



สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

สุธีกาญจน์ ไชยลาภ ปร.ด., สส.ม. พย.บ.^{1*}

¹ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: suteekarn48@hotmail.com

Vajira Med J. 2019; 63 Suppl: S113-22

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจสถานการณ์ปัญหาซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบผสม

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปอาศัยในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร 6 เดือนขึ้นไป

วิธีการศึกษา: สุ่มตัวอย่างการศึกษาแบบแบ่งกลุ่ม (multi-stage cluster random sampling) จากพื้นที่กรุงเทพมหานคร 6 โซนๆ ละ 4 เขต โดยกระจายทุกพื้นที่ คัดเลือกตัวแทนจำนวน 1 ชุมชน/1 เขต จำนวน 24 ชุมชนๆ ละ 17-18 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสำรวจมีจำนวนทั้งสิ้น 420 คนตามการคำนวณโดยใช้สูตรยามาเน เครื่องมือวิจัยในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q-9Q-8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questions) ประกอบด้วย เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึก เครื่องมือรวบรวมข้อมูลผ่านการทดลองใช้ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Mean, SD., Chi-square

ผลลัพธ์ที่วัดได้: จากการประเมินด้วยแบบวัด 2Q หากตอบว่ามีอาการในข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ไม่เป็นกลุ่มเสี่ยง มีร้อยละ 73.1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบวัด 9Q พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงดังกล่าวไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 47.8, 39.8, 7.1 และ 5.3 ตามลำดับ โดยมีอาการดังต่อไปนี้เกิดขึ้นเป็นบางวัน คือ เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไรและไม่สบายใจ รู้สึกซึมเศร้าท้อแท้ มีอาการหลับยากหรือหลับตื่นๆหรือหลับมากไป เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไปคิดเป็นร้อยละ 63.6, 52.5, 42.4, 40.7 และ 44.9 ตามลำดับ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ สภาพการทำงาน สภาพการใช้ชีวิต และการมีผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการสัมภาษณ์ระดับลึกและสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า บทบาทของภาครัฐ หน่วยงานต่างๆ และกรุงเทพมหานครควรประสานความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

สรุป: สถานการณ์ปัญหาซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามโครงสร้างประชากรไทย การส่งเสริมป้องกันโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงมีความจำเป็น ผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ากลุ่มหนึ่งซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น บทบาทของภาครัฐ หน่วยงานต่างๆและกรุงเทพมหานครควรประสานความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ จัดระบบบริการให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่ายและปลอดภัย วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองโดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่ตามลำพังและมีปัญหาสุขภาพ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า เขตเมือง กรุงเทพมหานคร



The situation of depression and its related factors among older people living in the urban community areas of Bangkok Metropolitan

Suteekarn Chaiyalap Ph.D., M.SW. B.N.^{1*}

¹ Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University Bangkok Thailand

* Corresponding author, email address: suteekarn48@hotmail.com

Vajira Med J. 2019; 63 Suppl: S113-22

Abstract

Objective: To explore the situation of depression and its related factors among older people living in urban community areas of Bangkok Metropolitan

Study design: Mixed methods

Subjects: The Thai older people aged ≥ 60 years old and were living in the urban communities of Bangkok Metropolitan more than 6 months

Methods: Based on the technique of multi-stage cluster random sampling, the urban community areas of Bangkok Metropolitan were divided into 6 zones. After that the 4 districts of each of the zones were simply randomly selected and this was yield to 24 districts. The one community per the districts totally accounted to 24 communities were simply random chosen. Finally the older dwellers living in these communities accounted to 17-18 persons per the one community were judgmentally selected respectively. According to the Yamane formula, the amount of sample group was calculated to be 420 cases. The research tools employed here for the research data were the semi-structural questionnaire utilized to collect the quantitative personal data of the sampled group, the preliminary test of depression (2Q-9Q-8Q) constructed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health and this was used to evaluate the situations of depression, and the guideline of group discussions and in-depth interviewing were practiced to collect the qualitative data. The reliability of questionnaire was equal to 0.91. The collected data was analyzed and presented into mean, sd., chi-square and

