

ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ๑๕ แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ธรรมนาถ เจริญบุญ*, มุกิตา พนาสติตย์*, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย**,
โสฬพัทธ์ เหมรัญชรโรจน์**, พวงสร้อย วรกุล**

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
- วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาแบบการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอายุมากกว่าเท่ากับ ๖๐ ปี จากชมรมผู้สูงอายุ ๑๕ แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด ๑๘๑ คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดอาการซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) โดยคะแนน TGDS มากกว่า ๑๒ คะแนนจะถือว่าภาวะซึมเศร้า และคะแนน TMSE น้อยกว่า ๒๔ คะแนนจะถือว่าภาวะสมองเสื่อม
- ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่าง ๑๘๑ คน เป็นผู้หญิง ๑๕๖ คน (ร้อยละ ๘๖.๒) เป็นผู้ชาย ๒๕ คน (ร้อยละ ๑๓.๘) อายุอยู่ระหว่าง ๖๐-๘๓ ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ ๖๘.๑ ปี โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ ๗.๗ และพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ ๗.๗ เช่นกัน เพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายประมาณ ๒ เท่า ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยพบว่าจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาที่น้อยจะพบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ส่วนปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมได้แก่จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา โดยจำนวนปีการศึกษาที่น้อยจะพบภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น
- สรุป:** ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุพบได้น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาที่สำรวจในประชากรผู้สูงอายุไทยทั่วไป
- คำสำคัญ:** ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะสมองเสื่อม, ชมรมผู้สูงอายุ

* โครงการจัดตั้งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญ โดยโรคซึมเศร้านั้นมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานและสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในปี ๒๐๐๔ พบว่าโรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นสาเหตุอันดับ ๓ ของโลกในการทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ (DALYs)^๑ โรคซึมเศร้านั้นเป็นภาวะที่พบได้ในทุกวัย จากการศึกษาโดยทั่วไปพบว่า ความชุกตลอดชีพ (life time prevalence) ของโรคซึมเศร้าพบได้ประมาณร้อยละ ๑๓-๒๔^{๒,๓}

ในประเทศไทยจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ ๖.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๘.๔ และในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๐.๗ โดยคิดเป็นจำนวนประชากรผู้ที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ ๖๐ ปี เท่ากับ ๗ ล้าน ๒ หมื่นคน^๔ การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นในขณะที่พบว่าอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓.๗ จากการศึกษาผู้สูงอายุจะต้องอยู่คนเดียวมีผลทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ ขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ทำให้ทั้งหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อจัดกิจกรรมต่างๆ และให้สมาชิกได้พบปะ เข้าสังคม ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ในปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้นจำนวนมาก และครอบคลุมเกือบทุกจังหวัดในประเทศไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมของประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน ซึ่งยังไม่มีข้อมูลการศึกษาในประชากรกลุ่มนี้มาก่อน นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษาถึงภาวะสมองเสื่อมร่วมไปด้วย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น บางครั้งเป็นอาการร่วมอย่างหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม

ดังนั้นข้อมูลในการศึกษานี้ น่าจะเป็นข้อมูลที่ มีประโยชน์ สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าได้ต่อไปในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study)

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ อายุมากกว่าเท่ากับ ๖๐ ปี ในชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑๘๑ คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Z^2pq/d^2 โดยใช้ อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าโดย อรรถพร ทองแดง^๕ เท่ากับร้อยละ ๑๒.๗ ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ ๐.๐๕ กลุ่มตัวอย่างมาจากชมรมผู้สูงอายุ ๑๕ แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน (ตัวอย่างเช่น สุขุมวิท สีส้ม สาทร พระรามสี่ สีพระยา คลองเตย จันทน์) โดยทำการเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๒ เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้มีอายุมากกว่าเท่ากับ ๖๐ ปี ที่ไม่มีปัญหาบกพร่องในการได้ยินหรือการพูด และสามารถเขียนได้

