

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
Prevalence and factors associated with elderly patient's depression
in Outpatient Department Sikhoraphum Hospital, Surin Province

นันทิดา ทองอัม, พ.บ.*

Nuntida Thongom, M.D.*

*กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย, 32220

*Medical work group Sikhoraphum Hospital, Surin Province, Thailand, 32220

Corresponding author, E-mail address: michizurepaew22@gmail.com

Received : 31 March 2022. Revised : 20 May 2022. Accepted : 28 Jul 2022

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นภัยเงียบและปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจประเมินภาวะซึมเศร้าตลอดจนไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
- วิธีการศึกษา** : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 421 คน สุ่มคัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 5 ฉบับ และวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน
- ผลการศึกษา** : ผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 17.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 5.5 และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$
- สรุป** : ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หากได้รับการคัดกรองและได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- คำสำคัญ** : ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก

ABSTRACT

- Background** : Depression in the elderly is a silent threat and a major health problem. Most of the elderly were not screened for depression and received inappropriate treatment. Which affects the quality of life functioning in daily life, dependence, and suicide.
- Objective** : The aim of this is to prevalence and factors associated with depression in elderly patients in the Outpatient Department Sikhoraphum Hospital, Surin Province
- Methods** : The aims of this cross-sectional study. Samples were 421 Elderly patients in Outpatient Department Sikhoraphum Hospital, Surin Province who were volunteer selected. Data were collected by using 5 questionnaires. Stepwise Multiple Regression Analysis was used to test the factors affecting Depression in the Elderly.
- Results** : Findings were shown 17.6% had mild depression and 5.5% had moderate depression. Factors affecting the incidence of depression among the elderly who came to the outpatient department were factors of age, body mass index, having underlying disease, and Activities of Daily Living: ADL. ($p < 0.001$)
- Conclusions** : Depression in the elderly is caused by a number of factors. If screened and received appropriate care, the elderly will have a good quality of life.
- Keywords** : Depression, Elderly, Outpatient Department

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจนเข้าสู่สังคมสูงอายุและอีกไม่เกิน 10 ปีประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นและจะเข้าสู่โครงสร้างสังคมสูงอายุนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2575⁽¹⁾ ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกพบว่าความผิดปกติทางจิตและระบบประสาทที่พบมากที่สุดคือภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 7.0) รองลงมาคือ ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 5.0) และความวิตกกังวล (ร้อยละ 3.8)⁽²⁾ สำหรับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่า โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอกเหนือจากนี้ ภาวะสมองเสื่อมและปัญหาเรื่องเพศ⁽³⁾ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุของการสูญเสียความ

สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและหน้าที่ความรับผิดชอบของประชากรโลก และภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุของการสูญเสียความสามารถของประชากรโลกอันดับ 2 ของทุกกลุ่มอายุทั้งเพศชายและหญิง⁽⁴⁾ ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่มากกระตุ้นหรือรบกวนซ้ำๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ขาดสมดุล มีผลต่อการปรับตัวต่อการตอบสนองต่อความเครียดและพฤติกรรมที่แสดงออกด้านจิตใจลดลงไป ลักษณะที่แสดงออกได้แก่ อารมณ์เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง หดความสนใจในสิ่งต่างๆ แทบหมดกำลังใจ อ่อนล้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาการจะคงอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์⁽⁵⁾ ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันตั้งแต่ระดับปกติซึ่งอาการจะมีน้อยๆ จนกระทั่งรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิตหรือการฆ่าตัวตาย⁽⁶⁾

อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 3 ของจังหวัด มีจำนวน 25,097 คน⁽⁷⁾ และประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่มารับบริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลศีขรภูมิ ซึ่งผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องมารับบริการสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าความชุกของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุคือโรคซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 19.5 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัวและความเพียงพอของรายได้⁽⁸⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อเพิ่มความเข้าใจปรากฏการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบด้านสุขภาพและนำข้อมูลสู่การหาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและพัฒนาแนวทางในการดูแล การให้การพยาบาลและการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบภาคตัดขวาง โดยตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 421 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่าหลายทฤษฎีได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁽⁹⁾ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านการมารับบริการสุขภาพ ได้ถูกนำมาศึกษาในหลายการศึกษาซึ่งในแต่ละการศึกษานั้นมีความแตกต่างกันซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีการศึกษา

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในอำเภอศีขรภูมิ จำนวนประชากรทั้งสิ้น 25,097 คน⁽⁹⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 421 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ตัวอย่างการวิจัย ได้แก่

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายและหญิง ใน 15 ตำบล 228 หมู่บ้าน อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
2. เป็นผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2565 และ
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงหรือโรคทางจิตและการรับรู้

การกำหนดขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ใช้การกำหนดตัวอย่างด้วยสูตรเครซี่และมอร์แกน⁽¹⁰⁾ จากการคำนวณได้ขนาดของตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จำนวน 379 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของตัวอย่างร้อยละ 10 จึงคำนวณขนาดของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 421 คน และมีการสุ่มคัดเลือกตัวอย่างแบบสมมติใจ

เครื่องมือที่ใช้การศึกษาและการวัดผล

1. แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้และ

ความเพียงพอของรายได้ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.8

2. แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการมารับบริการสุขภาพ สร้างขึ้นมีจำนวนคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต การมีโรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย อาการสำคัญที่มารับบริการสุขภาพ ประสบการณ์การเคยมารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนครั้งที่มารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก ความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ และค่าใช้จ่ายในการมารับบริการสุขภาพ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.9

3. แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สร้างโดยมาร์โชนีและบาร์เทล⁽¹¹⁾ และจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้ 0 - 4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้, 5 - 11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน, 12 - 20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี⁽¹²⁾ ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา เท่ากับ 0.9

4. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามของกรมสุขภาพจิต⁽¹³⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ซึ่งการแปลผล ถ้าคำตอบ มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา เท่ากับ 0.9

5. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถามของกรมสุขภาพจิต⁽¹³⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งการแปลผล คะแนนรวม 0 - 6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวม 7 - 12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คะแนนรวม 13 - 18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนรวม ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา เท่ากับ 0.9

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการชักถามจากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิครินทร์ ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการมารับบริการสุขภาพ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตามปัจจัยข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการมารับบริการสุขภาพและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ หนังสือรับรองเลขที่ 1/2565 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.5) มีอายุเฉลี่ย 70.4 ปี (SD.=7.4) โดยช่วงอายุ 60-93 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.8 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.6 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 2,306.7 บาท (SD.= 5,201.8) โดยมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 0 - 56,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 88.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=421)

ข้อมูลทั่วไป	พิสัย	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			242(57.5%)
หญิง			179(42.5%)
ชาย			
อายุ	60-93	70.4(±7.4)	
ศาสนา			
พุทธ			419(99.5%)
อิสลาม			2(0.5%)
สถานภาพ			
โสด			24(5.7%)
สมรส			340(80.8%)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่			57(13.5%)
ระดับการศึกษาสูงสุด			
ไม่ได้เรียน			14(3.3%)
ประถมศึกษา			382(90.7%)
มัธยมศึกษา			10(2.4%)
ปริญญาตรี			15(3.6%)
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ			113(26.8%)
รับจ้าง			13(3.1%)
เกษตรกร			276(65.6%)
ค้าขาย			9(2.1%)
ข้าราชการบำนาญ			10(2.4%)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	0-56,000	23,06.7(±5,201.8)	
ความเพียงพอของรายได้			
ไม่เพียงพอ			382(88.4%)
เพียงพอ			49(11.6%)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการมารับบริการสุขภาพ พบว่า ด้านภาวะสุขภาพ มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 11.1 - 45.3 การมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 81 โดยเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 32.5 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการดื่มสุราตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเลย ร้อยละ 77.9 ด้านการมารับบริการสุขภาพ พบว่า ประสบการณ์การเคยมารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก เคยมา

