

## ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ปัญหาสำคัญที่คนใกล้ชิดมองข้าม

### Depression in the Elderly : An Overlooked Problem

วิรมณ กาสีวงศ์ สม. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)\*  
Wiramon Karseewong M.P.H.\*

บทความวิชาการ  
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ  
Journal of Nursing Science & Health  
ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2556  
Volume 36 No.1 (January-March) 2013

#### บทคัดย่อ

จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกประเทศทั่วโลก จากร้อยละ 11 ในปี 2009 และคาดว่าจะถึงร้อยละ 22 ในปี 2050 สำหรับประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและคาดว่าจะในปี 2568 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 14.9 ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา โดยเฉพาะปัญหาซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยมีการศึกษาความชุกที่แตกต่างกันระหว่าง ร้อยละ 5.9 – 16.7 สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ส่วนการศึกษาในต่างประเทศมีค่าความชุกซึมเศวาระดับต่ำ ร้อยละ 4.8 – 41.3 ซึมเศวาระดับปานกลาง – รุนแรง ร้อยละ 8.3 – 41.0 และโรคซึมเศวายังเป็นสาเหตุของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2547 (YLD) เป็นอันดับ 1 ในหญิงไทย และในปี 2030 โรคซึมเศวามีแนวโน้มจะเกิดภาวะโรคสูงที่สุดในโลก

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

#### Abstract

The number of elderly is growing rapidly in every country around the world. The percentage of elderly worldwide was expected to double from 11% in 2009 to 22% in 2050. Since 2005 Thailand have been becoming an aging society. Their numbers of elderly are expected to increase of the overall population in Thailand to 14.9% in 2025, which will cause health problems. Especially depression, is a common problem in the elderly. The prevalence of ageing depression is the percentage varies between 5.9 – 16.7 for the study in Thailand and other countries are mild depression 4.8 – 41.3%, moderate – severe depression 8.3 – 41.0%. It is the leading cause of the Year of Life Lost due to Disability : YLD among Thai woman in 2004. In the year 2030 depression is expected to be the disease that ultimately causes the highest disease burden in the world.

keywords : elderly, depression, aging depression

#### บทนำ

“เมื่อนั้นแก่ตัวลงเธอยังรักฉันไหม ใครจะดูแลฉัน และเมื่อนั้นเชื่องซึม จู๊จี้ เธอยังให้อภัยฉันไหม” เป็นคำถามในใจของผู้สูงอายุเกือบทุกคนในความไม่มั่นใจในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสูงวัย ขณะที่ผู้สูงอายุที่รู้สึก เศร้าหมอง เบื่อหน่ายชีวิต อาจไม่ทราบแม้กระทั่ง

ว่าจะบอกความรู้สึกนี้อย่างไรกับคนใกล้ชิดและคนที่ตนเองรัก ทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุเป็นบุคลากรที่มีคุณูปการต่อครอบครัว และการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมของประเทศมาอย่างมากมาย มหาศาล และจะยังคงเป็นบุคลากรที่มีคุณค่าต่อสังคมอย่างมาก หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจาก

\*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

โรคที่รักษาได้ หรือโรคที่ต้องทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความสัมพันธ์สูงกับวัยที่สูงขึ้น และมีแนวโน้มว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในปัจจุบัน เนื่องจากองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าประชากรโลก 151 ล้านคน ทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้า ในปี 2030 ปัญหาซึมเศร้ามีแนวโน้มจะเกิดภาวะโรคสูงที่สุดในโลก สูงกว่าโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุจราจรและการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (HIV/AIDS) และเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 1.4 เท่า<sup>1</sup> คนทุกคนมีโอกาสเกิดอารมณ์เศร้าหมอง (sadness) หรือความรู้สึกหดหู่ ทุกข์ใจ เป็นบางครั้ง แต่จะหายได้เอง ส่วนภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่มากเกินไปและมีระยะเวลายาวนาน มีผลต่อการบกพร่องในหน้าที่การงานหรือกิจวัตรประจำวัน ส่วนโรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอาการสอดคล้องกับมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10) หรือเกณฑ์การวินิจฉัยตามมาตรฐานการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth edition ; DSM – IV – TR ; American Psychiatric Association) นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญคือโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2547 (YLD) เป็นอันดับ 1 ในหญิงไทยและอันดับ 2 ในผู้ชายไทย<sup>2</sup>

