



# ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

## Prevalence of Psychiatric Disorders in Elderly Patients, Quality of Life of Patients and Caregivers, and Their Correlated Factors

สุวิทย์ เจริญศักดิ์\*, กอบหทัย สิริธรณฤทธิ์\*, ธีรศักดิ์ สาตรา\*, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล\*\*,  
วาราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ\*\*\*

Suwit Charoensak\*, Gobhathai Sittironnarit\*, Teerasakdi Satra\*,  
Weerasak Muangpaisan\*\*, Varalak Srinontprasert\*\*\*

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

\*\* ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
กรุงเทพฯ 10700

\*\*\* สาขาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย  
มหิดล กรุงเทพฯ 10700

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10700

\*\* Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol  
University, Bangkok, 10700

\*\*\* Division of Geriatric, Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol  
University, Bangkok, 10700

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวช คุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล และ  
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศิริราช

**วิธีการศึกษา** กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิก  
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยจำนวน 159 ราย  
และผู้ดูแลจำนวน 36 ราย ศึกษาโดยใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิต SF-36 และเครื่องมือ Mini international  
neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คำนวณหาความ  
สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยใช้ Chi-square test หรือ  
Fisher's exact test และ Odd ratio (95%CI) การคำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ  
คุณภาพชีวิตใช้ Mann-Whitney U-Test

**ผลการศึกษา** โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดคือโรคซึมเศร้าพบจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 10.1) ความเสี่ยงใน  
การฆ่าตัวตายพบ 21 ราย (ร้อยละ 13.1) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในความเสี่ยงระดับต่ำ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ  
ผู้ดูแลอยู่ระดับปานกลางใกล้เคียงกัน แต่มีมิติด้านสุขภาพทางกายต่ำสุดค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 57.58 เมื่อเทียบกับ  
ผู้ดูแลอยู่ที่ 60.42 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ คือ มีปัญหาด้านการเงิน และมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ  
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ สถานภาพสมรส/หย่า/หม้าย มีปัญหาด้านการเงิน  
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว และมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช

**สรุป** ปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย  
และโรคซึมเศร้า แพทย์ควรทำการตรวจประเมินเพื่อหาโรคทางจิตเวชและประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย  
ในผู้ป่วยสูงอายุ และให้การดูแลรักษาให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

**คำสำคัญ** ความชุก โรคทางจิตเวช คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแล

Corresponding author: สุวิทย์ เจริญศักดิ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(1): 89-98

## ABSTRACT

**Objectives :** To find out the prevalence of psychiatric disorders, quality of life of patients and caregivers and their correlated factors in elderly outpatients in Siriraj Hospital.

**Methods :** Subjects were 159 voluntary elderly (age  $\geq$  60 years) participants who were treated at geriatric or psychiatric outpatient clinic in Siriraj Hospital and 36 caregivers. Evaluation tools were SF-36 questionnaire and Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I) Thai version. Descriptive analysis was used. The association between correlated factors and major depressive disorder, and suicidality were analyzed by using Chi-square test or Fisher's exact test and Odd ratio (95%CI). The association between correlated factors and quality of life was evaluated using Mann-Whitney U-Test.

**Results :** The most common psychiatric disorder was major depressive disorders (n=16, 10.1%). successful suicides was found in 21 patients (13.1%) even though the majority had the lowest suicidal risk. Quality of Life in patient was similar as caregivers but in physical well being was the lowest (mean score of SF-36 physical well being in patients and caregivers was 57.58 and 60.42, respectively). Factors that had statistically significant correlation with major depressive disorder and suicidality were financial problem and prior history of psychiatric disorders. Marital status as single/widowed/divorced, financial problems, family history of psychiatric disorders and prior history of psychiatric disorders had statistically significant correlation with quality of life of patients.

**Conclusion :** The most common psychiatric problem in outpatient-elderly are successful suicides and major depressive disorders. Doctors should look for psychiatric disorders and evaluate suicidal risk in elderly patients and give a complete physical, mental and social treatment.

