

ความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ศิริลักษณ์ พ่องจิตศิริ ว.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000

Abstract: Prevalence and Predicting Factors of Depression among Elderly in Primary Care Unit, Chachoengsao Province

Pongchitsiri S.

Social Medicine Department, Buddhasothorn Hospital, Muang, Chachoengsao, 24000

(E-mail: mam_lala@hotmail.com)

Background: To determine the prevalence and predicting factors of depression among elderly patients attending primary care setting in Chachoengsao province. **Methods:** This is a predictive correlational research. Elderly patients aged ≥ 60 years with at least one chronic disease and attended at least 6 months long in a primary care setting were included into the study. Personal Health Questionnaire-9: PHQ-9 questionnaire was used to screen depression (cut-off score ≥ 9). The data were analyzed using frequency, mean, standard deviation and multiple regression analysis. **Results:** The total number of participants were 261, mean age was 70.0 ± 6.8 year, mostly was female 168 (64.4%) and had 3 underlying disease 114 (43.7%). The prevalence of depression was 12.3%, most of which were female, age ≥ 75 year, educated, unemployed, insufficient income and had ≥ 3 underlying diseases. However, only unemployed and insufficient income were the significant factors to predict depression 6.8% ($p < 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of depression among elderly in primary care unit, Chachoengsao province was 12.3%. Predicting factors of depression were unemployed and insufficient income so properly screening for these patient should be encouraged.

Keywords: Prevalence, Elderly, Depression, Primary care setting, Chachoengsao province

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา **วิธีการ:** รูปแบบการศึกษาคือการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ประเมินโรคซึมเศร้า คือ แบบคัดกรองโรค ซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (Personal Health Questionnaire-9 : PHQ-9) จุดตัดที่บอกว่ามีโรคซึมเศร้าคือคะแนน ≥ 9 คะแนน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าใช้สถิติ multiple regression analysis **ผล:** กลุ่มประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 261 คน อายุเฉลี่ย 70.0 ± 6.8 ปี เป็นเพศหญิงจำนวน 168 คน (ร้อยละ 64.4) ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้เข้าร่วมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 12.3 ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ ≥ 75 ปี ได้รับการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ไม่เพียงพอ มีโรคประจำตัว ≥ 3 โรค ตัวแปรที่สามารถทำนายโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่มีอาชีพ และรายได้ไม่เพียงพอสามารถพยากรณ์ตัวแปรตามหรือโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 6.8 **สรุป:** ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 12.3 โดยปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ การไม่ได้อาชีพและการมีรายได้ไม่เพียงพอ จึงควรสนับสนุนให้มีระบบการคัดกรองที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ความชุก ผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าภายในปีพ.ศ.2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ¹ ความชุกตลอดชีพ ของโรคซึมเศร้าพบได้ประมาณร้อยละ 17 - 24² โรคซึมเศร้าพบได้ทุกช่วงอายุแต่พบมากขึ้นตามวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ประชากรไทยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นจาก 4.2 ล้านคนหรือร้อยละ 7.2 ในปีค.ศ.1990 จะเพิ่มเป็น 7.2 ล้านคนหรือร้อยละ 11.5 ในปีค.ศ. 2010 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคนในปีค.ศ. 2020³ ฉะนั้นภาวะหรือโรคซึมเศร้าก็จะพบมากขึ้นแต่การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็มักไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัยหรือถูกมองข้าม เนื่องจากอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ไม่เฉพาะเจาะจง โดยผู้สูงอายุมีกมดด้วยอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัญหาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เชื่องช้า หลงลืมง่าย อาการเหล่านี้มักถูกเข้าใจว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่ค่อยได้ รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหรือโรคซึมเศร้าหรือได้รับการรักษาที่น้อยกว่าความเป็นจริง ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการรักษา และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าได้รับยาขนาดที่ไม่เพียงพอ⁴ มีข้อมูลจากการศึกษามากมายที่ชี้ให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสื่อมลงของสุขภาพ เกิดภาวะทุพพลภาพ คุณภาพชีวิตลดลง การลดลงทางความคิดความจำและความสามารถทางสมอง และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น⁵⁻⁶ การพยากรณ์โรคของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 24 เดือนพบว่าผู้สูงอายุเพียงอายุร้อยละ 33 มีอาการของโรคดีขึ้น ร้อยละ 33 หรือ 1 ใน 3 ยังคงมีภาวะซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ และร้อยละ 21 เสียชีวิตในที่สุด⁷

