



ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ วท.ม.*, จักรกฤษณ์ สุขขឹង พบ.**,
อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล วท.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้า และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
ในประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 426 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน
เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ simple logistic regression และ multiple logistic
regression analysis

ผลการศึกษา ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้
เป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2
ผลการวิเคราะห์โดยวิธี multiple logistic regression analysis พบว่า สถานะสมรสหย่าหรือ
แยกกันอยู่ ($p < 0.01$) การดื่มสุราเป็นประจำ ($p < 0.01$) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด
($p < 0.001$) ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ ($p < 0.05$) การนอนไม่หลับ ($p < 0.01$) และ
ความไม่เพียงพอของรายได้ ($p < 0.05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่เป็นร้อยละ 5.9
โดยพบปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ซึ่งแพทย์และบุคคลทางการแพทย์
ควรจะได้รู้และตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหา
โรคซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า ความชุก ผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(2): 103-116

* ศูนย์ฝึกพยานิชย์นาวิ กรมเจ้าท่า กระทรวงคมนาคม จ.สมุทรปราการ 10270

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรุงเทพมหานคร 10400

*** กลุ่มงานระบอบาติวิทยาคลินิกและชีวสถิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัย
มหิดล กรุงเทพมหานคร 10400



Prevalence of Depression among the Elderly in Chiang Mai Province

Tepparit Wongpoom, M.Sc.* Chakrit Sukying, M.D.**,
Umaporn Udomsubpayakul, M.Sc.***

ABSTRACT

Objectives: To study the point prevalence and associated factors of depression among the elderly living in Chiang Mai province.

Material and Methods: The 426 samples were selected by two-stage cluster sampling method and were assessed by using a Thai version Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9), a screening tool for major depression. The data was then analyzed by using simple logistic regression and multiple logistic regression analysis.

Results: The results showed that the point prevalence of depression was 5.9%, with 7.0% of male population and 5.2% of female population displaying this problem. Multiple logistic regression analysis indicated that divorced or separated marital status ($p<0.01$), alcohol consumption ($p<0.01$), loss of loved ones ($p<0.001$), self-perceived health status ($p<0.05$), insomnia ($p<0.01$) and insufficiency of income ($p<0.05$) were significantly associated with depression.

Conclusions: The point prevalence of depression among the elderly living in Chiang Mai province was 5.9%. Several associated factors were identified which should be presented to practicing physicians and health care workers in order to assist in the screening for depression among the elderly population.

Keywords: depression, prevalence, elderly, Chiang Mai, Thailand

J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(2): 103-116

* Merchant Marine Training Center, Marine Department, Ministry of Transportation, Samutprakran 10270.

** Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400.

*** Section for Clinical Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400.

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2542 องค์การอนามัยโลกได้รายงานผลการศึกษาศึกษาที่ศึกษาว่าร่วมกันระหว่างมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด อนุคารโลกและองค์การอนามัยโลกว่า โรคที่พบมีความรุนแรงเป็นลำดับที่สี่ที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพต่อชีวิตคือโรคซึมเศร้า และองค์การอนามัยโลกได้ทำนายต่อไปว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ¹ สำหรับในผู้สูงอายุ นั้น โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อทั้งชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพโดยรวม ข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ พบว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเครียดต่อการเกิดทุพพลภาพ การเพิ่มขึ้นของความเครียดต่อการฆ่าตัวตาย การเสื่อมลงของสุขภาพ การเสื่อมลงของความคิดความจำและความสามารถทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่ความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตในที่สุด^{2,3} นอกจากนี้การศึกษาด้วยวิธี meta-analysis พบว่า การพยากรณ์โรคของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี⁴ โดยเมื่อติดตามที่ 24 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุเพียงร้อยละ 33 เท่านั้นที่มีอาการดีขึ้น แต่ร้อยละ 33 ยังคงมีภาวะซึมเศร้า และในขณะที่ร้อยละ 21 มีการเสียชีวิต

