



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น

กิตติภักดิ์ สุวรรณเลิศ¹, กนิษฐกัญจน์ แดงวิบูลย์¹, คนช โฆษิตภวิศ¹, พิมพกานต์ วีระกุล¹,
อาคม บุญเลิศ², พรรัช โนนจ้อย^{*2}, พนิดา พิทยากิตติวงศ์³, สุวิมล ไตรมิตรภาพ³,
อภิสราร ชำรงวรารังกูร⁴, วรารุช กุลเวชกิจ⁵

¹นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 กองเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

²สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

³โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

⁴โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

⁵โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Prevalence and Factors Associated with Depression in Elderly Patients with Chronic Diseases in Primary Care Unit, Khon Kaen Province

Kittiphat Suwanlert¹, Kanittakan Daengwibool¹, Kanad Kositpawit¹, Pimpakan Virakul¹,
Arkhom Bunloet², Pat Nonjui^{*2}, Panida Pittayakittiwong³, Suwimol Traimittapap³,
Aphitsara Thamrongwarangoon⁴, Warawut Kulwedchakit⁵

¹5th year medical student, Community, Family, and Occupational Medicine Rotation,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

²Department of Community, Family and Occupational Medicine,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

³Phon Hospital, Khon Kaen Province

⁴Ubolratana Hospital, Khon Kaen Province

⁵Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province

Received: 10 January 2025 /Review: 16 January 2025/ Revised: 18 September 2025/

Accepted: 18 September 2025

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2568 พบผู้สูงอายุมีความชุกของภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 0.08 และมีความชุกสูงขึ้นในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังร้อยละ 22.0-37.0 ซึ่งภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ที่มารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 300 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q และแบบสอบถามสุขภาพครอบครัว และสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 298 ราย จากขนาดกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 99.3 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.8 (จำนวน 208 ราย) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.8 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีสุขภาพที่ไม่ดี (adjusted odds ratio (AOR); 5.05, 95% CI; 1.91 - 13.20) ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ขัดแย้ง (AOR; 3.14, 95% CI; 1.16 - 8.52) และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (AOR; 4.73, 95% CI; 1.89 - 11.86)

สรุป: 1 ใน 7 ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีภาวะซึมเศร้าโดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีสุขภาพที่ไม่ดี ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ขัดแย้ง และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญต่อการคัดกรอง ป้องกัน ประเมิน และดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพและ/หรือสังคม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยสูงอายุ, โรคเรื้อรัง, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

Background and objective: The prevalence of depression among elderly individuals in Thailand in 2025 was 0.08 percent. However, this prevalence demonstrated a notable increase among elderly populations with chronic diseases in Thailand, reaching 22-37 percent. Depression may significantly impact the quality of life and healthcare management of elderly individuals. This study aims to determine the prevalence of depression and factors associated with depression in elderly patients with chronic diseases receiving care at primary healthcare facilities in Khon Kaen Province.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted among 300 patients aged 60 years or older with chronic diseases who received care at primary healthcare units in Khon Kaen Province. Data were collected using questionnaires that assessed personal information, physical health, health behaviors, activities of daily living, the patient health questionnaire (PHQ-2 and PHQ-9), and family and social health. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and multiple logistic regression analysis.

Results: Two hundred ninety-eight patients were recruited. The response rate was 99.3%, with 69.8% female (208 individuals). The prevalence of depression among the participants was 13.8%. Significant factors associated with depression included poor health status (adjusted odds ratio (AOR) = 5.05, 95% CI = 1.91 - 13.20), family conflict (AOR = 3.14, 95% CI = 1.16 - 8.52), and lack of participation in social activities (AOR = 4.73, 95% CI = 1.89 - 11.86).

Conclusion: Approximately one in seven elderly patients with chronic diseases receiving services at primary care units experiences depression. The statistically significant factors influencing depression were poor health status, family conflict, and lack of participation in social activities. Therefore, public health personnel should prioritize screening, prevention, assessments, and management of depression in elderly patients with chronic diseases, especially in those having health and/or social problems.

