ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์*

สายพิณ ยอดกุล พย.ม.** จิตภินันท์ศรีจักรโคตร ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์จำนวน 183 ราย เก็บรวมรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Logistic Regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 51.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า โดยที่ร้อยละ 19.1 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 25.2 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.1 อยู่ในระดับรุนแรง และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่ เพศหญิง (OR = 0.093, p-value <0.001, 95% CI : 0.038 - 2.227) อายุ 75 ปี ขึ้นไป (OR = 35.894, p-value <0.001, 95% CI : 5.973 – 215.717) การมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป (OR = 5.691, p-value <0.001, 95% CI : 2.194 – 14.764) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพา (OR = 9.023, p-value =0.024, 95% CI : 1.343 - 60.636) การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว (OR = 0.126, p-value =0.001, 95% CI : 0.039 - 0.406) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนาย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมสูงอายุ (Population Ageing) กล่าวคือ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10[1,2] วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จากการสำรวจในปี พ.ศ.2549 พบว่าประชากรสูงอายุมีสัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงสุดกว่าทุกกลุ่มวัย คือ พบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหารและโรคระบบทางเดินหายใจ[3]

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เจ็บป่วยเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้มีความปวดและผู้ที่มีการสูญเสียมักมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอาย[3,4]พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20-30 หรืออาจสูงถึงร้อยละ 35-46[3,5] ภาวะซึมเศร้าทำให้อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและภายในหนึ่ง

** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

*** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

ปีหลังออกจากโรงพยาบาลสูงขึ้น และทำให้การเจ็บป่วยตามมาจนเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการดูแลในสถานบริบาลผู้สูงอายุ[3,6]

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุ[7,8] และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 33.3[9] เพราะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ต้องพบกับการรักษาในลักษณะต่าง ๆ ต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นผลจากการที่เข้ารับการรักษาไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเดิมได้ จึงมีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า[10] จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้านั้น ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้แล้ว ภาวะซึมเศร้า ยังถูกจัดให้เป็นหนึ่งในสิบอันดับของความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องในการดำเนินชีวิตของประชากรโลก และเป็นอันดับที่สี่ของประเทศที่กำลังพัฒนา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นจากความชรา จากงานวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศ พบว่า อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน และพบมากขึ้นในสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมจะพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 20 และองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยภาวะซึมเศร้านับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจมีผลทำให้ปัญหานี้มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น

ผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป หากมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเกิดขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ และยังมีผลต่อระยะเวลาในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น อาจจะทำให้เกิดอันตรายจนถึงขั้นเสียชีวิตได้[11] ดังเช่นในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉียบพลัน ที่มีความวิตกกังวลระดับสูงและมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอก และเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าคนทั่วไป 3 เท่า เช่นเดียวกับในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีภาวะวิตกกังวลและอาการแพนิคจะทำให้อาการของโรคแย่ลง มีอาการของโรคกำเริบบ่อยขึ้น และกลายเป็นโรคหอบหืดที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความวิตกกังวลสูง จะส่งผลให้การเผาผลาญอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เกิดอาการภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่ายจนถึงกับมีความพิการได้ เช่น แผลหายช้าจนต้องตัดแขนตัดขา ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ผลของอาการซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น ไม่สนใจรับประทานยาสม่ำเสมอ มีผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลยากขึ้น และภาวะซึมเศร้ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย[12] ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาโรคเรื้อรังและพิการ ดังนั้นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า จึงควรได้รับการประเมินและดูแลช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อลดและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งผลกระทบรุนแรงที่จะตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องหลายปัจจัย ซึ่งผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่นำมาศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวนโรคร่วม และระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมทั้งด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ที่มีประสบการณ์ด้านการเจ็บป่วยในด้านลบ ก็จะส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เมื่อระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะก่อเกิดความวิตกกังวล ความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้า

