

## นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระดับปทุมภูมิ  
เขตเมือง

อาทิมา สอนไทย, พ.บ.<sup>1</sup>, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, พ.บ., ว.ว.(จิตเวชศาสตร์)<sup>2</sup>, โยธกา ปัญญาเต็ม, พย.บ.<sup>3</sup>,  
ธีรานันท์ นาคะบุตร, พ.บ., อว. เวชศาสตร์ครอบครัว<sup>1</sup>

<sup>1</sup>สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว งานการศึกษาระดับหลังปริญญา, <sup>2</sup>ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, <sup>3</sup>ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

## ผู้รับผิดชอบบทความ:

ธีรานันท์ นาคะบุตร, พ.บ.,  
งานการศึกษาระดับหลัง  
ปริญญา คณะแพทยศาสตร์  
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย  
มหิดล, เลขที่ 2 ถนนวังหลัง,  
แขวงศิริราช, เขตบางกอกน้อย,  
กรุงเทพมหานคร 10700,  
ประเทศไทย  
Email: teeranun.nak@mahi-  
dol.edu

Received: September 29, 2024;

Revised: November 4, 2024;

Accepted: November 12, 2024

## บทคัดย่อ

**ที่มา:** ปัญหาทางด้านสมองและจิตใจที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า แต่กลับถูกมองข้ามและเข้าใจว่าเป็นความปกติของผู้สูงอายุ การศึกษานี้จึงต้องการทราบความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อค้นหาผู้ป่วยสู่การรักษาต่อไป

**แบบวิจัย:** การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

**วัตถุประสงค์และวิธีการ:** ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 554 คน ที่หน่วยปทุมภูมิในเขตเมือง ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเมษายน พ.ศ. 2567 ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบสอบถาม TGDS-15 ปัจจัยด้านสุขภาพและวิถีชีวิต และแบบวัดความรู้สึกว่าเหงา 6 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ multivariate logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่าง 554 ราย ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เท่ากับร้อยละ 12.8 (95%CI: 0.1001-0.1617) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความไม่เพียงพอของรายได้ ภาวะนอนไม่หลับ และความรู้สึกว่าเหงา

**สรุป:** ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ค่อนข้างสูง ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสุขภาพกาย ใจ สังคม การคัดกรอง และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การรักษาได้มากขึ้น

**คำสำคัญ:** ซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ความเหงา ปทุมภูมิ เขตเมือง

## ORIGINAL ARTICLE

# Prevalence and Associated Factors of Geriatric Depression in Urban Primary Care

Arthima Sornthai, M.D.<sup>1</sup>, Panate Pukrittayakamee, M.D., Diploma of Thai Board of Psychiatry<sup>2</sup>, Yothaga Phanyateaim, N.S.<sup>3</sup>, Teeranun Nakabut, M.D., MRCFPT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division of Family Medicine, Postgraduate Education Division, <sup>2</sup>Department of Psychiatry, <sup>3</sup>Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand, Thailand

**Corresponding author :**

Teeranun Nakabut, M.D.,  
Postgraduate Education  
Division, Faculty of Medicine  
Siriraj Hospital, Mahidol Univer-  
sity, 2 Wang Lang Road, Siriraj  
Subdistrict, Bangkok Noi Dis-  
trict, Bangkok 10700, Thailand  
Email: teeranun.nak@mahidol.  
edu

Received: September 29, 2024;

Revised: November 4, 2024;

Accepted: November 12, 2024

**ABSTRACT**

**Background:** The most common mental health issue among the elderly is depression. Due to the atypical symptoms in older adults, depression may be overlooked or mistaken for a normal part of aging. This study aims to determine the prevalence of depression in the elderly and investigate its risk factors. With the hope of enhancing patient identification, treatment referral, and continued community monitoring of geriatric depression.

**Design:** Cross-sectional descriptive study

**Methods:** The study was conducted on 554 people aged 60 years and above at the urban Primary Care Unit, from August 2023 to April 2024. Participants underwent individual interviews with researchers using the Thai Geriatric Depression Scale-15 to assess depression, and examined factors associated with depression through health and lifestyle questionnaires and the six-item Revised UCLA Loneliness Scale. Data were analyzed using multivariate logistic regression with a significance level of  $p < 0.05$ .

**Results:** In a sample of 554 elderly people, the prevalence of geriatric depression was 12.8% (95% confidence interval 0.1001-0.1617). Statistically significant factors associated with geriatric depression included diabetic mellitus, inadequate income, insomnia, and feelings of loneliness.

**Conclusion:** The prevalence of geriatric depression in urban areas is high and associated with factors related to physical health, mental well-being, and social conditions. Awareness, screening, referral of patients, and the development of a comprehensive elderly care system will facilitate patient access to treatment and may reduce the incidence of geriatric depression.