ดังนั้นปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่ทุกคนต้องให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและพบมากในวัยที่สูงขึ้นเป็นการเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมานทั้งผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด แต่เป็นปัญหาที่คนใกล้ชิดมักมองข้ามเนื่องจากเป็นการยากลำบากสำหรับบุคคลทั่วไปและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งพยาบาลในการเข้าใจและวินิจฉัยปัญหา เนื่องจากเหตุปัจจัยที่แตกต่างของวัยสูงอายุและกลุ่มวัยอื่น

### เพราะอะไรคนใกล้ชิดจึงมองข้ามปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คนใกล้ชิดในที่นี้หมายถึง คู่ครอง บุตรหลาน ผู้ดูแล เพื่อน ญาติสนิท รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่

ให้การดูแลสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุ มักมองข้ามปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมเนื่องจาก<sup>3,4</sup>

1. การวินิจฉัยปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นเรื่องทำได้ยาก เพราะมักมีอาการแสดงทางกาย หรือแสดงอาการคล้ายโรคสมองเสื่อม
2. คนทั่วไปคิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นเรื่องปกติในผู้สูงอายุที่มักมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจ
3. การขาดความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของผู้ให้บริการสุขภาพจากความซับซ้อนของอาการและอาการแสดง ร่วมกับอาการแสดงทางกาย และการปฏิเสธการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

### ภาวะซึมเศร้ากับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย

มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าปัญหาซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับวัยที่สูงขึ้นโดยเฉพาะในเพศหญิง ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และส่วนมากเป็นเพศหญิง ส่งผลกระทบกับทุกประเทศทั่วโลกจากอัตราการเกิดที่ลดลง สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 8 ในปี 1950 เป็นร้อยละ 11 ในปี 2009 และคาดว่าจะถึง ร้อยละ 22 ในปี 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศกำลังพัฒนา มากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว<sup>5</sup> มากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 53 อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชีย สัดส่วนประชากรเอเชียอายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีมากกว่า 4 เท่า ในปี 2050 ซึ่งจะมีมากกว่าประชากรเด็ก (0 – 14 ปี) และจะมีผลกระทบบกกับอัตราส่วนการพึ่งพิงที่หมายถึงสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุและเด็ก กับประชากรวัยทำงานที่มีอายุ 15 ปี จนถึงวัยปลดเกษียณ<sup>6</sup>

ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2548 คือมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.5 ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ถือว่า ประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ<sup>7</sup> สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากปี 2503 มีประชากรผู้สูงอายุไทยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เพียง 1.5 ล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 5.4 ของประชากร

และเพิ่มประมาณ 7.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด โดยคาดการณ์ในปี 2568 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 หรือ 2 เท่าของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ.2552 และในปี 2573 จะเพิ่มเป็น 17.8 หรือ ร้อยละ 25 ของประชากรไทย เนื่องจากอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2503, 2533, 2553 คืออัตรา 5.4, 2.0, 1.85 ตามลำดับ<sup>8</sup> ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุในหลายด้านรวมทั้งด้านสาธารณสุขที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้นตามวัยที่สูงขึ้นและตามจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

### ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

มีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมากทั้งในและต่างประเทศ โดยมีรายงานปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกในช่วงปลายของชีวิตอายุประมาณ 60 ปี ในอัตราร้อยละ 10-25<sup>9</sup>

จากการประชุมของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health's) ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีอาการแสดงของซึมเศร้า ร้อยละ 15<sup>10</sup>

ส่วนรายงานการสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประชากรผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 4.1<sup>11</sup> สาเหตุของความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วโลกมีความแตกต่างกัน สืบเนื่องมาจากปัญหาด้านกลุ่มตัวอย่างของประชากรที่ศึกษา ค่านิยมของอาการซึมเศร้า และการวินิจฉัยโรค และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาหาค่าความชุกของซึมเศร้า<sup>12 13</sup> โดยเครื่องมือที่วัดอาการซึมเศร้าจะมีค่าความชุกที่สูงกว่าข้อมูลที่ได้จากการใช้เครื่องมือที่

