใจ (psychological emptiness) ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าและกลายเป็นโรคซึมเศร้าในอนาคต^{8,9} ซึ่งการศึกษาในประเด็นดังกล่าวในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก

จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 291,149 คน คิดเป็นร้อยละ 15.7¹⁰ ของประชากรทั้งหมด ใกล้เคียงกับสถิติของประเทศ ส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 และยังไม่เคยมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และระดับความสัมพันธ์ของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้ป่วยนอกที่รับผิดชอบ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนคัดกรอง ป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการ

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive study) ประชากรเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาและตรวจสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอก เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2561 เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ หรือมีภาวะสมองเสื่อมจากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) (ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนน < 14; เรียนจบระดับประถมศึกษา มีคะแนน < 17 และเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนน < 22) คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie and Morgan¹¹ กำหนดค่า P เท่ากับร้อยละ 30 โดยใช้ค่าเทียบเคียงความชุกจากภาวะซึมเศร้าของจังหวัดเชียงใหม่ (ร้อยละ 29.2)¹² ใช้ค่า d (precision) ที่ร้อยละ 5 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 226 ราย

ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในวันปฏิบัติงานที่คลินิก 3 วันต่อสัปดาห์ ช่วงเวลา 9.00 - 11.30 น. ผู้ช่วยวิจัย 2 คน ที่ผ่านการอบรมอย่างเข้มข้นเป็นผู้อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย

แก่ผู้สนใจที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนทำแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MMSE-Thai 2002 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมทำการตอบแบบสอบถามการวิจัยด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามถึงลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ รูปแบบการอยู่อาศัย โรคประจำตัว การดื่มสุรา บุหรี่ สารเสพติด การออกกำลังกาย การเป็นสมาชิกกลุ่มสังคม 2) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Version of Geriatric Depression Scale - 15 (TGDS - 15)^{13,14} เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีคำถามให้ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วยคำถามความพึงพอใจในชีวิต ความสนใจในกิจกรรม ความรู้สึกเบื่อหน่ายหรือหมดหวัง และอารมณ์ มีค่าความเที่ยงสอดคล้องภายใน (alpha coefficient reliability) เท่ากับ 0.75 โดยถ้าได้คะแนน 6 คะแนนขึ้นไป บ่งบอกว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า และ 11 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน การศึกษานี้ใช้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในการบ่งบอกว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า 3) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัววัดโดย แบบสอบถาม The Family APGAR Questionnaire ฉบับภาษาไทย^{15,16} เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา (adaptation) 2) วิธีการพูดคุยและการแก้ปัญหา (partnership) 3) การยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ ๆ (growth) 4) การแสดงความรักและเอาใจใส่ (affection) และ 5) การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน (resolve) เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงสอดคล้องภายใน (alpha coefficient reliability) 0.91 คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 20 โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 0 - 6 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำ คะแนน 7 - 13 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุน ระดับปานกลาง และคะแนน 14 - 20 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับสูง

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม Software for Statistics and Data Science (Stata) for Mac version 12

ข้อมูลพื้นฐานใช้สถิติแบบพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้การทดสอบด้วยการทดสอบที (t-test) และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (multivariate logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ด้วยวิธี backward method โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า .05

การศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Study Code: FAM-2560-05066/ Research ID: FAM-2560-05066 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาเอกสารตามหมายเลขการร้องขอ REC-25601004-11544 และอนุมัติเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ผล

จากผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก 1,038 ราย เข้าเกณฑ์การวิจัย 752 ราย มีจำนวนผู้ยินยอมเข้าโครงการวิจัย 197 ราย พบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ราย (MMSE = 19, ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา) จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 196 ราย ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 66.1 ± 5.4 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.7) อายุระหว่าง 60 - 70 ปี (ร้อยละ 80.6) สถานภาพสมรสและอาศัยกับคู่สมรส (ร้อยละ 71.8) การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 40.3) ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.6) มีสิทธิการรักษาของโรงพยาบาลทหารอากาศเชียงใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มสิทธิเบิกตรงหรือประกันสังคม (ร้อยละ 94.9) รายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 - 30,000 บาท (ร้อยละ 43.9) และมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค (ร้อยละ 53.6)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าผู้สูงจากการศึกษานี้คิดเป็นร้อยละ 13.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