รับบริการร้อยละ 98.8 ส่วนใหญ่มารับบริการสุขภาพ 1-5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 83.1 โดยอาการสำคัญที่มารับบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 46.3 ความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ ส่วนใหญ่ไม่ยากลำบาก ร้อยละ 90.1 ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการสุขภาพมีความเหมาะสม ร้อยละ 99.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการมารับบริการสุขภาพ (N=421)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการมารับบริการสุขภาพ	พิสัย	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	จำนวน (ร้อยละ)
ภาวะสุขภาพ			
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	30-116	55.8(±11.6)	
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	142-190	158.1(±9.3)	
ดัชนีมวลกาย	11.1-45.3	22.4(±7.3)	
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)			
ความดันซิสโตลิก	100-206	138.3(±17.7)	
ความดันไดแอสโตลิก	55-170	78.6(±10.7)	
การมีโรคประจำตัว			
ไม่มี			80(19%)
มี			341(81%)
โรคประจำตัว (N=341)			62(18.2%)
เบาหวาน			111(32.5%)
ความดันโลหิตสูง			103(30.2%)
เบาหวานและความดันโลหิตสูง			65(19.1%)
อื่น ๆ			
พฤติกรรมสุขภาพ			
การดื่มสุรา			
ไม่เคยดื่มเลย			328(77.9%)
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว			53(12.6%)
ดื่มบางครั้ง			31(7.4%)
ดื่มเป็นประจำ			9(2.1%)
การสูบบุหรี่			
ไม่เคยสูบ			347(82.4%)
เคยสูบแต่เลิกแล้ว			51(12.1%)
สูบบางครั้ง			6(1.4%)
สูบเป็นประจำ			17(4.1%)
การออกกำลังกาย			
ไม่เคยเลย			269(63.9%)
ครั้งละ 30 นาที 1-2 วัน/สัปดาห์			74(17.6%)
ครั้งละ 30 นาที 3-4 วัน/สัปดาห์			16(3.8%)
ครั้งละ 30 นาที 5-6 วัน/สัปดาห์			4(1.0%)
ครั้งละ 30 นาที ทุกวัน			58(13.7%)
ประสบการณ์การเคยมารับบริการสุขภาพ ในแผนกผู้ป่วยนอก			
ไม่เคย			5(1.2%)
เคย			416(98.8%)
จำนวนครั้งที่มารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก			
1-5 ครั้ง/ปี			350(83.1%)
6-10 ครั้ง/ปี			62(14.7%)
มากกว่า 10 ครั้ง/ปี			9(2.2%)

ตารางที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการมารับบริการสุขภาพ (N=421) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการมารับบริการสุขภาพ	พิสัย	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	จำนวน (ร้อยละ)
อาการสำคัญที่มารับบริการสุขภาพ			
กลุ่มอาการไข้			10(2.4%)
กลุ่มอาการทางเดินอาหาร			10(2.4%)
กลุ่มอาการทางเดินปัสสาวะ			8(1.9%)
กลุ่มอาการมีเลือดออก			4(1%)
กลุ่มอาการมีก้อนหรือบวม			3(0.7%)
กลุ่มอาการหัวใจและหลอดเลือด			195(46.3%)
กลุ่มอาการปวด			65(15.4%)
กลุ่มอาการทางเดินหายใจ			12(2.9%)
กลุ่มอาการกระดูกและกล้ามเนื้อ			109(25.8%)
กลุ่มอาการทางผิวหนัง			4(1%)
กลุ่มอาการทางตา หู คอและจมูก			1(0.2%)
ความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ			
ไม่ยากลำบาก			379(90.1%)
มีความยากลำบาก			41(9.7%)
มีความยากลำบากมาก			1(0.2%)
ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการสุขภาพ			
ไม่เหมาะสม			2(0.5%)
เหมาะสม			419(95.5%)

2. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 19.4 (SD.=1.5) มีคะแนนอยู่ในช่วง 10 - 20 คะแนน โดยพบว่าเมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ มีคะแนน 12 - 20 คะแนน หรือกลุ่มติดสังคม มากที่สุด ร้อยละ 99.3 และคะแนนระหว่าง 5 - 11 คะแนนหรือกลุ่มติดบ้านร้อยละ 0.7 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (N=421)

ข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	พิสัย	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	จำนวน (ร้อยละ)
คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ			
การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ	10-20	19.4(±1.5)	
กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน)			3(0.7%)
กลุ่มติดสังคม (ADL 12-20 คะแนน)			418(99.3%)

3. ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่มี ทั้ง 2 คำถาม (0 คะแนน) ร้อยละ 78.4 และมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 ร้อยละ 21.6 โดยมีในข้อ 1 คำถาม ร้อยละ 11.9 และมีในข้อ 2 คำถาม ร้อยละ 9.7 ซึ่งกลุ่มความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าจะได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม โดยพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 6 คะแนน) ร้อยละ 76.9 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7 - 12 คะแนน) ร้อยละ 17.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน) ร้อยละ 5.5 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามและการประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม

ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าและการประเมินโรคซึมเศร้า	พิสัย	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	จำนวน (ร้อยละ)
คะแนนการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (N=421)	0-2	0.3(0.6)	
ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม (0 คะแนน)			330(78.4%)
มี ในข้อ 1 คำถาม (1 คะแนน)			50(11.9%)
มี ในข้อ 2 คำถาม (2 คะแนน)			41(9.7%)
คะแนนการประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (N=91)	0-18	5.0(3.5)	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6 คะแนน)			70(76.9%)
ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน)			16(17.6%)
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)			5(5.5%)
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (19 คะแนนขึ้นไป)			0(0%)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก หลังจากวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเบื้องต้นแล้ว ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงๆ และนำเข้ามาสมการตามลำดับและทำการวิเคราะห์แบบพหุเชิงซ้อนพบว่า ตัวแปรอิสระมีทั้งหมด 4 ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ที่ดี

ที่สุด คือ ปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ได้ร้อยละ 68.6 ($R^2 = 0.698$, $R^2_{adj} = 0.646$, $SE_{Est} = 6.753$, $F = 174.826$, $p < 0.001$) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ (N=421)

ตัวแปรพยากรณ์	สัมประสิทธิ์ถดถอย		R^2	R^2_{adj}	SI^2	R^2 change
	B	β				
ปัจจัยด้านอายุ	0.273	0.141	0.564	0.564	6.431	0.564
ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย	- 0.314	- 0.167	0.631	0.630	6.845	0.067
ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว	- 0.298	- 0.153	0.786	0.784	7.926	0.155
ปัจจัยด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	- 0.101	- 0.058	0.698	0.695	7.218	0.088

$$\text{Constant} = 21.329, R^2=0.698, R^2_{adj}=0.646, SE_{Est}=6.753, F= 174.826, p<0.001$$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามพบว่า ตัวอย่างมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 21.6 ซึ่งกลุ่มความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าจะได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามโดยพบว่า การประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 17.6 และ

มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 5.5 ซึ่งสอดคล้องและใกล้เคียงกับการศึกษาของอิสริย์ ศิริวรรณกุลธร⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้อาจจะกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุอาจเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ ปัญหาสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม อายุ มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของวิจิตร แผ่นทอง⁽¹⁵⁾ อาจเป็นผลจากร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัย ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก⁽¹⁶⁾ ดัชนีมวลกายมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnston⁽¹⁷⁾ ทั้งนี้อาจจะกล่าวได้ว่าในผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าตนเองมีภาพลักษณ์ที่ไม่สวยงามทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ คุณค่าในตนเองลดลง สิ้นหวังและล้มเหลวและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽¹⁸⁾ การมีโรคประจำตัวมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ สงวนชื่อ⁽¹⁹⁾ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีโรคเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถกลับไปเป็นปกติตามเดิมได้ส่งผลต่อด้านจิตใจ ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เศร้า ผิดหวัง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รู้สึกไร้ค่า และความสามารถในด้านต่างๆ ลดลงจนเกิดภาวะซึมเศร้า⁽²⁰⁾ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอ้อยทิพย์ บัวจันทร์⁽²¹⁾ ซึ่งอาจเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ ผู้สูงอายุจะไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระ คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็อาจส่งผลให้เกิดแนวความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตนเองในทางลบเนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดและสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุขึ้นได้⁽²²⁾

สรุป

การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้สูงอายุที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดสุรินทร์ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 17.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 5.5 และปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุ ควรมีการประเมินคัดกรองและเฝ้าระวังในผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม และควรมีการศึกษาในกลุ่มวัยต่างๆ หรือกลุ่มที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายและเพื่อพัฒนารูปแบบในการดูแลด้านสุขภาพจิตต่อไป

ข้อจำกัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางและกลุ่มวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย หรือมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมีการมารับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องและมีความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพ จึงอาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง ; 2558.
2. แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด องค์การอนามัยโลก, กองทุนส่งเสริมสุขภาพแห่งวิคตอเรียและ มหาวิทยาลัยเมลเบิร์น. การส่งเสริมสุขภาพจิต แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ (รายงานสรุป).เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์ ; 2560.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ : ละม่อม จำกัด ; 2561.
4. Murray CJ, Lopez AD. Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Diseases Study. Lancet 1997;349(9064):1498-504. doi: 10.1016/S0140-6736(96)07492-2.
5. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4: 561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
6. Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York : Hoeber Medical Division ; 1967.

7. Volkert J, Schulz H, Härter M, Wlodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries-a meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013;12(1):339-53. doi: 10.1016/j.arr.2012.09.004.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. ข้อมูลประชากรปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2565]. ค้นได้จาก:URL:https://drive.google.com/drive/folders/1Po9jgDU1xO2VbpXCnBNx80hymjCiuFc;.
9. มาติกา รัตนะ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. วิชาเอกการจัดการการบริการสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย ; กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2559
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
11. MAHONEY FI, BARTHEL DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
12. สุขสิน เอกา, จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, นพวรรณ เปียเชื้อ, สุภามาศ ผาติประจักษ์. พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยเขมร กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสำโรงโคกเพชร จังหวัดสุรินทร์.วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2555;38(4):35-51.
13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; 2558.
14. อิสริย์ ศิริวรรณกุลธร, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยสิริ อังกระวรรณนท์, อัศวิน โรจนสุมาพงศ์, ชลวัฒน์ อินปา, นพคุณ นันทศุภวัฒน์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(1):1-11.
15. วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะতিย์, วรุดิ แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์, สุนิสา คำชื่น. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7(2):114-26.
16. Bhamani MA, Karim MS, Khan MM. Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. *BMC Psychiatry* 2013;13:181. doi: 10.1186/1471-244X-13-181.
17. Johnston E, Johnson S, McLeod P, Johnston M. The Relation of Body Mass Index to Depressive Symptoms. *Can J Public Health* 2004;95(3):179-83. doi: 10.1007/BF03403643.
18. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. NewYork : Guilford Press ; 2011.
19. อารีย์ สงวนชื่อ, ปณณทัต ดันธนปัญญากร, รัตนารณณ์ อาษา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 2563;14(2):277-87.
20. นาริรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2564;6(3):1-7.
21. อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ฐาติมา เพชรน้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล 2564; 70(4):20-7.
22. ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสพิณ แสงอ่อน, พชรินทร์ อินทจันทร์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559; 30(1):17-33.