Keywords: depression, elderly, chronic diseases, primary care unit

บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งนำไปสู่การเกิดสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งเป็นประเด็นสำคัญทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทั้งอาการทางร่างกาย จิตใจ และความคิด รู้สึกไม่มีความสุข วิตกกังวล เศร้าและหดหู่ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น เพศหญิง การเป็นหม้าย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง การขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ¹ โดยผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังนำไปสู่ปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน ความพึงพอใจในชีวิตลดลง คุณภาพชีวิตลดลง มีภาวะแยกตัวจากสังคมปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น อาการปวดเรื้อรัง โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้^{2,3,4}

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุปัญหาสำคัญในประเทศไทย จากฐานข้อมูลออนไลน์เก็บข้อมูลถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 พบว่าจากการประเมินสุขภาพจิตคนไทย ของกรมสุขภาพจิต⁵ ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 0.85 และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 0.26 จากการศึกษาของ Nansupawat และคณะ⁶ พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 15.6 ที่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Setapura และคณะ⁷ พบว่าผู้สูงอายุในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 0.08 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศรองจากภาคเหนือ และเมื่อศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าจากการศึกษาของ Bunloet⁸ ในหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2557 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 36.9 การศึกษาของ Mongkolsrisawat⁹ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น 239 ราย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 21.8 ซึ่งการศึกษาข้างต้นมีความแตกต่างกันในหลายบริบท เช่น พื้นที่และช่วงเวลาในการศึกษา รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า อีกทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อเข้าถึงผู้ป่วย สร้างเสริมปัจจัยป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของการมีภาวะซึมเศร้า เช่น การเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อเยี่ยมบ้านและทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จิตตามแนวพุทธศาสนา จึงอาจส่งผลให้ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป คณะผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และข้อมูลการศึกษาภาวะซึมเศร้าในบริบทของชุมชนชนบทนั้นยังมีจำกัด คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มาเข้ารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ สังกัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ โรงพยาบาลขอนแก่น และสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลพล และ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยมสังกัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ศูนย์แพทย์มิตรภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลพล และโรงพยาบาลอุบลรัตน์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม และโรคผิวหนัง ที่มารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิและสถานบริการดังกล่าวข้างต้น และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (vascular dementia และ Alzheimer's disease) ผู้รับประทายาระงับประสาทอันเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร และผู้ที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ เช่น ผู้ที่มีปัญหาสายตา เป็นต้น เป็นกลุ่มประชากรศึกษาจำนวนทั้งหมด 800 ราย

ขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือกตัวอย่างตามโอกาส และใช้สูตรคำนวณการประมาณประชากรที่มีจำนวนนับได้แน่นอน (estimating a finite population proportion)¹⁰ ผ่านโปรแกรม n4studies โดยกำหนดค่าประชากร (N) = 800, สัดส่วน (p) = 0.3694, ความคาดเคลื่อน (d) = 0.044, alpha (α) = 0.05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณคือ 298 ราย คณะผู้วิจัยจึงเลือกที่จะเก็บข้อมูลทั้งหมด 300 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม สังกัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ และโรงพยาบาลขอนแก่น

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถามได้พัฒนาและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินค่าความถูกต้องเชิงเนื้อหา content validity index (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.98 โดยมีทั้งหมด 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยนักวิจัยประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ อาชีพหรือการทำงานในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาโดยนักวิจัยประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ชีพจร ความดันโลหิต ประวัติการใช้สารเสพติด สุขภาพโดยทั่วไป ความพิการ โรคและการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (the Barthel index for activities of daily living) พัฒนาโดย Barthel¹¹ เป็นแบบประเมินมาตรฐาน จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q)¹²⁻¹⁴ พัฒนาโดย Lotrakul และคณะ¹³ มีค่า Cronbach's alpha = 0.79 และมีค่าความไวร้อยละ 84 และค่าความจำเพาะร้อยละ 77 เมื่อใช้ค่าจุดตัดคะแนนที่ 9 คะแนน และจากการพัฒนาของ Kongsuk และคณะ¹⁴ ฉบับปรับปรุงภาษากลาง ใช้ค่าจุดตัดคะแนนที่ 7 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ประกอบด้วยชุดคำถาม 2 ชุด 1) 2Q มีจำนวน 2 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบ คือ มี และไม่มี และ 2) 9Q มีจำนวน 9 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ rating scale 4 ระดับ (0 คะแนน = ไม่มีเลย, 3 คะแนน = เป็นทุกวัน) คะแนนของ 2Q ได้ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า ให้ทำ 9Q ต่อไป และแปลผลคะแนนของ 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า โดยจากแบบประเมิน 9Q สามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (7 - 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน) และระดับรุนแรง (19 คะแนนหรือมากกว่า)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสุขภาพครอบครัวและสังคม ประกอบด้วย สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการศึกษาของ Arkhom⁸