ข้อมูลความชุกของโรคซึมเศร้าที่ได้จากการศึกษาทางระบาดวิทยา ส่วนหนึ่งนั้นขึ้นกับเกณฑ์การวินิจฉัยที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาของตน จากการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมามีในต่างประเทศพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในระดับชุมชนของกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะอยู่ในช่วงร้อยละ 1-5 ส่วนความชุกของอาการซึมเศร้าที่มีผลอย่างสำคัญต่อทางคลินิกจะอยู่ในช่วงร้อยละ 8-16² สำหรับในประเทศไทยนั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา พบว่าค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอยู่ในช่วงร้อยละ 17.5 - 82.3⁵ ขึ้นอยู่กับประชาชนที่ศึกษาและ

เครื่องมือที่ใช้ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วใช้เครื่องมือที่วัดอาการซึมเศร้าที่มีผลอย่างสำคัญต่อทางคลินิก โดยในเขตเมืองพบค่าความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 19.9 - 80.3 ส่วนในเขตชนบทพบค่าความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 17.0 - 84.8 นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดอย่างหนึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุไทยอีกด้วย

สำหรับปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของประเทศไทยนั้น เมื่อประเมินข้อมูลจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในช่วงปี พ.ศ. 2546-2550⁷ ที่ผ่านมามีพบได้ว่าเขตประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างสูง คือเขตประชากรภาคเหนือโดยเฉพาะเขตภาคเหนือตอนบน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากจาก 1,889.34 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 เป็น 3,323.95 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2550 โดยเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตต่อแสนประชากรสูงเป็นจังหวัดที่ 2 นอกจากนี้เขตจังหวัดทางภาคเหนือยังเป็นเขตจังหวัดที่มีรายงานการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศ^{8,9} และจังหวัดที่มีรายงานการพบจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่⁹ เมื่อพิจารณาถึงช่วงอายุของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายโดยรวมแล้วจะพบว่าช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 25-29 ปี หลังจากนั้นอัตราการฆ่าตัวตายจะลดลงตามช่วงอายุที่มากขึ้น แต่กลับพบว่าเมื่ออัตราเพิ่มขึ้นอีกครั้งเป็นช่วงที่สองในกลุ่มช่วงอายุ 60-74 ปี⁹ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตายคือโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า¹⁰

เมื่อเป็นเช่นนี้ หากจะมีโครงการใดโครงการหนึ่งที่พัฒนาขึ้นมาด้วยวัตถุประสงค์เพื่อที่จะลดอุบัติการณ์หรือป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ เช่นเดียวกับโครงการในต่างประเทศ โครงการหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์ที่จะป้องกันการเกิด

ภาวะเพ้อ (delirium) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคทางกาย¹¹ โดยอาศัยการค้นหาลำดับปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการเกิดภาวะเพ้อ แล้วดำเนินการด้วยแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้นมาอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านั้น ซึ่งปรากฏว่าสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะเพ้อได้ถึงร้อยละ 40 นั้นหมายความว่า ถ้าจะลดอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนี้เป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างมาก สำหรับในประเทศไทย การศึกษาในประเด็นนี้ยังมีอยู่อย่างค่อนข้างจำกัด แต่เนื่องจากผลการศึกษาดังกล่าวของเรื่องเหล่านี้สามารถที่จะนำมารวบรวมและวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางทางการสาธารณสุขต่อไปได้ในอนาคต ด้วยเหตุต่างๆ ดังกล่าว ทำให้คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและปัญหาของการศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จึงได้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่ โดยคาดว่า ผลการศึกษาดังกล่าวจะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ในการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน (two-stage cluster sampling) โดยแบ่งจังหวัดเชียงใหม่ออกเป็นเขตการเลือกตั้งทั้งหมด 4 เขต แล้วสุ่มแบบแบ่งกลุ่มครั้งที่หนึ่งได้เขตการเลือกตั้งจำนวน 2 เขต คือ เขตการเลือกตั้งที่ 1