**Keywords :** prevalence, psychiatric disorders, quality of life, elderly patients, caregivers

---

Corresponding author: Suwit Charoensak

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(1): 89-98

## บทนำ

ข้อมูลจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เกี่ยวกับดัชนีวัดความสูญเสียทางสุขภาพโดยวัดเป็น disability adjusted life years (DALYs) ในปี ค.ศ. 2004<sup>1</sup> พบว่า โรคซึมเศร้า (unipolar depressive disorder) เป็นโรคอันดับสามที่มีความสูญเสียทางสุขภาพรองลงมาจาก โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและโรคท้องร่วง นอกจากนี้ยังมีโรคทางจิตเวชอื่นที่มีความสูญเสียอยู่ในอันดับที่ 17 คือ การใช้สุรา (alcohol use disorder) และอันดับที่ 20 คือ การทำร้ายตนเองซึ่งรวมถึงการมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเมื่อศึกษาในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (middle-income countries) ซึ่งประเทศไทยจะอยู่ในกลุ่มประเทศเหล่านี้ จะพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีดัชนีวัดความสูญเสียทางสุขภาพเป็นอันดับหนึ่งและการใช้สุราเป็นอันดับแปด จะเห็นได้ว่าโรคทางจิตเวชเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและทำให้มีความสูญเสียทางเศรษฐกิจในอันดับต้นๆ

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าโรคทางจิตเวชที่พบมากในผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มโรคซึมเศร้า กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มโรคจิตกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะสุรา โรคสมองเสื่อม ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย<sup>2</sup> แต่ในการศึกษาในประเทศไทยยังมีการศึกษาโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุอยู่น้อยจากข้อมูลการศึกษาด้านระบาดวิทยาโดยเฉพาะความชุกของโรคจิตเวชในชุมชน (community-dwelling) ในต่างประเทศ<sup>3</sup> พบว่า ความชุกของโรค major depressive disorder (lifetime) ในชุมชน มีประมาณร้อยละ 10.6 ส่วนความชุกของโรคกลุ่มวิตกกังวลในชุมชนพบว่าอาจสูงถึงร้อยละ 14.2 และความชุกของการใช้สุราพบประมาณร้อยละ 16.1 ส่วนในการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในโรงพยาบาล<sup>3</sup> จะพบความชุกของโรคทางจิตเวชสูงขึ้นมากรกว่าในชุมชน จาก

ข้อมูลในต่างประเทศพบว่า ความชุกของโรค major depressive disorder มีประมาณร้อยละ 14.2-44.5 minor depressive disorder พบร้อยละ 7.9-9.4 การศึกษาความชุกชั่วชีวิตของโรคกลุ่มวิตกกังวลพบว่า อาจสูงถึงร้อยละ 47 เป็นต้น จากการศึกษาข้างต้นพบว่าความชุกของโรคทางจิตเวชมีจำนวนไม่น้อย และผู้ป่วยอยู่ทั้งในชุมชนทั่วไปและผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล การศึกษาที่จะทำให้ทราบถึงความชุกของโรคทางจิตเวชในชุมชนและผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศไทยจึงมีความจำเป็นนอกจากนี้จากการศึกษาในต่างประเทศยังพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน<sup>4</sup>

ผู้สูงอายุที่มีโรคทางจิตเวชมักมีอาการเรื้อรัง ทำให้ต้องมีชีวิตที่มีอาการของโรคทางจิตเวชเป็นระยะเวลานาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อารดำรงชีวิตและมีผลต่อคุณภาพชีวิตอีกด้วย<sup>5</sup> และจากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุจึงคาดการณ์ได้ว่า ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีโรคทางจิตเวชจะมีแนวโน้มมากตามไปด้วย อีกทั้งผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ที่ปัจจุบันป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอยู่เดิมแล้วมี ชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้นจากระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้น ทำให้ในอนาคตจะพบผู้สูงอายุที่มีโรคทางจิตเวชเป็นจำนวนมาก อาจประสบปัญหาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าไม่ได้รับการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแล<sup>6</sup> การศึกษาในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ จะทำให้ทราบถึงผลของความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ การศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในประเทศไทยมีอยู่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเวชผู้สูงอายุจากการศึกษาของวิรัชศักดิ์ เมื่อไปพาศาล<sup>7</sup> ที่ศึกษาในผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพทางจิตใจมีน้อยลงและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่การศึกษา การเงิน อารมณ์ซึมเศร้าและการอาศัยอยู่คนเดียว จากข้อมูลดังกล่าวเป็นที่น่าสนใจอย่างมากที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุทั้งที่มี