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง พฤษภาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์

การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2566 เลขที่โครงการ HE661147

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังทั้งหมด 300 ราย ได้รับการตอบกลับ 298 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.3 โดยพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.8 อยู่ในช่วงอายุ 60-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 298)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	90 (30.2)
หญิง	208 (69.8)
อายุ (ปี)	
60 - 74	210 (70.5)
≥ 75	88 (29.5)
ศาสนา	
พุทธ	286 (96.0)
คริสต์	12 (4.0)
สถานภาพสมรส	
โสด	14 (4.7)
คู่	167 (56.0)
หม้าย	102 (34.3)
หย่า	8 (2.7)
แยกกันอยู่	6 (2.0)
อื่น ๆ (ยากที่จะอธิบาย)	1 (0.3)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	21 (7.0)
ประถมศึกษา	220 (73.8)
มัธยมศึกษา	38 (12.8)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	2 (0.7)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	3 (1.0)
ปริญญาตรี	14 (4.7)
อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน	
ไม่ได้ทำงาน	168 (56.4)
ค้าขาย	22 (7.4)
เกษตรกรรม	78 (26.2)
ธุรกิจส่วนตัว	5 (1.6)
ข้าราชการเกษียณ/บำนาญ	10 (3.4)
อื่น ๆ ได้แก่ พนักงานทำความสะอาด แม่บ้าน	15 (5.0)
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)	
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	21 (7.2)
ปกติ (18.5-22.9)	98 (33.7)
น้ำหนักเกิน (23-24.9)	50 (17.2)
อ้วน (≥25)	122 (41.9)

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 298) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการดื่มสุรา	
ไม่ดื่มสุรา	267 (89.6)
ดื่มสุราแต่ไม่มีภาวะติดสุรา	31 (10.4)
ดื่มสุราและมีภาวะติดสุรา	0 (0.0)
ประวัติการสูบบุหรี่	
ไม่เคยสูบบุหรี่	247 (82.9)
เคยสูบบุหรี่และหยุดสูบแล้ว	39 (13.1)
ยังคงสูบบุหรี่อยู่	12 (4.0)
สุขภาพโดยทั่วไป	
ดีมาก	22 (7.4)
ดี	127 (42.8)
ปานกลาง	124 (41.8)
แย่	21 (7.0)
แย่มาก	3 (1.0)
โรคประจำตัวและการเจ็บป่วย	
ความดันโลหิตสูง	253 (84.9)
เบาหวาน	147 (49.3)
อัมพาต	14 (4.7)
โรคหัวใจ	5 (1.7)
โรคไตเรื้อรัง	18 (6.0)
โรคข้อเสื่อม	47 (15.8)
วัณโรค	2 (0.7)
ความสามารถเชิงปฏิบัติ	
พึ่งพาทั้งหมด	2 (0.7)
พึ่งพาเป็นส่วนใหญ่	1 (0.3)
พึ่งพาน้อย	3 (1.0)
ไม่พึ่งพา	291 (98)
บุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน	
อยู่ตามลำพัง	19 (6.4)
คู่สมรส/บุตร	236 (79.5)
ญาติ	41 (13.8)
เพื่อน	3 (1.0)
บ้านพักคนชรา	29 (9.8)
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	
รักใคร่กันดี	265 (89.2)
มีความขัดแย้งในครอบครัว	32 (10.8)