ความชุกของโรคซึมเศร้าในต่างประเทศอยู่ในช่วง ร้อยละ 1.8 - 24.1⁸⁻⁹ และปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุมาก ได้รับการศึกษาน้อยหรือระดับการศึกษาต่ำ พิกัดหรือทุพพลภาพ เศรษฐกิจฐานะต่ำ มีสุขภาพที่ไม่ดีหรือมีโรคประจำตัว การลดลงของความจำ การอยู่เพียงลำพัง และเคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน⁸ สำหรับข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยถึงความชุกของภาวะหรือโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่ามีค่าระหว่างร้อยละ 7.7- 82.3¹⁰⁻¹⁴ ความชุกของภาวะหรือโรคซึมเศร้าในเขตเมืองพบร้อยละ 19.9 - 80.3 และในเขตชนบทพบร้อยละ 17 - 84.8³ ซึ่งเป็นค่าค่อนข้างกว้างขึ้นกับประชากรที่ทำการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ประเมิน และปัจจัยที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ และความไม่เพียงพอของรายได้¹⁴ ยังไม่พบการศึกษาที่สำรวจโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา จึงเป็นที่มาของการสนใจที่ทำการศึกษานี้ในครั้งนี้ เพื่อค้นหาความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแล ฝ้าระวังและส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลพุทธโสธร ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจีนประชาสโมสรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจุกกระเฉด อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลาการเก็บข้อมูล คือระหว่างเดือน มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคในกลุ่มโรคดังต่อไปนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดสมอง มา รับการรักษาต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งใดแห่งหนึ่งอย่างน้อย 6 เดือน ผู้ป่วยจะต้องให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือโรคทางสายตารุนแรง ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

จากการคำนวณตามสูตร $Z_{\alpha/2}$ = ค่าคงที่ (3.84) P = Prevalence ในการศึกษานี้ใช้ความชุกร้อยละ 15.3³¹ d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ ได้มีค่าเท่ากับ 0.05 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 199 คน

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

อาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ค่าความดันโลหิต ผลเลือดโดยผู้ศึกษาเป็นคนกรอกแบบประเมินและมีการตรวจสอบข้อมูลด้านโรคประจำตัวและผลเลือด จากแฟ้มเวชระเบียน ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (Personal Health Questionnaire-9 : PHQ-9) มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย Lotraku¹⁵ แบบทดสอบนี้มีค่า sensitivity 0.84 และ specificity 0.77 ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนจะถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของประเทศไทย (Mini - Mental State Examination : Thai version 2002) ประกอบด้วยข้อประเมิน 11 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรืออ่านหนังสือไม่ออก ถ้าได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ถ้าได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และผู้ที่จบการศึกษามากกว่าระดับชั้นประถมศึกษา ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน ถือว่ามีภาวะบกพร่องทางด้านความจำ¹⁶ ผู้ศึกษาเป็นผู้ทำการทดสอบการวิจัยนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพุทธโสธร

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้า ใช้สถิติ multiple regression analysis พิจารณาความมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ค่า ≤ 0.05 โดยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษทั้งหมด 261 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 168 คน (ร้อยละ 64.4) อายุเฉลี่ย 70.0 ± 6.79 ปี โดยประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65 - 69 ปี จำนวน 75 คน (ร้อยละ 28.7) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ ≥ 75 ปี จำนวน 68 คน (ร้อยละ 26.1) มีสถานภาพสมรสคู่ 136 คน (ร้อยละ 52.1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 209 คน (ร้อยละ 80.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 128 คน (ร้อยละ 49.0) มีรายได้เพียงพอ 133 คน (ร้อยละ 51.0) พบโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป 167 (ร้อยละ 64.0) มีภาวะบกพร่องด้านความจำ 44 คน (ร้อยละ 16.7) และค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้เข้าร่วมศึกษาจำนวน 32 คนคิดเป็นร้อยละ 12.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ลักษณะประชากร	จำนวน(ร้อยละ)	$\bar{X}(\pm SD)$
เพศ		
ชาย	93(35.6)	
หญิง	168(64.4)	
อายุ		70.06 ± 6.79
60 - 64 ปี	63(24.1)	
65 - 69 ปี	75(28.7)	
70 - 74 ปี	55(21.1)	
≥ 75 ปี	68(26.1)	
สถานภาพสมรส		
คู่	136(52.2)	
โสด /หย่าร้าง/ หม้าย	125(47.8)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน(ร้อยละ)	$\bar{X}(\pm SD)$
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	11(4.2)	
ประถมศึกษา	209(80.1)	
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	41(15.7)	
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	128(49.0)	
ประกอบอาชีพ	133(51.0)	
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	128(49.0)	
เพียงพอ	133(51.0)	
จำนวนโรคประจำตัว		
1-2 โรค	94(36.0)	
≥ 3 โรค	167(64.0)	
มีภาวะบกพร่องด้านความจำ(MMSE)	44(16.7)	
PHQ 9		3.25±3.52
<9 คะแนน	229(87.7)	
≥9 คะแนน	32(12.3)	

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้ามี 2 ปัจจัย ได้แก่ การไม่ได้ประกอบอาชีพและรายได้ไม่เพียงพอ ความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) 0.262 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (R^2) 0.068 หรือตัวแปรอิสระเพียงสองตัว สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามหรือโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 6.8 และสามารถเขียนสมการโรคซึมเศร้าในรูปของคะแนนดิบ (b) ได้คือ $1.407 - 0.112 (\text{อาชีพ}) - 0.094 (\text{ความเพียงพอของรายได้})$ เมื่อพิจารณาทิศทางความสัมพันธ์ตามค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน(beta) พบตัวแปรทั้งสองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงลบ นั่นคือ การไม่ได้ประกอบอาชีพและการมีรายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า (ตารางที่ 2, 3, และ 4)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

	ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีโรคซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	มีโรคซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	Significance (p-value)
เพศ	ชาย	84	9	0.43
	หญิง	145	23	
อายุ	60 – 64 ปี	56	7	0.49
	65 – 69 ปี	69	6	
	70 – 74 ปี	48	7	
	≥ 75 ปี	56	12	
สถานภาพสมรส	คู่	121	15	0.85
	โสด/หย่าร้าง/หม้าย	108	17	
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	8	2	0.59
	ได้รับการศึกษา	221	30	
การมีอาชีพ	ไม่มีอาชีพ	105	23	<0.05
	มีอาชีพ	124	9	
ความเพียงพอของรายได้	ไม่เพียงพอ	105	23	<0.05
	เพียงพอ	124	9	
จำนวนโรคประจำตัว	1-2 โรค	78	14	0.16
	≥3 โรค	151	18	

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอยในการทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

Model	ลำดับขั้นตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	Adjusted R square	Std. Error of the Estimate	Significance (p-value)
1	การประกอบอาชีพ	0.222	0.049	0.042	0.322	0.006
2	การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้	0.262	0.068	0.060	0.325	0.002

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวแปรพยากรณ์	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients Beta	t	Significance
	B	Std. Error			
(constant)	1.407	0.081		17.476	0.000
การประกอบอาชีพ	-0.112	0.040	-0.171	-2.789	0.006
ความเพียงพอของรายได้	-0.094	0.041	-0.144	-2.326	0.002