**Keywords:** geriatric depression, depression, loneliness, elderly, primary care

## บทนำ

จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วกว่าสมัยอดีต คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ภายในปีพ.ศ. 2573<sup>1</sup> โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.0 เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งหวังให้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2573 เป็นทศวรรษแห่งการสูงอายุอย่างมีสุขภาพดี การให้ความสำคัญกับภาวะทางสุขภาพทางกาย ใจ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ที่ประกอบเป็นสภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้าม<sup>2</sup>

ปัญหาทางด้านสมองและจิตใจที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุทั่วโลก คือภาวะซึมเศร้า โดยพบมากถึงร้อยละ 7.0 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก<sup>3</sup> ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป<sup>4</sup> อาการมักสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป<sup>5</sup> ซึ่งมักถูกเข้าใจว่าเป็นหนึ่งในความปกติของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้ามีตั้งแต่ร้อยละ 9.6<sup>6</sup> ถึง 32.9<sup>7</sup> เนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับหลายปัจจัย อาจแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร ปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา สามารถแบ่งได้เป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ เพศ<sup>8</sup> โรคเรื้อรัง<sup>9</sup> ปัญหาการนอนหลับ<sup>10</sup> การออกกำลังกาย<sup>11</sup> ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ ปัญหาความเพียงพอของรายได้<sup>12</sup> ความรู้สึกเหงา<sup>13</sup> ปัจจุบันการใช้สื่อสังคม (social media) นั้นครอบคลุมไปถึงทุกช่วงวัย ซึ่งส่งผลลบกับความรู้สึกพอใจในชีวิต<sup>14</sup> และการใช้สื่อสังคมในวัยรุ่นสัมพันธ์กับสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือปัญหาทางอารมณ์<sup>15</sup> นอกจากนี้พบว่ายังไม่มีงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้สื่อสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาร่วมด้วย

ผู้วิจัยค้นหาความชุกของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS-15) เป็นแบบสอบถามที่มีปริมาณ

ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งพบว่าใช้ง่ายกว่า เชื่อถือได้มากกว่าแบบสอบถามดั้งเดิมที่มีจำนวน 30 ข้อ<sup>16</sup> และมีประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้<sup>17</sup> แบบสอบถามนี้ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นโดยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณหทัย วงศ์ปการันย์ โดยพบว่ามีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85<sup>16</sup> สำหรับปัจจัยด้านความรู้สึกว่าเหงา ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความรู้สึกว่าเหงาซีแอลเอแบบ 6 ข้อ (6-item Revised UCLA Loneliness Scale หรือ RULS-6)<sup>18</sup> ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจาก Revised UCLA Loneliness scale (Russell, 1996) แปลเป็นภาษาไทย โดยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณหทัย วงศ์ปการันย์ ในปี พ.ศ. 2563 มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ในรูปแบบบราสซ์ (Rasch Model) ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 คะแนน การแปลผลแบบสอบถามนี้ ไม่มีจุดตัดคะแนนชัดเจน คะแนนแปลผันตามระดับความรู้สึกว่าเหงา จุดเด่นของแบบทดสอบนี้ คือ มีข้อคำถามที่สั้นเพียง 6 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบไม่นาน และสามารถวัดวัดความว่าเหงาได้ในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย<sup>19</sup>

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาและแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากร ซึ่งพบว่าประชากรในพื้นที่ปทุมธานี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา และเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะดังกล่าว โดยมุ่งหวังว่าจะทำให้เพิ่มความตระหนักรู้ถึงปัญหา ตลอดจนนำไปสู่การป้องกันและช่วยเหลือต่อไป

## วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่หน่วยปทุมธานีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 โดยหาผู้เข้าร่วมวิจัยผ่านการประชาสัมพันธ์ที่หน่วยตรวจปทุมธานี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในรูปแบบโปสเตอร์ ร่วมกับให้คณะผู้วิจัยเชิญชวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการหน่วยตรวจปฐมภูมิ เช่น ระหว่างรอเข้ารับบริการ (รอผลเลือด รอพบแพทย์ รอรับยา) หรือหลังจากเข้ารับบริการเสร็จสิ้นแล้ว

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**เกณฑ์การคัดเข้า** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายหรือเพศหญิง สามารถสื่อสารได้ มีความสามารถในการฟังและเข้าใจแบบสอบถาม และใช้บริการที่หน่วยตรวจปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**เกณฑ์การคัดออก** คือ ไม่สามารถสื่อสาร ไม่สามารถเข้าใจแบบสอบถามได้ มีอาการทางด้านจิตเวชที่อุปสรรคในการสัมภาษณ์ เช่น มีอาการสับสนวุ่นวาย มีภาวะวิกฤตจิต เป็นต้น

คณะผู้วิจัยอธิบายถึงรายละเอียดโครงการวิจัย หากสนใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ร่วมวิจัยลงนามยินยอมในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเข้าร่วมสัมภาษณ์รายบุคคลกับคณะผู้วิจัย โดยคณะผู้วิจัยจะอ่านและตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการสัมภาษณ์รายบุคคล หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาด้านความเข้าใจคำถาม หรือไม่สามารถประมวลคำถามได้ จะถูกคัดออกจากการศึกษา

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรอง (COA) หมายเลข Si 186/2566(IRB4) อนุมัติเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ซึ่งวัดจากการมีรายได้มากกว่าหรือน้อยกว่ารายจ่าย 2) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพและวิถีชีวิตภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ โรคประจำตัว

