

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
สายพันธุ์ใหม่ 2019 : การศึกษาแบบตัดขวาง

นันทวัฒน์ เลิศเจริญวงศ์, พ.บ., อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถ.สามเสน แขวง
วชิรพยาบาล เขตดุสิต
กรุงเทพมหานคร 10300,
ประเทศไทย
Email: Arissara.s@nmu.ac.th

Received: August 22, 2024;

Revised: August 30, 2024;

Accepted: September 2, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ทั้งช่วงก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หลังการประกาศสิ้นสุดของการระบาด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลงหรือไม่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตเมือง หลังสิ้นสุดการแพร่ระบาดของโรค

รูปแบบการวิจัย: Cross-sectional study

วัสดุและวิธีการ: ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 275 คน ประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 30 ข้อ (TGDS-30) นำมาวิเคราะห์หาความชุกภาวะซึมเศร้า และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา: พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 13.1 โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา การว่างงาน ความไม่เพียงพอรายได้ร่วมกับมีหนี้สิน การไม่มีผู้ดูแลและการมีโรคร่วม

สรุป: หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฯ ปัญหาภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังคงพบแนวโน้มความชุกมากขึ้นกว่าห้าปีก่อนการแพร่ระบาดถึง 1.79 เท่า หากสามารถลดหรือขจัดปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจช่วยลดปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลง

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า หลังการแพร่ระบาดโรค เขตเมือง ผู้สูงอายุ

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Associated Factors of Post COVID-19 Pandemic Depression Among Urban Older Adults: A Cross-Sectional Study

Nantawat Lertcharoenyong, M.D., Arissara Siriwiriyaikul, M.D.

Department of Urban Medicine Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Arissara Siriwiriyaikul, M.D.,
Department of Urban
Medicine Faculty of Medicine
Vajira Hospital, Navamindra-
dhiraj University, 681 Samsen
Road, Wachiraphayaban
Subdistrict, Dusit District,
Bangkok 10300, Thailand
Email: Arissara.s@nmu.ac.th

Received: August 22, 2024;

Revised: August 30, 2024;

Accepted: September 2, 2024

ABSTRACT

Background: During global pandemic of COVID-19, depression among older people measures a significant mental health concern. It is important to evaluate whether this issue will subside after pandemic.

Objectives: To examine prevalence of depression after pandemic and associated factors of depression among older adults.

Design: Cross-sectional study

Methods: A total of 275 older adults aged 60 years and over were evaluated with questionnaires consisting demographic data and Thai Geriatric Depression Scale-30 (TGDS-30). All data were analyzed to perform prevalence of depression including using univariate logistic regression into multiple logistic regression analysis to identify significant associated factors of depression in older people.

Results: The overall percentage of depression was 13.1%. Factors associated with depression in older adults are married status, below 12 grade of education, unemployment, insufficient income and having debt, lack of caregiver and number of co-morbidities.

Conclusions: The prevalence of depression among Thai urban older adults initially declined after the pandemic. However, a concerning trend has emerged with rates increasing by 1.79 times compared to the previous five years. Reduction of factors associated with depression in the elderly may help decline depression problem in the elderly.

Keyword: depression, after pandemic, urban, older people

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพทางจิตที่สำคัญทั่วโลก จากการศึกษาความชุกในประเทศแคนาดาพบร้อยละ 10.00-15.00 ส่วนในประเทศอังกฤษกับสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 14.70-20.00¹ สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจเกิดจากปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเมเร็ง หรือโรคเบาหวาน ความเจ็บปวดทรมานเรื้อรังที่ต้องเผชิญ รวมถึงจากปัญหาทางสังคม เช่น ขาดปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวหรือประสบการณ์สูญเสียคนรัก¹