ประถมศึกษา มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท การรับรู้รายได้ของตนเองไม่เพียงพอ ต้องมีผู้ดูแลในการประกอบชีวิตประจำวัน การไม่ได้ออกกำลังกาย และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำ แสดงดังตารางที่ 1

ในส่วนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวพบว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 5 ด้าน มากกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญในทุกหัวข้อ ($p < .01$) แสดงดังตารางที่ 2

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เมื่อควบคุมปัจจัยเพศ ระดับการศึกษา การมีรายได้ ความเพียงพอของ

รายได้ ความต้องการมีผู้ดูแล และการออกกำลังกาย พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 17.5 เท่า (OR = 17.49, 95% CI = 4.12 - 74.33) การที่ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกายเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า 5.4 เท่า (OR = 5.54, 95% CI = 1.44 - 21.26) และการที่ผู้สูงอายุต้องมีผู้ดูแลในการประกอบชีวิตประจำวันเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า 4.7 เท่า (OR = 4.66, 95% CI = 1.36 - 15.93) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากร ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 170)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 26)		p - value**
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ						
ชาย	75 (38.3)	70	41.2	5	19.2	.03*
หญิง	121 (61.7)	100	58.8	21	80.8	
อายุ						
60 - 70 ปี	158 (80.6)	135	79.4	23	88.5	.22
71 - 80 ปี	35 (17.9)	33	19.4	2	7.7	
> 80 ปี	3 (1.5)	2	1.2	1	3.9	
สถานภาพ						
โสด	12 (6.2)	10	5.9	2	8.0	.16
สมรสและอยู่ด้วยกัน	140 (71.8)	126	74.1	14	56.0	
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	43 (22.1)	34	20.0	9	36.0	
missing data	1			1		
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว						
ระดับปานกลางถึงต่ำ	19 (9.7)	10	5.9	9	34.6	< .01*
ระดับสูง	177 (90.3)	160	94.1	17	65.4	

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากร ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 170)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 26)		p - value**
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
การศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	53 (27)	40	23.5	13	50.0	.01*
มัธยม/อนุปริญญา	64 (32.7)	56	32.9	8	30.8	
ปริญญาตรีขึ้นไป	79 (40.3)	74	43.5	5	29.2	
รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน						
< 10,000 บาท	72 (38.1)	54	32.9	18	72.0	.01*
10,001 - 30,000 บาท	83 (43.9)	78	47.6	5	20.0	
30,001 - 50,000 บาท	25 (13.2)	24	14.6	1	4.0	
> 50,000 บาท	9 (4.8)	8	4.9	1	4.0	
ไม่ระบุ		6		1		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	11 (5.6)	8	4.7	3	11.5	.16
มี 1 โรค	80 (40.8)	73	42.9	7	26.7	
มีมากกว่า 1 โรค	105 (53.6)	89	52.4	16	61.5	
มีสิทธิการรักษา	185 (94.9)	160	94.1	26	100.0	.20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	99 (51.6)	82	49.4	17	65.4	.13
คิดว่ารายได้ไม่เพียงพอ	46 (23.7)	32	19.1	14	53.9	< .01*
อาศัยอยู่บ้านตามลำพัง	10 (5.2)	9	5.4	1	4.0	.77
ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล	53 (27.6)	37	22.3	16	61.5	< .01*
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสังคม	66 (34.4)	53	31.9	13	50.0	.07
เคยสูญเสียบุคคลใกล้ชิด	156 (82.5)	139	84.2	17	70.8	.11
ปัจจุบันดื่มสุรา	32 (16.7)	29	17.5	3	11.5	.44
ปัจจุบันสูบบุหรี่	5 (2.6)	5	3.0	0	0	.38
ไม่ได้ออกกำลังกาย	22 (11.3)	14	8.3	8	30.8	.01*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ** chi-square test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 5 ด้าน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		p - value**
	Mean ± SD	95% CI	Mean ± SD	95% CI	
ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา	3.65 ± 0.04	3.56 - 3.73	3.08 ± 1.06	2.65 - 3.50	< .01*
วิธีการพูดคุยและการแก้ปัญหาพร้อมกัน	3.52 ± 0.05	3.41 - 3.62	2.73 ± 0.20	2.31 - 3.15	< .01*
การยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ ๆ	3.40 ± 0.68	3.30 - 3.50	2.85 ± 1.01	2.44 - 3.25	< .01*
การแสดงความรักและเอาใจใส่	3.47 ± 0.73	3.36 - 3.58	2.81 ± 0.98	2.41 - 3.20	< .01*
การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน	3.68 ± 0.58	3.59 - 3.77	3.59 ± 0.71	3.49 - 3.69	< .01*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .01 ** t-test