Main Outcome Measures: Based on 2Q assessment, if the one person replies to have only the one item from many of them it indicates to that he or she has the risk of depression. Therefore it was found that the 113 older people or 26.9% were being at the risk of depression. The 9Q was also used to assess in the more details of the risk group and this was found that the risk group had the degrees of depression categorized from none, mild, moderate and to severe level were 47.8%, 39.8%, 7.1% and 5.3% respectively. Also the group had these of the following symptoms occurring on some days as 1) boredom, disregard for wanting to do anything 2) uneasy feeling depressed 3) discouraged having difficulty 4) falling asleep or sleeping awake or sleeping too much 5) Easily tired or loss of appetite or overeating and they were showed to 63.6%, 52.5%, 42.4%, 40.7% and 44.9% respectively. Some of the factors as health status, working conditions, living conditions and having the main caregivers of the

elderly were statistically significantly associated with the risk of depression at $P < 0.05$. From the in-depth interviews and the discussion of the stakeholders it was found that the role of the government agencies and the Bangkok Metropolitan Authority should systematically cooperate together in order to develop the quality of life for the older persons.

Conclusions: The situation of depression among the elderly is likely to increase according to the Thai population structure. The strategies of prevention and promotion in this vulnerable group were necessary. The elderly are classified to be the one group of high depression risk. The role of the government agencies and the Bangkok Metropolitan authority should systematically cooperate together in developing the elderly health. It should have the special arrangement of the service system for the elderly and this should be made to be more conveniently and easily access. For the communities it should have the culture enculturation of caring for the elderly especially in those who are alone and have the high risks of health problems.

Keywords: Depression, Urban Community, Bangkok Metropolitan

บทนำ

โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในเมืองใหญ่ทั่วโลกในอนาคตอันใกล้คือประชากรผู้สูงอายุ ในส่วนของประเทศไทยสภาพการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกัน ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aging society) จากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 12.4 ในปีพ.ศ. 2565 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด (นิตยสารมติชน, 2551) ประกอบกับการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าจำนวนผู้สูงอายุจะมีมากขึ้นถึง 10 ล้านคนหรือร้อยละ 16 ในปีพ.ศ. 2558 และประมาณ 15 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2568 หรือร้อยละ 23 และเพิ่มสูงขึ้นถึง 75 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2573 (world Health Organization, 2019)

จากรายงานของสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล พ.ศ. 2553 แสดงให้เห็นว่าประชากรสูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนถึง 726,214 คน จากประชากร 5,701,394 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.7 ของประชากรทั้งหมด และในปีพ.ศ. 2555 จากรายงานของสำนักงานปกครองและทะเบียน กรุงเทพมหานคร พบว่ามีประชากรสูงอายุขึ้นทะเบียนจำนวน 772,261 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.0 ของประชากรทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนในกรุงเทพมหานคร (Office of Policy and Planning Bangkok Metropolitan Administration, 2014)

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง 3 อย่างใหญ่ๆ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม ปัญหาด้านสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุมาโดยตลอด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 50 มีสุขภาพไม่ดี จากการสำรวจผู้สูงอายุในระดับประเทศ (John ND and Naphaporn CYW, 2009) พบผู้สูงอายุที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพดีเพียงร้อยละ 35 ความเจ็บป่วยที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ โรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุสูงมากจะมีปัญหาการเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และผู้สูงอายุหญิงจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สูงกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับประเทศ (Sutthichai Jitapunkul(๗)), 2001 ยังพบว่าผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนตกอยู่ในภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถ

ทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ โดยร้อยละ 19 มีปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาวซึ่งเป็นมานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

ในส่วนของสุขภาวะทางจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุบางส่วนมักไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ หรือมีตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบริหารแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการ อาจเสียความมั่นใจและตำแหน่งที่เสียไป ผู้สูงอายุจะได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกท้อแท้ อังว้าง และอาจมีความวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลาน และญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย ผู้สูงอายุก็มักมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง จากการศึกษาสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง นอกจากนี้ผลสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง ปี พ.ศ. 2555 จากรายงานสถานการณ์ความเครียดคนไทย รอบเดือนมกราคม 2554 พบว่ากรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดเสี่ยงที่พบผู้ที่มีความเครียดสูงมากที่สุด สาเหตุของความเครียดที่พบมากที่สุด เกิดจากปัญหาการเงิน รองลงมาคือ ปัญหาการงาน ปัญหาความไม่สงบของบ้านเมือง ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อมตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาภาวะสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมยังมีน้อยมาก

