

## ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์

ธมลวรรณ ฉัตรเงิน พ.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

ส่งบทความ : 17 พ.ย. 2564

แก้ไขบทความ : 18 ธ.ค. 2564

ตีพิมพ์บทความ : 21 ธ.ค. 2564

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** การวิจัยนี้ศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์

**วิธีการศึกษา :** เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2564 จำนวน 200 ราย โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS-15) และแบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Revised-Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติ Fisher's exact test และหาปัจจัยสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์แบบพหุสัมพันธ์ถดถอย logistic

**ผลการศึกษา :** พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.5 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 55.24 เท่า (AOR 55.24, 95%CI 3.26-936.66) ความขัดแย้งในครอบครัว 41.19 เท่า (AOR 41.19, 95%CI 4.80-353.51) การมีความกังวลเรื่องเงิน 8.37 เท่า (AOR 8.37, 95%CI 2.00-35.09) การไม่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์ 20.97 เท่า (AOR 20.97, 95%CI 1.88-234.19) ระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 42.58 เท่า (AOR 42.58, 95%CI 5.60-323.75)

**สรุป :** พบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 1 ใน 7 และพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ความขัดแย้งในครอบครัว การมีความกังวลเรื่องเงิน การไม่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์ และระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ปัจจัยดังกล่าวช่วยระบุบุคลิกของของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่สามารถใช้ในการวางแผนป้องกันให้ตรงกับกลุ่มเสี่ยงต่อไป

**คำสำคัญ :** ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง, แบบวัดความเศร้า

### ติดต่อบทความ

ธมลวรรณ ฉัตรเงิน พ.บ., กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

Email: Tamonwan27048@gmail.com

## Prevalence and factors associated with depression in elderly patients with chronic diseases in Family Medicine outpatient clinic, Nakoreping Hospital

Tamonwan Chatngoen M.D.  
Family Medicine, Nakoreping hospital

Submitted: 17 Nov 2021  
Revised: 18 Dec 2021  
Published: 21 Dec 2021

**Objective :** The aim of this research is to find the prevalence and factors associated with depression in elderly patients with chronic diseases in Family Medicine outpatient clinic, Nakoreping Hospital

**Study Method :** Data was collected between June to July, 2021 among 200 patients by using the Thai Geriatric Depression Scale; TGDS-15 and the Revised-Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support Questionnaire. The data was analyzed into frequency, percentage, compared the proportion by Fisher's exact test, and analyzed the associated factors by multivariate logistic regression analysis.

**Result :** Prevalence of depression in elderly with chronic disease was 14.5% and statistically significant factors associated with depression included patients who have ADL 5-11 points (AOR 55.24, 95%CI 3.26-936.66), conflict in family (AOR 41.19, 95%CI 4.80-353.51), financial worrying เท่า (AOR 8.37 , 95%CI 2.00-35.09), loss of consultant (AOR 20.97, 95%CI 1.88-234.19), and low social support (AOR 42.58, 95%CI 5.60-323.75)

**Conclusion :** The prevalence of depression in elderly was about 1 out of 7. Patients who have ADL 5-11 points, conflict in family, financial worrying, loss of consultant and low social support are the major risk factors that are associated with depression in elderly patients. These factors help us to predict the characteristic of elderly patients with chronic diseases who have risk of depression and therefore give the advantage in proper prevention planning in the future.

**Keywords :** Depression, Elderly, Chronic diseases, Depression Scale

### Contact:

Tamonwan Chatngoen M.D., Family Medicine, Nakoreping hospital  
Email: Tamonwan27048@gmail.com

## บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และมีแนวโน้มจะก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2564<sup>(1-2)</sup> โดยข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563<sup>(3)</sup> พบว่า ในประเทศไทย มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17.57 ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ นับเป็นจังหวัดอันดับที่ 3 ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทยเมื่อคิดเป็นจำนวนคน โดยมีผู้สูงอายุถึง 349,755 คน จากประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ 1,784,370 คน<sup>(3)</sup> จากอัตราการตายที่ลดลง และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ดีขึ้น ส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อทั้งเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล<sup>(3-4)</sup>