การออกกำลังกาย ภาวะนอนไม่หลับ และปริมาณการใช้สื่อออนไลน์ โดยแบ่งเป็น ไม่ใช้งาน ใช้งานน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน และใช้งานตั้งแต่ 5 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน 3) แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ แบบวัดความรู้สึกว่าเหวี่ยงชีแอลเอ แบบ 6 ข้อ (RULS-6) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับความรู้สึกในด้านต่าง ๆ โดยให้ผู้ทำแบบสอบถามตอบว่ามีความรู้สึกเหล่านั้นบ่อยเพียงใด แต่ละข้อสามารถเลือกตอบได้ ทั้งหมด 4 ระดับคะแนน ได้แก่ 4 คะแนน คือ เป็นประจำ 3 คะแนน คือ บ่อยครั้ง 2 คะแนน คือ บางครั้ง และ 1 คะแนน คือ ไม่เคย คะแนนรวมจึงมีได้ตั้งแต่ 6 ถึง 24 คะแนน การแปลผลแบบสอบถามนี้ ไม่มีจุดตัดคะแนนชัดเจน คะแนนแปลผันตามระดับความรู้สึกว่าเหวี่ยง 4) แบบสอบถามวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) โดยประเมินจากความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบสอบถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 15 คะแนน โดยคะแนน 0 ถึง 5 คะแนน บ่งบอกว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 6 ถึง 10 คะแนน บ่งบอกว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ ประเมินอาการ คะแนน 11 ถึง 15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์ โดยในการศึกษานี้กำหนดให้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Cochran's<sup>19</sup> กำหนดค่า P เป็น 0.1 โดยอ้างอิงจากการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เท่ากับร้อยละ 10.0<sup>20</sup> โดยกำหนดให้ เท่ากับ 0.05 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.025 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 554 ราย

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics 25.0 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ค่าร้อยละ นำเสนอข้อมูลความพร้อมทั้งช่วงระดับความเชื่อมั่น 95% วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการทางสถิติ Mann-Whitney U Test, Pearson Chi-square

test หรือ Fisher's exact test พิจารณา ปัจจัยเสี่ยง โดยการนำเสนอ crude odds ratio และ adjust odds ratio โดยใช้ logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 และคัดเลือกตัวแปรเข้าวิเคราะห์ multivariate logistic regression จาก p-value of crude odds ratio < 0.2

## ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 554 ราย ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ  $67.0 \pm 7.0$  ปี ช่วงอายุ 60-69 ปีมีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.1 ผู้เข้าร่วมงานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.8 สถานะสมรส ร้อยละ 67.5 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 93.7 มีแหล่งรายได้มาจากตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ร้อยละ 74.6 และพบว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 75.1 โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0 ตามมาด้วยโรคไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 44.2 และ 17.3 ตามลำดับ นำเสนอข้อมูลลักษณะประชากร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลลักษณะประชากร

| ปัจจัย                            | จำนวนคน (ร้อยละ) |
|-----------------------------------|------------------|
| อายุ (ปี)                         | 67.0±7.0 ปี      |
| มัธยฐาน ± ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |                  |
| 60-69                             | 344 (62.1)       |
| 70-79                             | 161 (29.1)       |
| ≥ 80                              | 49 (8.8)         |
| เพศ                               |                  |
| หญิง                              | 348 (62.8)       |
| ชาย                               | 206 (37.2)       |
| สถานภาพสมรส                       |                  |
| สมรส/ อยู่ด้วยกัน                 | 374 (67.5)       |
| หย่าร้าง/ หม้าย                   | 100 (18.1)       |
| โสด                               | 80 (14.4)        |
| ความเพียงพอของรายได้              |                  |
| ไม่เพียงพอ                        | 35 (6.3)         |
| เพียงพอ                           | 519 (93.7)       |

ตารางที่ 1. ข้อมูลลักษณะประชากร (ต่อ)

| ปัจจัย                                         | จำนวนคน (ร้อยละ) |
|------------------------------------------------|------------------|
| แหล่งที่มาของรายได้                            |                  |
| จากผู้อื่น                                     | 111 (20.0)       |
| จากตนเอง                                       | 413 (74.6)       |
| จากผู้อื่นและตนเอง                             | 30 (5.4)         |
| โรคประจำตัว                                    |                  |
| ไม่มีโรคประจำตัว                               | 138 (24.9)       |
| มีโรคประจำตัว                                  | 416 (75.1)       |
| โรคความดันโลหิตสูง                             |                  |
| ไม่มี                                          | 305 (55.0)       |
| มี                                             | 249 (45.0)       |
| โรคไขมันในเลือดสูง                             |                  |
| ไม่มี                                          | 309 (55.8)       |
| มี                                             | 245 (44.2)       |
| โรคเบาหวาน                                     |                  |
| ไม่มี                                          | 458 (82.7)       |
| มี                                             | 96 (17.3)        |
| โรคไตเรื้อรัง                                  |                  |
| ไม่มี                                          | 529 (95.5)       |
| มี                                             | 25 (4.5)         |
| โรคหลอดเลือดในสมอง                             |                  |
| ไม่มี                                          | 539 (97.3)       |
| มี                                             | 15 (2.7)         |
| โรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง                         |                  |
| ไม่มี                                          | 544 (98.2)       |
| มี                                             | 10 (1.8)         |
| โรคหัวใจ                                       |                  |
| ไม่มี                                          | 530 (95.7)       |
| มี                                             | 24 (4.3)         |
| โรคเกาต์/ข้อเสื่อม                             |                  |
| ไม่มี                                          | 506 (91.3)       |
| มี                                             | 48 (8.7)         |
| การออกกำลังกาย                                 |                  |
| ออกกำลังกาย น้อยกว่า 150 นาที ต่อสัปดาห์       | 250 (45.1)       |
| ออกกำลังกาย ตั้งแต่ 150 นาที ขึ้นไป ต่อสัปดาห์ | 304 (54.9)       |
| ภาวณอนไม่หลับ                                  |                  |
| ไม่มี                                          | 385 (69.5)       |
| มี                                             | 169 (30.5)       |
| การใช้งานสื่อสังคม (social media)              |                  |
| ไม่เคยใช้งาน                                   | 109 (19.7)       |
| ใช้งาน                                         | 445 (80.3)       |
| ระยะเวลาการใช้สื่อสังคม ต่อวัน                 |                  |
| ไม่เคยใช้งาน                                   | 109 (19.7)       |
| ใช้งาน น้อยกว่า 5 ชั่วโมง ต่อวัน               | 399 (72.0)       |
| ใช้งาน ตั้งแต่ 5 ชั่วโมงขึ้นไป ต่อวัน          | 46 (8.3)         |