สำหรับสุขภาวะทางด้านสังคม โดยเฉพาะสภาพการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมทำให้ลูกหลานมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยภายในเขตเมืองยังประสบกับปัญหาทางสังคมจากการไม่มีลูกหลานคอยดูแล ไม่สามารถเข้าถึงรัฐสวัสดิการ มีปัญหาการติดสุราเรื้อรัง สารเสพติด ถูกทำร้ายร่างกายและถูกทอดทิ้ง รวมทั้งค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องไปพำนักอาศัยที่สถานสงเคราะห์หรือสถานดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบันทำให้ลูกหลานต่างวัยมีภาระมากขึ้น ไม่มีคนช่วย ไม่มีเวลาดูแล ต้องไปทำงาน ทั้งผู้สูงอายุให้อยู่ในสภาพผู้พึ่งพิงที่ซึมเศร้า ใช้ชีวิตลำพัง ไม่มีลูกหลาน นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม และซึมเศร้าค่อนข้างสูง สอดคล้องกับธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจ และรายงานโรคที่จะสร้างปัญหาให้กับประชาชนและประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า โรคจิตเวช โดยเฉพาะ

โรคซึมเศร้าจะมีอัตราการป่วยของประชากรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และคาดว่าจะมีประชากรร้อยละ 10 ของโลกที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เป็นภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (Institute of Geriatric Medicine, 2007)

กรุงเทพมหานครในปัจจุบันมีจำนวนประชากรสูงอายุมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น ทั้งยังมีแนวโน้มที่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับอัตราในภาพรวมของประเทศ การก้าวสู่สังคมสูงวัยและประเด็นท้าทายต่อคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่สำคัญยิ่งที่กรุงเทพมหานครต้องตระหนักและแสวงหากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมาป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ประกอบกับในระดับประเทศ รัฐบาลได้มีการเตรียมการทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน โดยการกำหนดยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ในส่วนของกรุงเทพมหานคร ได้มีการตระหนักและให้ความสำคัญกับประเด็นเกี่ยวกับประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2556-2559 มุ่งให้กรุงเทพมหานครเป็นมหานครแห่งความปลอดภัยและมหานครแห่งความสุข โดยคำนึงถึงประชากรสูงอายุเป็นการเฉพาะด้วย นอกจากนโยบายข้างต้นแล้ว กรุงเทพมหานครยังได้มีการจัดทำแผนกรุงเทพมหานครระยะยาว 20 ปี (พ.ศ. 2566-2575) มีการกำหนดวิสัยทัศน์ให้กรุงเทพมหานครเป็น “มหานครแห่งเอเชีย” ภายในปี พ.ศ. 2575 ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์หลัก 6 ประการนั้น ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุในกรุงเทพมหานคร ดังปรากฏในยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยการเป็น “มหานคร” สำหรับทุกคน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกรุงเทพมหานครจึงต้องมีการพัฒนาสุขภาวะเพื่อเตรียมรองรับกับวัยผู้สูงอายุในอนาคต พัฒนาวีถีชีวิตของผู้สูงอายุให้เป็นแบบพึ่งพาตนเองได้ สร้างความยั่งยืนของระบบการอำนวยความสะดวกที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ลดอัตราความเสื่อมถอยและลดอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคและความเจ็บป่วยทางกายและจิต เสริมสร้างผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองให้