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 298) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ความกังวลเรื่องการเงิน	
ไม่กังวล	190 (64.4)
กังวล	105 (35.6)
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอ	124 (41.6)
เพียงพอ	174 (58.4)
กิจกรรมทางสังคมใน 1 ปีที่ผ่านมา	
ไม่เข้าร่วม	60 (20.2)
เข้าร่วม	237 (79.8)
การปรึกษา/ปรึกษากับคนในครอบครัว	
ไม่มี	150 (50.8)
มี	146 (49.2)
การปรึกษา/ปรึกษากับคนในชุมชน	
ไม่มี	206 (69.4)
มี	71 (30.6)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยรวม ร้อยละ 13.7 (95% CI: 9.85-17.67) โดยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลพล เท่ากับร้อยละ 26.1, 14.3, 5.7 และ 5.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกภาวะซึมเศร้าตามความรุนแรง ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 10.7 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 2.7 และมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 0.3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใช้สถิติไคสแควร์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สุขภาพโดยทั่วไป การเป็นโรคไตเรื้อรัง การเป็นโรคข้อเสื่อม ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ความกังวลเรื่องการเงิน ความเพียงพอของรายได้ และกิจกรรมทางสังคมใน 1 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 2)

และเมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุโดยนำปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือเกือบมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.2$) มาเข้าสมการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สุขภาพโดยทั่วไป ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และกิจกรรมทางสังคมใน 1 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์

หัวข้อ	กลุ่มที่ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่มีภาวะ ซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	odd ratio	p-value
เพศ				
ชาย	84 (93.3)	6 (6.7)	2.83	0.019*
หญิง	173 (83.2)	35 (16.8)		
อายุ (ปี)				
60-74	189 (90.0)	21 (10.0)	2.65	0.004*
≥ 75	68 (77.3)	20 (22.7)		
สถานภาพสมรส				
โสด	11 (78.6)	3 (21.4)		0.051
คู่	149 (89.2)	18 (10.8)		
หม้าย	87 (85.3)	15 (14.7)		
หย่า	4 (50.0)	4 (50.0)		
แยกกันอยู่	5 (83.3)	1 (16.7)		
อื่น ๆ	1 (100.0)	0 (0.0)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	17 (81.0)	4(19.0)		0.582
ประถมศึกษา	191 (86.8)	29 (13.2)		
มัธยมศึกษา	33 (86.7)	5 (13.3)		
ปวช.	1 (50.0)	1 (50.0)		
ปวส.	3 (100.0)	0 (0.0)		
ป.ตรี	12 (85.7)	2 (14.3)		
อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน				
ไม่ได้ทำงาน	134 (79.8)	34 (20.2)		0.011*
ค้าขาย	22 (100.0)	0 (0.0)		
เกษตรกรรม	73 (93.6)	5 (6.4)		
ธุรกิจส่วนตัว	5 (100.0)	0 (0.0)		
ข้าราชการเกษียณ/บำนาญ	9 (90.0)	1 (10.0)		
อื่น ๆ	14 (93.3)	1 (6.7)		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)				
ไม่อ้วน (<25)	149 (88.2)	20 (11.8)	1.49	0.241
อ้วน (≥25)	100 (83.3)	20 (16.7)		
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่ดื่มสุรา	229 (85.8)	38 (14.2)	1.55	0.593
ดื่ม แต่ไม่ติดสุรา	28 (90.3)	3 (9.7)		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