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการศึกษาครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 12.8 โดยใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ซึ่งบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้สูงอายุที่ได้คะแนน ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป หรือมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน คิดเป็นร้อยละ 1.1 ดังแสดงในตารางที่ 2, 3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ multivariate logistic regression ได้แก่ โรคเบาหวาน ความไม่เพียงพอของรายได้ ภาวะนอนไม่หลับ และความรู้สึกว่าเหงา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 โดยพบว่าการเป็นโรคเบาหวานสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า 2.94 เท่าเมื่อเทียบกับ การไม่เป็นเบาหวาน (adjusted odd ratio 2.94,

95% confidence interval (95%CI:) 1.26-6.88, p-value 0.013) การมีรายได้ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า 6.02 เท่าเมื่อเทียบกับการมีรายได้เพียงพอ (adjusted odd ratio 6.02, 95%CI: 2.06-17.56, p < 0.001) ภาวะนอนไม่หลับสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า 2.37 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่มีภาวะนอนไม่หลับ (adjusted odd ratio 2.37, 95%CI: 1.20-4.72, p-value 0.014) สำหรับการประเมินความรู้สึกว่าเหงา ด้วยแบบวัดความรู้สึกว่าเหงา ยูซีแอลเอ แบบ 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย (RULS-6 Thai version) ซึ่งคะแนนแปลผันตามระดับความรู้สึกว่าเหงานั้น พบว่าความรู้สึกว่าเหงาที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น (adjusted odd ratio 1.55, 95%CI: 1.41-1.71, p < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา (ต่อ)

| ปัจจัย                                | ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ            |                                  | p-value |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------|
|                                       | ไม่มีภาวะซึมเศร้า<br>จำนวน (ร้อยละ) | มีภาวะซึมเศร้า<br>จำนวน (ร้อยละ) |         |
| กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 554 คน          | 483 (87.2)                          | 71 (12.8)                        |         |
| อายุ (ปี)                             |                                     |                                  |         |
| มัธยฐาน $\pm$ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 67.0 $\pm$ 6.9 ปี                   | 67.0 $\pm$ 7.6 ปี                | 0.977   |
| ช่วงอายุ                              | 60-94 ปี                            | 60-96 ปี                         |         |
| 60-69                                 | 298 (61.7)                          | 46 (64.8)                        |         |
| 70-79                                 | 143 (29.6)                          | 18 (25.3)                        |         |
| $\geq 80$                             | 42 (8.7)                            | 7 (9.9)                          |         |
| เพศ                                   |                                     |                                  |         |
| หญิง                                  | 300 (62.1)                          | 48 (67.6)                        | 0.371   |
| ชาย                                   | 183 (37.9)                          | 23 (32.4)                        |         |
| สถานภาพสมรส                           |                                     |                                  |         |
| สมรส/ อยู่ด้วยกัน                     | 327 (67.7)                          | 47 (66.2)                        | 0.250   |
| หย่าร้าง/ หม้าย                       | 83 (17.2)                           | 17 (23.9)                        |         |
| โสด                                   | 73 (15.1)                           | 7 (9.9)                          |         |
| ความเพียงพอของรายได้                  |                                     |                                  |         |
| ไม่เพียงพอ                            | 20 (4.1)                            | 15 (21.1)                        | < 0.001 |
| เพียงพอ                               | 463 (95.9)                          | 56 (78.9)                        |         |
| แหล่งที่มาของรายได้                   |                                     |                                  |         |
| จากตนเอง                              | 365 (75.6)                          | 48 (67.6)                        | 0.305   |
| จากผู้อื่น                            | 92 (19)                             | 19 (26.8)                        |         |
| จากตนเองและผู้อื่น                    | 26 (5.4)                            | 4 (5.6)                          |         |
| โรคความดันโลหิตสูง                    |                                     |                                  |         |
| ไม่มี                                 | 268 (55.5)                          | 37 (52.1)                        | 0.594   |
| มี                                    | 215 (44.5)                          | 34 (47.9)                        |         |

