

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกข้าราชการตำรวจ

พัทธิรา มโนการ, พ.บ.¹, พรเทพ อมรฤทธิวิช, พ.บ., วว.อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด^{1,2}¹ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว, ²หน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

พัทธิรา มโนการ, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลตำรวจ 492/1
ถ.พระรามที่ 1 แขวงปทุมวัน
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
10330, ประเทศไทย
Email: patthira.manokarn@gmail.com

Received: October 1, 2024;

Revised: October 25, 2024;

Accepted: November 20, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องด้วยรักษาที่ยาวนานซึ่งอาจก่อเป็นความเครียดสะสม การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาศึกษาที่คลินิกข้าราชการตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง สถิติเชิงพรรณนา

วัตถุประสงค์และวิธีการ: เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 252 คน ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติงานประจำวันพื้นฐาน และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แสดงค่าความสัมพันธ์โดยใช้ Odds ratio และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95%CI

ผลการศึกษา: อาสาสมัคร 252 คน เพศชาย 138 คน เพศหญิง 114 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.5 โดยทุกคนมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การมีอายุมากกว่า 80 ปี (adjusted OR = 7.03, 95%CI = 1.96-25.21)

สรุป: บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและมีโอกาสในการเข้าถึงการบริการได้น้อย บุคลากรจึงควรเพิ่มความตระหนักในการคัดกรองเพื่อที่จะได้ส่งต่อการรักษา เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Risk Factors of Depression in Elderly Patients with Non-Communicable Diseases in a Police Clinic

Patthira Manokarn, M.D.¹, Porntep Amornritvanich, M.D., Diplomate, Thai Board of Cardiology^{1,2}

¹Department of Family Medicine, ²Cardiovascular Unit, Department of Internal Medicine, Police General Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Patthira Manokarn, M.D.,
Department of Family Medicine, Police General Hospital,
492/1 Rama I Rd, Pathum Wan,
Bangkok 10330, Thailand
Email: patthira.manokarn@gmail.com

Received: October 1, 2024;

Revised: October 25, 2024;

Accepted: November 20, 2024

ABSTRACT

Background: Depression is a common condition in the elderly. The prevalence of depression seems to increase with age. Non-communicable diseases may increase the stress of patients due to chronic conditions and result in an increase in the prevalence of depression. The study aims to determine the prevalence and associated factors of depression among elderly patients with non-communicable diseases in the Police Clinic, Police General Hospital.

Design: A cross-sectional study, descriptive analysis

Methods: A Study among 252 elderly aged 60 years or above with non-communicable diseases in the Police Clinic, Police General Hospital, between May and July 2024. The data was collected by using a questionnaire which contained demographics, the Barthel ADL Index, and the Thai Geriatric Depression Scale. The data were analyzed by using descriptive statistics. The factors associated with depression were calculated by the Odds ratio and 95%CI.

Results: 252 elderly people answered the questionnaire. There were 138 males and 114 females. The prevalence of depression in the elderly with non-communicable diseases was 11.5%. Risk factor associated with elderly age is over 80 years old (adjusted OR = 7.03, 95%CI 1.96-25.21).

Conclusions: Healthcare providers should regularly screen for depression in the elderly, especially in those aged over 80 years old, as they are at high risk and have limited access to services. Therefore, healthcare providers should increase awareness of screening to facilitate referrals for treatment and promote appropriate knowledge of physical and mental health.

Keywords: depression, non-communicable diseases, elderly

บทนำ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป¹ จากการเก็บข้อมูลสถิติประชากร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย 12,698,362 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด² โดยประเทศไทยมีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีและกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14.0)³

ในรอบ 50 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ในปี พ.ศ. 2513 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งหมด แต่ในปี พ.ศ. 2563 ประชากรสูงอายุได้เพิ่มเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด³

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง เกิดเป็นปัญหาทางสุขภาพ เช่น โรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยพบประชากรเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี 2560 มีจำนวน 41 ล้านคนจากประชากรโลกที่เสียชีวิตทั้งหมด 57 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.0⁴

