

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
จังหวัดร้อยเอ็ด

Prevalence and Associated Factors of Depression in Elderly Patients with
Non Communicable Disease, Roi Et province

อิทธิพล พลเยี่ยม (Ittipol Polyiam)* สุคนธา ศิริ (Sukhontha Siri)**

พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ (Pimsurang Taechabunsermsak)*** ดุสิต สุจิรารัตน์ (Dusit Sujirarat)****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 580 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 28.6 พบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรงมากที่สุด ร้อยละ 73.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและคัดกรองผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีปัญหาจากภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างเหมาะสม

ABSTRACT

The present study was an analytic cross-sectional study research which aimed depression among elderly chronic patients and the factors associated with depression, Roi-et province. The sample size derived from systematic sampling obtained 580 cases. They were elderly chronic patients. The research instrument was a Thai version Patient Health Questionnaire (9Q). The data was analyzed by using Chi-square. The results showed that prevalence of depression was 28.6%, 73.6% of feeling tired or having little energy was the most answered. Age, marital status, Occupation and Income enough were significantly associated with depression ($p < 0.05$). Therefore, the Relevant agencies should organize a project and promote the mental health of the elderly. Practicing physicians and health care workers should assist in the screening for depression among elderly patients with non communicable disease.

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความชุก

Key Words: Depression, Non-communicable disease patient, Prevalence

* นักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายหลัก 3 ใน 4 ส่วน จากสาเหตุการตายทั้งหมด ซึ่งจากรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ มีการคาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตทั้งหมดจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 17.1 ล้านคนในปี ค.ศ.2004 เป็น 23.4 ล้านคนในปี ค.ศ.2030 (WHO, 2004) ในประเทศไทยพบว่าจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2550-2552 พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข 44 จังหวัด โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสม 2,689,222 คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 9,281.95 ต่อแสนประชากร และยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกๆปี โดยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงถึงร้อยละ 8.543 (วนัสสนันท์, 2552)โดยทั่วไปโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะพบในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง รวมทั้งปัจจุบันความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มมากขึ้น ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้คนมีอายุยืนยาวขึ้นด้วย ในขณะที่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดการณ์ว่าจะเพิ่มจากร้อยละ 8.2 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 15.6 ในปี พ.ศ. 2580 (ชนนุช, 2550) เมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องพบเจอกับความเจ็บป่วยทางกายจากโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆอยู่เสมอ ผลกระทบต่อผู้ป่วยนั้นมีมากมายหลายด้าน เช่น ด้านการเจ็บป่วยทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดูแลจากบุคคลในครอบครัว การสูญเสียรายได้ การสูญเสียโอกาสต่างๆที่เกิดจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังเกิดความสูญเสียอื่นๆที่ไม่สามารถวัดได้อีกด้วยเช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความเจ็บปวด หรือการเปลี่ยนสถานะทางสังคมและอาชีพ และจากสภาวะต่างๆดังกล่าวข้างต้นก็มักจะพบความผิดปกติทางจิตใจร่วมอยู่

ด้วยเสมอ เช่น ภาวะซึมเศร้า (Papadopoulos et al., 2005) ภาวะซึมเศร้า(Depression) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่นับวันจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ภาวะทางเศรษฐกิจรวมทั้งวิถีชีวิตของคนในปัจจุบันนั่นเอง โดยทั่วไปแล้วภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีความรุนแรงและโรคเรื้อรังต่างๆที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์อยู่กับโรค และภาวะแทรกซ้อน ต่างๆไปตลอดชีวิต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

ในปัจจุบัน สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก ทั้งสหรัฐอเมริกาและเอเชียรวมทั้งประเทศไทย จากการศึกษาของกรมอนามัยและคณะซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯโดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.7 (กรมอนามัย และคณะ, 2553)นอกจากนั้นจากการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่พบร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 (เทพฤทธิ์ และคณะ, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทยปี 2548-2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ซึ่งพบว่าภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ การมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า (ร้อยละ 87) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2554) จากข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเป็นจำนวนมากในจังหวัดร้อยเอ็ด และภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่จะเกิดตามมามากขึ้น ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ดอย่างน้อย 1 ปี การศึกษานี้ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling Technique) โดยสุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ดมา 4 อำเภอ จากทั้งหมด 20 อำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากนั้นก็ทำการสุ่มตำบลโดยสุ่มตำบลของแต่ละอำเภอที่ถูกสุ่มได้ก่อนหน้านี้อำเภอละ 3 ตำบลโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ซึ่งจะได้ตำบลทั้งหมดจำนวน 12 ตำบล จากนั้นทำการสุ่มหมู่บ้าน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยแต่ละตำบลที่ถูกสุ่มมาจะถูกสุ่มหมู่บ้านออกมาตำบลละ 3 หมู่บ้าน จะได้หมู่บ้านทั้งหมดจำนวน 36 หมู่บ้าน ขั้นตอนสุดท้ายเป็นการสุ่มบ้าน โดยการนำบ้านเลขที่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 5 โรคในแต่ละหมู่บ้านที่สุ่มได้มาเรียงกัน แล้วทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic sampling) ตามสัดส่วนโดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ที่สุ่มได้ อาจมีจำนวนมากขึ้นแตกต่างกันตามจำนวนสัดส่วนของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่นั้นๆ โดยขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร (Lemeshow et al., 1990)