ภาวะซึมเศร้าหรือความซึมเศร้า (depression) คือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง อาการหลักคือผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายหรือเศร้า หรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกิน การนอน เร็วแรง สมาธิ รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อตัวเองร่วมด้วย โดยถ้าเป็นอาการเหล่านี้ไม่มากนักจะเข้าข่าย “ภาวะซึมเศร้า” แต่หากมีอาการมากและกินระยะเวลานานก็อาจพัฒนากลายเป็น “โรคซึมเศร้า”² ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนกำหนด ทั้งทำให้การดูแลรักษาโรคอื่นๆของผู้ป่วยยากลำบากมากขึ้น เช่น การไม่ดูแลตนเองทำให้โรคทางกายอาการแย่ลง ผลกระทบต่อคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลให้แย่ง หรือกระทั่งการเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอีกด้วย¹ โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักสังเกตได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่แสดงอาการในรูปแบบความเศร้าเป็นหลักและผู้ป่วยอาจไม่ประสงค์ปรึกษาความรู้สึกดังกล่าวกับผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ลำบากต่อการวินิจฉัยและรักษาโรค ประเทศไทยจึงได้มีการนำเครื่องมือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) มาใช้คัดกรองค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2545 พบความชุกสำหรับผู้สูงอายุเขตเมืองเป็นร้อยละ 12.78³ และในปี พ.ศ. 2561 พบร้อยละ 7.30⁴ ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 ในช่วงที่มีเหตุการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.50⁵ โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตในช่วงการแพร่ระบาดคือ เพศหญิง ช่วงอายุน้อยหรือช่วงอายุมาก ปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิม ปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้ ปัญหา

ทางสังคมจากความสัมพันธ์ตึงเครียดและความโดดเดี่ยว⁶ หลังจากองค์การอนามัยโลกประกาศสิ้นสุดของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 มีการศึกษาผลกระทบต่าง ๆ ของการแพร่ระบาด⁷ สำหรับการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2565 ประเทศแอฟริกาใต้ พบปัญหาซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 26.2⁸ การศึกษานี้จึงต้องการหา ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หลังการประกาศสิ้นสุดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อศึกษาผลกระทบหลังเกิดเหตุการณ์ และใช้ข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก หาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

วัตถุประสงค์รอง หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมือง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขจริยธรรมวิจัย COA 189/66 เป็นการศึกษา cross-sectional study, screening study และ analytical study ในผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาเข้ารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และหน่วยปฐมภูมิเขตเมือง วชิรพยาบาล ตั้งแต่ มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง estimating an infinite population proportion ของ Wayne WD. ในหนังสือ Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences 6th Edition โดยกำหนดค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20.50⁵ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 275 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย ประสานขอดำเนินการวิจัยกับแผนกผู้ป่วยนอกภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง และห้อง

ตรวจผู้ป่วยนอกปฐมภูมิเขตเมือง วชิรพยาบาล หลังจากนั้นเชิญชวนอาสาสมัครที่รอรับการตรวจที่คลินิก โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ซึ่งแจ้งข้อมูลให้แก่อาสาสมัครและขอคำยินยอมแก่อาสาสมัครที่ต้องการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ไม่ครบทุกช่วงของงานวิจัย โดยอาสาสมัครจะกรอกหรือตอบข้อมูลจากเอกสารด้วยความคิดและความรู้สึกของตนเอง ไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะอาสาสมัครตอบแบบสอบถาม (เช่น ญาติ หรือผู้ดูแล) นอกจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยบันทึกข้อมูลในกรณีอาสาสมัครอ่านหรือเขียนไม่ได้ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวไม่มีชื่อ หมายเลขผู้ป่วยนอกหรือสิ่งระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยแบบสอบถามมีทั้งสิ้น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 9 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้กับภาระหนี้สิน การอยู่อาศัย ผู้ดูแล โรคประจำตัว 2) แบบคัดกรองวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS-30) ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ดังต่อไปนี้⁹ คะแนน 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติของผู้สูงอายุ ผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และคะแนน 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยหลังจากประเมิน TGDS แล้วผู้ป่วยมีผลการประเมินเป็นบวกคือพบมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป (คะแนน 13 ขึ้นไป) จะได้รับการดูแลต่อด้วยการประเมินแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 และ 9 คำถาม ซึ่งหากเข้าเกณฑ์จะส่งต่อเพื่อการรักษาตามหลักวิชาชีพแพทย์ต่อไป¹⁰

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 28 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบใช้ fisher's exact test ตามความเหมาะสมของข้อมูล และสถิติเชิงอนุมาน (analytical statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (binary logistic regression analysis)