ตามมาในที่สุด ปัจจัยด้านภาวะโรคร่วม ผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค[13] ซึ่งสอดคล้องกับ Piette, Richardson & Valenstein[14] กล่าวว่ามีโรคทางอายุรกรรม ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตวายเรื้อรัง และปัจจัยด้านยาที่ได้รับ Miller[8] กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องได้รับยาในการรักษาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งผลข้างเคียงของยาที่ได้รับอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาหาแนวทางในการบำบัดทางการพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อนเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า[13,14] พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวนโรคร่วมและระยะเวลาของการเจ็บป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานโรคหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการอยู่รักษาในแผนกผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ในเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2555

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา คือ 1) เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ หรือ มีกระบวนการคิดที่ดี โดยประเมินด้านการรับรู้ วัน เวลา และสถานที่ ที่ประเมินจาก MMSE ≥ 8 คะแนน 2) เข้ารับการรักษาไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง 4) ภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต 5) มีความสมัครใจและยินดีให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ 1) ได้รับการวินิจฉัย ในปัจจุบันว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตหรือความจำเสื่อมเกิดขึ้นในโรงพยาบาล 2) มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงที่ไม่สามารถสื่อสารและตอบโต้ได้หรือไม่เหนื่อยเกินไปจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท ได้แก่ ยาระงับประสาท (sedative) ยานอนหลับ (hyponotic) ยากดประสาท (tranquilizer) ยากระตุ้นประสาท (stimulants) และยาที่ใช้รักษาโรคทางจิต (antipsychotic drugs) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Multivariable Logistic Regression) กรณีที่ตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลทวินาม และมีตัวแปรอิสระมากกว่าหนึ่งตัวแปรในตัวแปรแบบ (Multivariable Logistic Regression) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจาก Jill B. Hamiltion[15] ได้เสนอให้มีการปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า (Variance Inflation Factor; VIF) ซึ่งค่า VIF มีค่าเท่ากับ $1/1-\rho 21.23...p)$ เมื่อ $\rho 21.23...p$ คือค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจและตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในตัวแบบสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$np = \frac{n1}{(1-\rho 21.23...p)}$$

เมื่อ n_p คือ จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

n_1 คือ จำนวนตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตรการวิเคราะห์ถดถอยลอจีสติคอย่างง่าย ดังสมการที่ 1)

$$n=\frac{P(1-P)\left(Z_{1-\alpha}+Z_{1-\beta}\right)^2}{\left[B(1-B)(P_0-P_1)^2\right]} \qquad (1)$$

เมื่อ P คือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดย P มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 หาได้จากการทบทวนวรรณกรรม หรือ ประมาณการอย่างมีเหตุผล

P คือ $(1 - B)P_0 + BP_1$

P_0 คือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ค่าเท่ากับ 0.27

P_1 คือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

B คือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ศึกษา ค่า B เท่ากับ 0.48

$Z_{1-\alpha}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$) มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดค่า $\beta = 0.20$ มีค่าเท่ากับ 0.84

$$n_p = \frac{182}{(1-0.001)} = 182.182$$

ในการศึกษาครั้งนี้ต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 183 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยมีทั้งหมด 5 ส่วน มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย[16] ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเป็นเส้นตรงจาก 0-100 (linear analong scale) ผู้ที่ให้คะแนนต่ำแสดงว่ามีการรับรู้ว่าตนเองมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย ส่วนผู้ที่ให้คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ว่าตนเองมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Bathel Index) เป็นฉบับที่พัฒนา[17] ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.8 แบบประเมินประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 9 กิจกรรมเท่านั้นโดยตัดกิจกรรมขึ้นลงบันไดออกไป เนื่องจากใช้ประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 18 คะแนน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนรวมสูง จะแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง[18] เป็นแบบวัดที่นำไปใช้ได้ง่าย เข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้น โดยมีความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 และมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบคือใช่และไม่ใช่ ตอบว่า 'ไม่ใช่' ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า 'ใช่' ได้ 1 คะแนน แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 30 ข้อ รวมกัน และแบ่งภาวะซึมเศร้าได้ 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ดังนี้ คะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 13-18 คะแนนหมายถึงผู้สูงอายุซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19-24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 25-30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว มาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นทางบวกทั้งหมด โดยแต่ละคำถามมีให้เลือก 2 คำตอบคือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน คะแนนรวมสูงจะแสดงถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีกว่าคะแนนรวมต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้วิจัยท่านอื่นมาใช้

จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาวิจัย จำนวน 30 ราย แล้วนำค่าที่ได้คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยแบบ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนแบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson-21) สำหรับการศึกษาครั้งนี้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ได้ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83, 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดี่ยวโดยใช้สถิติไคว์สแควร์ (Chi-square) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรโดยใช้สถิติ Logistic Regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 183 ราย ที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 43.2 มีอายุตั้งแต่ 60-84 ปี อายุเฉลี่ย 68.98 ปี ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.235 ปี ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 57.4 รองลงมา มีช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 32.2 และมีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ โดยมากกว่าครึ่งมีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.6 รองลงมามีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 26.9 ตามลำดับ ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.25 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 16.95 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งรายได้จากรัฐบาลทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความเพียงพอของรายได้ อยู่ในระดับไม่พอใช้ ร้อยละ 60.1 และเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรสบุตรหลานและกับญาติคนอื่น ๆ ร้อยละ 92.9 ด้านผู้ดูแลใกล้ชิดในปัจจุบันทั้งหมดเป็นคู่สมรสและบุตรหลานในบ้านเดียวกัน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคเบาหวานตามลำดับ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นเวลา 1 ปี 2 ปี 5 ปี และ10 ปี

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศหญิง (OR = 0.093, p-value <0.001, 95%CI : 0.038 - 2.227) อายุ 75 ปีขึ้นไป (OR = 35.894, p-value <0.001, 95%CI : 5.973 - 215.717) การมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป (OR = 5.691, p-value <0.001 , 95%CI : 2.194 - 14.764) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพา (OR = 9.023, p-value =0.024, 95%CI : 1.343 - 60.636) การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวที่ดี (OR = 0.126, p-value =0.001, 95% CI : 0.039 - 0.406) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสระยะเวลาที่เจ็บป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรืออธิบายได้ว่าไม่ใช่ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้

การอภิปรายผล

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทั้งบุคคล สถานที่ รูปแบบการรักษาที่ได้รับหรือหัตถการต่าง ๆ ที่ได้รับ[11] ทำให้เกิดภาวะเครียด และซึมเศร้าตามมาในที่สุด[17]

ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญในการดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว เช่น เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาทางด้านอารมณ์ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าตนเองเป็นเหตุของความยุ่งยาก นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระของครอบครัว เกิดความเครียดและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาบุคลิกภาพที่ดีและทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญต่อปัญหา ความเครียดที่มากระทบได้ ทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ ก่อให้เกิดปัญหา การปรับตัวทางอารมณ์เกิดความเครียดได้ง่าย จึงไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดที่เป็นอยู่ได้ เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ และมีความรู้สึกซึมเศร้าได้คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดีในผู้เจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเกิดความรู้สึกเศร้าสงสารตนเอง กลัว สับสน รู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีที่พึง อาจส่งผลให้ภาวะของโรครุนแรงมากขึ้น[2,18]

จำนวนโรคร่วม การที่มีโรคร่วมหลาย ๆ โรค มีความสัมพันธ์ทางจิตใจกับผู้ป่วยสูงอายุมาก ทำให้เกิดความเครียด ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองอย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดความยุ่งยากใจ เป็นภาระทั้งต่อครอบครัวและสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติของอารมณ์ได้ง่าย[17]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยเน้นไปที่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อที่จะไม่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ากลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ในการพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งญาติซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า จะทำให้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่พยาบาล บุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