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น นอกจากปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ยังมีปัญหาทางด้านจิตใจอาจมีความรู้สึกอ้างว้าง ว้าเหว่ และอาจเกิดควมวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกกลืนกลานทิ้งหรือกังวลในเรื่องความตาย จนอาจนำไปสู่ความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้<sup>(4)</sup>

จากรายงานของกรมอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560<sup>(5)</sup> พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 7 สาเหตุส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย หรือความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักจะถูกเพิกเฉย ละเลย และไม่ได้ได้รับการรักษา ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียความสามารถในทุกด้าน ทำให้สุขภาพทางกายแยกลง และมีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาล ส่งผลให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมสูงขึ้น

จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี พ.ศ.2556<sup>(6)</sup> พบว่า ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33 ในขณะที่ในจังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาในปี 2559 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว มีแนวโน้มสงสัยภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.11<sup>(7)</sup> และในปี 2560 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3 ในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่<sup>(8)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง<sup>(8-10)</sup> อายุ<sup>(10)</sup> ศาสนาคริสต์<sup>(11)</sup> สถานภาพสมรส<sup>(10)</sup> ระดับการศึกษา<sup>(8)</sup> อาชีพ<sup>(10)</sup> รายได้ที่น้อยและไม่เพียงพอ<sup>(8-11)</sup> ปัจจัยด้านสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่โดยโรคประจำตัวที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน<sup>(11-12)</sup> การไม่ได้ออกกำลังกาย<sup>(8)</sup> ปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<sup>(13)</sup> สุขภาพครอบครัว และสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลที่อยู่อาศัยร่วมกัน<sup>(11,14-15)</sup> ความสัมพันธ์ในครอบครัว<sup>(11-14)</sup> แรงสนับสนุนทางสังคมทางบวกจากครอบครัว และเพื่อน<sup>(16)</sup> ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม<sup>(9)</sup> เป็นต้น

คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นหนึ่งในพื้นที่ให้บริการด้านสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมารับบริการเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในคนกลุ่มนี้มาก่อน ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึง

สนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการเข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และนำผลการศึกษามาช่วยวางแผนในการคัดกรอง ป้องกัน และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์

#### วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study)

**1. ประชากรที่ศึกษา** ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังและมารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ ในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 จำนวน 200 ราย

#### ■ Inclusion criteria (เกณฑ์การคัดเลือกเข้า)

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง
3. มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
4. เป็นผู้รู้สีกตัวดี สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และสื่อสารโต้ตอบได้เข้าใจ
5. มีอาการคงที่ ไม่รุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต

6. มีความสมัครใจ และยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการเซ็นยินยอม

#### ■ Exclusion criteria (เกณฑ์คัดออก)

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช หรือโรคสมองเสื่อม

#### 2. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประมาณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Stata for Windows คำนวณจากค่าเฉลี่ยและอัตราส่วน (Test of means and proportions) โดยใช้แบบ Two-sample comparison of proportions อ้างอิงจากการศึกษาของอิสรีร์ ศิริวรรณกุลธร<sup>(8)</sup> กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติแอลฟา (Alpha significance level) อยู่ที่ 0.05 และกำหนด Power of test อยู่ที่ 0.8 ซึ่งคำนวณจากปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า คำนวณได้ค่า n สูงสุดต่อประชากรหนึ่งกลุ่ม 78 คน และเมื่อคิดเป็นอัตราประชากรเป็นแบบ 1:1 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 156 คน จากนั้นเก็บข้อมูลเพื่อ 20% loss follow up จึงเก็บจำนวน 200 คน

#### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในรูปแบบแบบสอบถามก่อนตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยจะทำการลงลายมือชื่อยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อน จากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

#### 4. เครื่องมือในการศึกษา

แบบสอบถาม ทั้งหมด 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่

การออกกำลังกาย โรคประจำตัวและการเจ็บป่วย

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living Index; ADLs)<sup>(17)</sup> จำนวน 10 ข้อ**

**ส่วนที่ 4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS-15)<sup>(18)</sup> เป็นแบบประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งพัฒนาโดย ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัททัย วงศ์ปการันย์และคณะ มีจำนวน 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือกแบบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” คะแนนรวม 0-15 คะแนน แปลผลดังนี้**

○ คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

○ คะแนน 5-10 หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (Mild depression) ควรได้รับความคำแนะนำเบื้องต้น