ตารางที่ 2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา (ต่อ)

| ปัจจัย                                         | ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ            |                                  | p-value |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------|
|                                                | ไม่มีภาวะซึมเศร้า<br>จำนวน (ร้อยละ) | มีภาวะซึมเศร้า<br>จำนวน (ร้อยละ) |         |
| โรคไขมันในเลือดสูง                             |                                     |                                  |         |
| ไม่มี                                          | 272 (56.3)                          | 68 (95.8)                        | 0.125   |
| มี                                             | 211 (43.7)                          | 3 (4.2)                          |         |
| โรคเบาหวาน                                     |                                     |                                  |         |
| ไม่มี                                          | 409 (84.7)                          | 66 (93.0)                        | 0.216   |
| มี                                             | 74 (15.3)                           | 5 (7.0)                          |         |
| โรคไตเรื้อรัง                                  |                                     |                                  |         |
| ไม่มี                                          | 465 (96.3)                          | 37 (52.1)                        | 0.506   |
| มี                                             | 18 (3.7)                            | 34 (47.9)                        |         |
| โรคหลอดเลือดในสมอง                             |                                     |                                  |         |
| ไม่มี                                          | 473 (97.9)                          | 49 (69.0)                        | < 0.001 |
| มี                                             | 10 (2.1)                            | 22 (31.0)                        |         |
| โรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง                         |                                     |                                  |         |
| ไม่มี                                          | 476 (98.6)                          | 64 (90.1)                        | 0.030   |
| มี                                             | 7 (1.4)                             | 7 (9.9)                          |         |
| โรคหัวใจ                                       |                                     |                                  |         |
| ไม่มี                                          | 464 (96.1)                          | 66 (93.0)                        | 0.032   |
| มี                                             | 19 (3.9)                            | 5 (7.0)                          |         |
| โรคเกาต์/ข้อเสื่อม                             |                                     |                                  |         |
| ไม่มี                                          | 442 (91.5)                          | 64 (90.1)                        | 0.821   |
| มี                                             | 41 (8.5)                            | 7 (9.9)                          |         |
| การออกกำลังกาย                                 |                                     |                                  |         |
| ออกกำลังกาย น้อยกว่า 150 นาที ต่อสัปดาห์       | 210 (43.5)                          | 40 (56.3)                        | 0.042   |
| ออกกำลังกาย ตั้งแต่ 150 นาที ขึ้นไป ต่อสัปดาห์ | 273 (56.5)                          | 31 (43.7)                        |         |
| ภาวณอนไม่หลับ                                  |                                     |                                  |         |
| ไม่มี                                          | 354 (73.3)                          | 31 (43.7)                        | <0.001  |
| มี                                             | 129 (26.7)                          | 40 (56.3)                        |         |
| การใช้งานสื่อสังคม (social media)              |                                     |                                  |         |
| ไม่เคยใช้งาน                                   | 89 (18.4)                           | 20 (28.2)                        | 0.054   |
| ใช้งาน                                         | 394 (81.6)                          | 51 (71.8)                        |         |
| ระยะเวลาการใช้สื่อสังคม ต่อวัน                 |                                     |                                  |         |
| ไม่เคยใช้งาน                                   | 89 (18.4)                           | 20 (28.2)                        | 0.035   |
| ใช้งาน น้อยกว่า 5 ชั่วโมง ต่อวัน               | 357 (73.9)                          | 42 (59.1)                        |         |
| ใช้งาน ตั้งแต่ 5 ชั่วโมงขึ้นไป ต่อวัน          | 37 (7.7)                            | 9 (12.7)                         |         |
| ความรู้สึกว่าเหว่ วัดโดยใช้ RULS (6 ข้อ)       |                                     |                                  |         |
| ฉบับภาษาไทย                                    |                                     |                                  |         |
| มัธยฐาน $\pm$ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน          | 8.0 $\pm$ 2.9 คะแนน                 | 14.0 $\pm$ 4.0 คะแนน             | < 0.001 |
| ช่วงคะแนน                                      | 6 ถึง 23                            | 6 ถึง 24                         |         |

ตารางที่ 3. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

| ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า | จำนวน<br>(ร้อยละ) |
|---------------------------|-------------------|
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า         | 483 (87.2)        |
| บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า   | 65 (11.7)         |
| มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน      | 6 (1.1)           |
| รวมทั้งหมด                | 554 (100.0)       |

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยวิธี multivariate logistic regression