และเขตการเลือกตั้งที่ 2 หลังจากนั้นแบ่งเขตการเลือกตั้งที่สุ่มได้ออกเป็นอำเภอแล้วทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มครั้งที่สองจากแต่ละเขตการเลือกตั้ง ได้จำนวนอำเภอทั้งหมด 2 อำเภอ คือ อำเภอสันป่าตองจากเขตการเลือกตั้งที่ 1 และอำเภอหางดงจากเขตการเลือกตั้งที่ 2 จากนั้นจึงสุ่มเลือกประชากรตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ โดยขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane¹² ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของอำเภอสันป่าตองและอำเภอหางดง มีจำนวนทั้งสิ้น 19,858 ราย โดยใช้ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ.2551)¹³
e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง = 0.05

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 392 ราย

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลคือตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 แบบทดสอบที่ใช้ในการศึกษาดังนี้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ 2) แบบประเมินสถานะทางสุขภาพกายและทางจิตสังคม ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การรับรู้ถึงสถานะทางสุขภาพของตน ปัญหาการนอนหลับ การออกกำลังกาย การบริโภคสุรา การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนฝูง และความรู้สึกลดสูญเสียต่อบุคคลใกล้ชิด และ 3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง¹⁴ ประกอบด้วย

ข้อคำถาม 9 ข้อ โดยทั้ง 9 ข้อนี้มาจากข้อต่างๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ¹⁵ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity = 0.84, specificity = 0.77)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ลักษณะการกระจายของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้สถิติ simple logistic regression และ multiple logistic regression analysis คำนวณค่า crude และ adjusted odds ratios คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี stepwise และใช้ p-value < 0.05 พิจารณาความมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งหมด 426 ราย ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ยของอายุของประชากรกลุ่มนี้เท่ากับ 66.79 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.02) โดยประชากรส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.1 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คือ ร้อยละ 62.4 และรองลงมาคือเป็นหม้ายร้อยละ 28.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คือ ร้อยละ 36.6 มีเพียงร้อยละ 4.9 ที่ไม่ได้รับการศึกษา

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบค่าความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 และในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 ผลวิเคราะห์โดยวิธี simple logistic regression analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุที่มากขึ้นตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (OR = 6.07, 95% CI = 1.75-21.12) สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ (OR = 18.5, 95% CI = 5.95 – 57.44) ความไม่เพียงพอของรายได้ (OR = 9.55, 95% CI = 3.97 – 22.97) การดื่มสุราเป็นประจำ (OR = 10.75, 95% CI = 3.86-29.9) ความพอใจในสุขภาพในระดับปานกลาง (OR = 10.54, 95% CI = 2.89-38.58) ความพอใจในสุขภาพในระดับที่ต่ำ (OR = 34.89, 95% CI = 9.20-132.30) ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนฝูงที่ไม่ดี (OR = 2.79, 95% CI = 1.23-6.31) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียของคนใกล้ชิด (OR = 11.69, 95% CI = 4.95-27.62) และการมีปัญหานอนไม่หลับ (OR = 9.63, 95% CI = 4.12-22.55) ต่อมานำปัจจัยทั้งหมด 8 ตัวมาวิเคราะห์ร่วมกันด้วยวิธี multiple logistic regression analysis หลังจากควบคุมตัวแปรทั้ง 8 ตัวพบว่ามีเพียง 6 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ คือ สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ (OR = 14.65, 95% CI = 3.14 – 68.27) ความไม่เพียงพอของรายได้ (OR = 3.67, 95% CI = 1.22-11.07) การดื่มสุราเป็นประจำ (OR = 10.81, 95% CI = 2.68-43.56) ความพอใจในสุขภาพในระดับที่ต่ำ (OR = 5.71, 95% CI = 1.31-24.86) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียของคนใกล้ชิด (OR = 7.15, 95% CI = 2.53-20.21) และการมีปัญหานอนไม่หลับ (OR = 4.67, 95% CI = 1.64-13.32)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=426)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-64	167	39.2
65-69	140	32.9
70-74	81	19.0
75-79	31	7.3
≥80	7	1.6
รวม	426	100.0
Mean = 66.79, S.D.=5.02, Min = 60, Max = 86		
เพศ		
ชาย	157	36.9
หญิง	269	63.1
รวม	426	100.0
สถานภาพการสมรส		
โสด	14	3.3
คู่	266	62.4
หม้าย	122	28.6
หย่า/แยกกันอยู่	24	5.6
รวม	426	100.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เข้าเรียน	21	4.9
ประถมศึกษาปีที่ 4	156	36.6
มัธยมต้น	105	24.6
มัธยมปลาย	47	11.0
ปวช., ปวส.	43	10.1
ปริญญาตรีและสูงกว่า	54	12.7
รวม	426	100.0