○ คะแนน 11-15 หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้า (Severe depression) ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

โดยผู้วิจัยที่พัฒนาเครื่องมือได้นำแบบประเมินนี้ไปศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือในประชากรผู้สูงอายุไทยในชุมชนจำนวน 130 คน ทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง พบว่ามีค่าความเที่ยงตรง Cronbach's alpha 0.85<sup>(20)</sup>

**ส่วนที่ 5 สุขภาพครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ** ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Revised-Multi-Dimensional Scale of Perceived Social

Support)<sup>(19)</sup> เป็นแบบสอบถามที่ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัททัย วงศ์ปการันย์ และศาสตราจารย์ นายแพทย์ ทินกร วงศ์ปการันย์ ร่วมกันปรับปรุงและแปลเป็นฉบับภาษาไทย จากแบบสอบถาม Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS ของ Gregory D. Zimet<sup>(21)</sup> ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ถามความรู้สึกเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคมจาก 3 แหล่ง คือ จากครอบครัว เพื่อน และจากบุคคลพิเศษ ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ แบ่งการประเมินความรู้สึกออกเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 7 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมากไปจนถึงเห็นด้วยอย่างมาก จากนั้นจะคิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีการแปลผลดังนี้

○ คะแนนเฉลี่ย 1-2.9 หมายถึง การช่วยเหลือทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

○ คะแนนเฉลี่ย 3-5 หมายถึง การช่วยเหลือทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

○ คะแนนเฉลี่ย 5.1-7 หมายถึง การช่วยเหลือทางสังคมอยู่ในระดับสูง

โดยได้ความเที่ยงตรงจากการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ Cronbach's alpha 0.92<sup>(19)</sup>

### **5. การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้โปรแกรม Stata for Windows วิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ คือ การแจกแจงความถี่, ร้อยละ, เปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติ Fisher's exact test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์พหุสัมพันธ์แบบถดถอย (Multivariate logistic regression) นำเสนอค่า Odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (CI) ทำการวิเคราะห์แบบสองขั้นตอน (two-stage analysis) โดยทำการวิเคราะห์แบบ univariable analysis ก่อนจากนั้นเลือก

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์

ปัจจัยที่ให้ค่า p-value <0.1 เลือกเข้าตัวแบบ ด้วยวิธีการ backward elimination จากนั้น ทดสอบความสามารถของตัวแบบด้วยพื้นที่ใต้

โค้ง receiver operating curve (AUROC) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### ผลการศึกษา



รูปที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

ลักษณะของประชากรที่ศึกษาทั้งในกลุ่มที่มี และไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1, 3, 4 และ 5 พบว่า คุณลักษณะต่างๆ ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นสถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ความสัมพันธ์

ในครอบครัว ความกังวลเรื่องเงิน การมีบุคคลคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย การมีบุคคลที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์เมื่อเกิดความกังวล กิจกรรมทางสังคมใน 1 ปีที่ผ่านมา และระดับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Prevalence and factors associated with depression in elderly patients with chronic diseases in Family Medicine outpatient clinic, Nakornping Hospital

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

	ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n=29)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=171)		p-value
			จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ	หญิง	121 (60.5)	19	65.52	102	59.65	0.550
	ชาย	79 (39.5)	10	34.48	69	40.35	
อายุ	60-69 ปี	119 (59.5)	17	58.62	102	59.25	0.870
	70-79 ปี	61 (30.5)	10	34.48	51	29.82	
	80 ปีขึ้นไป	20 (10.0)	2	6.9	18	10.53	
สถานภาพสมรส	โสด	9 (4.5)	2	6.90	7	4.09	0.013*
	สมรส	119 (59.5)	10	34.48	109	63.74	
	หม้าย	52 (26.0)	11	37.93	41	23.98	
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20 (10.0)	6	20.69	14	8.19	
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	144 (72.0)	23	79.31	121	70.76	0.717
	มัธยม/อนุบาล/ปริญญาตรี	45 (22.5)	5	17.24	40	23.39	
	ปริญญาตรีขึ้นไป	11 (5.5)	1	3.45	10	5.85	
อาชีพในปัจจุบัน	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	124 (62.0)	22	75.86	102	59.65	0.831
	ข้าราชการเกษียณ	12 (6.0)	1	3.45	11	6.43	
	เกษตรกรรม	9 (4.5)	1	3.45	8	4.68	
	รับจ้างทั่วไป	16 (8.0)	2	6.90	14	8.19	
	แม่บ้าน	7 (3.5)	0	0	7	4.09	
	อื่นๆ	32 (16.0)	3	10.34	29	16.96	
รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน	<10,000 บาท	147 (73.5)	25	86.21	122	71.35	0.113
	≥10,000 บาท	53 (26.5)	4	13.79	49	28.65	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 ลักษณะประชากรที่ศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.50 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีถึงร้อยละ 59.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 59.50 รองลงมาเป็นหม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่ และโสด ร้อยละ