| ปัจจัย                                         | Crude odd ratio<br>(95%CI) | P-value | Adjusted odd<br>ratio (95%CI) | P-value |
|------------------------------------------------|----------------------------|---------|-------------------------------|---------|
| เพศ                                            |                            |         |                               |         |
| หญิง                                           | 1.27 (0.75-2.16)           | 0.372   |                               |         |
| ชาย                                            | 1 (Reference)              |         |                               |         |
| สถานภาพสมรส                                    |                            |         |                               |         |
| สมรส/อยู่ด้วยกัน                               | 2.14 (0.84-5.43)           | 0.341   |                               |         |
| หย่าร้าง/หม้าย                                 | 1.50 (0.66-3.45)           | 0.112   |                               |         |
| โสด                                            | 1 (Reference)              |         |                               |         |
| ความเพียงพอของรายได้                           |                            |         |                               |         |
| ไม่เพียงพอ                                     | 6.20 (3.01-12.79)          | < 0.001 | 6.02 (2.06-17.56)             | <0.001  |
| เพียงพอ                                        | 1 (Reference)              |         |                               |         |
| แหล่งที่มาของรายได้                            |                            |         |                               |         |
| จากตนเอง                                       | 1 (Reference)              |         |                               |         |
| จากผู้อื่น                                     | 1.57 (0.89-2.80)           | 0.126   |                               |         |
| จากผู้อื่นและตนเอง                             | 1.17 (0.40-3.49)           | 0.779   |                               |         |
| โรคประจำตัว                                    |                            |         |                               |         |
| ไม่มีโรคประจำตัว                               | 1 (Reference)              |         |                               |         |
| มีโรคประจำตัว                                  | 1.30 (0.71-2.39)           | 0.391   |                               |         |
| โรคความดันโลหิตสูง                             | 1.15 (0.70-1.88)           | 0.594   |                               |         |
| โรคไขมันในเลือดสูง                             | 1.19 (0.72-1.95)           | 0.506   |                               |         |
| โรคเบาหวาน                                     | 2.48 (1.42-4.34)           | < 0.001 | 2.94 (1.26-6.88)              | 0.013   |
| โรคไตเรื้อรัง                                  | 2.83 (1.14-7.02)           | 0.025   | 2.65 (0.75-9.38)              | 0.132   |
| โรคหลอดเลือดในสมอง                             | 3.58 (1.19-10.80)          | 0.023   | 2.66 (0.46-15.38)             | 0.276   |
| โรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง                         | 3.00 (0.76-11.87)          | 0.118   |                               |         |
| โรคหัวใจ                                       | 1.85 (0.67-5.12)           | 0.236   |                               |         |
| โรคเกาต์/ข้อเสื่อม                             | 1.18 (0.51-2.74)           | 0.702   |                               |         |
| การออกกำลังกาย                                 |                            |         |                               |         |
| ออกกำลังกาย น้อยกว่า 150 นาที ต่อสัปดาห์       | 1 (Reference)              | 0.044   |                               |         |
| ออกกำลังกาย ตั้งแต่ 150 นาที ขึ้นไป ต่อสัปดาห์ | 0.60 (0.37-0.98)           |         | 0.64 (0.32-1.29)              | 0.214   |
| ภาวะนอนไม่หลับ                                 |                            |         |                               |         |
| ไม่มี                                          | 1 (Reference)              | < 0.001 | 2.37 (1.20-4.72)              | 0.014   |
| มี                                             | 3.54 (2.13-5.89)           |         |                               |         |
| ระยะเวลาการใช้สื่อสังคม (social media) ต่อวัน  |                            |         |                               |         |
| ไม่เคยใช้งาน                                   | 1 (Reference)              |         |                               |         |
| ใช้งาน น้อยกว่า 5 ชั่วโมง ต่อวัน               | 0.52 (0.30-0.93)           | 0.029   | 0.69 (0.30-1.62)              | 0.394   |
| ใช้งาน ตั้งแต่ 5 ชั่วโมงขึ้นไป ต่อวัน          | 1.08 (0.46-2.59)           | 0.859   | 0.76 (0.21-2.75)              | 0.674   |
| ความรู้สึกว่าเหงา                              | 1.52 (1.40-1.66)           | < 0.001 | 1.55 (1.41-1.71)              | < 0.001 |

## วิจารณ์

งานวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกแผนกปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการศึกษานี้ เท่ากับ ร้อยละ 12.8 ซึ่งไม่เคยมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกระดับปฐมภูมิมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนบ้านนายาว จังหวัดฉะเชิงเทรา เมื่อปี พ.ศ. 2561 เท่ากับร้อยละ 18.5<sup>8</sup> หรือในการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลาครินทร์ เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 9.6<sup>6</sup> พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้

โรคเบาหวานสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า คือ ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่มีโรคเบาหวานถึง 2.37 เท่า ขณะที่โรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมัน ในเลือดสูงนั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า<sup>21</sup> การมีภาวะซึมเศร้าส่งผลเสียโดยตรงต่อการผลิตอินซูลิน พฤติกรรมทางสุขภาพและการดำเนินชีวิต เช่น ไม่สามารถคุมอาหารได้สม่ำเสมอ ในทางกลับกันการมีโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต บางส่วนอาจมีผลข้างเคียงจากโรคเบาหวาน ความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจเหล่านี้ ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น<sup>22, 23</sup>

ภาวะนอนไม่หลับเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าในคนที่มียาหรือนอนไม่หลับมีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมากถึง 3.1 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ<sup>24</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ พบว่าคนที่มียาหรือนอนไม่หลับพบภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่ารายได้ของผู้สูงอายุที่ไม่เพียงพอเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการมีภาวะซึมเศร้าและภาวะนอนไม่หลับ<sup>25</sup> คล้ายคลึงกับการศึกษาล่าสุดในช่วงยุคโควิด-19 ที่ผ่านมานี้ พบว่าการมีรายได้ที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า<sup>26</sup>