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนที่เป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ)	OR	Crude		Adjusted	
				95% CI of OR	OR	95% CI of OR	
เพศ							
ชาย	146 (36.4)	11 (44.0)	1.00				
หญิง	255 (63.6)	14 (56.0)	0.73	0.32-1.64			
อายุ (ปี)							
60-64	162 (40.4)	5 (20.0)	1.00				
65-69	132 (32.9)	8 (32.0)	1.96	0.63-6.14	1.10	0.27-4.45	
70-74	75 (18.7)	6 (24.0)	2.59	0.76-8.76	0.77	0.16-3.67	
≥75	32 (8.0)	6 (24.0)	6.07	1.75-21.12**	2.05	0.44-9.51	
ระดับการศึกษา							
ปริญญาตรี	51 (12.7)	3 (12.0)	1.00				
ปวช-ปวส	40 (10.0)	3 (12.0)	1.27	0.24-6.66			
มัธยมปลาย	44 (11.0)	3 (12.0)	1.16	0.22-6.03			
มัธยมต้น	103 (25.7)	2 (8.0)	0.33	0.05-2.04			
ประถมศึกษาปีที่ 4	145 (36.2)	11 (44.0)	1.29	0.34-4.81			
ไม่ได้เข้าเรียน	18 (4.5)	3 (12.0)	2.83	0.52-15.32			
สถานภาพสมรส							
คู่	259 (64.6)	7 (28.0)	1.00				
โสด	14 (3.5)	0 (0.0)	0.00				
หม้าย	112 (27.9)	10 (40.0)	3.30	1.22-8.89*	2.26	0.69-7.38	
หย่า/แยกกันอยู่	16 (4.0)	8 (32.0)	18.5	5.95-57.44***	14.65	3.14-68.27**	
ความเพียงพอของรายได้							
เพียงพอ	328 (81.8)	8 (32.0)	1.00				
ไม่เพียงพอ	73 (18.2)	17 (68.0)	9.55	3.97-22.97***	3.67	1.22-11.07*	
โรคประจำตัว							
ไม่มี	40 (10.0)	3 (12.0)	1.00				
มี 1 โรค	310 (77.3)	14 (56.0)	0.60	0.16-2.18			
มีมากกว่า 1 โรค	51 (12.7)	8 (32.0)	2.09	0.52-8.39			

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนที่เป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ)	OR	Crude	Adjusted		
				95% CI of OR	OR	95% CI of OR	
การดื่มสุรา							
นานๆครั้ง/ไม่ดื่ม	387 (96.5)	18 (72.0)	1.00				
เป็นประจำ	14 (3.5)	7 (28.0)	10.75	3.86-29.9***	10.81	2.68-43.56**	
การออกกำลังกาย							
ไม่สม่ำเสมอ	276 (68.8)	13 (52.0)	1.00				
สม่ำเสมอ	125 (31.2)	12 (48.0)	2.03	0.90-4.59			
ความพอใจในสุขภาพ							
พอใจมาก	276 (68.8)	3 (12.0)	1.00				
พอใจปานกลาง	96 (23.9)	11 (44.0)	10.54	2.89-38.58***	4.47	1.03-19.29*	
พอใจน้อย	29 (7.2)	11 (44.0)	34.89	9.20-132.30***	5.71	1.31-24.86*	
ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนฝูง							
ดี	289 (72.1)	12 (48.0)	1.00				
ไม่ดี	112 (27.9)	13 (52.0)	2.79	1.23-6.31*	2.67	0.97-7.27	
การสูญเสียคนใกล้ชิด							
ทำได้	367 (91.5)	12 (48.0)	1.00				
ทำไม่ได้	34 (8.5)	13 (52.0)	11.69	4.95-27.62***	7.15	2.53-20.21***	
การนอนไม่หลับ							
ไม่มีปัญหา	347 (86.5)	10 (40.0)	1.00				
มีปัญหา	54 (13.5)	15 (60.0)	9.63	4.12-22.55***	4.67	1.64-13.32**	