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 275 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.00) มีอายุเฉลี่ย 68.57 ± 6.76 ปี มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 48.40) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 28.40) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 38.20) มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 79.20) พักอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 86.9) มีผู้ดูแลเป็นคู่ครองหรือบุตร (ร้อยละ 67.30) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 95.30) โดยส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 69.50 และมีโรคไข้มันในเลือดสูงเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 74.2 ทั้งนี้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีอาชีพ ความเพียงพอของรายได้กับการมีหนี้สิน การมีผู้ดูแล และจำนวนโรคประจำตัว (ตารางที่ 2)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

อาสาสมัครที่ได้คะแนนจากแบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 30 ข้อ (TGDS-30) มากกว่าเท่ากับ 13 คะแนน ซึ่งแปลผลว่ามีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป มีจำนวนทั้งสิ้น 36 คนจากอาสาสมัครทั้งหมด 275 คน คิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นร้อยละ 13.10

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมือง

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้ logistic regression analysis หาค่า p-values จาก fisher's exact test และวิเคราะห์จาก multiple regression analysis พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีดังนี้

1. ปัจจัยสถานภาพการสมรส เมื่อให้สถานภาพโสดเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่าสถานภาพคู่แต่งงาน หย่าร้างแยกกันอยู่ หรือเป็นหม้าย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิง แต่เมื่อคำนวณหาค่า adjusted

ตารางที่ 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	88 (32.0)
หญิง	187 (68.0)
อายุ (ปี)	
< 70	174 (63.3)
≥ 70	101 (36.7)
ค่าเฉลี่ยอายุ 68.57 ± 6.76 ปี, อายุต่ำสุด 60 ปี, อายุสูงสุด 90 ปี	
สถานภาพสมรส	
โสด	45 (16.4)
แต่งงาน	133 (48.4)
หย่า/แยกกันอยู่	24 (8.7)
หม้าย	73 (26.5)
ระดับการศึกษา	
ไม่จบ	53 (19.3)
ประถมศึกษา	78 (28.4)
มัธยมศึกษา	35 (12.7)
ใบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	36 (13.1)
ปริญญาตรี	58 (21.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	15 (5.4)
สถานะอาชีพในปัจจุบัน	
ประกอบอาชีพอยู่	91 (33.1)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	105 (38.2)
เกษียณอายุ	79 (28.7)
สถานภาพการเงินและหนี้สิน	
เพียงพอและมีเหลือเงินเก็บ	109 (39.6)
เพียงพอและไม่มีเหลือเก็บ	109 (39.6)
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	37 (13.5)
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	20 (7.3)
สถานะการอยู่อาศัย	
อาศัยคนเดียว	28 (10.2)
อาศัยอยู่กับครอบครัว	239 (86.9)
อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ครอบครัว	8 (2.9)
ผู้ดูแล	
คู่สมรสหรือลูก ๆ	185 (67.3)
ญาติพี่น้อง	35 (12.7)
จ้างผู้ดูแล	1 (0.4)
ไม่มีผู้ดูแล	54 (19.6)
โรคและความเจ็บป่วย	
ไม่มี	13 (4.7)
มี	262 (95.3)
โรคเบาหวาน	78 (28.4)
โรคความดันโลหิตสูง	188 (68.3)
โรคไขมันในเลือดสูง	204 (74.2)

ตารางที่ 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
โรคเกี่ยวกับหัวใจ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	11 (4.0)
โรคเกี่ยวกับไต เช่น โรคไตวายเรื้อรัง	16 (5.8)
ประวัติโรคเมะเร็ง	9 (3.3)
โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ข้อเสื่อม กระดูกสันหลังเสื่อม หรือหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน	16 (5.8)
โรคระบบประสาท เช่น สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน	5 (1.8)
โรคระบบต่อมไร้ท่ออื่น ๆ เช่น โรคเอสแอลอี โรครูมาตอยด์ โรคไทรอยด์	6 (2.2)
โรคเกี่ยวกับดวงตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก	5 (1.8)
โรคต่อมลูกหมากโต	8 (2.9)
โรคภูมิแพ้ทางอากาศ	8 (2.9)
โรคซึมเศร้า	1 (0.4)
โรคเฉพาะทางอื่น ๆ	11 (4.0)
โรคและความเจ็บป่วย ≥ 2 กลุ่ม	191 (69.5)
อาการโรค	
โรคและความเจ็บป่วย ≥ 3 กลุ่ม	96 (34.9)
อาการโรค	
คะแนนแบบสอบถาม Thai Geriatric Depression Scale - 30 (TGDS-30)	
ปกติ (คะแนน 0-12)	239 (86.9)
ภาวะซึมเศร้าขั้นเล็กน้อย (คะแนน 13-18)	23 (8.4)
ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง (คะแนน 19-24)	11 (4.0)
ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง (คะแนน 25-30)	2 (0.7)