การเลือกกลุ่มตัวอย่างกระทำโดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครชั้นในที่ยินดีร่วมในโครงการได้จำนวนทั้งสิ้น ๑๕ แห่ง จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑๘๑ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบทดสอบประกอบไปด้วย ๓ ส่วนได้แก่ ส่วนที่ ๑ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนที่ ๒ คือแบบวัดอาการซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)^๖ TGDS นั้นเป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้ในประเทศไทย ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ ๐.๘๓ แต่ค่า sensitivity และค่า specificity นั้นยังไม่มีรายงานผล โดยประกอบไปด้วยคำถาม ๓๐ ข้อ ตัวเลือกคือใช่/ไม่ใช่ มีคะแนนสูงสุด ๓๐ คะแนน โดยคะแนนที่มากกว่าเท่ากับ ๑๓ คะแนนจะถือว่ามีความซึมเศร้า และส่วนที่ ๓ คือแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE)^๗ TMSE เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ใช้ในประเทศไทย มีคะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน คะแนนที่น้อยกว่า ๒๔ คะแนน จะถือว่ามีความสมองเสื่อม โดยแบบทดสอบยังไม่มีรายงานผลค่าความไว และความจำเพาะเช่นกัน

การเก็บข้อมูลนั้น ลักษณะทั่วไปจะสัมภาษณ์โดยทีมผู้วิจัย แบบวัดอาการซึมเศร้า TGDS นั้นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ส่วนแบบทดสอบ TMSE นั้นทำโดยนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ที่ได้รับการอบรมการใช้มาแล้ว

ใช้โปรแกรม SPSS version ๑๖.๐ โดยการวิเคราะห์ประกอบไปด้วยส่วนแรกอธิบายลักษณะทั่วไป และความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ ๒ ทำการหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ Chi-square test, Fisher's exact และ independent unpaired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า ๐.๐๕

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่าง ๑๘๑ คน ดังที่แสดงอยู่ในตารางที่ ๑ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง จำนวน ๑๕๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๒ ผู้ชาย ๒๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๘ กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี จนถึง ๘๓ ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ ๖๘.๑ ± ๕.๘ ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาไม่เกิน ๖ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๐ ได้รับการศึกษา ๗-๑๒ ปีร้อยละ ๓๔.๒ และได้รับการศึกษามากกว่า ๑๒ ปีร้อยละ ๑๘.๘

ตารางที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐาน

ปัจจัย	จำนวน (n=๑๘๑)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๒๕	๑๓.๘
หญิง	๑๕๖	๘๖.๒
อายุ $x=๖๘.๑๑$, $SD=๕.๘๑$		
๖๐-๖๕	๑๑๒	๖๑.๘
๖๕-๗๐	๖๔	๓๕.๔
๗๐-๗๕	๕	๒.๘
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ*	๑๖๒	๘๙.๕
ค้าขาย	๑๐	๕.๕
ธุรกิจส่วนตัว	๓	๑.๖
บริษัทเอกชน	๖	๓.๓
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	๖๔	๓๕.๘
๑-๑๐,๐๐๐	๘๓	๔๕.๘
มากกว่า ๑๐,๐๐๐	๓๔	๑๘.๖
สถานภาพ		
โสด	๒๒	๑๒.๒
คู่	๗๘	๔๓.๑
หย่า	๑๐	๕.๕
หม้าย	๗๑	๓๙.๒
ระดับการศึกษา		
๐-๖ ปี	๘๕	๔๗.๐
๗-๑๒ ปี	๖๒	๓๔.๒
มากกว่า ๑๒ ปี	๓๔	๑๘.๘
มีโรคเบาหวาน	๓๗	๒๐.๔
มีโรคความดันโลหิตสูง	๕๑	๒๘.๑
มีโรคไขข้ออักเสบ	๗๘	๔๓.๑

* เงินบำนาญนับว่าเป็นรายได้ แต่ถือว่าอยู่ใน “ไม่ได้ประกอบอาชีพ”

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม

ค่าเฉลี่ยของคะแนน TGDS ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ ๔.๑ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๔.๑ คะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ ๐ คะแนนมากที่สุดเท่ากับ ๑๕ คะแนน ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนน TMSE ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ๒๖.๕ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๓.๐ คะแนนสูงสุดเท่ากับ ๓๐ คะแนน และคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ ๑๒