สามารถดำรงชีวิตอย่างมีชีวิตรื่นเริงพึ่งพาตนเองได้ นำไปสู่การเป็นประชากรที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยขึ้นเพื่อสำรวจสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร เพื่อได้ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุทุกกลุ่มในกรุงเทพมหานคร นำไปสู่การวางแผนการพัฒนาสุขภาวะที่สอดคล้องกับแผนการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครในอนาคตและเป็นข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเข้าถึงบริการสุขภาพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของกรมสุขภาพจิตในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวาง (cross-sectional household survey) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) ทั้งวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative method) ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (questionnaire) ร่วมกับวิธีเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ได้แก่ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป พำนักอาศัยในชุมชนตัวอย่าง อย่างน้อย 6 เดือน (นับย้อนจากวันที่สัมภาษณ์) สามารถให้ข้อมูลได้และยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพื่อทำการสัมภาษณ์ จากฐานข้อมูลจำนวนประชากรทุกกลุ่มอายุทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2557 มีทั้งสิ้น 798,000 คน อาศัยอยู่ในเขตต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาโดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane, 1973) ได้จำนวน 400 คน เพื่อป้องกันการ drop out จากการศึกษา จึงเพิ่มจำนวนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลจริงเพิ่มอีกร้อยละ 5 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจึงมีเท่ากับ 420 คน ทำการสุ่มเขต ทำการศึกษาอย่างง่าย (simple random sampling) โดยเลือกเขตทำการศึกษาจากพื้นที่ศึกษาทั้ง 6 เขต ให้ได้โซนละ 4 เขต โดยกระจายทุกพื้นที่ ได้จำนวน 1 ชุมชน/1 เขตรวมจำนวน 24 ชุมชนๆละประมาณ 17-18 คน

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q-9Q-8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. คำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questions) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม จากตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ตัวแทนสมาชิกผู้สูงอายุในชุมชนที่หลากหลาย ประธานผู้สูงอายุในชุมชน ประธานชุมชน กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน โดยคัดเลือกตัวแทนที่หลากหลายจากตัวแทนชุมชนตัวอย่างจากโซนเขตต่างๆ ทั้ง 6 โซนๆ ละ 1 กลุ่ม รวมทั้งหมด 6 กลุ่มๆ ละ 1 ครั้ง ในแต่ละกลุ่มมีตัวแทนจากชุมชนในโซนนั้นๆ ประมาณ 15 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน

ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึก กลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่รับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เจ้าหน้าที่งานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวแทนภาครัฐ ตัวแทนนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนหรือท้องถิ่น จำนวน 10 คน

การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย มีกระบวนการดังนี้

เครื่องมือทั้งสองชุด ได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน การพยาบาลผู้สูงอายุและสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่านและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน สำหรับเครื่องมือชุดที่ 2 เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์ระดับลึก จำนวน 3 ท่านพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของแบบสอบถามและแนวคำถาม หลังจากนั้นส่วนของเครื่องมือชุดที่ 1 นำมาทดลองใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 เครื่องมือชุดที่ 2 นำมาปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล หัวหน้าโครงการและคณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตคณะผู้บริหารคณะฯ และผู้บริหารมหาวิทยาลัยนวมินทราชิต คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการทำวิจัยในคนของคณะและมหาวิทยาลัย หลังจาก

ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. คณะผู้วิจัยนัดประชุมหารือกำหนดแนวทางการวิจัย และวางแผนกำกับงาน กำหนดผู้รับผิดชอบ ทำหนังสือขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง

2. ประสานงานและอบรมผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจำนวน 4-5 คน ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 30 นาทีต่อราย

3. ประกาศเชิญชวนผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์สมัครเข้าร่วมโครงการ ชี้แจงเอกสารข้อมูลโครงการและหากอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการและปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิและรักษาความลับของอาสาสมัคร

4. ทำการสำรวจสถานการณ์ปัญหาซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามขอบเขตและแนวทางการสุ่มอย่างเป็นระบบใช้เวลาประมาณใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 30-45 นาทีต่อราย

4. สัมภาษณ์ระดับลึก จะใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยตรง มีการบันทึกเทปเมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล และในบางกรณีสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สะดวกต่อผู้ให้ข้อมูล ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 60-120 นาทีต่อรายโดยประมาณ

5. สนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 30-45 นาทีต่อกลุ่มโดยประมาณ โดยมีกิจกรรมนันทนาการควบคู่ไปด้วยเพื่อให้กลุ่มสนทนา รู้สึกผ่อนคลาย