26, 10, และ 4.5 ตามลำดับ ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาถึงร้อยละ 72 ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบันร้อยละ 62 และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทถึงร้อยละ 73.50

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรง

หัวข้อ	จำนวนคน (ทั้งหมด 200 คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน)	171	85.5
มีภาวะซึมเศร้า น้อย (5-10 คะแนน)	28	14
มาก (11-15 คะแนน)	1	0.5
คะแนนภาวะซึมเศร้า mean (±SD)	2.66 (±2.05)	

mean = ค่าเฉลี่ย, SD (Standard deviation) = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว  
โรงพยาบาลนครพิงค์

พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 29 คน จาก 200 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 โดยพบว่า เริ่มมีภาวะซึมเศร้า 28 คน และเป็นโรคซึมเศร้า 1 คน คิดเป็นร้อยละ

14 และ 0.5 ตามลำดับ คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 2.66 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ลักษณะประชากรและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n=29)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=171)		p-value			
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
ประวัติการดื่มสุรา	ไม่เคยดื่มสุรา	112 (56.0)	18	62.07	94	54.97	0.329		
	เคยดื่มและหยุดดื่มแล้ว	55 (27.5)	9	31.03	46	29.60			
	ยังดื่มสุราอยู่	33 (16.5)	2	6.90	31	18.13			
ประวัติการสูบบุหรี่	ไม่เคยสูบบุหรี่	135 (67.5)	22	75.86	113	66.08	0.684		
	เคยสูบบุหรี่และหยุดสูบแล้ว	54 (27.0)	6	20.69	48	28.07			
	ยังสูบบุหรี่อยู่	11 (5.5)	1	3.45	10	5.85			
การออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย	133 (66.5)	23	79.31	110	64.33	0.139		
	ได้ออกกำลังกาย	67 (33.5)	6	20.69	61	35.67			
จำนวนโรคประจำตัว	มี 1 โรค	50 (25.0)	8	27.59	42	24.56	0.817		
	มีมากกว่า 1 โรค	150 (75.0)	29	100.00	129	75.44			
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง	ไม่เป็น	47 (23.5)	8	27.59	39	22.81	0.636	
		เป็น	153 (76.5)	21	72.41	132	77.19		
	โรคเบาหวาน	ไม่เป็น	119 (59.5)	20	68.97	99	57.89		0.310
		เป็น	81 (40.5)	9	31.03	72	42.11		
	โรคไขมันในเลือดสูง	ไม่เป็น	76 (38.0)	11	37.93	65	38.01		1.000
		เป็น	124 (62.0)	18	62.07	106	61.99		
	โรคมะเร็ง	ไม่เป็น	195 (97.5)	27	93.10	168	98.25		0.154
		เป็น	5 (2.5)	2	6.90	3	1.75		
โรคอื่นๆ		ไม่เป็น	122 (61.0)	18	62.07	104	60.82	1.000	
เป็น	78 (39.0)	11	37.93	67	39.18				
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มคิดบ้าน (ADL 5-11)	3 (1.5)	2	6.90	1	0.58	0.056		
	กลุ่มติดสังคม (ADL≥12)	197 (98.5)	27	93.10	170	99.42			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

จากตารางที่ 3 ประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุรา และไม่เคยสูบบุหรี่ โดยคิดเป็นร้อยละ 56 และ 67.5 ตามลำดับ ร้อยละ 66.5 ไม่ได้ออกกำลังกาย และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคคิดเป็นร้อยละ 75