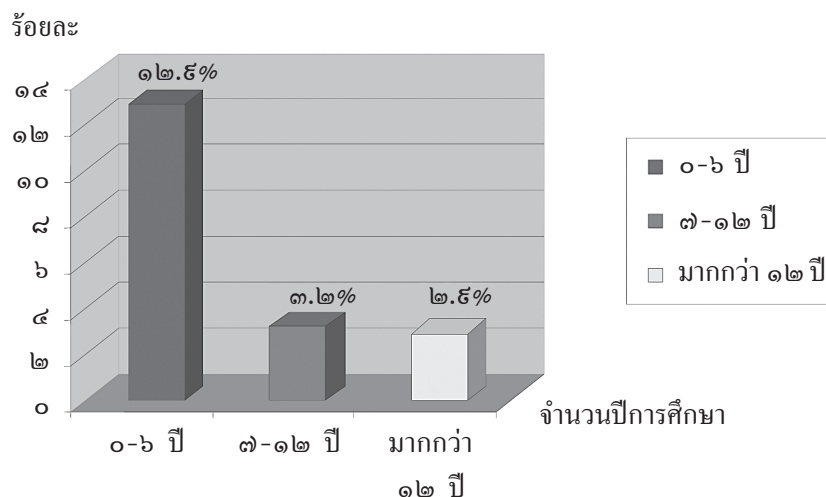
ความชุกของภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมแสดงในตารางที่ ๒ จากการศึกษาค้างนี้พบว่าภาวะซึมเศร้า

เท่ากับร้อยละ ๓.๓ โดยพบว่าเพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ ๘.๓ ส่วนเพศชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ ๔.๐ (ความชุกเพศชาย:เพศหญิงเท่ากับ ๑:๒.๑๘) และเมื่อพิจารณาภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับการศึกษา (แผนภูมิที่ ๑) พบว่าจำนวนปีการศึกษาที่ไม่เกิน ๖ ปีนั้นมีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด (ร้อยละ ๑๒.๕) เมื่อเทียบกับระดับการศึกษา ๗-๑๒ ปี (ร้อยละ ๓.๒) และการศึกษามากกว่า ๑๒ ปี (ร้อยละ ๒.๕)

ตารางที่ ๒ ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม (n=๑๘๑)

ปัจจัย	ผู้ชาย	ผู้หญิง	ทั้งหมด	อายุเฉลี่ย (X±SD)	จำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย (X±SD)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	๒๔ (๕๖.๐%)	๑๔๓ (๕๑.๓%)	๑๖๗ (๕๒.๓%)	๖๘.๑ (๕.๘)	๘.๒ (๕.๑)
ภาวะซึมเศร้า	๑ (๔.๐%)	๑๓ (๘.๓%)	๑๔ (๓.๓%)	๖๘.๕ (๕.๘)	๕.๔ (๔.๒)
ภาวะสมองเสื่อม	๑ (๔.๐%)	๑๓ (๘.๓%)	๑๔ (๓.๓%)	๖๕.๐ (๔.๗)	๓.๖ (๔.๕)
ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม	๐ (๐%)	๒ (๑.๓%)	๒ (๑.๑%)	๖๓.๐ (๒.๘)	๑๑.๐ (๗.๐)

แผนภูมิที่ ๑ แสดงร้อยละของภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับการศึกษา



ความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ ๗.๗ โดยพบว่าเพศหญิงมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชายเช่นเดียวกัน ส่วนความชุกของกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ ๑.๑

เมื่อพิจารณาระดับความเศร้าจากคะแนน TGDS พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่มีค่าความเศร้าอยู่ในระดับเศร้าเล็กน้อย (คะแนน ๑๓-๑๘) ๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๘ มีกลุ่มตัวอย่าง ๑ คนที่มีคะแนนในระดับเศร้าปานกลาง (คะแนน ๑๙-๒๔) คิดเป็น ร้อยละ ๗.๒ ในขณะที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอยู่ในระดับเศร้ารุนแรงเลย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม

การศึกษานี้ได้นำปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ ๓ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามียุคเฉลี่ยจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเท่ากับ ๕.๔ ปี ขณะที่ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ ๘.๒ ปี ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะสมองเสื่อม ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ ๓ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัย (n=๑๘๑)	ภาวะซึมเศร้า				OR (๙๕%CI)	P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	๒๔	๕๖.๐	๑	๔.๐	๒.๑๘ (๐.๒๓,๑๗.๔๕)	๐.๖๕๖*
หญิง	๑๔๓	๕๑.๗	๑๓	๘.๓		
สถานภาพสมรส						
โสด หย่าและหม้าย	๕๕	๕๒.๒	๘	๗.๘	๐.๕๕ (๐.๓๓,๒.๕๘)	๐.๕๘๕
คู่	๗๒	๕๒.๓	๖	๗.๗		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๑๔๕	๕๒.๐	๑๓	๘.๐	๐.๖๓๗ (๐.๐๘,๕.๑๖)	>๐.๕๕๕*
ประกอบอาชีพ	๑๘	๕๔.๗	๑	๕.๓		
ภาวะสมองเสื่อม						
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	๑๑๕	๕๒.๘	๑๒	๗.๒	๒.๑๕ (๐.๔๓,๑๐.๗๕)	๐.๒๕๖*
มีภาวะสมองเสื่อม	๑๒	๘๕.๗	๒	๑๔.๓		
โรคเบาหวาน						
ไม่มีโรคเบาหวาน	๑๓๓	๕๒.๔	๑๑	๗.๖	๑.๐๗ (๐.๒๘,๔.๐๔)	>๐.๕๕๕*
มีโรคเบาหวาน	๓๔	๕๑.๕	๓	๘.๑		
โรคความดันโลหิตสูง						
ไม่มี	๘๓	๕๒.๒	๗	๗.๘	๐.๕๕ (๐.๓๓,๒.๕๔)	>๐.๕๕๕
มี	๘๔	๕๒.๓	๗	๗.๗		

* Fisher's exact test

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเช่นกัน โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ยจำนวน

ปีที่ได้รับการศึกษาเท่ากับ ๓.๖ ปี ขณะที่ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ ๘.๔ ปี ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.001$) ดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัย (n=๑๘๑)	ภาวะสมองเสื่อม				OR (๙๕%CI)	P-value
	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม		มีภาวะสมองเสื่อม			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	๒๔	๕๖.๐	๑	๔.๐	๒.๑๘ (๐.๒๗,๑๗.๔๕)	๐.๖๕๖*
หญิง	๑๔๓	๕๑.๗	๑๓	๘.๓		
สถานภาพสมรส						
โสด หย่า และหม้าย	๕๔	๕๑.๓	๕	๘.๓	๐.๗๒ (๐.๒๓,๒.๒๓)	๐.๕๖๒
คู่	๗๓	๕๓.๖	๕	๖.๔		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๑๔๕	๕๒.๐	๑๓	๘.๐	๐.๖๓๗ (๐.๐๘,๕.๑๖)	>๐.๕๕๕*
ประกอบอาชีพ	๑๘	๕๔.๗	๑	๕.๓		
โรคเบาหวาน						
ไม่มีโรคเบาหวาน	๑๓๔	๕๓.๑	๑๐	๖.๕	๑.๖๒ (๐.๔๘,๕.๕๐)	>๐.๔๘๕*
มีโรคเบาหวาน	๓๓	๘๕.๒	๔	๑๐.๘		
โรคความดันโลหิตสูง						
ไม่มี	๘๕	๕๔.๔	๕	๕.๖	๑.๘๗ (๐.๖๐,๕.๘๐)	๐.๒๗๕
มี	๘๒	๕๐.๑	๕	๕.๕		

* Fisher's exact test

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ ๑๕ แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร ชั้นในเท่ากับร้อยละ ๗.๗ โดยความชุกในเพศหญิงเท่ากับ ๘.๓ ในเพศชายเท่ากับร้อยละ ๔.๐ เพศหญิงพบภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ๒.๑๘ เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงจะสูงกว่าในเพศชาย^๔

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมาที่ใช้เครื่องมือเดียวกันคือแบบวัดอาการซึมเศร้า TGDS พบว่าการศึกษาของ Guolong Liang^๕ ในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดขอนแก่นพบภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ ๒๑.๐ การศึกษาของวันเพ็ญ เชาวเชิง^{๑๐} ในผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมาพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ ๒๐.๗ การศึกษาของอรพรรณ ทองแดง^๕ ในเขตกรุงเทพมหานครพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ