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Adjusted OR (95% CI)	p - value [†]	Adjusted OR (95% CI)	p - value**
เพศหญิง	2.94 (1.00 - 10.41)	.03	2.89 (0.80 - 10.47)	.11
ระดับการศึกษาน้อย	0.31 (0.12 - 0.79)	< .01	0.90 (0.41 - 2.01)	.80
รายได้ต่ำ	0.19 (0.64 - 0.52)	< .01	0.45 (0.17 - 1.23)	.12
รายได้ที่ไม่เพียงพอ	4.96 (1.90 - 12.85)	< .01	2.65 (0.83 - 8.45)	.10
ต้องมีผู้ดูแลในการประกอบชีวิตประจำวัน	5.58 (2.15 - 14.85)	< .01	4.66 (1.36 - 15.93)	.01*
การไม่ได้ออกกำลังกาย	4.89 (1.54 - 14.49)	< .01	5.54 (1.44 - 21.26)	.01*
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระดับปานกลางถึงต่ำ	8.47 (2.60 - 26.57)	< .01	17.49 (4.12 - 74.33)	< .01*

[†] Univariate logistic regression * แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .01 ** Multivariate logistic regression

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุร้อยละ 13.3 ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่สำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2554 พบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 5.9⁴ และต่างจากผู้สูงอายุในหมู่บ้านประชานิเวศน์¹⁷ ที่พบความชุกร้อยละ 8.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มารับบริการที่สถานพยาบาลมักมีโรคประจำตัวและมีความเครียดสะสมจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าจึงมีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชน⁴ เช่นเดียวกับผลการศึกษาความชุกซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่นที่พบสูงถึงร้อยละ 30¹⁸ อย่างไรก็ตามความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนต่าง ๆ พบได้แตกต่างกัน เช่น ร้อยละ 35 ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร¹⁹ หรือร้อยละ 13 ในจังหวัดนนทบุรี³ หรือร้อยละ 29.2 ในจังหวัดเชียงใหม่ (อายุ 45 ปีขึ้นไป)¹² ซึ่งลักษณะชุมชนเมืองใหญ่มีผลให้ประชากรมีความเครียดค่อนข้างสูง จึงมีโอกาสที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าจะพบสูงได้เช่นเดียวกัน

นอกจากนั้นเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา เช่น Thai Beck Depression Inventory

(BDI)¹⁹, Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)¹⁸ และ TGDS - 15^{13,17} ก็อาจส่งผลกระทบต่อจำนวนที่คัดกรองได้ โดยเครื่องมือ TGDS - 15 ที่เลือกใช้ในการศึกษานี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาในการทำสั้น มีความจำเพาะกับผู้สูงอายุและใช้เป็นเกณฑ์ช่วยในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้^{13,14} ดังนั้นความชุกที่คัดกรองได้จากเครื่องมือนี้จึงมีความจำเพาะสูงอาจส่งผลให้ค่าความชุกในการคัดกรองต่ำกว่าเครื่องมืออื่นข้างต้น

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย^{3,20} ภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงสัมพันธ์กับปัจจัยทางชีวภาพหลายอย่าง เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนจากการเข้าสู่วัยทอง และการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพที่มากกว่าเพศชาย รวมไปถึงความตึงเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและจิตใจ ได้แก่ ความเสียเปรียบด้านสถานะทางเศรษฐกิจสังคม ความตึงเครียดในเรื่องบทบาทของเพศในสังคม ความรับผิดชอบในครอบครัว^{12,20,21} อีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือระดับการศึกษาที่น้อย ซึ่งอาจจะเชื่อมโยงไปถึงการประกอบอาชีพที่ทำให้มีรายได้น้อย จนเกิดการรับรู้ถึงความไม่เพียงพอของรายได้ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า การรับรู้รายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ²² การมีรายได้ไม่เพียงพอนี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแสวงหาปัจจัยต่าง ๆ เพื่อความสะดวกสบาย มีความสุข และส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง²

การศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำ การที่ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย และการที่ผู้สูงอายุต้องมีผู้ดูแลในการประกอบชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jikun Wang⁷ และ Simone⁸ ที่พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีความเปราะบาง

และต้องการการดูแล ดั่งเช่น เด็กและผู้สูงอายุ ดังนั้นครอบครัวที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีจะเกิดความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความตึงเครียด ความแตกแยก และเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมาได้²² ในทางตรงกันข้าม การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวที่ดีจะเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง ความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลานจึงเป็นแหล่งสนับสนุนประคับประคองของผู้สูงอายุในวัยนี้ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้²³ ซึ่งเมื่อพิจารณาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทั้งห้าด้านพบว่าคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าครอบครัวของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้ถึงความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาจากครอบครัวที่ดี มีวิธีการพูดคุยและการแก้ปัญหาพร้อมกันดี มีการยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ ๆ การแสดงความรักและเอาใจใส่ และการใช้เวลาอยู่ร่วมกันในครอบครัวได้ดี

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ่งบอกถึงสภาวะทางสุขภาพและสัมพันธ์กับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายจะสัมพันธ์กับการมีกิจวัตรประจำวัน (activities daily living; ADL) ที่น้อยกว่า²⁴ สอดคล้องกับความต้องการมีผู้ดูแลซึ่งสะท้อนถึงความจำกัดในความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันเช่นกัน การศึกษาของ Taizo Wada²⁵ พบว่า ADL ที่น้อยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอธิบายได้สองด้าน กล่าวคืออายุที่มากขึ้นนำไปสู่ภาวะเปราะบาง (frailty) โรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ลดลงจนเกิดความรู้สึกว่าขาดความสามารถควบคุมชีวิตตนเองซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเอง ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่เดิม จะขาดซึ่งความคิดริเริ่มและแรงบันดาลใจ นำไปสู่ความสามารถในการประกอบชีวิตวันที่ลดลงเช่นกัน^{3,26}

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เห็นว่าในการดูแลปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากการบำบัดทางกายแล้ว

ควรมีการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการให้คำปรึกษาครอบครัว หรือการทำครอบครัวบำบัด โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รับฟังปัญหา สังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจบ่งถึงอาการของภาวะซึมเศร้า แนะนำให้สมาชิกครอบครัวแสดงความรัก เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับความแตกต่างซึ่งกันและกัน²⁷ และที่สำคัญควรนำการประเมินความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันมาเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ของการดูแล เพื่อช่วยผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เช่น ประเมินการมองเห็นหรือการได้ยิน เพื่อแก้ไขสายตาหรือใช้เครื่องช่วยฟัง หรือได้รับการกายภาพบำบัดในกรณีที่เป็น เป็นต้น²⁸

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้บอกได้เพียงว่าปัจจัยใดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่ไม่สามารถบอกปัจจัยที่เป็นเหตุหรือผลกันได้นอกจากนี้ กลุ่มประชากรที่ศึกษามีลักษณะจำเพาะในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยน้อยกว่าที่คำนวณไว้ ร้อยละ 13 จึงอาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุโดยทั่วไปได้ ทั้งนี้ยังมีภาวะอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ได้ทำการประเมินในครั้งนี้ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการนอน ยาอื่นนอกจากยารักษาโรคประจำตัว และความเครียดในชีวิตที่ผ่านมา เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้เลือกใช้เครื่องมือแบบวัดความเศร้าที่มีความจำเพาะต่อกลุ่มประชากรในผู้สูงอายุ และมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมินภาวะ

สมองเสื่อม (MMSE) เป็นเกณฑ์การคัดออก ช่วยให้ข้อมูลที่ได้จากคำตอบแบบสอบถามด้วยตนเองมีความคลาดเคลื่อนน้อยลง

สรุป

ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่คลินิกผู้ป่วยนอกปฐมภูมิพบ ร้อยละ 13.3 การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นการประเมินหน้าที่ของครอบครัวร่วมไปกับการดูแลรักษาและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ จะส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงการประเมินความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวัน และสนับสนุนผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยลดภาระทางด้านเศรษฐกิจสังคม และด้านสาธารณสุขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) ฉบับแปลภาษาไทย และ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัทย วงศ์ปาร์ณีย์ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Version of Geriatric Depression Scale - 15 (TGDS - 15) สำหรับการศึกษานี้