โดยโรคประจำตัว มีทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคมะเร็ง และโรคอื่นๆ เช่น โรคเก๊าท์ โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น และร้อยละ 98 อยู่ในกลุ่มติดสังคม (ADL≥12)

**ตารางที่ 4** ลักษณะประชากรและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพครอบครัวและสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n=29)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=171)		p-value
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน</b>						
อยู่ตามลำพัง	19 (9.5)	7	24.14	12	7.02	0.025*
คู่สมรส/บุตร	166 (83.0)	20	68.97	146	85.38	
ญาติ	15 (7.5)	2	6.90	13	7.60	
<b>ความสัมพันธ์ในครอบครัว</b>						
รักใคร่กันดี	182 (91.0)	21	72.41	161	94.15	0.002*
ต่างคนต่างอยู่	12 (6.0)	5	17.24	7	4.09	
มีความขัดแย้งกัน	6 (3.0)	3	10.34	3	1.75	
<b>ความกังวลเรื่องเงิน</b>						
ไม่กังวล	114 (57.0)	8	27.59	106	61.99	0.001*
กังวล	86 (43.0)	21	72.41	65	38.01	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
ไม่เพียงพอ	105 (52.5)	19	65.52	86	50.29	0.160
เพียงพอ	95 (47.5)	10	34.48	85	49.71	
<b>มีบุคคลคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย</b>						
ไม่มี	11 (5.5)	7	21.14	4	2.34	<0.001*
มี	189 (94.5)	22	75.86	167	97.66	
<b>มีบุคคลที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์เมื่อเกิดความกังวล</b>						
ไม่มี	11 (5.5)	9	31.03	2	1.17	<0.001*
มี	189 (94.5)	20	68.97	169	98.83	
<b>กิจกรรมทางสังคมใน 1 ปีที่ผ่านมา</b>						
เข้าร่วมนานๆ ครั้ง	137 (68.5)	25	86.21	112	65.50	0.030*
/ไม่ได้เข้าร่วมเลย						
เข้าร่วมบ่อย	63 (31.5)	4	13.79	59	34.50	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

จากตารางที่ 4 ลักษณะประชากรที่ศึกษา ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร ถึงร้อยละ 83 ส่วนใหญ่รักใคร่กันดี ร้อยละ 91 ส่วนใหญ่ร้อยละ 57 ไม่กังวลเรื่องเงิน แต่ก็มี ความไม่เพียงพอของรายได้ร้อยละ 52.5

ประชากรส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 94.5 มีบุคคล คอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย และสามารถพูดคุยเมื่อ เกิดความกังวลได้ และส่วนใหญ่เข้าร่วม กิจกรรมทางสังคมนานๆ ครั้ง/ไม่ได้เข้าร่วมเลย คิดเป็นร้อยละ 68.5

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว  
โรงพยาบาลนครพิงค์

**ตารางที่ 5** ระดับการสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n=29)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=171)		p-value
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>ระดับการสนับสนุนทางสังคม</b>						
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1-2.9)	17 (8.5)	13	44.83	4	2.34	<0.001*
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3-5)	124 (62.0)	13	44.83	111	64.91	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 5.1-7)	59 (29.5)	3	10.34	56	32.75	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

จากตารางที่ 5 พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับสูง และต่ำตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 62, 29.5 และ 8.5 ตามลำดับ

จากผลของการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว (univariable analysis) ทำการเลือกปัจจัยที่มี p-value <0.1 มาสร้างสมการทำนายโดยได้สมการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าดังแสดงในตารางที่ 6 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) เมื่อควบคุมทุกตัวแปร (multivariate) ได้แก่

- ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 55.24 เท่า (AOR 55.24, 95%CI 3.26-936.66, p=0.005)

- ความสัมพันธ์แบบขัดแย้งในครอบครัว เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 41.19 เท่า (AOR 41.19, 95%CI 4.80-353.51, p=0.001)

- การมีความกังวลเรื่องเงิน เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 8.37 เท่า (AOR 8.37, 95%CI 2.00-35.09, p=0.004)

- การไม่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์เมื่อเกิดความกังวล เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 20.97 เท่า (AOR 20.97, 95%CI 1.88-234.19, p=0.013)