References

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. 2009, Available form: www.org.esa/populations/WPA2007/ES-English.pdf
2. Hatawaikarn B. Development of Age-friendly nursing care scale perceived by hospitalized older persons. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30(2): 154-165.
3. Institute for Population and Socail Research. Bangkok: Mahidol University; 2009.
4. ArunSang P. The major problem in elderly patients: The application. Khon Kaen: Nana Vittaya printing; 2011.
5. Kurlowic, LH, Harvath TA. 5 Depressions. In E. Capezuri, D. Zwicker, M. Mezey, & T. Fulmer, (eds.), Evidence-Based Geriatric Nursing Protocol for Best Practice. 3rd ed. New York: Springer Publishing; 2007.
6. Buffum MD, Buffum JC. Treating Depression in the elderly: An Update on Antidepressants. Geriatric Nursing 2005; 26(3): 138-142.

7. Behroozi S, Bremen M, Bellontonio S. Recognizing Common Problems in Hospitaoized Older Adults. Family Practice Recertification 2007; 29(8): 39-45.
8. Miller CA. Impaired affective function: Depression. Nursing for wellness in older adults' theory and practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2007.
9. Mitprasart U. Nutritional status and associated factors among older adults in the hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 29(3): 46-55.
10. Jantarapat C. The Relationship between Selected Factors and Depression of Hospitalized Elderly. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2000.
11. Suwannho J. Sad state of mind. In the elderly, the chronically ill are treated in hospital. San payabal 1998; 25(3): 9-20.
12. Boonwatha J. Factors associated with depression in patients with type 2 diabetes. Journal of Faculty of Nursing. Burapa University 2009; 17(2): 32-47.
13. Seastra K. Depression in the elderly: a case study of the elderly in Dhama Pakorn welfare nursing homes Nakorn Raja Sima. Nakorn Raja Sima: Master of Science thesis. Psychology Clinic. Graduate School; 1989.
14. RajRak B. Relationship with the family. The perception of the severity of the illness. To perform daily activities. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2006.
15. Griffiths K. Achieving better psychosocial outcomes in diabetes responsibility of Patient & Team. 2002 (Cite 2002 June 17). Available from: http://www. Diabetes%20-20 psychosocial.htm
16. Piette JD, Richardson C, Valenstein M. Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: The case of diabetes and depression. American Journal of Managed Care 2004; 10(2): 152-162.
17. Capability for the reconstruction of the brain. A measure of sadness in the Thai elderly. San Siriraj 1995; 461: 1-9.
18. Li F, Lertrat P, Sritanyarat W. Health Profile of Older Chinese People in Nanmian Community, Naning, Guangxi, People's Republic of China. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30(1): 71-78.

Predictive Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital*

Saipin Yodkul M.N.S.** Jitpinan Srijakkot PhD***

Abstract

The purposes of this cross-sectional study were to explore the level of depression and determine predictive factors of depression among older people with chronic disease in Buriram Hospital. The subjects consisted of 183 elderly patients with chronic disease in Buriram Hospital. Data were collected via structured interview using five questionnaires: A questionnaire on demographic data, a questionnaire on perception of illness severity, a questionnaire on activity of daily life (ADL), a questionnaire on Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), a questionnaire on relationship with family. Data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression. Statistical significance was set at 0.05. The results of the study showed that 51.4 percent of the subjects were depression, 19.1 percent were mild depression, 25.2 percent were moderate depression and 7.1 percent were severe depression. The five predictive factors of depression among older people with chronic disease in Buriram Hospital were sex female (OR = 0.093, p-value <0.001 , 95%CI : 0.038 - 2.227) age above 75 years (OR = 35.894, p-value <0.001 , 95%CI : 5.973 - 215.717) number of comorbidity above two (OR = 5.691 , p-value <0.001 , 95%CI : 2.194 - 14.764) poor activity of daily life (OR = 9.023 , p-value =0.024 , 95%CI : 1.343 - 60.636) relationship with family (OR = 0.126 , p-value =0.001 , 95%CI : 0.039 - 0.406)

Keywords: depression, predictive factors, among older people, chronic disease

---

** Thesis of Master of Nursing Science, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*

*** Student of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*