เป็นการวินิจฉัย<sup>12</sup> รวมทั้งไม่มีความตรงในเครื่องมือวัดการสู่มตัวอย่างไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิต และไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัยจากปัญหาการเจ็บป่วยและความบกพร่องทางด้านต่างๆ<sup>14</sup> จึงทำให้ค่าความชุกของซึมเศร้าในผู้สูงอายุออกมาแตกต่างกัน ดังตัวอย่างการศึกษาในตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีค่าความชุกระหว่าง ร้อยละ 5.9 – 16.7 สำหรับการศึกษานานาชาติมีค่าความชุกซึมเศร้าระดับต่ำ ร้อยละ 4.8 – 41.3 ซึมเศร้าระดับปานกลาง – รุนแรง ร้อยละ 8.3 – 41.0 ซึ่งค่าความชุกของการศึกษาเหล่านี้ใช้เครื่องมือวัดที่แตกต่างดังเช่น เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และ อุมพร อุดมทรัพย์กุล<sup>12</sup> อธิบายถึงการศึกษาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมาไม่มากนัก โดยทั่วไปเครื่องมือที่ใช้ศึกษาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า สามารถจำแนกได้เป็น 2 แบบ คือ เครื่องมือที่ใช้ในลักษณะเป็นการวินิจฉัย “โรคซึมเศร้า” ที่อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก และเครื่องมือที่ใช้วัด “อาการซึมเศร้า” ซึ่งจะได้ค่าความชุกสูงกว่าเครื่องมือที่เป็นลักษณะการวินิจฉัย สำหรับผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือมีปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย มีปัญหาทางด้านจิตใจ รวมทั้งการสูญเสียบุคคลสำคัญ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยในเขตเมือง ที่อยู่อาศัยไม่ใช่ของตนเอง อาศัยตามลำพัง มีความขัดแย้งในครอบครัว ขาดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและขาดที่ปรึกษา ขาดการออกกำลังกาย ใช้สารเสพติด มีเหตุการณ์เครียดและขัดแย้งในชีวิตและครอบครัว มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ การมองเห็น การอ่านการเขียน เป็นต้น ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรายใหม่ คือ การก้าวร้าวทางคำพูด การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและความต้องการดูแล มีอาการทางกาย การรู้การคิดลดลง และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

ตารางที่ 1 ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ความชุก	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
ธรณินทร์ กองสุข และคณะ <sup>11</sup>	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรังทางกาย 51,076 คน	ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.82	-
เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, อุมพร อุดมทรัพย์กุล <sup>12</sup>	อายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 426 คน	ความชุกของโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.9	- หย่าหรือแยกกันอยู่, รายได้, การดื่มสุราเป็นประจำ, ความพอใจในสุขภาพระดับต่ำ, การสูญเสียคนใกล้ชิดและมีปัญหาอื่นไม่เหลือ
ศิริลักษณ์ แก้วเกียรติพงษ์ <sup>15</sup>	- อายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่การสาธารณสุขที่ 5 จำนวน 731 คน	ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.7	- เพศ, ความสามารถในการอ่านเขียน, รายได้, การอาศัยอยู่ตามลำพัง, ความขัดแย้ง ในครอบครัว, ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม, ขาดผู้ปรึกษา, เหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ, อุบัติเหตุ, การมองไม่เห็น, การเจ็บป่วย
อรสา ไยของ, พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย <sup>16</sup>	- อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี 400 คน	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.2 โดยซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 7.8 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 5.2 ซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.2	- อายุ 75 ปีขึ้นไป, โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่, ไม่ได้รับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, ฐานะการเงิน, ที่พักอาศัยไม่ใช่ของตนเอง, อยู่คนเดียว, โรคประจำตัวทางกาย, ประวัติโรคทางจิตเวช, การใช้สารเสพติดและการสูญเสียบุคคลสำคัญ
ฟิลลิปส์และคณะ <sup>3</sup>	- ผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ รัฐมิสซูรี ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 14,371 ราย	ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ารายใหม่ มี 1,342 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.3	- ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรายใหม่ คือ การก้าวร้าวทางคำพูด, น้ำหนักลด, เปลี่ยนแปลงด้านความต้องการดูแล, มีอาการปวดเพิ่มขึ้น, กลั้นปัสสาวะไม่อยู่, การรู้การคิดลดลง, ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง
บิคแมนและคณะ <sup>17</sup>	- อายุ 55-85 ปี ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ระยะที่ 1 3,056 ราย ระยะที่ 2 646 ราย	ผู้สูงอายุซึมเศร้ายกระดับต่ำ ร้อยละ 41.3 ระดับรุนแรง ร้อยละ 9.2	- ข้อจำกัดในการทำหน้าที่, การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
แกรมมาทีโคบูลอส และโคเทนาทาคิส <sup>18</sup>	- สมาชิกศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศกรีซ จำนวน 132 ราย	ผู้สูงอายุซึมเศร้ายกระดับต่ำ ร้อยละ 18.2 ระดับปานกลาง ถึงรุนแรง ร้อยละ 8.3	- อายุที่สูงขึ้น, เพศหญิง, ขาดการมีส่วนร่วมในศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
บรูซและคณะ <sup>19</sup>	- ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอายุ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 207 รายในประเทศออสเตรเลีย	ผู้สูงอายุซึมเศร้ายกระดับต่ำ ร้อยละ 4.8 ซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 21.7	- การมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองส่วนปลาย และขาดการออกกำลังกาย
แมมพลีโค และคณะ <sup>20</sup>	- ผู้สูงอายุ 65-100 ปี ในไซปรัสและกรีซ เพศชาย 553 ราย เพศหญิง 637 ราย	ผู้สูงอายุซึมเศร้ายกระดับต่ำ ถึงปานกลาง ร้อยละ 27 ซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 41	- การอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเขตเมือง, ขาดการออกกำลังกาย, มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง

**จะรู้ได้อย่างไรว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร์ไ้**

มีการใช้เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร์ไ้ในผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศมีหลากหลายซึ่งมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน มีการจัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร์ไ้ตามเกณฑ์ของเครื่องมือแต่ละชนิด เช่น แบบประเมินโรคซึมเศร์ไ้ (9Q) มีค่าจุดตัด (cut of score) = 7 คะแนน โดยคะแนน < 7 หมายถึง ไม่มีอาการ หรือมีอาการน้อยมาก คะแนน 7 -12 มีอาการระดับน้อย คะแนน 13 -18 มีอาการระดับปานกลาง คะแนน ≥ 19 มีอาการระดับรุนแรง นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่นิยมใช้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร์ไ้ (Geriatric Depression Scale, GDS), Beck Depression Inventory (BDI), แบบวัดความเศร์ไ้ในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS), แบบประเมินโรคซึมเศร์ไ้ (Personal Health Questionnaire - 9, PHQ-9) แบบคัดกรองโรคซึมเศร์ไ้ 2 คำถาม (2Q), แบบคัดกรองภาวะซึมเศร์ไ้และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS8) และการใช้เกณฑ์มาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศ และเกณฑ์สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งในที่นี้จะอธิบายเฉพาะกลุ่มอาการของโรคซึมเศร์ไ้ (depressive disorder) ตามเกณฑ์สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV-TR) ของอารมณ์เศร์ไ้ด้านเดียว มีลักษณะสำคัญดังนี้<sup>21</sup>

**1. Major depressive disorder (โรคซึมเศร์ไ้รุนแรง)**

มีอาการ ข้อ 1 หรือ ข้อ 2 จำนวน 1 ข้อ และมีอาการอื่น ๆ รวมอย่างน้อย 5 ข้อ นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

- 1.1 มีอารมณ์ซึมเศร์ไ้คงอยู่เกือบตลอดเวลาทั้งวันและเป็นทุกวัน
- 1.2 ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในการทำสิ่งต่าง ๆ ลดลงอย่างมาก
- 1.3 เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลง มากกว่าร้อยละ 5 ในรอบ 1 เดือน หรือบางรายอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น กินมากจนน้ำหนักเพิ่ม (เช่น 2-3 กก. ต่อเดือน)

1.4 นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติแทบทุกวัน

1.5 กระทำสิ่งต่าง ๆ ฆ่า พุดซ้ำ เดินหรือเคลื่อนไหวช้าลง แต่มีบางรายหยุดหงิด กระสับกระส่าย ทำสิ่งต่าง ๆ เหมือนรีบเร่ง

1.6 อ่อนเพลีย หรือไม่มีเรี่ยวแรง

1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป

1.8 สมาธิหรือความคิดอ่านช้าลงลึ้งเลใจ

1.9 คิดถึงเรื่องการตาย อยากตายไม่ยอมชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย

**2. Dsythymic disorder (โรคซึมเศร์ไ้เรื้อรัง)**

ลักษณะอาการต่าง ๆ โดยทั่วไปคล้ายกับ Major depressive disorder แต่ความรุนแรงน้อยกว่า มีอาการ ดังนี้