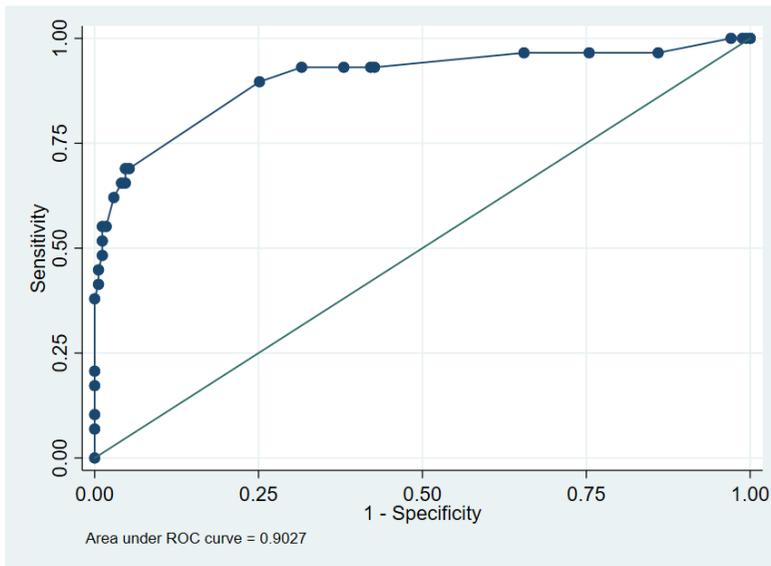
- ระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 42.58 เท่า (AOR 42.58, 95%CI 5.60-323.75, p<0.001)

- และได้ความสามารถของสมการทำนายสุดท้ายโดยคำนวณค่า AuRoc ได้ร้อยละ 90.27 ดังรูปที่ 2

**ตารางที่ 6** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว  
โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อใช้การทดสอบทางสถิติ Multivariate Logistic Regression

ปัจจัย		Adjusted OR (95% CI)	p-value**
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11)	55.24 (3.26-936.66)	0.005
	กลุ่มติดสังคม (ADL≥12)	Reference	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว	ต่างคนต่างอยู่	0.29 (0.01-6.20)	0.435
	มีความขัดแย้งกัน	41.19 (4.80-353.51)	0.001*
	รักใคร่กันดี	Reference	
ความกังวลเรื่องเงิน	กังวล	8.37 (2.00-35.09)	0.004*
มีบุคคลที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์	ไม่มี	20.97 (1.88-234.19)	0.013*
กิจกรรมทางสังคมใน 1 ปีที่ผ่านมา	นานๆ ครั้ง/ไม่ได้เข้าร่วม	2.41 (0.49-11.72)	0.276
ระดับการสนับสนุนทางสังคม	ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1-2.9)	42.58 (5.60-323.75)	<0.001*
	ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3-5)	1.08 (0.25-4.55)	0.922
	สูง (คะแนนเฉลี่ย 5.1-7)	Reference	

\*\* Multivariate logistic regression \*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05



รูปที่ 2 แสดง Area under ROC curve ของการวิเคราะห์ด้วย Multivariate Logistic Regression

เมื่อทำการวิเคราะห์แบบสองขั้นตอน (two-stage analysis) และทดสอบความสามารถของตัวแบบด้วยพื้นที่ใต้โค้ง receiver operating curve (AUROC) พบว่าได้ค่า AuROC ร้อยละ 90.27 ซึ่งถือว่าสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจากการศึกษานี้มีความสามารถในการทำนายอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ดังแสดงในรูปที่ 2

#### อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ร้อยละ 14.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอิสรีย และคณะ<sup>(8)</sup> ในปี 2560 ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3 ในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อย่างไรก็ตามความชุกในการศึกษาครั้งนี้ต่างจากการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2554 ซึ่งพบความชุกเพียงร้อยละ 5.9<sup>(12)</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มที่มารับบริการที่คลินิกเวชศาสตร์

ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และมีปัญหาทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เช่นเดียวกับผลการศึกษาความชุกของมีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2559 ซึ่งพบความชุกที่สูงถึงร้อยละ 29.11<sup>(7)</sup> ซึ่งผลการศึกษาความชุกในแต่ละที่ในจังหวัดเชียงใหม่อาจแตกต่างกันได้เนื่องจากลักษณะของประชากรในพื้นที่ และเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน เช่น จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q<sup>(7)</sup> แบบประเมินโรคซึมเศร้า (Personal Health Questionnaire-9; PHQ-9)<sup>(12)</sup> แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS-15)<sup>(8)</sup> เป็นต้น โดยผู้วิจัยเลือกใช้ TGDS-15 เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการทำสั้น และมีความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงสูง<sup>(20)</sup>

ปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ การเป็น

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว  
โรงพยาบาลนครพิงค์

ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคม จิตอารีย์<sup>(13)</sup> ซึ่งพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่อยู่ในระดับต่ำสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือถูกจำกัดกิจกรรม ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่งผลสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

อีกปัจจัยหนึ่งพบว่า ความขัดแย้งในครอบครัว เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของนาง พวงรอด<sup>(11)</sup> บุษราคม จิตอารีย์<sup>(13)</sup> และกิริณานันท์ สนธิธรรม<sup>(14)</sup> ซึ่งพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกัน ส่งผลต่อสภาพจิตใจ และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ประกอบกับความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบขัดแย้งกันยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดที่พึ่ง และการไม่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยหรือปรับทุกข์ได้ หากเกิดปัญหา สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยส่งผลให้ระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ SangNam Ahn<sup>(16)</sup> ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส บุตร ครอบครัว และเพื่อนที่ต่ำ ส่งผลเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ในทางกลับกันแรงสนับสนุนเป็นเชิงบวก ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนั้นยังพบว่า การมีความกังวลเรื่องเงิน เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ<sup>(9)</sup> ที่พบว่าความกังวลเรื่องเงินสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายได้ที่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัมพันธ์กับการศึกษาของ อิศริย์ ศิริวรรณกุลธร<sup>(8)</sup> อิทธิพล พลเยี่ยม<sup>(10)</sup> ซึ่งพบว่า การมีรายได้ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการมีรายได้ไม่เพียงพอทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และส่งผลต่อความสามารถในการแสวงหาปัจจัยต่างๆ ที่จะเสริมให้ร่างกายมีความสะดวกสบายและสุขภาพแข็งแรงและดำรงชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข และรายได้ที่ไม่เพียงพอยังทำให้รู้สึกต่ำต้อย ต้อยคุณค่าและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า<sup>(11)</sup>

จากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าไม่ได้มีเฉพาะปัจจัยทางกายหรือด้านสุขภาพที่สัมพันธ์ แต่ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือการมีบุคคลที่สามารถพูดคุยให้คำปรึกษาได้ รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัวเพื่อน รวมถึงบุคคลรอบข้างก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการเพิ่มการมีส่วนร่วมในครอบครัว ในการดูแลและใส่ใจปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ รวมถึงการเข้าไปมีบทบาทของสังคมและชุมชนในการรับฟังปัญหา รวมถึงจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม จึงมีประโยชน์ในการลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ สมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจากการศึกษานี้มีความสามารถในการทำนายอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเนื่องจากได้ค่า AuROC ร้อยละ 90.27

#### สรุปผลการศึกษา

ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ พบ ร้อยละ 14.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมี

นัยสำคัญ คือ การเป็นผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ความขัดแย้งในครอบครัว การมีความกังวลเรื่องเงิน การไม่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์ และระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ดังนั้น การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจาก ครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง รวมถึงการเพิ่มการพูดคุยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และการแก้ไข ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว จะช่วยลด โอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ช่วยลดภาระด้านเศรษฐกิจสังคม และด้านสาธารณสุขต่อไป

ในการศึกษาเรื่องปัจจัย สิ่งที่ได้จากการศึกษาคือได้ลักษณะกลุ่มเสี่ยงที่ต้องให้ความสนใจในการวางแผนเพื่อค้นหาเชิงรุกและนำไปใช้ในการสร้าง intervention ในการสนับสนุนให้ตรงกลุ่มมากยิ่งขึ้น เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Study) ทำให้สามารถบอกได้เพียงว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่ไม่สามารถบอกปัจจัยที่เป็นเหตุหรือผลกันได้ การศึกษานี้แม้ว่าจะได้ค่า AUROC สูงแต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า อาจจะมีน้อยส่งผลต่อกำลังในการทดสอบ

#### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติบอกระยะ ผู้สูงอายุปัจจุบันและอนาคต [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press\\_Release/2561/N10-04-61-1.aspx](http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx).
2. กรมสุขภาพจิต. 93 วันสู่สังคม"คนชรา" 5 จังหวัด? คนแก่เยอะสุด-น้อยสุด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>.
3. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>.