Note: OR, odds ratio; CI, confidence interval

*p<0.05 **p<0.01 *** p<0.001

วิจารณ์

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ผ่านมาในประเทศไทยนั้นมีไม่มากนัก โดยการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมาจะพบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนสูงกว่าค่าความชุกที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ กล่าวคือ Liang และคณะ¹⁶ Thongtang และคณะ¹⁷ และ Sukhatunga และคณะ¹⁸ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) พบค่าความชุกเป็นร้อยละ 21.0, 12.8 และ 24.1 ตามลำดับ ส่วน Wangtongkum และคณะ¹⁹ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่ เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้โดยใช้เครื่องมือ Thai Beck Depression Inventory (TBDI) ผลพบค่าความชุกเป็นร้อยละ 31.6 ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเป็นผลจากเครื่องมือที่นำมาใช้ศึกษานั้นมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปแล้วเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาหาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า สามารถจำแนกได้เป็น 2 แบบคือ เครื่องมือในลักษณะที่เป็นการวินิจฉัย “โรคซึมเศร้า” โดยอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก มีลักษณะเป็นการสัมภาษณ์เชิงวินิจฉัยอย่างมีโครงสร้างหรือกึ่งโครงสร้าง (structured or semi-structured diagnostic interview) อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) หรือ International Statistical Classification of Disease (ICD) ส่วนแบบที่สองเป็นเครื่องมือที่ใช้วัด “อาการซึมเศร้า” ที่มีผลอย่างสำคัญในระดับคลินิก เช่น Geriatric Depression Scale (GDS) และ Beck Depression Inventory (BDI) เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไป เครื่องมือในลักษณะที่วัดอาการซึมเศร้า จะได้ค่าความชุกที่สูงกว่าที่ได้จากการใช้เครื่องมือในลักษณะที่เป็นการวินิจฉัย²⁰ โดยค่าความชุกที่ได้จากการใช้เครื่องมือในลักษณะที่วัดอาการซึมเศร้า มักพบค่าความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ

7.2 - 49²⁰⁻²² ส่วนค่าความชุกที่ได้จากการใช้เครื่องมือในลักษณะที่เป็นการวินิจฉัยพบค่าความชุกในระดับที่ต่ำกว่าคืออยู่ระหว่างร้อยละ 0.9 - 9²⁰⁻²² สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือ PHQ-9 ซึ่งเป็นเครื่องมือในลักษณะที่เป็นการวินิจฉัย “โรคซึมเศร้า” โดยเป็นเครื่องมือที่ให้คะแนนด้วยตนเอง และเนื้อหาของเครื่องมือนี้ อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ชนิดรุนแรง (major depressive disorder) ของ DSM-IV ทำให้ค่าความชุกที่ได้ คือ ร้อยละ 5.9 เป็นค่าความชุกที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับค่าความชุกที่ได้จากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมานั้นจะใช้เครื่องมือในลักษณะที่วัดอาการซึมเศร้า อาทิเช่น Thai Geriatric Depression Scale¹⁶⁻¹⁸ และ Thai Beck Depression Inventory¹⁹ แต่หากเทียบค่าความชุกที่ได้จากการศึกษาในต่างประเทศด้วยเครื่องมือ PHQ-9 ชนิดนี้และในกลุ่มประชากรสูงอายุด้วยกันแล้วเช่นจากการศึกษาของ Han และคณะ²³ ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัด Ansan พบค่าความชุกที่ได้มีค่าใกล้เคียงกับของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ประมาณร้อยละ 5.8