odd ratio พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของสถาน-ภาพแต่งงานมากกว่ากลุ่มอ้างอิง 6.53 เท่า (95%CI: 1.19-35.94, p = 0.031)

2. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา 3.08 เท่า (95%CI: 1.30-7.32, p = 0.011) แต่เมื่อคำนวณหาค่า adjusted odd ratio

ตารางที่ 2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		P-value
	มี 36 คน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี 239 คน จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	9 (10.2)	79 (89.8)	0.334
หญิง	27 (14.4)	160 (85.6)	
อายุ (ปี)			
< 70	18 (10.3)	156 (89.7)	0.076
≥ 70	18 (17.8)	83 (82.2)	
สถานภาพสมรส			
โสด	3 (6.7)	42 (93.3)	0.290
แต่งงาน	16 (12.0)	117 (88.0)	
หย่า/แยกกันอยู่	5 (20.8)	19 (79.2)	
หม้าย	12 (16.4)	61 (83.6)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา	29 (17.5)	137 (82.5)	0.008*
ใบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หรือ จบระดับปริญญา	7 (6.4)	102 (93.6)	
สถานะอาชีพในปัจจุบัน			
ประกอบอาชีพอยู่	8 (8.8)	83 (91.2)	0.010*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22 (21.0)	83 (79.0)	
เกษียณอายุ	6 (7.6)	73 (92.4)	
สถานภาพการเงินและหนี้สิน			
เพียงพอ	17 (7.8)	201 (92.2)	<0.001*
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	12 (32.4)	25 (67.6)	
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	7 (35.0)	13 (65.9)	
สถานะการอยู่อาศัย			
อาศัยคนเดียว	4 (14.3)	24 (85.7)	0.579
อาศัยอยู่กับครอบครัว	30 (12.6)	209 (87.4)	
อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ครอบครัว	2 (25.0)	6 (75.0)	
ผู้ดูแล			
คู่สมรสหรือลูก ๆ	17 (9.2)	168 (90.8)	0.002*
ผู้ดูแลคนอื่น ๆ	4 (11.1)	32 (88.9)	
ไม่มีผู้ดูแล	15 (27.8)	39 (72.2)	
โรคและความเจ็บป่วย			
ไม่มี	0 (0.0)	13 (100.0)	0.152
มี	36 (13.7)	226 (86.3)	
โรคเบาหวาน	15 (19.2)	63 (80.8)	0.058
โรคความดันโลหิตสูง	28 (14.9)	160 (85.1)	0.193
โรคไขมันในเลือดสูง	28 (13.7)	176 (86.3)	0.597
โรคเกี่ยวกับหัวใจ	3 (27.3)	8 (72.7)	0.155
โรคเกี่ยวกับไต	3 (18.8)	13 (81.3)	0.489
ประวัติโรคเมะเร็ง	3 (33.3)	6 (66.7)	0.067
โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	3 (18.8)	13 (81.3)	0.489
จำนวนโรคและความเจ็บป่วย			
≥ 2 โรคและความเจ็บป่วย	30 (15.7)	161 (84.3)	0.052
≥ 3 โรคและความเจ็บป่วย	21 (21.9)	75 (78.1)	0.002*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ที่ $p = 0.098$

3. ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ กำหนดให้ผู้ยังประกอบอาชีพอยู่ในปัจจุบันเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอ้างอิง 2.75 เท่า (95%CI: 1.16-6.53, $p = 0.022$) เมื่อคำนวณค่า adjusted odd ratio พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอ้างอิง 3.09 เท่า (95%CI: 1.04-9.18, $p = 0.043$) โดยกลุ่มเกษียณในผู้สูงอายุไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ที่ค่า $p = 0.132$

4. ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ เมื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอ ทั้งมีหรือไม่มีปัญหาหนี้สินต่างสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อคำนวณค่า adjusted odd ratio พบกลุ่มผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สินสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 3.38 เท่า (95%CI: 1.20-9.56, $p = 0.022$) ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอร่วมกับมีหนี้สินสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 6.25 เท่า (95%CI: 1.81-21.62, $p = 0.004$)

5. ปัจจัยด้านผู้ดูแล เมื่อจัดข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวเป็นบุตรหรือคู่สมรสให้เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอ้างอิง 3.80 เท่า (95%CI: 1.75-8.27, $p < 0.001$) เมื่อหาค่า adjusted odd ratio ยังคงพบความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลกับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอ้างอิง 6.79 เท่า (95%CI: 2.09-22.07, $p = 0.001$)

6. ปัจจัยด้านจำนวนโรคและอาการเจ็บป่วย เมื่อประเมินโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง กลุ่มโรคหัวใจ กลุ่มโรคไต ประวัติการเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเกี่ยวกับระบบกระดูกเอ็นและกล้ามเนื้อ เป็นต้น ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่เมื่อใช้จำนวนโรคและอาการเจ็บป่วย กลับพบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยแต่ละ 1 อาการหรือโรคที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากขึ้น 1.80 เท่า (95%CI: 1.28-2.53, $p < 0.001$) เมื่อคำนวณค่า adjusted odd ratio ยังคงพบความสัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้า 1.63 เท่า (95%CI: 1.10-2.43, $p = 0.015$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้าหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในปี พ.ศ. 2567 พบความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุร้อยละ 13.10 ซึ่งลดลงจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564 อันเป็นช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่พบร้อยละ 20.50⁴ สอดคล้องกับการศึกษาช่วงการระบาดและหลังการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประเทศเกาหลี ซึ่งประเมินจากผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช พบผู้ป่วยอาการกลุ่มโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการแพร่ระบาด ที่ค่า p -value ต่ำกว่า 0.0001¹¹ แต่ในขณะที่การศึกษาของประเทศจีนกลับพบปัญหาของภาวะซึมเศร้าของประชาชนเพิ่มขึ้น หลังช่วงรุนแรงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019¹²

ถึงหลังเหตุการณ์โรคระบาดของประเทศไทยผ่านพ้นไป และการศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2567 มีค่าลดลงที่ร้อยละ 13.10 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาปี พ.ศ. 2561 ซึ่งพบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 7.30⁴ พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1.79 เท่า เมื่อเทียบกับอดีต ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เมื่อใช้งานวิจัยซึ่งใช้เครื่องมือวัดซึมเศร้าและประเทศเดียวกันมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเทียบกับอดีต 1.35 เท่า (95%CI: 1.14-1.61)¹³

ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การศึกษานี้พบปัจจัยซึ่งสามารถแบ่งเป็นสามกลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคม โดยอธิบายแนวโน้มได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

ปัจจัย	การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว			การวิเคราะห์หลายตัวแปร		
	OR	95%CI	p-value	AOR [*]	95%CI	p-value
เพศ						
ชาย	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
หญิง	1.48	(0.67-3.30)	0.077	1.70	(0.62-4.63)	0.303
อายุ (ปี)						
<70	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
>=70	1.88	(0.93-3.81)	0.080	1.31	(0.56-3.08)	0.534
สถานภาพสมรส						
โสด	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
แต่งงาน	1.92	(0.53-6.90)	0.321	6.53	(1.19-35.94)	0.031 [*]
หย่า/แยกกันอยู่	3.68	(0.80-17.02)	0.095	5.86	(0.87-39.69)	0.070
หม้าย	2.75	(0.73-10.36)	0.134	3.79	(0.76-18.86)	0.103
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา	3.08	(1.30-7.32)	0.011 [*]	2.79	(0.83-9.44)	0.098
ใบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หรือ จบระดับปริญญา	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
สถานะอาชีพในปัจจุบัน						
ประกอบอาชีพอยู่	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.75	(1.16-6.53)	0.022 [*]	3.09	(1.04-9.18)	0.043 [*]
เกษียณอายุ	0.85	(0.28-2.57)	0.777	3.11	(0.71-13.62)	0.132
สถานภาพการเงินและหนี้สิน						
เพียงพอ	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	4.28	(1.91-9.60)	<0.001 [*]	3.38	(1.20-9.56)	0.022 [*]
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	4.20	(1.55-11.37)	0.005 [*]	6.25	(1.81-21.62)	0.004 [*]
สถานะการอยู่อาศัย						
อาศัยคนเดียว	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
อาศัยอยู่กับครอบครัว	0.86	(0.28-2.65)	0.795	1.26	(0.29-5.52)	0.757
อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ครอบครัว	2.00	(0.29-13.62)	0.479	1.52	(0.11-21.89)	0.759
ผู้ดูแล						
คู่สมรสหรือลูก ๆ	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
ผู้ดูแลคนอื่น ๆ	1.24	(0.39-3.91)	0.719	4.01	(0.89-18.01)	0.070
ไม่มีผู้ดูแล	3.80	(1.75-8.27)	<0.001 [*]	6.79	(2.09-22.07)	0.001 [*]
โรคและความเจ็บป่วย						
โรคและความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น 1 โรค	1.80	(1.28-2.53)	<0.001 [*]	1.63	(1.10-2.43)	0.015 [*]