การเปลี่ยนแปลงอื่นที่พบได้คือการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจ นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ภาวะสูญเสีย และโรคซึมเศร้า นำไปสู่ความเสี่ยงต่อสุขภาพและการฆ่าตัวตาย โดยองค์การอนามัยโลกพบว่าสามารถพบปัญหาสุขภาพจิตได้ในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 14.0 ของประชากรผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยคือโรคซึมเศร้า⁵ โดยสามารถพบได้ถึงร้อยละ 5.7⁶ จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ได้รายงานสถิติของการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกเขตสุขภาพ ใน

ปีงบประมาณ 2565 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 19.4 ในปี พ.ศ. 2566 แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าออกเป็นซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 79.3 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 16.8 และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 3.9^{7,8} และเมื่อจำแนกประชากรตามกลุ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสามารถพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มติดสังคมร้อยละ 15.2 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 46.0 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 35.4^{7,8} จะเห็นได้ว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าจะพบได้เพิ่มขึ้นในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง สาเหตุอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าวต้องมีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกสูญเสียตัวตน จึงก่อให้เกิดเป็นความเครียดสะสมและส่งผลให้เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยจะพบได้มากกว่าสถิติขององค์การอนามัยโลก และพบได้มากกว่าในคลังข้อมูลสุขภาพ ดังเช่นในงานวิจัยของอาคม บุญเลิศ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.9⁹ งานวิจัยของกุลธิดา ดวงเนตร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30.2¹⁰ และในงานวิจัยของกฤติเดช มิ่งไม้ และคณะ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.8¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในงานวิจัยก่อนหน้านี้ล้วนเป็นการหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั่วไป แต่ยังไม่พบงานวิจัยในกลุ่มจำเพาะ เช่น ข้าราชการตำรวจ เป็นต้น

ข้าราชการตำรวจมีบทบาทหน้าที่เป็นด่านหน้าในการดูแลประชาชน การปราบปรามอาชญากรรม และรักษาความสงบในประเทศ จากรายงานผลการศึกษาสเหตุของกองวิจัย สำนักรยุทธศาสตร์ตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติจัดทำร่วมกับกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งจัดทำขึ้นในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2556 พบว่ามีข้าราชการตำรวจฆ่าตัวตาย จำนวน 174 นาย หรือคิดเป็นจำนวนเฉลี่ย 29 นายต่อปี^{12,13} ภายใต้อาการหวาดหวั่นของประชาชนและผู้บังคับบัญชา รวมถึงลักษณะการทำงานที่ไม่เป็นเวลา โดยบางหน่วยอาจมีการทำงานเป็นกะ จึงอาจก่อให้เกิดเป็นความเครียด จากสถิติของโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าในปี พ.ศ. 2562 มีข้าราชการตำรวจเข้ารับการรักษาด้านสุขภาพจิต 2,154 ครั้ง ซึ่งมากกว่าปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2560 ที่มีการเข้ารับรักษา

2,025 ครั้ง และ 1,812 ครั้งตามลำดับ¹³ ซึ่งการคัดกรองการให้คำปรึกษา และการรักษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มข้าราชการตำรวจอาจมีปัจจัยที่ขัดขวางการเข้ารับบริการ เช่น กลัวการถูกมองว่าเป็นโรคจิต การถูกตีตราทางสังคม กลัวว่าจะส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน¹³ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงการรักษาได้น้อยกว่าประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มข้าราชการตำรวจเกษียณที่มีโอกาสในการได้รับการคัดกรองที่ลดลง

คลินิกข้าราชการตำรวจมีกลุ่มประชากรค่อนข้างจำเพาะ โดยผู้ที่เข้ามาใช้บริการล้วนเป็นกลุ่มข้าราชการตำรวจและครอบครัว ทางผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้า ที่อาจนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพทางกายได้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในกลุ่มของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกข้าราชการตำรวจ โดยหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ โดยคาดว่าจะสามารถนำผลการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารักษาที่คลินิกข้าราชการตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบตัดขวาง descriptive analysis ศึกษาผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาที่คลินิกข้าราชการตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ เก็บข้อมูลอาสาสมัครตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร estimating the population proportion (P)¹⁴ ดังแสดง

$$n = [Z^2 P(1 - P)] / E^2$$

กำหนด

n = required sample size

Z = Z-score for the chosen

α = 0.05 (95%CI); Z= 1.96

P = expected prevalence (5.7%⁵)