ความรู้เดิม : ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความชุกระหว่างร้อยละ 5 - 30 แตกต่างกันไปตามลักษณะประชากร พื้นที่ และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ

ความรู้ใหม่ : การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควรมีการประเมินหน้าที่ของครอบครัวร่วมกับการดูแลรักษา การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และสนับสนุนผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ควรได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2016.
2. นภาพวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี [The study on depression in Nonthaburi province elderly]. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวรราชชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2558;2(1):63-74.
3. อรสา ไยยอง. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี [Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
4. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, อูมาพร อุดมทรัพย์ากุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ [Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(2):103-16.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
6. Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkerd S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. BMC Public Health. 2011;11:53. doi:10.1186/1471-2458-11-53.
7. Wang J, Zhao X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. Arch Gerontol Geriatr. 2012;55(3):574-9. doi:10.1016/j.archger.2012.06.011.
8. de Oliveira SC, dos Santos AA, Pavarini SC. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):66-72. doi:10.1590/S0080-623420140000100008.
9. Marinho PEM, Melo KP, Apolinário AD, Bezerra E, Freitas J, Melo DM, et al. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions and in the community in Brazil. Arch Gerontol Geriatr. 2010;50(1):151-5. doi:10.1016/j.archger.2009.03.002.
10. รายงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ [Chiang Mai provincial statistic report] [Internet]. เชียงใหม่: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ก.ค. 2562]. จาก: http://chiangmai.old.nso.go.th/nso/project/search/index.jsp?province_id=48&fid=3
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30:607-10.
12. Wangtongkum S, Sucharitakul P, Wongjaroen S, Maneechompoo S. Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mai, Thailand. J Med Assoc Thai. 2008;91(12):1812-6. PMID:19133514.
13. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics. 2012;12(1):11-7. doi:10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x.
14. Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. Am J Geriatr Psychiatry. 2008 Nov;16(11):914-21. doi:10.1097/JGP.0b013e318186bd67.
15. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J Fam Pract. 1982;15(2):303-11.
16. พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม, ประคอง อินทรสมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท [Relationships of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas]. ราชวิทยาลัยพยาบาลวลาสาร. 2552;15(3):431-48.

17. นัญศรา ดำรงค์พิวัฒน์, โชติมันต์ ชินวรารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ณ หมู่บ้านประชาณีเวศน์ [Prevalence and associated factors of depression in the elderly at Pracha Niwet village]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2562;27(3):183-95
18. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น [Prevalence and factors associated with depression among the elderly community residents with chronic diseases in Samliam urban primary care unit, Khon Kaen]. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31(1):25-33.
19. มาโนช ทับมณี. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร [Depression and dementia among Thai elderly in Bangkok]. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2544;2:43-57.
20. Acciai F, Hardy M. Depression in later life: a closer look at the gender gap. Soc Sci Res. 2017;68:163-75. doi:10.1016/j.ssresearch.2017.08.003.
21. Sassarini DJ. Depression in midlife women. Maturitas. 2016;94:149-54. doi:10.1016/j.maturitas.2016.09.004.
22. Baiyewu O, Yusuf AJ, Ogundele A. Depression in elderly people living in rural Nigeria and its association with perceived health, poverty, and social network. Int Psychogeriatr. 2015;27(12):2009-15. doi:10.1017/S1041610215001088.
23. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(3):469-76. doi:10.1590/s0080-62342014000300012.
24. Yasunaga A, Tokunaga M. The relationships among exercise behavior, functional ADL, and psychological health in the elderly. J Physiol Anthropol Appl Human Sci. 2001;20(6):339-43. doi:10.2114/jpa.20.339.
25. Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, et al. Depression in Japanese community-dwelling elderly--prevalence and association with ADL and QOL. Arch Gerontol Geriatr. 2004;39(1):15-23. doi:10.1016/j.archger.2003.12.003.
26. Bhamani MA, Khan MM, Karim MS, Mir MU. Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. Asian J Psychiatr. 2015;14:46-51. doi:10.1016/j.ajp.2014.12.004.
27. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ [Depression: a significant mental health problem of elderly]. วารสารพยาบาลทหารบก. 2014;15(3):24-31.
28. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, Mulsant BH, Rollman BL, Dew MA, et al. The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. Am J Geriatr Psychiatry. 2001;9(2):113-35. PMID:11316616.