2.1 มีอารมณ์ซึมเศร์ไ้แทบทั้งวัน หรือนานกว่า 2 ปี

2.2 ขณะที่อารมณ์ซึมเศร์ไ้ ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป ดังนี้

- 1) เบื่ออาหาร หรือ กินจุ
- 2) นอนไม่หลับ หรือ หลับมาก
- 3) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
- 4) ความมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง
- 5) สมาธิไม่ดี หรือตัดสินใจลำบาก
- 6) รู้สึกท้อแท้

2.3 ในช่วงที่ป่วยตลอด 2 ปี ต้องไม่มีช่วงหายติดต่อกันนานกว่า 2 เดือน

อย่างไรก็ตามเกณฑ์ดังกล่าวถึงแม้จะเป็นที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป แต่เกณฑ์การวินิจฉัยไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างแพร่หลายในทางปฏิบัติ และเครื่องมืออื่น ๆ ในการประเมินภาวะซึมเศร์ไ้ยังพบปัญหาในความเที่ยงตรงเมื่อใช้ในกลุ่มที่มีความแปรปรวนด้านการรู้คิดการเข้าใจ ด้วยเหตุนี้การหาวิธีการอื่น ๆ ในการค้นหาภาวะซึมเศร์ไ้ในผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นเพื่อแก้ไขปัญหาค่าการได้รับการวินิจฉัยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง<sup>3</sup>

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับผู้ที่ซึมเศร้าระดับต่ำที่มีอาการไม่เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย การให้การรักษาอาการซึมเศร้าเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดผลที่ตามมาจากภาวะซึมเศร้าที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาวที่เป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ปัญหาซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกับการรู้การคิดการเข้าใจ และการลดลงของความสามารถในการทำหน้าที่ การเพิ่มอัตราการสูญเสีย การเกิดโรคร่วมด้านการแพทย์ การใช้บริการด้านสุขภาพ การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การดูแลในสถานสงเคราะห์ การฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิต<sup>3</sup> การดูแลรักษาผู้ที่ซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ไม่ต้องรอให้มีอาการครบถ้วนตามเกณฑ์ หรือรอให้เกิดอาการรุนแรงจึงต้องรักษา ถึงเวลานั้นผลเสียที่ตามมาจะมากมายไม่คุ้มค่า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยคือผู้ที่มีอาการระดับน้อยและผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง และมักไม่ไปรักษากับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และจะพบบ่อยที่ไปรักษาในหน่วยงานให้บริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ได้มีการศึกษาผู้ที่ที่มีอาการซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย คือผู้ที่มีอาการระดับน้อยและผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง ในหน่วยบริการขั้นต้นในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ฟิลาเดลเฟีย และพิทส์เบิร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 10 แห่ง และมีการติดตามทางโทรศัพท์ในช่วง 4,8 เดือน และ 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ หรือมีอาการเล็กน้อย มีความเสี่ยงต่อซึมเศร้ารุนแรง 5 ครั้งใน 1 ปี<sup>22</sup> ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจบุคคลกลุ่มนี้เช่นเดียวกับผู้ที่ซึมเศร้ารุนแรงและต้องมีการติดตามไปในระยะยาว

นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่สำคัญที่ต้องตระหนักในการวินิจฉัยปัญหาซึมเศร้าคือการศึกษาของฟิลลิปส์และคณะ<sup>10</sup> ที่ศึกษาผู้สูงอายุในความดูแลของสถานดูแลผู้สูงอายุ (Missouri nursing home) พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อันดับหนึ่งกับผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยซึมเศร้ารายใหม่ คือ การก้าวร้าวทางคำพูด รองลงมาที่สำคัญคือ น้ำหนักลดลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการในการดูแล มีอาการปวดเพิ่มขึ้น มีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้น การรู้การคิดลดลง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เป็นต้น ผลการศึกษาดังกล่าวพบในผู้ป่วยซึมเศร้ารายใหม่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาการดังกล่าว

ไม่พบโดยทั่วไปในภาวะซึมเศร้า เช่น การก้าวร้าวทางวาจา การเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการในการดูแล อาการปวดที่เพิ่มขึ้น การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ

### ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกับระดับการรู้คิด การเข้าใจที่ลดลงในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหา 2 อย่างที่พบบ่อยมากที่สุดของกลุ่มอาการทางจิตในประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งมีและไม่มีอาการสมองเสื่อมร่วมด้วยมักจะไม่ได้รับการตระหนักและไม่ได้ได้รับการดูแลรักษา<sup>20</sup> อายุมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการเปลี่ยนแปลงในสมองที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่สมองเสื่อมมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า โดยในโรค อัลไซเมอร์ พบได้บ่อยถึงร้อยละ 50 ความบกพร่องทางการรู้คิด และภาวะซึมเศร้า ทั้งสองอย่างมีความสำคัญต่อภาวะโรคของผู้สูงอายุ ขณะที่สมองเสื่อมจากโรค อัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมจากปัญหาอื่น ๆ ในปัจจุบันไม่มีวิธีการรักษาที่ประสบผลสำเร็จ แต่โรคซึมเศร้ามีการศึกษาที่เป็นเวลานานและสามารถรักษาได้<sup>13</sup> อย่างไรก็ตามปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็เป็นเรื่องยากที่จะวินิจฉัยได้เนื่องจากหลายสาเหตุและบางครั้งแม้มีอาการชัดเจนแต่ผู้ใกล้ชิดมักคิดว่าเป็นเรื่องปกติในวัยผู้สูงอายุ และหากผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้ายิ่งเป็นเรื่องยากที่จะวินิจฉัย ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกับผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล สิ่งที่ทำนายสำหรับพยาบาลคือการรู้จักพฤติกรรม อาการและอาการแสดงอะไรบางอย่างที่เป็นผลจากสมองเสื่อม หรือซึมเศร้า แนวทางการแยกแยะความแตกต่างระหว่างภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าที่เซอร์รอดและคณะ<sup>9</sup> ได้เสนอไว้เพื่อเป็นแนวทางจำแนกความแตกต่างระหว่างภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร่าดังตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 ความแตกต่างของอาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้า

อาการ/อาการแสดง	สมองเสื่อม (Dementia)	ซึมเศร้า (Depression)
Onset (ระยะเวลาเริ่มต้น)	มากกว่า 1 เดือน หรือ 1 ปี	เป็นสัปดาห์ (อาจเร็วขึ้นหากเกี่ยวข้องกับกาสูญเสีย)
Duration (ระยะเวลาการป่วย)	เรื้อรัง	อาจเรื้อรังหรือเฉียบพลัน
Mental status (สภาพจิต)	บกพร่องในการรู้คิด, ภาษา, การทำหน้าที่; ไม่สามารถทำงานง่าย ๆ ได้สำเร็จ	ตอบสนองต่อคำถามล่าช้า
Orientation (การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล)	บกพร่องเมื่อการดำเนินโรคแยลง	ปกติ
Sleep-wake cycle (วงจรการนอน)	สลับกันระหว่างกลางวัน กลางคืน	หลับยากในช่วงต้น
Appetite/gastrointestinal issues (ความอยากอาหาร/ปัญหาาระบบทางเดินอาหาร)	เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง	ความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง
Memory (ความจำ)	สูญเสียความจำระยะสั้น	ระลึกถึงสิ่งที่ผ่านมาได้ช้า
Communication ( การสื่อสาร)	ยากลำบากในการค้นหาคำพูด	การพูดและการคิดช้า
Activity level ( ระดับกิจกรรม )	อาจกระสับกระส่ายหรือเชื่องซึม	อาจกระสับกระส่ายหรือเชื่องซึม

## สรุป

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับอายุที่สูงขึ้น ขณะที่ทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยต้องเตรียมรับมือกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ และอายุสูงชันมีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ทำให้เป็นการยากที่คนใกล้ชิด เช่น บุตรหลาน คู่สมรส ญาติพี่น้อง ตลอดจนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุ จะมองเห็นความผิดปกติ มักมองว่าเป็นเรื่องปกติในผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการให้ความรู้และดำเนินการมาตรวจการในการจัดการกับปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มคนใกล้ชิดผู้สูงอายุเองจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การจำแนกความแตกต่างระหว่างสมองเสื่อม และซึม

เศร้า รวมทั้งอาการแสดงที่ผิดปกติที่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น ๆ เช่น อาการก้าวร้าวทางวาจา การเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม

## ข้อเสนอแนะ

## 1.1 สำหรับผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ

## 1.1.1 ควรตระหนักและค้นหาปัญหา

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ดูแล เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว

## 1.1.2 ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลง

ทางด้าน อารมณ์ พฤติกรรม และความผิดปกติทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.1.3 เข้าใจ และใส่ใจ กับปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ที่ประสบกับการสูญเสีย ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น

## 1.2 สำหรับผู้รับผิดชอบการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2.1 ให้ความรู้กับผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุทุกราย ในการคัดกรองปัญหาและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มที่ใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ควรมีความรู้ในการวิเคราะห์ปัญหาซึมเศร้าและสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1.2.2 คัดกรองและค้นหาปัญหาซึมเศร้า และสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุทุกรายเพื่อแยกปัญหาให้ชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม โดยมีความต่อเนื่องในการคัดกรองระยะยาว เนื่องจากปัญหาซึมเศร้าจะสูงขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น

1.2.3 ควรมีการจัดกิจกรรมที่เป็นการป้องกันและช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น การสนับสนุนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การมีผู้ให้การปรึกษาหรือผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ การเยี่ยมบ้าน ให้การดูแลสุขภาพกายและจิตที่บ้านในกลุ่มที่ไม่สามารถออกมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ เป็นต้น โดยผู้ดูแลใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม

1.2.4 เผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลผู้สูงอายุ และมหันตภัยของโรคซึมเศร้าให้เกิดความตระหนักโดยทั่วกันทั้งในกลุ่มผู้ดูแลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เพราะประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วขณะที่ยังอายุมากยังมีโอกาสเสี่ยงสูง และโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเป็นมหันตภัยร้ายแรงคุกคามประชากรโลกสูงขึ้นในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

- Michelle F, Natalie D, Melvyn F, Edwig F. Mental health and development : targeting people with mental health conditions as a vulnerable group . Geneva : World Health Organization ; 2010.
- สำนักพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ.รายงานการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2547 : นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2552.
- Phillips LJ, Rantz M, Petroski GF. Indicators of a New Depression Diagnosis in Nursing Home Residents. J Gerontol Nurs 2011; 37(1) :42-51.
- สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2547.
- Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing .New York : United Nation ; 2009.
- Abdel - Ghany, M. Problematic Progress in Asia: Growing Older and Apart. J Fam Econ Iss. 2008 ; 29:549-569.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความคิดเห็นประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ ; 2554.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์.(บรรณาธิการ). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552.กรุงเทพฯ:มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ; 2554.
- Sherrod RA, Collins A, Wynn S, Gragg M.Dissecting Dementia, Depression, and Drug Effects in Older Adult. J Psychosoc Nurs 2010 ; 8(1): 39-47.
- Loughlin,A.(2004). Depression and Social Support. J Gerontol Nurs 2004; 11-19.
- ธรมินทร์ กองสุข และคณะ. ผลการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทางกาย ปี 2553. อุบลราชธานี : ศิริธรรมออฟเซ็ท ; 2554.

12. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้งและอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554 ; 56(2) :103-16.
13. Gottfries CG. Late Life depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001; 51: Suppl.2 : 11/57-11/61.
14. Karel MJ. Aging and depression: Vulnerability and Stress Across Adulthood. Clin Psychol Rev 1997;17(18):874-9.
15. ศิริลักษณ์ แก้วเกียรติพงษ์. ความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตการสาธารณสุขที่ 5. วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ 2549 ;6(2):26-35.
16. อรสา ไยยอง, พีรพันธ์ ลีอนุวัชชัย. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554 ; 56(2) :117-28.
17. Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJH, Ormel J, Braam AW, Van W. Depression and Physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). J Affect Disord 1997;46:219-23.
18. Grammatikopoulos I and Koutentakis C. Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2010 ; 9(1):S137.
19. Bruce DG et al. Vascular Depression in older people with diabetes. *Diabetologia* 2006; 49:2828-36.
20. Mamplekou E. et al. Urban environment Physical inactivity and Unhealthy dietary habit correlate to Depression Among Eldery Living in Eastern Mediteranian Island: The MEDIS (Mediterranian Island Eldery) Study. *J Nutr Health Aging* 2010 ; 14(6) : 449-53.
21. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิตย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์ ; 2544.
22. Lyness JM et al. Outcomes of minor and sub-syndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Arch Intern Med* 2006; 144 (7): 496-505.
23. Brown EL, Raue P, Halpert KD, Evidence-Based Guideline Detection of Depression in Older Adults with Dementia. *J Gerontol Nurs* 2010; 35( 2) : 11-5.