โรคประจำตัวทางกายและโรคทางจิตเวชและศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากการเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยเองแล้ว ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของคู่ครองผู้ป่วยอัลไซเมอร์<sup>๖</sup> พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์ของโรคทางจิตเวช คุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ข้อมูลที่ได้จะทำให้เราสามารถวางแผนเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุได้ดีขึ้นและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลรหัสโครงการ 478/2553 (EC3)

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ  $\geq 60$  ปี) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช และผู้ดูแลที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาตั้งแต่ 1 มกราคม 2554 ถึง 31 ธันวาคม 2555 เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัยคือ ผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือมีภาวะซึมเศร้าจนไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้

### เครื่องมือที่ใช้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ปัญหาด้านการเงิน สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด

2. แบบสัมภาษณ์ (Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ เพื่อใช้เป็นบทสัมภาษณ์สำหรับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในเกณฑ์ 1 ของระบบ DSM และวินิจฉัยภาวะฆ่าตัวตาย

3. แบบสำรวจคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย ศ.นพ. รณชัย คงสกนธ์ เป็นแบบสำรวจคุณภาพชีวิตที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อสำรวจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งแปดด้านคือความสามารถทางกายภาพข้อจำกัดในบทบาททางกายภาพความเจ็บปวดของร่างกายความมีชีวิตชีวาภาวะสุขภาพทางกายภาพความสามารถทางสังคมข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์ และภาวะสุขภาพทางจิตใจ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Odd ratio (95%CI) คำนวณหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตโดยใช้ Mann-Whitney U-Test

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษานี้จำนวน 159 ราย พบว่ามีอายุตั้งแต่ 60 ถึง 93 ปีอายุเฉลี่ย 71.1 ปี  $\pm 7.6$  SD ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.9) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 49.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 41.5)ว่างงาน (ร้อยละ 78.0) และใช้สิทธิการรักษาข้าราชการหรือเบิกได้ (ร้อยละ 60.4) มีผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองมีปัญหาทางการเงินคิดเป็นร้อยละ 13.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 159 ราย

ข้อมูล		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	51 (32.1)
	หญิง	108 (67.9)
อายุเฉลี่ย 71.1 ปี $\pm$ 7.6 SD		-
สถานภาพสมรส	แต่งงาน	79 (49.7)
	โสด	24 (15.1)
	หม้าย	45(28.3)
	หย่า/ แยกกันอยู่	11 (6.9)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	66 (41.5)
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	10 (6.3)
	มัธยมศึกษา	41 (25.8)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	42 (26.4)
อาชีพ	ว่างงาน	124 (78.0)
	รับราชการ	26 (16.3)
	อื่นๆ	9 (5.7)
ปัญหาทางการเงิน สิทธิการรักษาพยาบาล	มีปัญหาทางการเงิน	21 (13.2)
	ข้าราชการหรือเบิกได้	96 (60.4)
	ประกันสังคม	2 (1.3)
	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	19 (11.9)
	จ่ายเงินเอง	40 (25.2)
	ผู้พิการ	2 (1.3)

ผู้ป่วยจำนวน 130 ราย (ร้อยละ 81.8) พบมีโรคร่วมทางกาย ที่พบได้บ่อยสองอันดับแรก คือ โรคเบาหวาน 77 ราย (ร้อยละ 48.4) และโรคความดันโลหิตสูง 76 ราย (ร้อยละ 47.8) ผู้ป่วยมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมาก่อน 64 ราย (ร้อยละ 40.3) โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้า (จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.4) ผู้ป่วยจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 13.2) มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า จิตเภท และภาวะเครียด ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.9) มีประวัติการใช้สารเสพติด สุรา บุหรี่ และยานอนหลับ