วัตถุประสงค์อีกประการหนึ่งในการศึกษานี้ คือ การหาความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี multiple logistic regression analysis พบปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ (OR = 14.65, 95% CI = 3.14 - 68.27) การดื่มสุราเป็นประจำ (OR = 10.81, 95% CI = 2.68-43.56) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด (OR = 7.15, 95% CI = 2.53-20.21) ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ (OR = 5.71, 95% CI = 1.31-24.86) การนอนไม่หลับ (OR = 4.67, 95% CI = 1.64-13.32) และความไม่เพียงพอของรายได้

(OR = 3.67, 95% CI = 1.22-11.07) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่เคยพบจากการศึกษาต่างๆ มาแล้วทั้งสิ้นว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ^{4-5, 21, 22, 24}

สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุดที่พบจากการศึกษานี้ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะหย่าหรือแยกกันอยู่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากถึงประมาณ 14 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานะคู่ ซึ่งผลการศึกษาหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศได้สนับสนุนว่าสถานะหย่าหรือแยกกันอยู่นี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง^{6, 18, 22} อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาโดย Liang และคณะ¹⁶ ที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมือง และอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิจังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังจากควบคุมปัจจัยต่างๆ แล้ว สถานะหย่าไม่พบเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเป็นเพราะบริบททางสังคม รวมถึงความแตกต่างของกลุ่มประชากรตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ศึกษาด้วย อย่างไรก็ตามปัจจัยนี้ยังเป็นปัจจัยที่ควรให้ความสนใจและควรได้มีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การดื่มสุราเป็นประจำเป็นปัจจัยอันดับรองมาที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วภาวะติดสุรากับโรคซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์กันในลักษณะที่ซับซ้อน โดยอาจเป็นการเกิดร่วมกันโดยบังเอิญ (co-occurrence) หรือเป็นเนื่องจากโรคซึมเศร้า (secondary alcoholism) หรือ เป็นสาเหตุหลักเองที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า (primary alcoholism) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาทางระบาดวิทยาหลายการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าโรคซึมเศร้ามักกับภาวะติดสุรานั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ^{21, 25} โดยประมาณว่า ภาวะติดสุราพบได้เป็น

1.6 เท่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า และสามารถนำภาวะติดสุรานี้มาเป็นตัวคัดกรองการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อีกด้วย ภาวะติดสุราที่พบบรร่วมกับโรคซึมเศร้านั้นนอกจากจะทำให้การรักษาโรคซึมเศร้าได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรแล้ว ยังอาจพบอุบัติการณ์การฆาตกรรมฆ่าตัวตายได้มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2541 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานผลการศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายด้วยวิธีชันสูตรทางด้านจิตใจ (psychological autopsy) ในจังหวัดเชียงใหม่⁹ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดว่า ปัญหาการใช้สุราเป็นประจำกระตุ้นอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 18.7 ดังนั้น การศึกษาในอนาคตเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะติดสุรากับโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ควรเป็นการศึกษาในระยะยาวเพื่อดูทิศทางของเหตุและผลของการเกิดขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของทั้งสองภาวะนี้ และควรกระทำในขนาดจำนวนประชากรที่มากขึ้น

การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดเป็นปัจจัยต่อมาที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดเป็นการสูญเสียอย่างหนึ่งที่กลุ่มผู้สูงอายุจะต้องเผชิญ การปรับตัวไม่ได้ต่อการสูญเสียจะส่งผลต่อสภาพจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การศึกษา meta-analysis^{21, 22} พบว่า การสูญเสียมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่าการสูญเสียบุคคลที่รักเป็น 1 ในทั้งหมด 5 ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่า สมมติฐานของการเกิดโรคซึมเศร้ามักมีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มวัยสูงอายุและกลุ่มวัยผู้ใหญ่ การปรับตัวทางจิตสังคมนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่ามาพิจารณาเมื่อมีการประเมินการวินิจฉัยรวมทั้งการวางแผนการรักษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ

ความพอใจในสุขภาพในระดับที่ต่ำเป็นปัจจัยต่อมาที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{21,22,26} ปัญหาสุขภาพกายเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิต²⁷ เกิดการปรับตัวที่ไม่ดี และเกิดโรคซึมเศร้าในที่สุด จากข้อมูลที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่พอใจต่อสุขภาพของตนในระดับที่ต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าถึง 5.7 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่รู้สึกพอใจในสุขภาพของตนในระดับที่สูง

การนอนไม่หลับเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การนอนไม่หลับนั้นนับเป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ²⁸ ประเมินว่าผู้สูงอายุชายจะพบอาการนี้ได้อ้อยละ 25 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงพบอาการนี้ได้สูงถึงร้อยละ 40 ผลการศึกษาแบบต่อเนื่องหลายการศึกษาบ่งชี้ว่า การนอนไม่หลับนั้นมักจะเกิดนำหน้าก่อนการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ²⁹ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่ง²² ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ก็พบผลเช่นเดียวกัน โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากถึง 4.6 เท่า จากข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถนำอาการนอนไม่หลับนี้ไปใช้เป็นตัวคัดกรองโรคซึมเศร้าตัวหนึ่งในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในสถานบริการปฐมภูมิได้

ปัจจัยสุดท้ายที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้คือความไม่เพียงพอของรายได้ ซึ่งความไม่เพียงพอของรายได้นี้หลายการศึกษาทั่วโลกพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแม้ในประเทศที่กำลังพัฒนา^{17,20,26} หรือประเทศที่พัฒนาแล้วก็ตาม^{21, 24} ผู้สูงอายุโดยทางกายภาพมักมีข้อจำกัดในการประกอบกิจการอาชีพ หากต้องมาประสบกับปัญหาเศรษฐกิจทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการเอาใจใส่จากหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง อย่างไรก็ตามเนื่องจากการประเมิน

ในการศึกษานี้เป็นการประเมินในลักษณะประเมินตนเอง ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าอาจมองเชิงลบในเรื่องความเพียงพอของรายได้ของตน ดังนั้นการศึกษาในลักษณะข้อมูลที่เป็นหลักฐานจะช่วยทำให้ประเด็นนี้เป็นที่ชัดเจนได้ยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดบางประการของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถกำหนดทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้ จำนวนกลุ่มประชากรตัวอย่างยังมีไม่มากนัก และการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาการรู้คิด (cognition) และเวลาเริ่มต้นของการเกิดโรคว่าเป็นโรคในลักษณะที่เริ่มเกิดขึ้นในอายุน้อยหรือมาก ทำให้ไม่สามารถระบุชนิดของโรคซึมเศร้าตามเวลาเริ่มต้นของการเกิดโรคได้ รวมถึงความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและอาจมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ น่าจะสะท้อนได้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นหลัก มีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ และมุ่งศึกษาในเรื่องโรคซึมเศร้าเป็นหลักมากกว่าอาการซึมเศร้า คณะผู้วิจัยเชื่อว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการศึกษาต่อไปในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อทราบถึงปัจจัยที่กระตุ้น และปัจจัยที่เป็นตัวป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่ศึกษาโดย Foley และคณะ³⁰ อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี ทำให้ได้พบข้อมูลว่าอายุที่มากขึ้นนั้นไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ หากแต่เป็นเรื่องของสุขภาพกายและโรคทางจิตเวชมากกว่าโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าที่เกิดร่วมในผู้สูงอายุ