$$n = [Z_{\alpha}^2 pq / d^2 * \text{Effect design}]$$

n = estimated sample size

α = level of statistical significance, set at 0.05

$Z_{\alpha} = 1.96$

p = Depression in DM patients prevalence rate = 17.8% (สุกศิริ, 2553)

q = 1-p

d = degree of accuracy desired, set at 0.05

Effect design = 1.5

จากการคำนวณตามสูตรข้างต้น จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 351 คน เนื่องจากการศึกษานี้สุ่มแบบ Multi-stage Random Sampling จึงเพิ่ม Effect design = 1.5 การศึกษานี้จะเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดร้อยเอ็ดประมาณ 527 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % ดังนั้นการศึกษานี้จะเก็บข้อมูล 580 คน โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง กันยายน 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านสังคมประชากร (Socio-demographic) มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพหลังอายุ 60 ปี ความพึงพอใจของรายได้ และการอาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือชนบท ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ศึกษาได้ใช้ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ บอกความถี่ของอาการภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ซึ่งอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fourth edition (DSM-IV) พบว่าผู้ที่มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 7 ขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า (sensitivity = 0.84, specificity=0.93) (กรมสุขภาพจิต, 2552)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ โดยตัวแปรเชิงปริมาณ แสดงในรูปของค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนตัวแปรเชิงคุณภาพ แสดงในรูปของจำนวน ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร และใช้สถิติ Chi-square หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะซึมเศร้า (N=580)

การมีภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ(0-7 คะแนน)	414 (71.4)
ภาวะซึมเศร้า(8-27 คะแนน)	166 (28.6)
Median=4.50, S.D.=4.78, Min=0, Max=26.0	

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน การศึกษานี้มีจำนวนทั้งหมด 580 ราย พบว่ามีผู้ตอบ แบบสอบถามได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนน จำนวน 166 คน คิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.6 โดยใน เพศหญิงพบค่าความชุกร้อยละ 32.7 และในเพศชายมีค่า ความชุกร้อยละ 20.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับ ภาวะซึมเศร้า

ลักษณะ ประชากร	ไม่ซึมเศร้า		ซึมเศร้า		p-value
	n	%	n	%	
อายุ					
60 - 69	277	76.5	85	23.5	0.006
70 - 79	107	62.9	63	37.1	
80 - 89	28	62.2	17	37.8	
90 - 98	2	66.7	1	33.3	
เพศ					
ชาย	159	79.1	42	20.9	0.003
หญิง	255	67.3	124	32.7	
สถานภาพสมรส					<0.001
โสด	10	83.3	2	16.7	
สมรส	273	79.4	71	20.6	
หม้าย	123	58.0	89	42.0	
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	8	66.7	4	33.3	
อาชีพหลัง 60 ปี					<0.001
รับราชการ	11	64.7	6	35.5	
เกษตรกร	126	82.9	26	17.1	
ค้าขาย	60	85.7	10	14.3	
รับจ้างทั่วไป	18	66.7	9	33.3	
แม่บ้าน	27	65.9	14	34.1	
ไม่ได้ทำงาน	172	63.0	101	37.0	
ความพอเพียงของรายได้					< 0.001
ไม่พอใช้	42	42.9	56	57.1	
พอดีพอใช้	314	77.1	93	22.9	
มีเหลือเก็บ	58	77.3	17	22.7	
บ้านอยู่ในเขต					0.414
เทศบาล	106	68.8	48	31.2	
อบต.	308	72.3	118	27.7	

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามราย
ข้อของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม

ข้อคำถาม	ไม่มี เลย (%)	1-7 วัน (%)	>7 วัน (%)	เป็น ทุก วัน (%)
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	51.7	41.0	6.1	1.2
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หือแท้	55.5	38.4	5.2	0.9
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆหรือหลับมากไป	28.6	50.0	18.3	3.1
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	26.4	49.3	20.7	3.6
5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	35.0	46.5	15.9	2.6
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	70.1	22.4	5.9	1.6
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	49.1	40.9	9.7	0.3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	61.2	30.0	7.4	1.4
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	81.4	12.6	5.3	0.7