๑๒.๗๘ และการศึกษาของกนกรัตน์ สุขดวงคะ^{๑๑} ในเขตกรุงเทพมหานครเช่นกันพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ ๓๕.๑ จะเห็นว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาครั้งนี้พบน้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ อย่างชัดเจน สาเหตุที่ความชุกในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษานั้น เหตุผลหลักน่าจะเป็นเพราะประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้คือผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวมาที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาส จิตตาศิรินุวัตร^{๑๒} ที่พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุนั้นน้อยกว่าในผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม

สิ่งที่น่าจะมีผลทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้าในชมรมผู้สูงอายุน้อยนั้นกว่าในประชากรผู้สูงอายุทั่วไป น่าจะเป็นจากสองเหตุผลกล่าวคือ อย่างแรกในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า เบื่อ ไม่อยากทำอะไร (loss of interest) รวมถึงไม่อยากเข้าสังคม ทำให้ประชากรกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วนี้ ไม่น่าที่จะสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ส่วนเหตุผลที่สองคือ ชมรมผู้สูงอายุทุกชมรมจะมีการทำกิจกรรมเป็นประจำต่อเนื่อง มีทั้งการออกกำลังกาย ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน และมีสังคมร่วมกันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้น่าจะมีส่วนช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

จากผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าพบว่าจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ ๕.๔๓ ปี ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ ๘.๒๑ ปี ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านการศึกษาในการศึกษาของต่างประเทศบางการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่น้อยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า^{๑๓} ซึ่งคาดว่าจะเป็นเพราะผู้ที่มีการศึกษามากกว่านั้น มักจะมีอาชีพการงานและรายได้ที่ดีกว่า รวมทั้งมีวิธีการปรับตัวเวลาเกิดปัญหาที่ดีกว่า

ด้านปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การไม่มีอาชีพ ภาวะสมองเสื่อม การมีโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงนั้น จากการศึกษานี้ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักพบว่า สถานภาพหย่าหรือหม้ายนั้นจะพบภาวะซึมเศร้าได้บ่อยกว่าสถานภาพคู่^{๑๔} แต่ในการศึกษานี้ผลที่แตกต่างไปน่าจะเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำ การได้พบปะสมาคมด้วยกันเป็นประจำน่าจะช่วยให้ลดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ซึมเศร้าลงไปได้

จากการศึกษานี้พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีอัตราความชุกไม่มากเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาในประชากรผู้สูงอายุทั่วไป แต่ก็ยังถือว่าพบได้พอสมควร ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวัง การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการดูแลรักษาที่เหมาะสม น่าจะสามารถช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ส่วนภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้พบได้ร้อยละ ๗.๗ ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมาที่สำรวจในประชากรทั่วไปที่มักพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุน้อยกว่า ๑๐-๓๐%^{๑๕,๑๖} จึงน่าจะเป็นเหตุผลเดียวกันคือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นจะมีการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้เป็นอุปสรรคไม่สามารถออกมาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุได้ ทำให้พบความชุกของโรคน้อยกว่าสำหรับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ได้แก่ จำนวนปีการศึกษา นั้นสาเหตุที่เป็นไปได้คือ คุณสมบัตินี้ของเครื่องมือโดยเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจจะทำคะแนนแบบทดสอบได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย โดยที่ผลการศึกษแบบทดสอบคัดกรองสมรรถภาพสมองของไทย^{๑๗} นั้นไม่ได้กล่าวถึงเรื่องผลของระดับการศึกษาต่อการทำแบบทดสอบไว้ ซึ่งผลอันนี้น่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต อีกเหตุผลหนึ่งคือพบว่าผู้ที่มีการศึกษาที่สูง จะมีความสามารถในการชดเชย และปรับตัวต่อระดับสติปัญญาที่ลดลงไปได้ดีกว่า^{๑๘,๑๙} หรือกล่าวได้ว่ามีสมรรถภาพสมองสะสม (cognitive reserve) ที่ดีกว่า