สรุป

จากการศึกษาพบว่าความทุกข์ชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่จำนวนทั้งหมด 426 ราย โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) พบว่าร้อยละ 5.9 หรือประมาณ 1 ใน 17 รายของผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้า โดยปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังนี้คือ สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุร่าอย่างเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพในระดับที่ต่ำ การนอนไม่หลับและความไม่เพียงพอของรายได้ ซึ่งแพทย์และบุคคลทางการแพทย์ควรจะได้มีการรับรู้และตระหนักถึงปัจจัยเหล่านี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากโรคซึมเศร้าให้ได้ รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่ให้ความกรุณาอนุเคราะห์และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Conquering depression: you can get out of the blue. New Delhi WHO Regional office for South-East Asia 2001.
- Blazer DG. Depression in late life : review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003; 58:249-65.
- Kouzis A, Eaton WW, Leaf PJ. Psychopathology and mortality in the general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995; 30: 165-70.
- Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations : a systematic review and meta analysis. Am J Psychiatry 1999; 156 : 1182-9.
- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder : results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. Arch Gen Psychiatr 2005; 62:1097-106.
- ณหทัย วงศ์ปการันย์. จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53 (ฉบับผนวก 1) : S 39- S46.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. 2552. รายงานแสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2540-2550 หน่วยนับ: คน. ค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2552, จาก <http://www.plan.dmh.go.th/FormRptDmh/dl.asp?id=125>
- Lotrakul M. Suicide in the north of Thailand. J Med Assoc Thai 2005; 88:944-8.
- Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998-2003. Psychiatry Clin Neurosci 2006; 60:90-5.
- Conwell Y, Brent D. Suicide and aging I : Patterns of psychiatric diagnosis. In : Pearson, JL : Conwell Y. Editors. Suicide : international perspectives. Springer ; New York, 1996: 15-30.

11. Inouge SH, Bogartus ST, Chapentier PA, Summers L, Acampora D, Hallord TR. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Eng J Med* 1999; 340:669-76.15
12. Yamane T. *Statistics an introductory analysis*, third edition. Singapore: Times Printers Sdn., Bhd. 1973.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลทั่วไป ประชากรกลางปี 2545- 2551. ค้นเมื่อ 25 กันยายน 2551, จาก <http://www.chiangmaihealth.com/ict/stat.php>
14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16:606-13.
15. 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.
16. Liang G, Arunpongpaisal S, Kessomboon P, Pinitsoontorn S, Kuhirunyaratu P. Depression and cognitive impairment among the community of Khon Kaen : a primary care setting descriptive study. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009; 54:357-66.
17. Thongtang O, Sukhatunga K, Nagmthipwatthana 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.
18. Sukhatunga K, Phattarayuttawal S, Chantra J, Luckom M, Chaiyasit W, Bunnagulrote K. Depression and dementia in the Thai elderly in urban and rural communities. *Siriraj Hospital Gazetthe* 1998; 51:232-43.
19. Wangtongkum S, Sucharitakul P, Wongjaroen S, Maneechompoos. Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2008; 91:1812-6 .
20. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects : a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1147-56.
21. Ganatra HA, Zafar SN, Qidwai W, Rozi S. Prevalence and predictors of depression among the elderly population of Pakistan. *Aging Ment Health* 2008; 12:349-56.
22. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly : a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:372-87.16
23. Han C, Jo SA, Kwak JH, Pae CU, Steffens D, Jo I, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan geriatric study. *Compr Psychiatry* 2008;49:218-23.
24. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Ann Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-89.
25. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS. Depression in late life : the use of clinical characteristics to focus screening efforts. *J Gerontol* 1994; 49:M9-M14.

26. Otrakul A, Srisorachat S, Tangtrongpiros V, Charengkam S. Depression of elderly in urban and rural area. Bull Dept Med Serv 1993; 18:503-7.
27. Borglin G, Jakobsson U, Edberg AK, Hallberg IR. Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. Int J Nurs Studies 2005; 42:147-58.
28. Lichstein KL, Stone KC, Nau SD, McCrae CS, Payne KL. Insomnia in the elderly. Sleep Med Clin 2006; 1:221-9.
29. Perlis ML, Smith LJ, Lyness JM, Matteson SR, Digcon WR. Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. Behav Sleep Med 2006; 4:104-13.
30. Foley DJ, Monjan A, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Incidence and remission of insomnia among elderly adults : an epidemiologic study of 6,800 persons over three years. Sleep 1999; 22 (Suppl 2) : S366-72.