วิจารณ์

ผลการศึกษาค้นพบว่าค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 12.3 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา โดยการศึกษาของ Liang¹⁰, Thongtang¹³, Sukhatunga¹², Yaiyong¹⁸ Wongpakaran¹⁹ และ Anantapong³⁶ พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 21.0, 12.8, 24.1, 13.2 และ 9.6 ตามลำดับ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าใช้เครื่องมือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นเครื่องมือที่วัดอาการซึมเศร้าที่มีผลอย่างสำคัญในระดับคลินิก ค่าความชุกที่ได้มีค่าที่สูงกว่าเครื่องมือที่ใช้วัดโรคซึมเศร้าที่อาศัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) หรือ International Statistical Classification of Disease (ICD) ซึ่ง PHQ-9 ที่ใช้ในการศึกษาการศึกษาของ Wongpoom¹⁴ ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่เชียงใหม่ พบค่าความชุกแค่ร้อยละ 5.9 ที่ทำการสำรวจในชุมชน แต่ได้ค่าความชุกที่น้อยกว่าการศึกษาค้นครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาที่เชียงใหม่ส่วนหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว จากการศึกษาค้นพบว่า การมีโรคประจำตัวเพิ่มโอกาสการเกิดโรคซึมเศร้า^{23, 26-27, 35} ความชุกที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในชุมชนจะมีค่ามีค่าระหว่างร้อยละ 12.8 - 53.7 และในสถานพยาบาลมีค่าระหว่างร้อยละ 17.8 - 65^{4 10, 20-22}

ผลการศึกษานี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10, 20} แต่พบว่าอายุที่มากขึ้นพบความชุกโรคซึมเศร้าสูงขึ้น อาจเป็นผลจากร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัย ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{11, 14, 18, 20, 29} สำหรับสถานะสมรส การไม่มีคู่ครองหรือหย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิตในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา^{14, 20, 30} ซึ่งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอยู่กับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว เช่น ลูก หลาน สอดคล้องกับวัฒนธรรมครอบครัวขยาย ถึงแม้ไม่ได้แต่งงานหรือสูญเสียคู่สมรส ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งก็มีครอบครัวคอยสนับสนุน ทำให้ลดการเกิดโรคซึมเศร้าได้^{10, 20, 30, 31} ส่วนระดับการศึกษาในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา และพบว่าระดับการศึกษาที่น้อยหรือไม่ได้รับการศึกษามีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่า^{10, 20} ซึ่งผลศึกษาค้นครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีโรคซึมเศร้ามากกว่า ซึ่งในกลุ่มสูงอายุในการศึกษากลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค อาจจะกังวลต่อโรคประจำตัวที่เป็น ซึ่งมีร่วมกันหลายโรค ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับเคยประกอบอาชีพแล้วปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีรายได้ลดลง ความมั่นคงในงานและรายได้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าตามมา จากหลายการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะหรือโรคซึมเศร้า^{17-18, 23- 28, 30, 32, 33} โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษามีเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวและมารับการรักษาต่อเนื่องและพบโรครวมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรคขึ้นไปสูงถึง 226 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 94.3 ซึ่งมีการศึกษาพบว่าการมีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ

2 โรคขึ้นไป พบโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าถึง 7 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว³⁵ จึงอาจทำให้พบค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในงานศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

สำหรับปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยการไม่ได้ประกอบอาชีพและปัจจัยการมีรายได้ไม่เพียงพอ ทั้ง 2 ปัจจัยร่วมกันทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุครั้งนี้ได้ร้อยละ 6.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีอายุเพิ่มขึ้นสภาพร่างกายเสื่อมถอย ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม หรือเกษียณจากงานประจำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวหมดไป ความสำคัญหรือมีคุณค่าลดลง การไม่ได้ประกอบอาชีพส่งผลทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ก่อให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะหรือโรคซึมเศร้าตามมาได้เหมือนกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{9, 14, 16, 20, 27, 31, 37} แต่ค่าคะแนนในการทำนายโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนที่ต่ำ อาจมาจากปัจจัยที่นำมาศึกษาเน้นปัจจัยส่วนบุคคลมากกว่าปัจจัยทางครอบครัว สังคมหรือด้านจิตใจที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมาได้

ข้อจำกัดในการวิจัย พบว่า ปัจจัยบางอย่างที่อาจเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าไม่ได้นำมาประเมินในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การนอนไม่หลับ ความพอใจต่อสุขภาพต่ำ ความกังวลเกี่ยวกับโรคประจำตัว^{14, 20, 31} ปัญหาด้านครอบครัวและสังคม เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวหรือปัญหาครอบครัว การสูญเสียคนใกล้ชิด การสนับสนุนทางสังคม^{10, 14, 20, 30, 37} ซึ่งมีงานศึกษาว่าสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า³⁵ สุดท้ายแม้จำนวนประชากรที่ศึกษาจะเพียงพอจากการคำนวณทางสถิติ แต่หากเพิ่มจำนวนประชากรในหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันอาจจะทำให้เห็นข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะ ควรทำการประเมินในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจินตประสาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจุกระแหมเป็นระยะ เนื่องจากพบว่ามีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำในระยะเวลา 1 - 2 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าร้อยละ 35^{26, 32} สามารถมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี และร้อยละ 33 - 64.4 อาการจะดีขึ้นภายใน 2 ปี^{7, 34} และพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 40 ที่เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วเข้ารับการรักษา³⁴

สรุป

จากการศึกษาพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) พบค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 12.3 โดยปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การไม่ได้ประกอบอาชีพและการมีรายได้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร ที่อนุญาตให้ทำโครงการวิจัย เจ้าหน้าที่บุคลากรประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจีนประชาสโมสร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจุกกระเฉด ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ดร.วรารกร เกรียงไกรศักดิ์ สำหรับเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับงานวิจัยและด้านสถิติ