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้คือ การศึกษานี้มีการใช้การสุ่มตัวอย่างโดยไม่อาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็น (non-probability sampling) ร่วมด้วย เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถหากรอบตัวอย่างที่ถูกต้องสมบูรณ์ได้ทั้งหมด รวมถึงข้อจำกัดด้านทุนการศึกษาและทรัพยากรบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรเป้าหมายได้อย่างเต็มที่ และการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครชั้นในเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในต่างจังหวัดหรือในประเทศไทยได้ สำหรับการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมนั้นมีจำนวนค่อนข้างน้อย ทำให้การหาความสัมพันธ์อาจทำได้ไม่เหมาะสมนัก รวมถึงปัจจัยที่เก็บเป็นปัจจัยพื้นฐานเท่านั้น ไม่ได้เก็บบางปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น การมีหนี้สิน สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น

สรุป

จากการศึกษาในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า TGDS พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ ๗.๗ โดยส่วนใหญ่มีระดับซึมเศร้าเล็กน้อย พบภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ ๗.๗ โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) ซึ่งความชุกของทั้งภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้พบน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมาที่เป็นการศึกษาในประชากรทั่วไป โดยปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา และปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมได้แก่ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 [online]. [cited 24 March 2010]; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_diseaseGBD_report_2004update_full.pdf.
๒. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
๓. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) JAMA, 2003;289:3095-3015.
๔. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2551.
๕. Tongtang O, Sukhatunga K, Ngamthipwatthana T, Chulakadabba S, Vuthiganond S, Pooviboonsuk P, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. J Med Assoc Thai 2002;85:540-4.
๖. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช 2537;46:1-9.
๗. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช 2536;45:359-74.
๘. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
๙. Guolong Liang, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ปัตพงษ์ เกตุสมบูรณ์, สมเดช พินิจสุนทร, ปิยธิดา คูหิรัญย์รัตน์. ภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดขอนแก่น: การศึกษาเชิงพรรณนา ณ สถานบริการปฐมภูมิ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552;54:357-66.
๑๐. วันเพ็ญ เชาว์เชิง, กรเศศ พรหมดี. การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติครั้งที่ 15; 22-24 พฤษภาคม 2545:52-3.
๑๑. กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ, มงคล หลีกคำ, จริยา จันตระ, วิลาสินี ชัยสิทธิ์, กิรติ บรรณกุลโรจน์. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. สารศิริราช 2542;51:232-43.
๑๒. ประภาส จิตตาศิรินุวัตร. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดาบสสวนแดง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2544;24:242-45.
๑๓. Batterham PJ, Christensen, Mackinnon AJ. Modifiable risk factors predicting major depressive disorder at four year follow-up: a decision tree approach. BMC Psychiatry 2009, 9:75.
๑๔. Weiner MF, Lipton AM. Textbook of Alzheimer disease and other dementias. 1st ed. Arlington, VA. The American Psychiatric Publishing, Inc. 2009;263.

Abstract

Depression and dementia among members of 15 elderly clubs in Bangkok

Thammanard Charernboon*, Muthita Phanasathit*, Sookjaroen Tangwongchai**,
Solapath Hemrungronj**, Puangsoy Worakul**

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University,

Objective: To determine the prevalence of depression and dementia among members of elderly clubs in Bangkok.

Methods: The study is a cross sectional descriptive survey. The participants include 181 Thai elderly (aged at least 60 years old) from 15 elderly clubs in Bangkok. The assessment tools were as follows: questionnaire inquiring about demographic data, Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) and Thai Mental State Examination (TMSE). If the subjects had the TGDS score more than 12, they were classified as having depression. With the TMSE score less than 24, they were diagnosed with dementia.

Results: From one hundred eighty one subjects. There were 156 females (86.2%) and 25 males (13.8%). The age ranged from 60 to 83 years old, with the mean of 68.1 years old. The prevalence of depression and dementia were 7.7 per cent equally. Females had twice higher prevalence of depression than males. The psychosocial factor which was associated with depression was the number of the years of education. The prevalence of depression decreased with the number of the years of education. The factor which was associated with dementia was the number of the years of education. The prevalence of dementia also decreased with the number of years of education.

Conclusion: The prevalence of depression and dementia in the Thai ageing population from elderly clubs was relatively lower than that in other studies of the general elderly population.

Key words: prevalence, depression, dementia, elderly club