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและถอดเทปการอภิปรายกลุ่มหรือแบบบันทึกการสนทนาหรือการให้ข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลักและรอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการวิจัย โดยชี้แจงขั้นตอนและประโยชน์ที่จะได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยละเอียด และให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการดังกล่าวด้วยความสมัครใจ การตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลกระทบใดๆ หรือความเสียหายใดๆ ตลอดจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการสรุปประเด็นตามโครงสร้างคำถาม กำหนดรหัสเป็นประเด็นสำคัญ และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอข้อค้นพบ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1. คุณลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 73.8) ช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.6) อาศัยอยู่ร่วมกับคู่ชีวิตสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 49.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.8) อาศัยอยู่ในบ้านพักของตนเองหรือครอบครัว (ร้อยละ 82.6) บ้านไม้ 2 ชั้น หรือบ้านครึ่งปูนครึ่งไม้ 2 ชั้น (ร้อยละ 34.0) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 2-3 คน (ร้อยละ 38.4) มีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 69.3) มีสิทธิรักษาพยาบาล (ร้อยละ 99.3) ประเภทสิทธิรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 71.5) สามารถทำงานได้ (ร้อยละ 52.6) ประเภทงานที่ทำทำงานบ้าน (ร้อยละ 45.7) ทำงานเชิงเศรษฐกิจ (ร้อยละ 40.3) ยังคงได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 96.2) แหล่งข้อมูลข่าวสารโทรทัศน์ (ร้อยละ 92.6) สวดมนต์ (ร้อยละ 52.9) เข้าวัด ฟังธรรม (ร้อยละ 39.0) ทำอาหาร (ร้อยละ 45.5) ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม (ร้อยละ 67.9) ไม่ได้ขึ้นทะเบียนคนพิการ (ร้อยละ 94.0) มีรายได้ต่อเดือน (ร้อยละ 90.0) คิด

เป็นรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-3,000 บาท (ร้อยละ 54.5) ครัวเรือนมีรายได้ที่แน่นอน (ร้อยละ 71.2) คิดเป็นรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท (ร้อยละ 44.5) แหล่งรายได้หลักเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 64.8) ไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 76.9) ไม่มีเงินออม (ร้อยละ 57.4) ผู้หารายได้หลักของครอบครัวคือบุตร (ร้อยละ 65.9) สุขภาพดีปานกลาง ยังพอทำงานได้ (ร้อยละ 42.4) ไม่ได้สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 91.4) ดูแลสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 82.4)

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 อธิบายได้ว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 19.3 ตอบว่า “มีความรู้สึกหดหู เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง” ภายในเวลา 2 สัปดาห์ ที่ทำการสำรวจ และมีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 23.1 ที่ตอบว่า “มีความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน” ภายในเวลา 2 สัปดาห์

เมื่อทำการคัดกรองโรคซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้ามีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า และแสดงผลของการศึกษาได้ดังตารางที่ 1 ที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นจากตารางที่ 3 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจึงมีทั้งหมด 113 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ไม่เป็นเสี่ยงมีร้อยละ 73.1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงจะต้องทำการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ (9Q) ต่อไป

ตารางที่ 1:

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อคำถามของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

การคัดกรองโรคซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
รู้สึกหดหู เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังภายใน 2 สัปดาห์		
มี	84	20.0
ไม่มี	336	80.0
รวม	420	100
รู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลินใน 2 สัปดาห์		
มี	101	24.0
ไม่มี	319	76.0
รวม	420	100

ตารางที่ 2:

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า

กลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	113	26.9
กลุ่มที่ไม่เสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	308	73.1
รวม	420	100

ตารางที่ 3:

จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการซึมเศร้า (<7 คะแนน)	54	47.8
ซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน)	45	39.8
ซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	8	7.1
ซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥19 คะแนน)	6	5.3
รวม	113	100

ตารางที่ 4:

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมือง

ตัวแปร		ความเสี่ยงโรคซึมเศร้า		X2 test, p-value*
		ไม่เสี่ยง ร้อยละ	เสี่ยง ร้อยละ	
เพศ	ชาย	72.7	27.3	.01
	หญิง	73.2	26.8	
ช่วงอายุ	60-69 ปี	74.0	26.0	.469
	70-79 ปี	71.3	23.7	
	≥ 80 ปี	75.0	25.0	
ภาวะสุขภาพ	ไม่แข็งแรง	48.9	51.1	33.238*
	ปานกลาง -ดีมาก	79.5	20.5	
สภาพการทำงาน	ทำงาน	78.7	21.3	7.593
	ไม่ทำงาน	66.8	33.2	
รายได้	มีรายได้	73.0	27.0	.012
	ไม่มีรายได้	73.8	26.2	
สัมพันธภาพในครอบครัว	สัมพันธภาพไม่ดี	70.0	30.0	.230
	สัมพันธภาพดี	74.8	25.2	
สภาพการใช้ชีวิต	อาศัยอยู่เพียงลำพัง	51.9	48.1	6.621*
	อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิก	74.6	25.4	
การมีผู้ดูแลหลัก	มีผู้ดูแลหลัก	71.8	28.2	7.593*
	ไม่มีผู้ดูแลหลัก	76.0	24.0	

* p value < 0.05; d.f. = 1, Contingency Coefficient= .271-3.71

จากตารางที่ 3 อธิบายได้ว่า เมื่อทำการประเมินโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 113 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.8 ไม่มีอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 39.8 มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อย ร้อยละ 7.1 และร้อยละ 5.3 มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และระดับรุนแรงตามลำดับ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.6 ร้อยละ 52.5 ร้อยละ 42.4 ร้อยละ 40.7 และร้อยละ 44.9 ประเมินอาการตนเองว่ามีอาการดังต่อไปนี้เกิดขึ้นเป็นบางวัน คือ เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ หักยากหรือหลับตื่นๆหรือหลับมากไป เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป ตามลำดับ

จากตารางดังกล่าว ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ สภาพการทำงาน สภาพการใช้ชีวิต และการมีผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทั้งในชุมชน สถานพยาบาลและโรงพยาบาล จากการศึกษาของกาญจนา กิริยาภม (2553) พบว่าผู้สูงอายุในแผนกอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 79 นอกจากนี้ ยังพบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 64 (Kumar, Lavretsky, & Elderkin-Thomson, 2004) และจากการศึกษา ยังพบอีกว่าภาวะซึมเศร้ามีอุบัติการณ์ในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น สิ่งที่สำคัญไปกว่านั้นก็คือ อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะที่ไม่ชัดเจน และไม่เฉพาะเจาะจงคล้ายคลึงกับอาการของการเจ็บป่วยทางกายซึ่งอาจเกิดจากการวินิจฉัยผิดพลาดหรือถูกมองข้าม ละเลย ทำให้ไม่ได้รับการรักษาดูแลที่ถูกต้อง เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพหลายประการตามมาได้ เช่น การดำเนินของโรคที่เป็นอยู่เลวลง หรือรุนแรงยิ่งขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การกลับคืนสู่สภาพปกติเป็นไปได้ช้า ระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น (Sasiphat Yodphetch

and et al, 2009) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร ผู้สนับสนุนเงินทุนวิจัย คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมวิจัยในคน ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ประสานงานและอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Institute of Geriatric Medicine. The Research Project on Elderly Health Situations in 4 Thai Regions. In: Report of Thai Elderly Situations 2007. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2007, 94-96.
2. John ND, Naphaporn CYW. Aging of Population and Well-Being of Thai Elderly: The Past Trend, Present Situations and Future Challenging. Bangkok; Foundation of UN Population in Thailand and Asia Pacific UN Office; 2009.
3. Mitty EL. Handbook for Directors of Nursing in Long-term Care. New York: Delmar Publishers; 1998.
4. Office of Policy and Planning Bangkok Metropolitan Administration. Development Plan of Quality of Life among Older Persons Living in Bangkok Areas, 1st phase (2014-2017). Bangkok: Office of Policy and Planning Bangkok Metropolitan Administration; 2014.
5. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 1995; 69(4): 719-727.
6. Yodphetch S. System and Human Resource for Long Term Elderly Care. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2009.
7. Jitapunkul S. Principle of Geriatric Medicine. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2001.

8. Thai National Committee of Older Persons Ministry of Social Development and Human Security. The 2nd National Plan on the Elderly 2002-2021, 1st Revision 2009. Bangkok: Thepphenvanistaya Printing House; 2010.
9. World Health Organization. Aging and Health. [Internet]. 2019 [cited 2019 July 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
10. Taro Y. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd edition. New York: Harper and Row Publication; 1997.