จากตารางที่ 2 แสดงถึงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับภาวะซึมเศร้าพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพหลังอายุ 60 ปี และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยพบว่า ผู้มีอายุ 60 - 69 ปี พบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 32.7 ในขณะที่เพศชายที่พบร้อยละ 20.9 ผู้ที่มีสถานภาพสมรสและหย่าร้างพบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42.0 และ 33.3 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพโสดพบร้อยละ 16.7 และหนึ่งในสามของผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 37.0) นอกจากนี้ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 57.1) ส่วนการอยู่อาศัยในเขตเมืองและชนบทมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบทางสถิติ ($p > 0.05$)

นอกจากนี้ เมื่อเสนออาการของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แยกตามรายข้อของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) อาการที่พบมากสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ อาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง (ร้อยละ 73.6) รองลงมา คือ การมีปัญหาการหลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป และเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป คิดเป็นร้อยละ 71.4 และ ร้อยละ 65.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งเนื้อหาของเครื่องมืออ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive disorder) ของ DSM-IV ทำให้ค่าความซุกที่ได้ คือ ร้อยละ 28.6 ซึ่งเป็นค่าความซุกที่ค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับค่าความซุกที่ได้จาก การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา เช่นการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตากลิ จ. นครสวรรค์ พบว่า ความซุกที่ได้มีค่า ร้อยละ 17.8 และในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 21.3 และ ร้อยละ 9.0 ตามลำดับ (สุกศิริ, 2554) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Malhotra R และคณะ (2010) กล่าวว่า การศึกษาความซุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศศรีลังกา ที่ใช้แบบประเมิน GDS-15

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 27.8 เป็นชาย ร้อยละ 24.0 เป็นหญิงร้อยละ 30.8 สูงมากที่สุดในประเทศ แถบเอเชีย ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้

ในการศึกษานี้พบคะแนนของภาวะซึมเศร้า ระหว่าง 0-26 คะแนน นั่นคือ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าจนถึง ระดับที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงโดยพบร้อยละ 2.6 ในขณะที่ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 19.0 เนื่องจากในปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชาชนวัย แรงงานส่วนใหญ่เข้ามาทำงานในเมืองหลวงและปล่อยให้ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังแบกรับภาระในการ ดูแลบุตรหลานตามลำพัง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะ ซึมเศร้าได้ง่ายยิ่งขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัด โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม และบุคคลทางการแพทย์ควรจะได้ มีการรับรู้และ ตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้ เพื่อเป็นประโยชน์ ในการคัด กรองผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มี ปัญหาจากภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการช่วยเหลือและดูแล อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากแบบคัดกรองภาวะ ซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แล้ว พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าก็ควร มีการคัดกรองทุกปี ส่วนผู้ที่พบภาวะซึมเศร้าแล้วก็ควร ได้รับการคัดกรองการฆ่าตัวตายด้วยแบบสอบถาม 2Q และ 8Q ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนเต็มจำนวนจาก มูลนิธิ Ford Foundation International Fellowship Program และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และกลุ่มผู้สูงอายุที่ที่ เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอเมือง อำเภอ โพนทอง อำเภอเกษตรวิสัย และอำเภออาจสามารถ ที่ให้ ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ

และขอขอบคุณคณาจารย์จากภาควิชาระบาดวิทยา คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2552. แนวทางการ ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระดับจังหวัด (ฉบับ ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, อุมพร อุดมทรัพย์ยา กุล. 2554. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากร สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. สมาคมจิตแพทย์แห่ง ประเทศไทย. 56(2):103-16.
- ธรรมนาถ เจริญบุญและคณะ. 2553. ภาวะซึมเศร้าและ ภาวะสมองเสื่อมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 15 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. ธรรมศาสตร์เวช สาร.10(4):428-36.
- ธนุช ตรีทิพย์บุตร. 2550. ประชากรยุโรปแบบจำลอง ประชากรไทยในอนาคต. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพฯ.
- วนัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง พ.ศ.2550-2552. 2552. นนทบุรี. กลุ่มงาน ระวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกสิริ อยู่ชู. 2553. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโรคติดต่อ และวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2554. โครงการวิจัยการ สํารวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. ค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2554, จาก <http://static.agingthai.org.files/content/4regions.pdf>.
- Lemeshow, S., Hosmer, DW., Klar, J., Lwanga, SK. 1990. Adequacy of sample size in health studies. England: John Wiley & Sons.

- Malhotra, R., Chan, A., Østbye, T. 2010. Prevalence and correlates of clinically significant depressive symptoms among elderly people in Sri Lanka: findings from a national survey. *International Psychogeriatrics*. 22(02):227-36.
- Papadopoulos, FC., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A. 2005. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20(4):350-7.
- WHO. 2004. The Global Burden of Disease 2004 update.