ข้อมูลจากการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 21 ราย (ร้อยละ 13.2) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในความเสี่ยงระดับต่ำ 19

ราย (ร้อยละ 11.9) ที่เหลืออีก 2 ราย พบมีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 1.3) โรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบรองลงมา ได้แก่ โรคซึมเศร้า 16 ราย (ร้อยละ 10.1) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือ dysthymia 7 ราย (ร้อยละ 4.4) hypomania 11 ราย (ร้อยละ 6.9) โรคแพนิค 9 ราย (ร้อยละ 5.7) โรคกลัวการเข้าสังคม 5 ราย (ร้อยละ 3.1) อาการแพนิคชนิด agoraphobia 3 ราย (ร้อยละ 1.9) โรคย้ำคิดย้ำทำ 7 ราย (ร้อยละ 4.4) โรคติดสารเสพติด 7 ราย (ร้อยละ 4.4) เมื่อคำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 2) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การมีปัญหาทางการเงิน และการมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช

การสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจำนวน 159 ราย และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจำนวน 36 ราย (เพศชาย 9 รายและหญิง 27 ราย อายุ 14-76 ปี อายุเฉลี่ย 49.86 ปี) มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 8 มิติดังแสดงไว้ในตารางที่ 3 โดยภาวะสุขภาพทางกายมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดในผู้ป่วย (คะแนนเฉลี่ย 57.58 ±21.21 SD) และผู้ดูแล (คะแนนเฉลี่ย 60.42±21.82SD)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 8 มิติ (ตารางที่ 4) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตในมิติความสามารถทางกายภาพ ข้อจำกัดในบทบาททางกายภาพ และความเจ็บปวดของร่างกาย ต่ำกว่าผู้ป่วยเพศชายอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส/โสด/หม้าย/หย่า มีคุณภาพชีวิตในมิติความเจ็บปวดของร่างกายและภาวะสุขภาพทางจิตใจ ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ ปัญหาด้านการเงินมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติข้อจำกัดในบทบาททางกายภาพควมมีชีวิตชีวาข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์ และภาวะสุขภาพทางจิตใจ การมีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์ และการมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติความเจ็บปวดของร่างกายควมมีชีวิตชีวาความสามารถทางสังคมข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์และภาวะสุขภาพทางจิตใจ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (suicidality)

ปัจจัย	โรคซึมเศร้า (n = 16)			ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (n = 21)		
	จำนวน (ราย)	p-value	Odd ratio (95%CI)	จำนวน (ราย)	p-value	Odd ratio (95%CI)
เพศหญิง	11	0.941	0.96 (0.35,2.62)	16	0.384	0.66 (0.26,1.71)
สถานภาพสมรส		0.108	2.23 (0.81,6.12)		0.463	1.35 (0.60,3.02)
คู่ โสด, หม้าย, หย่า	11 5			12 9		
การศึกษา		0.071	5.38 (0.73,39.52)		0.771	1.15 (0.45,2.94)
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15			16		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1			5		
มีปัญหาด้านการเงิน	5	0.041	2.99 (1.15,7.74)	6	0.037*	2.63 (1.15,6.02)
โรคร่วมทางกาย	11	0.174	2.04 (0.77,5.42)	14	0.069	2.24 (0.99,5.05)
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	2	1.000	1.06 (0.26,4.36)	2	0.742	1.45 (0.36,5.76)
ประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช	12	0.003	4.45(1.50,13.20)	19	<0.001*	14.10 (3.40,58.46)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติของผู้ป่วยและผู้ดูแล