E = margin of error = 3%

$$n = [1.96^2 \times 0.057 \times (1 - 0.057)] / 0.03^2 = 229$$

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 229 คน

และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.0 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 252 คน

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ หมายเลขจริยธรรมวิจัย Dq095-66 วันที่รับรอง 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกข้าราชการตำรวจ
2. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ โดยมีประวัติการรักษาหรือการวินิจฉัยในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (ICD-10) หรืออาสาสมัครให้ข้อมูลว่าได้รับการรักษาโรคทางจิตเวชจากโรงพยาบาลอื่นนอกเหนือจากโรงพยาบาลตำรวจ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความเจ็บป่วย จำนวนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็น ระยะเวลาการเป็นโรค การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การจัดยารับประทาน รูปแบบยาที่ใช้ บุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ความกังวลเรื่องการเงิน ความเพียงพอของรายได้ และการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย โดยคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและแบบเติมคำ

2. แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL Index)¹⁵ เป็นแบบวัดที่ใช้งาน

อย่างแพร่หลาย มีความน่าเชื่อถือสูง จากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ได้แนะนำให้ใช้ Barthel ADL Index ในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้สูงอายุ¹⁶ แบบประเมินอื่นที่สามารถใช้ได้ เช่น Lawton IADL Scale เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การจัดการการเงิน การทำอาหาร การใช้โทรศัพท์ เป็นต้น ทางผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index ซึ่งมีการเผยแพร่สู่สาธารณะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยประเมินการรับประทานอาหาร การล้างหน้า/หวีผม/แปรงฟัน การลุกนั่ง การเคลื่อนที่ในบ้าน การใช้ห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การขึ้นลงบันได และการกลืนอาหาร/ปัสสาวะ

การแปลผล

0-4 คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (กลุ่มติดเตียง)

5-8 คะแนน ภาวะพึ่งพารุนแรง (กลุ่มติดบ้าน)

9-11 คะแนน ภาวะพึ่งพาปานกลาง (กลุ่มติดบ้าน)

12-20 คะแนน ไม่มีภาวะพึ่งพา (กลุ่มติดสังคม)¹⁷

แบบทดสอบนี้ใช้ค่าการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือตามงานวิจัยของกัญชรีย์ พัฒนา และคณะ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.917¹⁸

3. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ของนิพนธ์ พงวารินทร์ และคณะ¹⁹ เป็นแบบคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ จากหนังสือคู่มือมาตรฐานและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพได้มีการแนะนำให้ใช้ TGDS ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ²⁰ จากงานวิจัยของกฤติเดช มิ่งไม้ ได้ศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อใช้ TGDS พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.8 และเมื่อใช้ PHQ-9 พบความชุกร้อยละ 21.4 อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้ซึ่ง Cohen's Kappa statistic พบว่า TGDS และ PHQ-9 มีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ PHQ-9 เป็นแบบประเมินที่สามารถใช้ได้กับทุกช่วงวัย ส่วน TGDS ได้รับการออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมทั้งอาการที่เกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจและอาการที่แสดงออกมาภายนอก เช่น นอนไม่หลับ ทำให้สามารถใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้

สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทางผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ TGDS ในการประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้เปิดให้ใช้งานแบบสาธารณะ โดยประเมินอาการของผู้สูงอายุในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาด้วย 30 คำถาม แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือกคือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” การแปลแบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนน 0-12 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 ซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 ซึมเศร้าปานกลาง 25-30 ซึมเศร้ารุนแรง ใช้ค่าการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือตามงานวิจัยของกัญชรีย์ พัฒนา และคณะ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามเท่า 0.910¹⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา descriptive statistic การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงโดยรายงานด้วยค่า odd ratio (OR) วิเคราะห์ multiple logistic regression analysis โดยใช้โปรแกรม STATA กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุเข้าร่วมงานวิจัย 252 คน ประกอบด้วยเพศชาย 138 คน (ร้อยละ 54.8) เพศหญิง 114 คน (ร้อยละ 45.2) โดยมีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 60-69 ปี (ร้อยละ 55.6) ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญตำรวจ 139 คน (ร้อยละ 55.2) อาชีพอื่น ๆ 50 คน (ร้อยละ 19.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 63 คน (ร้อยละ 25.0) (ตารางที่ 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพา (249 คน คิดเป็นร้อยละ 98.8) (ตารางที่ 2) จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.5 โดยทุกคนมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (ตารางที่ 3) พบภาวะซึมเศร้าในเพศชาย 12 คน (ร้อยละ 8.6) ในเพศหญิง 17 คน (ร้อยละ 14.9) พบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มอาชีพข้าราชการบำนาญตำรวจ 10 คน (ร้อยละ 7.2) ในกลุ่มอาชีพอื่น ๆ 7 คน (ร้อยละ 14.0) ในกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพ 12 คน (ร้อยละ 19.0) พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ตารางที่ 1. ข้อมูลประชากร

ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	138 (54.8)
หญิง	114 (45.2)
อายุ	
60-69 ปี	140 (55.6)
70-79 ปี	82 (32.5)
80 ปีขึ้นไป	30 (11.9)
สถานภาพสมรส	
มีคู่	224 (88.9)
ไม่มีคู่	28 (11.1)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	119 (47.2)
ปริญญาตรีขึ้นไป	133 (52.8)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	63 (25.0)
ข้าราชการบำนาญตำรวจ	139 (55.2)
อาชีพอื่น ๆ	50 (19.8)
รายได้ต่อเดือน	
ไม่เกิน 30,000 บาท	185 (73.4)
มากกว่า 30,000 บาท	67 (26.6)
โรคประจำตัว	
โรคความดันโลหิตสูง	180 (71.4)
โรคไขมันในเลือดสูง	195 (77.4)
โรคเบาหวาน	95 (37.7)
จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น	
1 โรค	104 (41.3)
2 โรค	77 (30.6)
3 โรค ขึ้นไป	71 (28.2)
ระยะเวลาการเป็นโรค	
น้อยกว่า 1 ปี	8 (3.2)
1-5 ปี	43 (17.1)
5-10 ปี	57 (22.6)
มากกว่า 10 ปี	144 (57.1)
การสูบบุหรี่	
สูบ/เคยสูบ	59 (23.4)
ไม่สูบ	193 (76.6)
การดื่มสุรา	
ดื่ม/เคยดื่ม	83 (32.9)
ไม่ดื่ม	169 (67.1)
การจัดยารับประทาน	
จัดยาเอง	244 (96.8)
มีผู้ดูแลจัดยาให้	8 (3.2)
จำนวนยาที่ใช้	
น้อยกว่า 3 ชนิด	141 (56.0)
3 ชนิดขึ้นไป	111 (44.0)

ตารางที่ 1. ข้อมูลประชากร (ต่อ)

ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
บุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน	
อยู่ตามลำพัง	13 (5.2)
มีผู้พักอาศัยร่วม	239 (94.8)
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	
รักใคร่กันดี	251 (99.6)
ต่างคนต่างอยู่	1 (0.4)
มีความขัดแย้งในครอบครัว	0 (0.0)
ความกังวลเรื่องการเงิน	
ไม่กังวล	237 (94.0)
กังวล	15 (6.0)
ความเพียงพอของรายได้	
เพียงพอ	231 (91.7)
ไม่เพียงพอ	21 (8.3)
ดัชนีมวลกาย	
ต่ำกว่าเกณฑ์	6 (2.4)
ปกติ	79 (31.3)
น้ำหนักเกิน/อ้วน	167 (66.3)

ตารางที่ 2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL index)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
มีภาวะพึ่งพาปานกลาง	3 (1.2)
ไม่มีภาวะพึ่งพา	249 (98.8)