กล่าวคือคนที่มียาหรือนอนไม่หลับ ย่อมมีสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตน้อยกว่า จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า<sup>27</sup>

ความว้าวุ่นสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คณะแนบความว่าเหตุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา<sup>28, 29</sup> และการศึกษาล่าสุดในช่วงโควิด 19 ที่ผ่านมานั้น พบว่าคณะแนบความรู้สึกลัวว่าเหตุว้าวุ่นเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>30</sup> ระดับความว้าวุ่นพบความสัมพันธ์กับการอยู่คนเดียว ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียว ผู้สูงอายุที่โสดหรือเป็นหม้าย หรือแม้แต่ผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับคู่สมรส ซึ่งขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เช่น การแบ่งปันเรื่องราวในชีวิตประจำวันต่อกัน หรือการเข้าสังคมของคู่สมรส<sup>31</sup> ซึ่งจากผลการศึกษานี้ของงานวิจัยนี้ พบว่าไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับสถานภาพสมรส

งานวิจัยนี้ได้ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมในผู้สูงอายุร่วมด้วย จากงานวิจัยนี้พบว่าเวลาการใช้สื่อสังคมที่น้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้งานสื่อสังคม แต่เมื่อนำไปวิเคราะห์ต่อด้วย multivariate logistic regression พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในกลุ่มที่ใช้ไม่เกิน 5 ชั่วโมงต่อวัน และกลุ่มที่ใช้มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ เมื่อปี พ.ศ. 2558 ที่พบว่าการใช้สื่อสังคมไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต และไม่สัมพันธ์กับความรู้สึกว่าเหวในผู้สูงอายุ<sup>32</sup> แต่อย่างไรก็ตามในช่วงสถานการณ์โควิดที่ผ่านมานี้ พบว่า การใช้สื่อสังคมที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นผลมาจากการต้องกักตัวจากภาวะการแพร่ระบาด การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง หรือการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยไม่ได้เกิดจากการใช้งานสื่อสังคมที่มากขึ้นโดยตรงเพียงปัจจัยเดียว<sup>33</sup> นอกจากนี้การใช้งานสื่อสังคมอาจทำให้ผู้ใช้ได้รับข้อมูลมหาศาลภายในเวลาสั้น ๆ ทำให้เกิดภาวะเครียด และส่งผลทางอ้อมต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล<sup>34</sup> ในทางตรงกันข้าม การใช้สื่อสังคมในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งเกิดจากความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง<sup>35</sup>

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ ไม่ได้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากอาการของภาวะซึมเศร้า สามารถพบได้ในภาวะสมองเสื่อม แต่อย่างไรก็ตามสองภาวะนี้ไม่สามารถแยกกันได้อย่างเด็ดขาด ผู้ป่วยอาจมีทั้งสองภาวะในเวลาเดียวกัน จึงต้องอาศัยการตรวจประเมินอย่างละเอียด ติดตามอาการและรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยในงานวิจัยนี้ รวบรวมมาจากประชากรที่ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกระดับปทุมธานี ซึ่งไม่อาจสะท้อนภาพรวมของผู้สูงอายุในชุมชนได้ทั้งหมด ผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียง หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวซับซ้อนที่ถูกส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตติยภูมิจึงไม่ได้รวมในการศึกษานี้

ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าสามารถออกแบบโครงการเพื่อพัฒนาการเข้าถึงการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และโครงการเฝ้าระวัง ตลอดจนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มมากขึ้น กล่าวคือ สามารถจัดทำโครงการคัดกรองและป้องกันภาวะดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้ นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งถัดไป อาจศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากประชากรหลายแหล่งมากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่โอกาสในการเข้าถึงสถานพยาบาลน้อย และศึกษาแนวทางในการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมไปถึงการออกแบบโครงการเพื่อรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

## สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในปทุมธานีเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 12.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ multivariate logistic regression ได้แก่ การมีโรคเบาหวาน ความไม่เพียงพอของรายได้ ภาวะนอนไม่หลับ และความรู้สึกว่าเหงา ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่มักจะถูกมองข้าม หรือคิดว่าเป็นความปกติของผู้สูงอายุ การคัดกรองและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจึงเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่ม

นี้ รวมทั้งเพิ่มความตระหนักของบุคลากรทาง การแพทย์ ผู้นำชุมชน และประชากรทั่วไปต่อการมีอยู่ของโรคนี้ ซึ่งเพิ่มคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม รวมทั้งช่วยลดภาระทางด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขของประเทศต่อไป