หัวข้อ	กลุ่มที่ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่มีภาวะ ซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	odd ratio	p-value
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบบุหรี่	209 (84.6)	38 (15.4)		0.192
เคยสูบบุหรี่และหยุดสูบแล้ว	37 (94.9)	2 (5.1)		
ยังคงสูบบุหรี่อยู่	11 (91.7)	1 (8.3)		
สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ				
ดี (ดี ถึง ดีมาก)	142 (95.3)	7 (4.7)	6.05	<0.001*
ไม่ดี (ปานกลาง ถึง แย่มาก)	114 (77.0)	34 (23.0)		
โรคประจำตัวและการเจ็บป่วย				
ความดันโลหิตสูง	220 (87.0)	33 (13.0)	0.70	0.396
เบาหวาน	130 (88.4)	17 (11.6)	0.69	0.278
อัมพาต	10 (71.4)	4 (28.6)	2.66	0.111
โรคไตเรื้อรัง	12 (66.7)	6 (33.3)	3.50	0.025*
โรคข้อเสื่อม	36 (76.6)	11 (23.4)	2.25	0.036*
วัณโรค	1 (50)	1 (50)	6.40	0.257
ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ				
พึ่งพา	4 (66.7)	2 (33.3)	0.31	0.195
ไม่พึ่งพา	252 (86.6)	39 (13.4)		
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว				
รักใคร่กันดี	237 (89.4)	28 (10.6)	5.79	0.001*
ต่างคนต่างอยู่และขัดแย้ง	19 (59.4)	13 (40.6)		
ความกังวลเรื่องการเงิน				
ไม่กังวล	172 (90.5)	18 (9.5)	2.68	0.003*
กังวล	82 (78.1)	23 (21.9)		
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	156 (89.7)	18 (10.3)	1.97	0.043*
ไม่เพียงพอ	101 (81.5)	23 (18.5)		
กิจกรรมทางสังคมใน 1 ปีที่ผ่านมา				
เข้าร่วม	216 (91.1)	21 (8.9)	5.14	<0.001*
ไม่เข้าร่วม	40 (66.7)	20 (33.3)		
การปรึกษา/ปรึกษากับคนในครอบครัว				
ไม่มี	125 (82.8)	26 (17.2)	0.55	0.083
มี	131 (89.7)	15 (10.3)		
การปรึกษา/ปรึกษากับคนในชุมชน				
ไม่มี	176 (85.4)	30 (14.6)	0.81	0.569
มี	80 (87.9)	11 (12.1)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกพหุคูณ

ปัจจัย	adjusted OR	95% CI for OR lower	95% CI for OR upper	p-value
การเป็นเพศหญิง	2.818	0.937	8.469	0.065
การมีอายุ ≥ 75 ปี	1.845	0.801	4.248	0.150
การไม่ได้ประกอบอาชีพ	0.585	0.210	1.629	0.305
การมีสุขภาพที่ไม่ดี	5.051	1.908	13.202	0.001*
การเป็นโรคไตเรื้อรัง	2.440	0.558	10.667	0.236
การเป็นโรคข้อเสื่อม	2.030	0.814	5.058	0.129
ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งในครอบครัว	3.141	1.159	8.516	0.024*
การมีความกังวลด้านการเงิน	2.629	0.936	7.388	0.067
ความไม่เพียงพอด้านการเงิน	1.085	0.392	3.003	0.876
การไม่ร่วมกิจกรรมทางสังคม	4.731	1.887	11.860	<0.001*

วิจารณ์

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังโดยรวมร้อยละ 13.8 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ พบว่ามากกว่าการศึกษาของ Woradet และคณะ¹⁵ ที่พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 8.63 เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน 2Q และ 9Q อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มิได้ระบุความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง แต่พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในครั้งนี้น้อยกว่าการศึกษาของ Phantong และคณะ¹⁶ ที่พบว่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 25.61 ในผู้สูงอายุเมื่อใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q แต่พบว่าการมีโรคประจำตัวไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และน้อยกว่าการศึกษาของ Bunloet⁸ ในปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 36.9 เนื่องจากการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกับการศึกษาของ Bunloet⁸ ซึ่งใช้แบบคัดกรอง KKU-DI ที่มี ค่าความไว ร้อยละ 92.0 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 63.^{17,18} ต่างกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q ซึ่งมี ค่าความไว ร้อยละ 75.7 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 93.4¹² เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละโรงพยาบาลพบว่าสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลพลและโรงพยาบาลขอนแก่นมีค่าค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 5.7) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม โรงพยาบาล

ศรีนครินทร์ พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 26.1 จากการศึกษาของ Suwanmanee และคณะ¹⁹ พบว่าความชุกของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 5.7 ถึง ร้อยละ 68.0 และมีค่าเฉลี่ยของความชุกที่ร้อยละ 26.0 ดังนั้นความแตกต่างของค่าความชุกโดยรวมนี้อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมสังกัดโรงเรียนแพทย์ ซึ่งแตกต่างจากหน่วยบริการอื่นในการศึกษาครั้งนี้ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคมระหว่างบริบทชุมชนเมืองและชุมชนชนบท อาจทำให้ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกัน โดยเมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีจำนวนร้อยละ 10.0²⁰ โดยโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลตติยภูมิใกล้เคียงกับบริบทของโรงพยาบาลศรีนครินทร์และเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนเมือง โดยจากการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลในชุมชนเมือง คือ หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยมสังกัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และศูนย์แพทย์มิตรภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และชุมชนชนบท คือ หน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดโรงพยาบาลพล และโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลศรีนครินทร์ รองลงมาคือ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลพลตามลำดับ ดังนั้นจึงยังสรุปได้ไม่ชัดเจนในความแตกต่างของประเด็นภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมือง

เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนชนบท แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าในชนบทพบได้มากกว่าชุมชนเมือง โดยเพศและสถานะภาพสมรสเป็นปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าเพศหญิงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ในขณะที่การอยู่อาศัยกับคู่ครองช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า²¹ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างชนบทและชุมชนเมืองที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาของการศึกษาและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์²² อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีกรอบเวลาจำกัด จึงเป็นข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สุขภาพโดยรวมที่ไม่ดีเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการที่มีสุขภาพไม่ดีทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถทำกิจวัตรได้เช่นเดิม ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chinvararak และคณะ²² ซึ่งพบว่าอาการทางกายมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยพบความชุกของอาการทางกายในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 94.4 และการศึกษาของ Vaccarino และคณะ²⁴ พบว่าอาการทางกายที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่พบมาก ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และอาการปวดศีรษะ

ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mongkolsrisawat⁹ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีความขัดแย้งในครอบครัวและต่างคนต่างอยู่ มีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่า 52 เท่า นอกจากนี้จากการศึกษาของ Nshimyumuremyi และคณะ²⁵ พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunloet⁸ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งจากการศึกษาของ Hajek และคณะ²⁶ พบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.8 ที่มีความรู้สึกเหงา (loneliness) และมีร้อยละ 13.4 ที่มีการแยกตัวจากสังคม (social isolation) ซึ่งผู้สูงอายุที่แยกตัวจากสังคมหรือรู้สึกเหงานั้นส่งผลต่อทั้งสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเมื่ออยู่ในสภาวะดังกล่าวเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้²⁷

การศึกษานี้พบว่าเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunloet⁸ และ Yingrat และคณะ²⁸ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่า แต่เนื่องจากในปัจจุบันบทบาททางสังคมของเพศหญิงที่เปลี่ยนแปลงไปดังนั้นปัจจัยเรื่องเพศจึงอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างไปจากเดิม^{1, 29}

การไม่ได้ประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sonthitham และคณะ³⁰ ที่พบว่าอาชีพไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจเกิดจากผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ยังคงทำงานมีแนวโน้มลดลงและได้รับเงินจากบุตรของตนเอง³¹

โรคประจำตัวเป็นโรคไตเรื้อรังและโรคข้อเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังถึงแม้ว่าการมีโรคทางกายจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ แต่จากการศึกษาของ Naviganuntana และคณะ²⁸ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความกังวลกับโรคในปัจจุบันสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในขณะที่การมีโรคประจำตัวไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับความกังวลต่อโรคประจำตัวของผู้สูงอายุรวมถึงการประเมินตนเองของผู้สูงอายุว่าสุขภาพโดยรวมที่ไม่ดีมากกว่าชนิดของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเป็นเพียงอย่างเดียว โดยในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุน้อยลง อีกทั้งหากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและช่วยลดอาการซึมเศร้าได้^{32, 33}

ความกังวลด้านการเงินและมีรายได้ไม่เพียงพอไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Bunloet⁸ ซึ่งพบว่าความเพียงพอของรายได้และการมีหนี้สินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Naviganuntana และคณะ²⁸ ที่พบว่าการมีรายได้ที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเนื่องจากในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอและไม่มี ความกังวลด้านการเงิน ซึ่งอาจแตกต่างจากประชากรไทยที่พบว่าปัญหาหนี้สินถึงร้อยละ 45.0 และมีร้อยละ 45.7 ที่ไม่มีเงินออม³¹

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sonthitham และคณะ³⁰ และแตกต่างจากการศึกษาของ Du และคณะ ที่พบว่าในผู้ที่มาอายุระหว่าง 65 – 74 ปีที่มีโรคประจำตัวหลายโรคมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป³⁴