ตารางที่ 3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุปกติ	223 (88.5)
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	29 (11.5)
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	0 (0.0)
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	0 (0.0)

การดื่มสุรา การจัดยา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ตารางที่ 4) เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้การทดสอบแบบพหุตัวแปรพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การมีอายุมากกว่า 80 ปี โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง (adjusted OR = 7.03, 95%CI = 1.96-25.21, $p < 0.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ			0.124
ชาย	138 (54.8)	12 (8.7)	
หญิง	114 (45.2)	17 (14.9)	
อายุ			< 0.001*
60-69 ปี	140 (55.6)	9 (6.4)	
70-79 ปี	82 (32.5)	10 (12.2)	
80 ปีขึ้นไป	30 (11.9)	10 (33.3)	
สถานภาพสมรส			0.081*
มีคู่	224 (88.9)	23 (10.3)	
ไม่มีคู่	28 (11.1)	6 (21.4)	
ระดับการศึกษา			0.087*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	119 (47.2)	18 (15.1)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	133 (52.8)	11 (8.3)	
อาชีพ			0.042*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	63 (25.0)	12 (19.0)	
ข้าราชการบำนาญตำรวจ	139 (55.2)	10 (7.2)	
อาชีพอื่น ๆ	50 (19.8)	7 (14.0)	
รายได้ต่อเดือน			0.035*
ไม่เกิน 30,000 บาท	185 (73.4)	26 (14.1)	
มากกว่า 30,000 บาท	67 (26.6)	3 (4.5)	
โรคประจำตัว			
โรคความดันโลหิตสูง	180 (71.4)	23 (12.8)	0.138
โรคไขมันในเลือดสูง	195 (77.4)	6 (8.3)	0.318
โรคเบาหวาน	95 (37.7)	15 (15.8)	0.098*
จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น			0.172
1 โรค	104 (41.3)	8 (7.7)	
2 โรค	77 (30.6)	9 (11.7)	
3 โรค ขึ้นไป	71 (28.2)	12 (16.9)	
ระยะเวลาการเป็นโรค			0.637
น้อยกว่า 1 ปี	8 (3.2)	0 (0.0)	
1-5 ปี	43 (17.1)	4 (9.3)	
5-10 ปี	57 (22.6)	6 (10.5)	
มากกว่า 10 ปี	144 (57.1)	19 (13.2)	
การสูบบุหรี่			0.193
สูบ/เคยสูบ	59 (23.4)	4 (6.8)	
ไม่สูบ	193 (76.6)	25 (13.0)	
การดื่มสุรา			0.020*
ดื่ม/เคยดื่ม	83 (32.9)	4 (4.8)	
ไม่ดื่ม	169 (67.1)	25 (14.8)	
การจัดยา			0.019*
จัดยาเอง	244 (96.8)	26 (10.7)	
มีผู้ดูแลจัดยาให้	8 (3.2)	3 (37.5)	

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	P-value
จำนวนยาที่ใช้			0.626
น้อยกว่า 3 ชนิด	141 (56.0)	15 (10.6)	
3 ชนิดขึ้นไป	111 (44.0)	14 (12.6)	
บุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน			0.358
อยู่ตามลำพัง	13 (5.2)	1 (7.7)	
มีผู้พักอาศัยร่วม	239 (94.8)	28 (11.7)	
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว			0.718
รักใคร่กันดี	251 (99.6)	29 (11.6)	
ต่างคนต่างอยู่	1 (0.4)	0 (0.0)	
มีความขัดแย้งในครอบครัว	0 (0)	-	
ความกังวลเรื่องการเงิน			0.288
ไม่กังวล	237 (94.0)	26 (11.0)	
กังวล	15 (6.0)	3 (20.0)	
ความเพียงพอของรายได้			0.065*
เพียงพอ	231 (91.7)	24 (10.4)	
ไม่เพียงพอ	21 (8.3)	5 (23.8)	
ดัชนีมวลกาย			0.403
ต่ำกว่าเกณฑ์	6 (2.4)	1 (16.7)	
ปกติ	79 (31.3)	12 (15.2)	
น้ำหนักเกิน/อ้วน	167 (66.3)	16 (9.6)	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันพื้นฐาน			0.003*
มีภาวะพึ่งพาปานกลาง	3 (1.2)	1 (33.3)	
ไม่มีภาวะพึ่งพา	249 (98.8)	27 (10.8)	