## Highlight

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในปทุมธานีเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 12.8
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีโรคเบาหวาน ความไม่เพียงพอของรายได้ ภาวะนอนไม่หลับ และความรู้สึกว่าเหงา
3. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการรักษามากขึ้นต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนพัฒนาการวิจัย ประเภทที่ 1 จากฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการวิจัย (IO) R016731006 ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์กรภัทร มยุรสาคร อาจารย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำแนะนำในการดำเนินงานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.อรรพวงค์ สุภาพงษ์ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์ผลวิจัยทางสถิติ ขอขอบพระคุณบุคลากรหน่วยปทุมธานีศิริราช และศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ และขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัทพร วงศ์ปกรันย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถามวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) และแบบวัดความรู้สึกว่าเหงา ยูซีแอลเอ แบบ 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย (6-item Revised UCLA Loneliness Scale หรือ RULS-6) ในงานวิจัยนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/eb-book/2023/20230506145038\\_72776.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/eb-book/2023/20230506145038_72776.pdf)
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2020 [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
3. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
4. Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. Late-life depression: issues for the general practitioner. *Int J Gen Med*. 2018;11:113-20.
5. Christensen H, Jorm AF, Mackinnon AJ, Korten AE, Jacomb PA, Henderson AS, et al. Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychol Med*. 1999;29:325-39.
6. Anantapong K, Pitanupong J, Werachattawan N, Aunjitsakul W. Depression and associated factors among elderly outpatients in Songklanagarind hospital, Thailand: a cross-sectional study. *J Health Sci Med Res*. 2017;35:139-48.
7. Chaiut W, Trongsakul S, Tamornpark R, Apidechkul T. Prevalence and factors associated with depression among the hill tribe elderly population, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2018;101:977-85.
8. Charoensakulchai S, Usawachoke S, Kongbangpor W, Thanavirun P, Mitsiriswat A, Pinijnai O, et al. Prevalence and associated factors influencing depression in older adults living in rural Thailand: a cross-sectional study. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19:1248-53.
9. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp A. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+: a systematic review. *PLoS One*. 2021;16(5):e0251326. PubMed PMID: 33983995
10. Chau R, Kissane DW, Davison TE. Risk Factors for depression in long-term care: a prospective observational cohort study. *Clin Gerontol*. 2021;44:112-25.
11. Yuenyongchaiwat K, Pongpanit K, Hanmanop S. Physical activity and depression in older adults with and without cognitive impairment. *Dement Neuropsychol*. 2018;12:12-8.
12. Lue BH, Chen LJ, Wu SC. Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50 Suppl 1:S34-8.
13. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*. 2010;25:453-63.
14. Chou HT, Edge N. "They are happier and having better lives than I am": the impact of using Facebook on perceptions of others' lives. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2012;15:117-21.
15. Marciano L, Ostroumova M, Schulz PJ, Camerini AL. Digital media use and adolescents' mental health during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2021;9:793868. PubMed PMID: 35186872
16. 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.
17. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Van Reekum R. The use of GDS-15 in detecting MDD: a comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *J Clin Med Res*. 2013;5:101-11.
18. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Suradom C, Varnado P, et al. Development and validation of a 6-item Revised UCLA Loneliness Scale (RULS-6) using Rasch analysis. *Br J Health Psychol*. 2020;25:233-56.
19. Cochran WG. Sampling techniques. 3<sup>rd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
20. Kotayan P, Srisuwan P, Kengpanich S. Prevalence and associated factors of depression among older adults in primary care unit at Phramongkutklao hospital. *J Prev Med Assoc Thailand*. 2021;11:30-49.
21. Aung TN, Moolphate S, Koyanagi Y, Angkurawaranon C, Supakankunti S, Yuasa M, et al. Depression and associated factors among community-dwelling Thai older adults in northern Thailand: the relationship between history of fall and geriatric depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10574. PubMed PMID: 36078289
22. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87:302-12.
23. De JP, Roy JF, Saz P, Marcos G, Lobo A. prevalent and incident depression in community-dwelling elderly persons with diabetes mellitus: results from the ZARADEMP project. *Diabetologia*. 2006;49:2627-33.
24. Tsaras K, Tsiantoula M, Papathanasiou IV, Papagianis D, Chatzi M, Fradelos EC. Predictors of depression

- sion and Insomnia in community-dwelling elderly people: a cross-sectional evidence of their bidirectional relationship. *Cureus*. 2021;13(3):e13965. PubMed PMID: 33880299
25. Li L, Wu C, Gan Y, Qu X, Lu Z. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):375. PubMed PMID: 27816065
  26. 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.
  27. Fang M, Mirutse G, Guo L, Ma X. Role of socioeconomic status and housing conditions in geriatric depression in rural China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(5):e024046. PubMed PMID: 31110082
  28. Aylaz R, Aktürk Ü, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55:548-54.
  29. Tang C, Huang R, Wang Y, Zhou W. Relationship of depression and loneliness with quality of life in rural widowed elderly women living alone. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2023;48:1865-73.
  30. Alhalaseh L, Kasasbeh F, Al-Bayati M, Haikal L, Obeidat K, Abuleil A, et al. Loneliness and depression among community older adults during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychogeriatrics*. 2022;22:493-501.
  31. Segel-Karpas D, Ermer A. Cynical hostility and loneliness in older adult married couples: an indirect effect through friendships. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021;76:306-16.
  32. Aarts S, Peek SM, Wouters EM. The relation between social network site usage and loneliness and mental health in community-dwelling older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30:942-9.
  33. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231924. PubMed PMID: 32298385
  34. Reinecke L, Aufenanger S, Beutel ME, Dreier M, Quiring O, Stark B, et al. Digital stress over the life span: the effects of communication load and internet multitasking on perceived stress and psychological health impairments in a german probability sample. *Media Psychol*. 2017;20:90-115.
  35. Chopik WJ. The benefits of social technology use among older adults are mediated by reduced loneliness. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2016;19:551-6.