References

1. World Health Organization. The global burden of disease : 2004[online].[cited 24 March 2010]; Available from : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_diseaseGBD_report_2004_update_full.pdf.
2. Charernboon T. Measures and screening tests for depression in Thailand : A user's guide. Thammasat Medical Journal 2011;11:667-76.
3. Wongpakaran N. Geriatric Psychiatry in Thailand . J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53: S39-46.
4. Castro-de-Araujo LFS, Barcelos FR, Martins CB. Depression morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. Revista brasileira de Psiquiatria 2013;35:201-7.
5. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet 2005;365:1961-70.
6. Blazer DG. Depression in late life : review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med 2003;58:249-65.
7. Cole MG, Ballarance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations : systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 1999;156:1182-9.
8. Cole MG, Dandukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects : a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2003;160:1147-56.
9. Stek ML, Vinkers DJ, Gussckloo J, van der Mart RC, Beckman AT, Westendorp RG. Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. Br J Psychiatry 2006; 188:65-9.
10. Liang G, Arunpongpaisal P, Kessomboon P, Pinitsoontorn S, Kihirunyarath P. Depression and cognitive impairment among the community of Khon Kean : a primary care setting descriptive study. J Psychiatr Assoc Thailand 2009;54:357-66.
11. Thongtang O, Sukhatunga K, Nagmthipwatthana T, Chulakadabba S, Vutiganond S, Pooviboonsuk P, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. J Med Assoc Thai 2002;85:540-4.
12. Sukhatunga K, Pattarayuttawai S, Chandra J, Luckom M, Chaiyasit W, Bunnagulrote K. Depression and dementia in the Thai elderly in urban and rural communities. Siriraj Hospital Gazette 1998;232-43.
13. Charernboon T, Phanasathit M, Tangwongchai S, Hemrungronj S, Worakul P. Depression and dementia among members of 15 elderly clubs in Bangkok. Thammasat Medical Journal 2010;10:428-36.
14. Wongpoom T, Sukying C, Udomsubpayakul U. Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56: 103-16.
15. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of PHQ-9. BMC Psychiatry 2008;8:46.
16. Train the Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination. Siriraj Medical Journal 1993;45:359-74.
17. Aoon-kaew V, Kuhirunyarath P. The prevalence of depression among the elderly in Ban prow community Hospital. Meuang District, Nong Bua Lam Phu Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2015;3:577-89.
18. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi province. J Psychiatr Assoc Thai 2011; 56: 117-28.
19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics 2012;12:11-7.
20. Bhamani MA, Karim MS, Khan MM. Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. BMC Psychiatry 2013;13:181-8.
21. Majidi MR, Mobarhan MG, Salek M, Taghi M, Mokhtari N. Prevalence of depression in an elderly population: a population-based study in Iran. Iranian Journal Psychiatry and Behavioral Sciences 2011;5:17-21.
22. Maulik S, Dasgupta A. Depression and its determinants in the rural elderly of West Bengal-a cross sectional study. Int Biol Med Res 2012;3:1299-302.
23. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. Glob Health Action 2013;6:1-9.
24. Mechakra-Tahiri DS, Dube M, Zunzunegui MV, Preville M, Berbiche D, Brassard J. Pattern of change of depressive disorder over a one-year period among community-dwelling older adults in Quebec. Depression Research and Treatment 2013; 2013:451708.
25. Chen S, Conwell Y, Vanorden K, Lu N, Fang Y, Ma Y, et al. Prevalence and natural course of late-life depression in China primary care: a population based study from an urban community. J Affect Disord 2012;141:86-93.
26. Katana C, Linnastan G, Cooper C. Functional psychiatric illness in old age. In: Howard MF, Kenneth R, Kenneth W, editors. Brocklehurst's Textbook of geriatric medicine and gerontology. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2010.p 433-6.

27. Robert LK, Joseph GO, Itamar BA, Barbara R, editors. Essential of clinical geriatrics. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
28. Magnil M, Janmarker L, Gunnarsson R, Bjorkelund C. Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with mild depression: a two-year observational study. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:20-5.
29. Li N, Pang L, Chen G, Song X, Zhang J, Zheng X. Risk factors for depression in older adults in Beijing. *Can J Psychiatry* 2011;56: 466-73.
30. Inchaiya C, Sangon S, Nintachan P. Factors predicting depression in older adults in community. *Rama Med J* 2016;30:17-33.
31. Paungrod N. The Study on Depression in Nonthaburi Province Elderly. *Princes of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences* 2015; 2:63-74.
32. Darren JT, Soo B. Major depression and related disorders in late life. In: Mere EA, Gabe JM, editors. *Principles and practice of geriatric psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 349-68.
33. Biddulph JP, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, et al. Risk factors for depressed mood amongst a community dwelling older age population in England: cross-sectional survey data from the PRO-AGE study. *BMC Geriatr* 2014; 14:5.
34. Licht-Strunk E, Van Marwijk HW, Hoekstra T, Twisk JW, De Haan M, Beekman AT. Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up. *BMJ* 2009; 338:a3079.
35. Mousservi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic disease, and decrements in health: result from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370:851-8.
36. Anantapong K, Pitanupong J, Werachattawan N, Aunjitsakul W. Depression and associated factors among elderly outpatients in Sonklanagarind Hospital, Thailand: a cross-sectional study. *Songklanagarind Medical Journal* 2017; 35: 139-48.
37. Klinwichit S, Klinwichit W, Inchai P, Klinwichit P. Mental health evaluation of the elderly with chronic illness in community: Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand. *BJM* 2015; 2: 21-33.