ซึ่งอาจเกิดจากจำนวนโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุมีนั้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีน้ำหนักมากกว่าอายุ แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Hwang และคณะ³⁵ ที่พบว่าเมื่อทำ subgroup analysis แล้วพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่เป็นเพศหญิง

เนื่องจากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม และ ครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นเสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรในบริบทที่หลากหลาย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร และศึกษาวิจัยไปข้างหน้าเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่อไป

สรุป

อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าพบได้ถึง 1 ใน 7 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สุขภาพโดยรวมที่ไม่ดี ความขัดแย้งในครอบครัว และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรประเมินภาวะซึมเศร้าและพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าโดยเน้นการมีส่วนร่วมและสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้เนื่องจากได้รับความเมตตาช่วยเหลือจาก คณาจารย์สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ ศ.นพ.ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พว.รานิ แสงจันทร์นวล หัวหน้าหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม และพว.นิสาชล บุตรสาทร ผู้ตรวจการแผนกเวชปฏิบัติครอบครัว และราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยที่ให้ความอนุเคราะห์มอบทุนการศึกษาในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Singhard S. Nursing of the elderly with depression. J Sci Technol Ubon Ratchathani Univ 2016;18(3):15–24.
2. Huang D, Wang J, Fang H, Fu Y, Lou J. Longitudinal association of chronic diseases with depressive symptoms in middle-aged and older adults in China: mediation by functional limitations, social interaction, and life satisfaction. J Glob Health 2023;13:04119. doi:10.7189/jogh.13.04119.
3. Yuan J, Wang Y, Liu Z. Chronic disease and depression among the elderly in China: the mediating role of instrumental activities of daily living and the moderating role of area of residence. Curr Psychol 2023;42(31):27186–93. doi:10.1007/s12144-022-03782-9.
4. Taylor WD. Depression in the elderly. N Engl J Med 2014;371(13):1228–36. doi:10.1056/NEJMcpl402180.
5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Mental health check-in [Internet]. 2025. [cited Apr 2, 2025]. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>.
6. Nantsupawa W, Siri wattanamethanon J, Hornboonherm P. Mental health of the elderly. J Nurses Assoc Thai North-East Div 2009;27(1):27–32.
7. Setapura P, Chaisongkram N. Prevalence and associated factors of depressive disorder among the elderly in Thailand, 2021. Reg Health Promot Cent 9 J 2022;16(3):1070–84.
8. Bunloet A. Prevalence and factors associated with depression among the elderly community residents with chronic diseases in Samliam urban primary care unit, Khon Kaen. Srinagarind Med J 2016;31(1):25–33.
9. Mongkolsrisawat N. Prevalence and related Factors with depression in elderly patients with chronic diseases Samsung hospital Khon Kaen province. J Health Environ Educ 2021;6(3):1–7.
10. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. Sixth edition. New York: John Wiley & Sons; 1995. doi:10.2307/2533362.

11. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:56-61.
12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. The 9 questions depression rating scale for the northern Thai dialect [Internet]. 2024. [cited Dec 20, 2024]. Available from: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/psycho/common_form_upload_file/20120209112249_602348322.doc.
13. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46. doi:10.1186/1471-244X-8-46.
14. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Janthong S, Pukanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thai* 2018;63(4):321-34.
15. Woradet S, Chaimay B, Ponjorn O, Putmanee J. Depression among elderly people: prevalence and associated factors. *South Coll Netw J Nurs Public Health* 2021;8(3):309-17.
16. Phantong W, Khammathi A, Saengthong W, Nilphat O, Khakhuen S. Prevalence and factors related to depression among elderly people in community hospitals. *South Coll Netw J Nurs Public Health* 2020;7(2):114-26.
17. Sotthibandhu C, Wattanapan P, Arunpongpaissal S. Validation of KhonKaen University Depression Inventory (KKU-DI) in patients with spinal cord lesion in Srinagarind Hospital. *ASEAN J Rehabil Med* 2013;23(1):7-13.
18. Arunpongpaissal S, Rangseekajee P, Pajanasoontorn N, Virasiri S, Paholpak S, Krisanaprakornkit T. Development of Khon Kaen University Depression (KKU-DI) as a depressive measurement for northeastern Thai population. *J Psychiatr Assoc Thai* 2006;51(4):330-48.
19. Suwanmanee S, Minhat HS. Prevalence of depression among community dwelling older persons in Thailand and the associated factors: a systematic review. *Malays J Med Health Sci* 2023;19(5):257-68. doi:10.47836/mjmhs.19.5.34.
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 Thai* 2021;11(1):30-49.
21. Rai P, Sahadevan P, Issac TG, Sundarakumar JS. Decomposing rural-urban differences in depression prevalence: a cross-sectional analysis of two community-based southern Indian cohorts. *BMJ Public Health* 2024;2:e000760. doi:10.1136/bmjph-2023-000760.
22. Yuan L, Jiang Q, Liu Y, Liu Y, Du M, Sun J, et al. Decomposition analysis of depressive symptom differences among older adults with hypertension between urban and rural areas: cross-sectional study. *JMIR Public Health Surveill* 2024;10(1):e52536. doi:10.2196/52536.
23. Chinvararak C, Lueboonthavatchai P. Somatic symptoms and its association to depressive severity in patients with major depressive disorder in King Chulalongkorn Memorial hospital. *J Psychiatr Assoc Thai* 2016;61(4):293-306.
24. Vaccarino AL, Sills TL, Evans KR, Kalali AH. Prevalence and association of somatic symptoms in patients with Major Depressive Disorder. *J Affect Disord* 2008;110(3):270-6. doi:10.1016/j.jad.2008.01.009.
25. Nshimyumuremyi E, Muziki J d'Amour, Harerimana E, Uwera T, Nshimiyimana A, Sebatukura SG, et al. Prevalence and family determinants of geriatric depression among elderly people in elderly support groups in Rwanda. *Psychol Res Behav Manag* 2023;16:1445-55. doi:10.2147/PRBM.S406386.
26. Hajek A, Sutin AR, Posi G, Stephan Y, Peltzer K, Terracciano A, et al. Chronic loneliness and chronic social isolation among older adults. a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Aging Ment Health* 2024;29(2):185-200. doi:10.1080/13607863.2024.2385448.
27. Sivakumar PT, Harbishettar V, Pandey NM, Tiwari SC. Clinical practice guidelines for promoting mental health and well-being of older adults: a special focus on strategies for coping with social

- isolation and loneliness. *Indian J Psychiatry* 2024;66(Suppl 2):S331. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_757_23.
28. Naviganuntana Y, Kerdcharoen N, Rawdaree P. Factors associated with depressive symptoms in elderly individuals living in urban communities. *Psychol Res Behav Manag* 2022;15:855–64. doi:10.2147/PRBM.S348782.
29. Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160(6):1147–56. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1147.
30. Sonthitham K, Palapol T, Injumba C, Phengphol N, Jantanam W. Factors correlated with depression among the elderly people with chronic disease in community. *J Roi Rajabhat Univ* 2020;14(2): 192–204.
31. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Situation of the Thai older persons 2022 [Internet]. 2023. [cited April 14, 2024] Available from: <https://thaitgri.org/?p=40208>
32. Iovino P, Nolan A, De Maria M, Ausili D, Matarese M, Vellone E, et al. The influence of social support on self-care is mediated by self-efficacy and depression in chronic illness: key findings from the ‘SODALITY’ observational study. *Aging Ment Health* 2023;27(4):820–8. doi:10.1080/13607863.2022.2056877.
33. de Araújo AA, Rebouças Barbosa RAS, de Menezes MSS, de Medeiros IIF, de Araújo RF, de Medeiros CACX. Quality of life, family support, and comorbidities in institutionalized elders with and without symptoms of depression. *Psychiatr Q* 2016;87(2):281–91. doi:10.1007/s11126-015-9386-y.
34. Du Q, Yao M, Wang W, Wang J, Li S, Lu K, et al. Association between multimorbidity and depression in older adults: evidence from six large longitudinal cohorts. *Am J Geriatr Psychiatry* 2025;33(6):702–15. doi:10.1016/j.jagp.2024.11.010.
35. Hwang S, Nam JY, Ahn JH, Park S. Gender differences in the association between multimorbidity and depression in older Korean adults: an analysis of data from the national survey of older Koreans (2011-2017). *Epidemiol Health* 2022;44:e2022049. doi:10.4178/epih.e2022049.