คะแนนเฉลี่ย SF-36	ผู้ป่วย		ผู้ดูแล	
	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความสามารถทางกายภาพ	70.22	23.39	73.89	23.11
ข้อจำกัดในบทบาททางกายภาพ	60.16	40.31	82.64	33.17
ความเจ็บปวดของร่างกาย	70.18	25.72	70.21	20.62
ควมมีชีวิตชีวา	63.58	19.45	64.72	16.85
ภาวะสุขภาพทางกาย	57.58	21.21	60.42	21.82
ความสามารถทางสังคม	85.17	23.13	81.94	20.79
ข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์	71.49	38.94	73.15	37.22
ภาวะสุขภาพทางจิตใจ	74.03	21.53	71.44	15.71

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 8 มิติ

คะแนนเฉลี่ย SF-36	เพศ			สถานภาพสมรส			ปัญหาด้านการเงิน		
	ชาย	หญิง	p-value	คู่	โสด/หม้าย/หย่า	p-value	มี	ไม่มี	p-value
ความสามารถทางกายภาพ	93.19	73.77	0.013	85.89	74.19	0.108	66.57	82.04	0.150
ข้อจำกัดในบทบาททางกายภาพ	90.89	74.86	0.032	85.82	74.26	0.098	56.29	83.61	0.008
ความเจ็บปวดของร่างกาย	96.01	72.44	0.002	87.70	72.40	0.034	66.33	82.08	0.140
ความมีชีวิตชีวา	84.44	77.90	0.401	85.11	74.95	0.162	54.07	83.95	0.005
ภาวะสุขภาพทางกาย	79.19	80.38	0.878	79.41	80.58	0.872	68.29	81.78	0.209
ความสามารถทางสังคม	80.63	79.70	0.894	82.94	77.09	0.336	64.90	82.30	0.069
ข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์	88.50	75.99	0.071	85.65	74.42	0.083	51.98	84.26	0.001
ภาวะสุขภาพทางจิตใจ	89.20	75.66	0.083	88.20	71.90	0.025	49.90	84.58	0.001
คะแนนเฉลี่ย SF-36	โรคร่วมทางกาย			ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว			ประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรค		
	มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี	p-value
ความสามารถทางกายภาพ	79.35	82.91	0.705	77.71	80.35	0.806	74.71	83.56	0.233
ข้อจำกัดในบทบาททางกายภาพ	78.61	86.22	0.400	73.81	80.94	0.489	80.22	79.85	0.959
ความเจ็บปวดของร่างกาย	78.55	86.52	0.394	83.64	79.45	0.694	68.73	87.59	0.010
ความมีชีวิตชีวา	79.96	80.19	0.980	74.45	80.84	0.552	68.96	87.43	0.013
ภาวะสุขภาพทางกาย	78.03	88.83	0.252	79.36	80.10	0.945	81.57	78.94	0.723
ความสามารถทางสังคม	79.13	83.91	0.567	65.43	82.22	0.079	68.68	87.63	0.004
ข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์	80.21	79.05	0.890	56.40	83.59	0.004	72.13	85.30	0.046
ภาวะสุขภาพทางจิตใจ	80.0	80.0	1.000	75.43	80.70	0.624	62.38	91.87	<0.001

### วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าโรคทางจิตเวชที่ความชุกมากที่สุดและผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกคือ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 10.1) แต่ถ้านำไปรวมกับโรคซึมเศร้าเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่า 2 ปี ซึ่งพบมีความชุกร้อยละ 4.4 จะทำให้ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดและผู้ป่วยสูงอายุในการศึกษานี้คือร้อยละ 14.5 ดังนั้นการประเมิน การวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่พบมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีปัญหาทางการเงิน และมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช ซึ่งในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เคยเป็นโรคซึมเศร้า จากข้อมูลการศึกษานี้

ต่างประเทศ<sup>9</sup> เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยด้านสังคม อาทิ การหย่าร้าง การแยกกันอยู่ ไม่มีคนดูแล (poor supporting system) และรายได้ต่ำ มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า และพบว่าคนโสดปัญหาด้านสุขภาพ การมีเหตุการณ์ความเครียด ก็ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน<sup>10</sup> ข้อมูลจากการศึกษาในประเทศไทย<sup>11</sup> พบความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ศึกษาโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) คิดเป็นร้อยละ 5.9 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า คือ สถานะสมรส หย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ การนอนไม่หลับ และความไม่เพียงพอของรายได้