สังเกตได้จากความแม่นยำ (precision) ในบางปัจจัยที่พบค่า 95%CI กว้างดังนั้นควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลด้วยจำนวนตัวอย่างที่มากขึ้น และนอกจากนี้ยังมีอีกหลายปัจจัยที่ผู้ทำการศึกษายังไม่ได้มีการเก็บข้อมูล เช่น การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การนอนไม่หลับ จำนวนชั่วโมงการนอน และที่พักอาศัย เป็นต้น อีกทั้งในช่วงที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลมีการระบาดของสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จึงมีข้อเสนอแนะว่า ในครั้งหน้าอาจเพิ่มการเก็บข้อมูลในส่วนที่สัมพันธ์กับสถานการณ์โควิด-19 เพื่อจะได้ช่วยประเมินและวางแผนรับมือกับสถานการณ์ได้ทันท่วงที

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณหทัย วงศ์ปการันย์ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS-15) และแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Revised-MSPSS) สำหรับการศึกษานี้ขอขอบคุณ นายแพทย์ ฉันทวัฒน์ สุทธิพงษ์ และแพทย์หญิงธีราภรณ์ บุญยีน ที่ได้คอยชี้แนะ ตรวจสอบงานวิจัยชิ้นนี้ให้แล้วเสร็จจลุล่วงไปด้วยดี

4. กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักส่งเสริมสุขภาพ, อนามัยผู้สูงอายุ. การเปลี่ยนแปลงและเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic001.php>.
5. World Health Organization. Mental Health of older adults [internet]. 2017 [cited 2021 April 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
6. ณททัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เอียรชัย งามทิพย์, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คณิงนิจ ไชยลังการณ, วิรัตน์ นวัตกรรมันท์, และคณะ. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ใน: ธรรมนูญพรณ เรื่องศิรินุสรณ, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2559. หน้า 10-2.
7. สุมิตรพร จอมจันทร์, จินตวีร์พร แป้นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่บ้าน. การสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2559;22(2):28-35.
8. อิศรีย์ ศิริวรรณกุลธร, วิชชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยสิริ อังกระวารานนท์, อัศวิน โรจนสุมาพงศ์, ชลอวัฒน์ อินปา, และคณะ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(1):1-11.
9. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31(1):25-33.
10. อิทธิพล พลเยี่ยม, ครุฑา ศิริ, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, ดุสิต สุจิรารัตน์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด. Graduate Research Conference Khon Kaen University. 2557:1848-57.
11. นภา พวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2558;2(1):63-74.
12. เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, จักรกฤกษ์ สุขยิ่ง, อูมาพร อุดมทรัพย์ากุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(2):103-16.
13. บุษราคัม จิตอารีย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
14. กิรณานันท์ สนธิธรรม, ทองมี ผลาผล, โชติระวี อินจำปี, ชนิดาวดี สายีน, นิชพันธ์ระวี เฟื่องพล, วิภาพร จันทนาม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. 2563;14(2):192-204.
15. Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. Ind Psychiatry J. 2009;18(1):51-5. doi: 10.4103/0972-6748.57861.

16. Ahn S, Kim S, Zhang H. Changes in Depressive Symptoms among Older Adults with Multiple Chronic Conditions: Role of Positive and Negative Social Support. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;14(1):16. doi: 10.3390/ijerph14010016.
17. กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพท้องถิ่นกระทรวงสาธารณสุข; 2558.
18. ณททัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เขียรชัย งามทิพย์, ยุพาพรรณ ศรีอ้าย, คณิงนิจ ไชยลังการณ, วิรัตน์ นวัตกรรม, และคณะ. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (ทีจีดีเอส-15, TGDS-15). ใน: ธรรมนูญวรรณ เรื่องศิรินุสรณ์, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ: สตรีคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2559. หน้า 25-9.
19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *Span J Psychol*. 2012;15(3):1503-9. doi: 10.5209/rev\_sjop.2012.v15.n3.39434.
20. 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.
21. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1998;52(1):30-41.