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

1. ปัจจัยทางชีวภาพ เกี่ยวกับโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

การศึกษานี้แม้ไม่พบความสัมพันธ์ของโรคประจำตัวใดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่การศึกษานี้พบว่าจำนวนโรคและอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีโรคหรืออาการเจ็บป่วย

1 อย่างเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 1.63 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาประเทศแอฟริกาใต้ช่วงหลังเหตุการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบผู้มีความเจ็บป่วยมากกว่า 3 ภาวะ ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแย่งลงทั้งจากภาวะซึมเศร้าหรือความกังวลที่มากขึ้น 1.39 เท่า (95%CI: 1.384-1.386)⁷ โดยผู้สูง

อายุที่มีจำนวนโรคร่วมมาก ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลงอีกด้วย¹⁴ ทั้งนี้ด้านปัจจัยชีวภาพยังมีการศึกษาอื่น ซึ่งศึกษาในประเด็นของการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย และปัญหาบกพร่องกิจวัตรประจำวันซับซ้อน (IADL) พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน¹⁵

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เกี่ยวกับการประกอบอาชีพ และความเพียงพอของรายได้กับหนี้สิน

2.1 ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ การศึกษานี้พบกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากถึง 3.09 เท่า (95% CI 1.04-9.18) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เกษียณและไม่ได้ทำงานเลยประสบปัญหาภาวะซึมเศร้ามากขึ้น¹⁶ ในส่วนบริบทของประเทศไทย ผู้วิจัยสังเกตเห็นปัญหาการไม่ได้ประกอบอาชีพกับเกษียณอายุงานราชการ พบความแตกต่างของสองกลุ่มโดยกลุ่มเกษียณงานแนวโน้มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ทั้งไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุเกษียณกับภาวะซึมเศร้าด้วยค่า $p = 0.132$ สิ่งนี้ทำให้เห็นว่าการส่งเสริมอาชีพหรือเงินจุนเจือที่เหมาะสมในผู้สูงอายุอาจมีส่วนช่วยปัญหาภาวะซึมเศร้าได้ ยืนยันด้วยการศึกษาในประเทศจีนซึ่งสำรวจกลุ่มจ้างงานในผู้สูงอายุพบผลภาวะซึมเศร่าลดลงได้¹⁷

2.2 ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้กับหนี้สิน การศึกษานี้พบปัญหาเรื่องความไม่เพียงพอของรายได้ในกลุ่มผู้ไม่มีกับมีหนี้สินต่างเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 3.38 และ 6.25 เท่า ตามลำดับ แสดงถึงปัจจัยการมีหนี้สินส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาชาวอิหร่าน อธิบายถึงแต่ละบริบทสังคมในแต่ละประเทศ พบส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ และไม่ได้ประกอบอาชีพ เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากขึ้น¹⁸

3. ปัจจัยทางสังคม เกี่ยวกับผู้ดูแลและสถานภาพการสมรส

3.1 ปัจจัยด้านผู้ดูแล การศึกษานี้พบความสัมพันธ์กลุ่มผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลส่งผลต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้นถึง 6.79 เท่า แสดงถึงผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ดูแลจากคนในครอบครัว (family caregiver)