*p < 0.05

วิจารณ์

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.5 โดยมีจำนวนมากกว่าสถิติขององค์การอนามัยโลกที่รายงานว่าสามารถพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีได้ร้อยละ 5.76 และมีความชุกใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Anantapong ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุระหว่าง 65-99 ปี พบความชุกร้อยละ 9.6²² แต่ทั้งนี้พบว่าความชุกแตกต่างจากงานวิจัยอื่นโดยจากงานวิจัยของอาคม บุญเลิศ พบภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 36.9⁹ งานวิจัยของกุลธิตา ดวงเนตร พบความชุกร้อยละ 30.2¹⁰ และงานวิจัยของกฤติเดช มิ่งไม้ และคณะ พบความชุกร้อยละ 24.8¹¹

พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน การดื่มสุรา การจัดยาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ตารางที่ 4)

อายุ

พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและอายุ เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้การทดสอบแบบพหุตัวแปรพบว่า การมีอายุมากกว่า 80 ปี สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของสายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่ามีตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของ

ตารางที่ 5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการวิเคราะห์หัพหั่วแปร

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI	P-value
อายุ			
60-69 ปี ^b			
70-79 ปี	1.74	0.63-4.76	0.283
80 ปีขึ้นไป	7.03	1.96-25.21	0.003*
สถานภาพ			
มีคู่ ^b			
ไม่มีคู่	3.33	0.92-12.01	0.066
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี			
ปริญญาตรีขึ้นไป ^b	0.99	0.35-2.81	0.982
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ ^b			
ข้าราชการบำนาญตำรวจ	0.46	0.14-1.43	0.178
อาชีพอื่น ๆ	0.83	0.25-2.71	0.754
รายได้			
ไม่เกิน 30,000 บาท			
มากกว่า 30,000 บาท ^b	2.44	0.62-9.68	0.204
โรคเบาหวาน			
เป็นโรค			
ไม่เป็นโรค ^b	1.64	0.69-3.92	0.266
การดื่มสุรา			
ดื่ม			
ไม่ดื่ม ^b	0.38	0.11-1.29	0.123
การจัดยา			
จัดยาเอง			
มีผู้ดูแลจัดยาให้ ^b	1.51	0.19-12.02	0.698
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ ^b			
ไม่เพียงพอ	3.32	0.96-11.45	0.058
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน			
มีภาวะพึ่งพาปานกลาง			
ไม่มีภาวะพึ่งพา ^b	1.43	0.07-31.45	0.820

* p < 0.05, ^bค่าอ้างอิง

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 75 ปีขึ้นไป²³ อีกทั้งยังสอดคล้องกับสถิติขององค์การอนามัยโลกที่รายงานว่าค่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ตามอายุ²⁴ โดยอาจมีสาเหตุจากการที่ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อการเสื่อมถอยของร่างกายและเกิดการเจ็บ

ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษายาวนาน บางรายอาจเกิดภาวะพึ่งพา รวมไปถึงหลังจากเกษียณทำให้มีเวลาว่างมากขึ้น ไม่ได้พบปะผู้คน การเข้าสู่วงจรชีวิตที่ต้องเริ่มมีการพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้เกิดเป็นความเครียดสะสมก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี หรือที่เรียกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มมากขึ้น เช่นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เกิดเป็นปัญหาสุขภาพ เกิดโรคเรื้อรัง หรือในบางรายเกิดโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้น การทำกิจกรรมต่าง ๆ เริ่มมีข้อจำกัดมากกว่าช่วงวัยอื่น บางรายเริ่มมีภาวะพึ่งพา ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายเกิดความเสื่อมถอยและเสื่อมสภาพ เริ่มมีภาวะทุพพลภาพ ต้องการผู้ดูแล รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตน เสียความมั่นใจ ท้อแท้ รู้สึกโดนลดคุณค่า ถูกทอดทิ้ง ก่อให้เกิดเป็นความเครียดเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังเกิดการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นคู่ครอง เพื่อน คนรอบตัว ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ในขณะที่ช่วงวัยอื่น ๆ จะมีเครือข่ายสังคมที่มากกว่า ดังเช่นงานวิจัยของ วิจิตร แผ่นทอง²⁵ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 75 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาชีพ

ด้านอาชีพพบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มอาชีพข้าราชการบำนาญตำรวจ 10 คน (ร้อยละ 7.2) ในกลุ่มอาชีพอื่น ๆ 7 คน (ร้อยละ 14.0) และในกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพ 12 คน (ร้อยละ 19.0) เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในงานวิจัยอื่นไม่ได้กล่าวถึงในประเด็นของอาชีพข้าราชการบำนาญตำรวจเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น

รายได้

ด้านปัจจัยของรายได้ต่อเนื่องพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของอาคม บุญเลิศ ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า⁹ ทั้งนี้ อาจเกิดจากการเก็บข้อมูลในคลินิกข้าราชการตำรวจ ทำให้จำนวนกลุ่มอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นสิทธิข้าราชการ จึงมีข้อมูลไม่มากพอที่จะเห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

พบภาวะซึมเศร้า 1 รายจาก 3 ราย ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอยู่ในระดับพึ่งพา

ปานกลาง เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้การทดสอบแบบพหุตัวแปรไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของกับสายพิน ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร ที่พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า²³ และจากงานวิจัยของ ธมลวรรณ ฉัตรเงิน²⁶ ที่พบว่าการเป็นผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับกลุ่มติดสังคม ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและถูกจำกัดการทำกิจกรรม ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น จึงเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ โดยจากงานวิจัยฉบับนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในคลินิกข้าราชการตำรวจจะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ค่อยมีภาวะพึ่งพาจึงมีข้อมูลไม่มากพอที่จะเห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการแนะนำสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดสรรเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโดยอาจแบ่งเวลาในการพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน มีการส่งเสริมการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย เล่นดนตรี การมีส่วนร่วมกับชุมชน เช่น เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและถูกทอดทิ้ง²⁶ บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักในการคัดกรองผู้สูงอายุโดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุตอนปลายมากโดนตัดขาดจากสังคม ไม่ได้เข้าถึงการคัดกรองและการบริการจากภาครัฐอย่างทั่วถึง ทำให้การวินิจฉัยและรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็น

ข้อจำกัด

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในบริบทของคลินิกข้าราชการตำรวจทำให้มีกลุ่มประชากรที่ค่อนข้างจำเพาะซึ่งอาจแตกต่างจากบริบทของโรงพยาบาลอื่น รวมถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการมักจะช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีภาวะพึ่งพา จึงเกิดเป็นข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อไปเพื่อใช้ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดปัจจัยเสี่ยงรวมถึงสร้างความตระหนักกับบุคลากรในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การศึกษาต่อไปในอนาคตสามารถเพิ่มการเก็บข้อมูลอาสาสมัครในระดับโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น เช่น การเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เนื่องจากการศึกษานี้พบว่าอาสาสมัครอยู่ในกลุ่มพึ่งพาน้อยหรืออาจศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย มีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น ทั้งการสูญเสียคู่ครอง ภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้น ความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลของกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ได้น้อยเมื่อเทียบกับช่วงอายุอื่น

จากงานวิจัยฉบับนี้จะเห็นได้ว่า มีบางปัจจัยที่มีค่า P-value ใกล้เคียง 0.05 เช่น การไม่มีคู่ และความไม่เพียงพอของรายได้ ($p = 0.066$ และ 0.058 ตามลำดับ) โดยอาจมีผลจากการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง หากมีการทำวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตอาจมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณอ้างอิงจากความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งอาจทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นและสามารถเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้นกับบริบทของสังคมไทย

บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยฉบับนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเป็นแนวทางในการช่วยคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี โดยนอกจากการคัดกรองในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแล้ว ก็ยังสามารถประสานงานกับสถานพยาบาลในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองที่มากขึ้นด้วย เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง ซึ่งล้วนขาดโอกาสในการเข้าถึงการบริการมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เพื่อผลประโยชน์ของผู้สูงอายุในการได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยทันทั่วถึง การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อให้ผู้สูง

อายุสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย เช่น การจัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า การเรียนรู้เรื่องการสูญเสียและวิธีการปรับตัว และแนวทางการปรับตัวตามช่วงวัยต่าง ๆ เป็นต้น

สรุป

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.5 โดยทุกคนมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีอายุมากกว่า 80 ปี บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและมีโอกาสในการเข้าถึงการบริการได้น้อย เพราะในผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล เกิดความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการจากภาครัฐ บุคลากรจึงควรเพิ่มความตระหนักในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะได้ส่งต่อการรักษา เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม

Highlight

1. พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 11.5
2. ผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า
3. บุคลากรควรตระหนักถึงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้าหน่วยพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกข้าราชการตำรวจที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมการตอบแบบสอบถามในงานวิจัย ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/15/646>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
4. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 5]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/ncds/9789241514620-eng.pdf?sfvrsn=48f7a45c_2
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2557). 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>
6. World Health Organization. Mental Health of Older Adults [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
7. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อัตรายาวรายใหม่และความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีพ.ศ. 2566. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cca_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=498d921b3210037891f4f2080df1b4f9
8. กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ในกลุ่มผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03&id=1cabe82729905e268bb97fed7cb117dd#
9. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31:25-31.
10. กุลธิดา ดวงเนตร. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยงานบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36:13-24.
11. กฤติเดช มิ่งไม้, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, สุวิทย์เจริญศักดิ์, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. การสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 2 สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. 2558. หน้า 143-53.
12. กองวิจัย สำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจ. การศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ตำรวจ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.welfarepolice.com/newweb/file_upload/news/file/442-0-20150301115113XX.ppt
13. ณทชา เย็นทรวง. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการด้านสุขภาพจิต โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ กรมศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)
14. Hathaitip Tumviriyakul. การคำนวณขนาดตัวอย่าง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554;19.
15. กระทรวงสาธารณสุข. Bathel Activity of Daily living: ADL: คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. 2564. หน้า 40-8.
16. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564; หน้า 36-37.
17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
18. กัญชรี พัฒนา, อนงค์นุช สารจันทร์, เอกลักษณ์ พิภพสุข, นันทวัน สุวรรณรูป, ประภา ยุทธไตร และอรพรรณ โตสิงห์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564; 22:488-97.
19. นิพนธ์ พวงวรินทร์ , อรพรรณ ทองแดง, ประเสริฐ อัสสันตชัย, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, วรพรรณ เทพหัสดิน ณ อยุธยา, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, และคณะ. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช. 2537;46:1-9.
20. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข. 2556. หน้า 49-50.
21. กฤติเดช มิ่งไม้. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2560;34:4-14.
22. Anantapong K, Pitanupong J, Werachattawan N, Aunjitsakul W. Depression and associated factors among elderly outpatients in Songklanagarind Hospital, Thailand: A cross-sectional study. Songklanagarind Med J. 2017;35:139-48.
23. สายพิน ยอดกุล, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2555;30:50-7.

24. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
25. วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะতিย์, วรวิทย์ แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์, สุนิสา คำชื่น. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7:114-26
26. ฌมลวรรณ ฉัตรเงิน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2564; 12:152-66
27. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิง เฮาส์; 2559. หน้า 11-83.
28. Sjöberg L, Karlsson B, Atti AR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang HX. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. Journal of affective disorders. 2017;221:123-31.
29. Thipprakmas R. Prevalence and factors associated with depression in the elderly: A systematic review. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021; 15(37):325-38.
30. ปิติคุณ เสตะปุระ, ณัฐธฤต ไชยสงคราม. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2564. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;16:1070-84.
31. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติราย 5 ปี พ.ศ. 2566-2570. 2566;120.