ทั้งช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ และช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้สูงอายุ¹⁸ ดังนั้นการไม่มีผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพราะการไม่มีผู้ดูแลสามารถสื่อถึงความโดดเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบแปดในสิบงานวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของความโดดเดี่ยวต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่า p -value ต่ำกว่า 0.05 โดยพบความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น 1.39-17.76 เท่า¹⁹

3.2 ปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส แม้การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ภายในกลุ่มปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส แต่เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกัน กลับพบความสัมพันธ์ของคู่แต่งงานเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามกกว่าสถานภาพโสด 6.53 เท่า เมื่อเทียบกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2561 จะพบความสัมพันธ์ของคู่รักที่หย่าร้างแยกกันอยู่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 3.31 เท่า (95%CI: 1.22-8.98) ที่ค่า p -value ได้ 0.019⁴ หากเชื่อว่าชีวิตคู่ในผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้อาจบ่งบอกถึงปัญหาด้านสถานภาพการสมรสในผู้สูงอายุที่ส่งผลมากขึ้นต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาในปี พ.ศ. 2561 ยังแสดงถึงความขัดแย้งภายในครอบครัวส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น 6.30 เท่า (95%CI: 1.34-29.55) ที่ค่า p -value ได้ 0.020⁴

ปัจจัยความขัดแย้งภายในครอบครัว การศึกษาในปี พ.ศ. 2561 ยังพบประวัติโรคเกี่ยวกับจิตเวชในครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลงในปีที่ผ่านมา ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁴ ยืนยันด้วยการศึกษาในประเทศจีน พบปัญหาชีวิตคู่แต่งงานส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าโดยเกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับและความพึงพอใจในชีวิต^{20,21} ทั้งนี้ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ยังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอีกด้วย²²

จุดแข็งของการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวกับหน่วยปฐมภูมิเขตเมือง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมีงานวิจัยศึกษาก่อนหน้าช่วงเหตุการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบในบริบทผู้ป่วยเขตเมืองรอบวชิรพยาบาล เช่นเดียวกัน แต่เปรียบเทียบต่างช่วงเวลา อย่างไรก็ตาม

ข้อมูลอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองทั้งหมด

สรุป

หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผ่านพ้นไป จนประชาชนและผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติ พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2567 อยู่ที่ร้อยละ 13.10 ลดลงจากเดิมที่ร้อยละ 20.50 แต่เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสที่ร้อยละ 7.30 กลับพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น 1.79 เท่า กล่าวได้ว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาสุขภาพทางจิตใจที่สำคัญในเขตเมือง

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส ทำให้เกิดความตระหนักในโรคของผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจำนวนโรคร่วมหรืออาการเจ็บป่วยยิ่งมากยิ่งขึ้นเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จึงควรให้ความสนใจกับผู้สูงอายุในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีโรคหรืออาการจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคหรืออาการมากกว่าสามอย่างขึ้นไปเพื่อดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ปัจจัยเด่นที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการศึกษาเดิม โดยพบการไม่ได้ประกอบอาชีพ ขาดรายได้ไม่เพียงพอและการมีหนี้สิน ส่งผลมากต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งสิ้น โดยเฉพาะการมีหนี้สินทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมากถึง 6 เท่า การออกนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม เช่น การช่วยเหลือหนี้ครัวเรือน และการสร้างงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาจบรรเทาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

Highlight

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังการแพร่ระบาดโควิด-19 อยู่ที่ร้อยละ 13.1 ซึ่งต่ำกว่าช่วงการระบาด แต่ยังสูงกว่า 5 ปีก่อนการระบาดถึง 1.79 เท่า
2. ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่

การแต่งงาน การศึกษาต่ำกว่ามัธยม การว่างงาน และรายได้ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน

3. ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นถึง 6.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีครอบครัวดูแล

4. การมีโรคร่วมหลายโรค เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยแต่ละโรคหรืออาการที่เพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยงอีก 1.6 เท่า

เอกสารอ้างอิง

1. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Diagnosing, Screening, and Monitoring Depression in the Elderly. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2015.
2. ณททัย วงศ์ปาริณย์, ทินกร วงศ์ปาริณย์, เสียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คณินิจ ไชยลังการณ, วิรัตน์ นิวัฒน์นันท์, และคณะ. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2559. หน้า 10-8.
3. Thongtang O, Sukhatunga K, Ngamthipwatthana T, Chulakadabba S, Vuthiganond S, Pooviboonsuk P, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2002;85:540-4.
4. Naviganuntana Y, Kerdcharoen N, Rawdaree P. Factors associated with depressive symptoms in elderly individuals living in urban communities. Psychol Res Behav Manag. 2022;15:855-64.
5. Tangthong A, Manomaipiboon B. Prevalence and factors associated with depression among older adults during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in urban areas in Thailand. Clin Interv Aging. 2023;18:1055-65.
6. Lindert J, Jakubauskiene M, Bilsen J. The COVID-19 disaster and mental health-assessing, responding and recovering. Eur J Public Health. 2021;31 (Supplement_4):iv31-iv35. PubMed PMID: 34751367
7. Sarker R, Roknuzzaman ASM, Nazmunnahar, Shahrar M, Hossain MJ, Islam MR. The WHO has declared the end of pandemic phase of COVID-19: Way to come back in the normal life. Health Sci Rep. 2023;6(9):e1544. PubMed PMID: 37674622
8. Craig A, Mapanga W, Mtintsilana A, Dlamini S, Norris S. Exploring the national prevalence of mental health risk, multimorbidity and the associations thereof: a repeated cross-sectional panel study. Front Public Health. 2023;11:1217699. PubMed PMID: 37920573
9. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช. 2537;46:1-9.

10. ประสพสุข ศรีแสนปาง. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความสัมพันธ์ในการพยาบาล (Depression in older persons : Comprehensive nursing). วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2018;41:130-40.
11. Seo JH, Kim SJ, Lee M, Kang JI. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health service use among psychiatric outpatients in a tertiary hospital. *J Affect Disord.* 2021;290:279-83.
12. Deng Y, Chen Y, Zhang B. Different prevalence trend of depression and anxiety among healthcare workers and general public before and after the peak of COVID-19 occurred in China: A meta-analysis. *Asian J Psychiatr.* 2021;56:102547. PubMed PMID: 33465749
13. Moreno-Agostino D, Wu YT, Daskalopoulou C, Hasan MT, Huisman M, Prina M. Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;281:235-43.
14. Cavdar VC, Ballica B, Aric M, Karaca ZB, Altunoglu EG, Akbas F. Exploring depression, comorbidities and quality of life in geriatric patients: a study utilizing the geriatric depression scale and WHOQOL-OLD questionnaire. *BMC Geriatr.* 2024;24(1):687. PubMed PMID: 39143531
15. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One.* 2021;16(5):e0251326. PubMed PMID: 33983995
16. Minami U, Nishi M, Fukaya T, Hasebe M, Nonaka K, Koike T, et al. Effects of the change in working status on the health of older people in Japan. *PLoS one* vol. 10,12 e0144069. PubMed PMID: 26633033
17. Chen Y, Wang K, Zhao J, Zhang Z, Wang J, He L. Overage labor, intergenerational financial support, and depression among older rural residents: evidence from China. *Front Public Health.* 2023;11: 1219703. PubMed PMID: 37680270
18. Azizabadi Z, Aminisani N, Emamian MH. Socioeconomic inequality in depression and anxiety and its determinants in Iranian older adults. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):761. PubMed PMID: 36471352
19. Van As BAL, Imbimbo E, Franceschi A, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2022;34:657-69.
20. Pan L, Li L, Peng H, Fan L, Liao J, Wang M, Tan A, Zhang Y. Association of depressive symptoms with marital status among the middle-aged and elderly in Rural China-Serial mediating effects of sleep time, pain and life satisfaction. *J Affect Disord.* 2022;303:52-7.
21. Jia Q, Duan Y, Gong R, Jiang M, You D, Qu Y. Living arrangements and depression of the older adults-evidence from the Chinese longitudinal healthy longevity survey. *BMC Public Health.* 2023;23(1): 1870. PubMed PMID: 37759168
22. Bulloch AGM, Williams JVA, Lavorato DH, Patten SB. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *J Affect Disord.* 2017;223:65-8.