ความแตกต่างของข้อมูลความชุก และปัจจัยเสี่ยงจากการศึกษาต่างๆ เป็นผลมาจากความแตกต่างของกลุ่มประชากร และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในการศึกษานี้พบร้อยละ 13.1 ข้อมูลจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น การศึกษาของ WHO<sup>4</sup> ในปี ค.ศ. 2000 พบว่า เพศชายที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายเท่ากับ 50 ต่อแสนประชากร สูงกว่าเพศชายที่มีอายุน้อยกว่าซึ่งมีอัตราการตาย 22 ต่อแสนประชากร ถึงสองเท่า และในเพศหญิงสูงอายุก็พบอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าเช่นเดียวกัน ดังนั้นแพทย์ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะในคนที่มีความเสี่ยง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การมีปัญหาด้านการเงิน และการมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช เนื่องการโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญของการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้า จึงทำให้การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ของการมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายข้อมูลจากการศึกษา<sup>12</sup> พบว่าความผิดปกติทางอารมณ์โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างยิ่งของการฆ่าตัวตายปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ<sup>13</sup> ได้แก่ ปัญหาด้านคุณภาพชีวิต สถานะภาพสมรสหย่า การอยู่โดดเดี่ยว คู่สมรสเพิ่งเสียชีวิต เพศชาย หรือการมีโรคร่วมทางกาย

การศึกษาด้านคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติภาวะสุขภาพทางกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ของผู้ป่วยต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 8 มิติ พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมี

คุณภาพชีวิตในมิติความสามารถทางกายภาพ ข้อจำกัดในบทบาททางกายภาพ และความเจ็บปวดของร่างกายต่ำกว่าผู้ป่วยเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า มีคุณภาพชีวิตในมิติความเจ็บปวดของร่างกายและภาวะสุขภาพทางจิตใจ ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ ปัญหาด้านการเงินมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติข้อจำกัดในบทบาททางกายภาพควมมีชีวิตชีวาข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์ และภาวะสุขภาพทางจิตใจ การมีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์ และการมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติความเจ็บปวดของร่างกายควมมีชีวิตชีวาความสามารถทางสังคม ข้อจำกัดในบทบาททางอารมณ์ และภาวะสุขภาพทางจิตใจ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Orfila และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาดังกล่าวเสนอแนะว่าสาเหตุเกิดจากเพศหญิงพบอุบัติการณ์ของความพิการและโรคเรื้อรังมากกว่า การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติของการมีโรคร่วมทางกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีโรคเรื้อรัง<sup>15</sup> สาเหตุอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของโรคร่วมทางกายที่พบ โดยโรคทางกายที่พบบ่อยในการศึกษานี้คือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาก่อนหน้าพบว่าโรคข้ออักเสบเป็นโรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด<sup>15</sup> ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่าการมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในหลายมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Saarni และคณะ<sup>16</sup> ที่พบว่าโรคทางจิตเวชมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การศึกษานี้ยังพบว่าปัญหาด้านการเงินก็มีผลต่อ



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า<sup>17</sup>

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ ได้จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิในช่วงเวลาที่ทำการศึกษอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลระดับอื่น หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

## สรุป

ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความชุกบ่อย คือ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และโรคซึมเศร้า เป็นโรคที่มีความสำคัญ แพทย์ควรทำการตรวจประเมินเพื่อหาโรคทางจิตเวชตลอดจนประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสูงอายุ และให้การดูแลรักษาให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ พ.ญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ ผู้แปลแบบสัมภาษณ์ M.I.N.I ฉบับภาษาไทย ศ.นพ. รณชัย คงสกนธ์ ผู้แปลแบบสำรวจคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย และนายกิตติชัย เทียนขำ ผู้ช่วยเก็บข้อมูลและทำการสัมภาษณ์

## เอกสารอ้างอิง

1. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization; 2008.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Geriatric psychiatry in synopsis of psychiatry 9<sup>th</sup> ed: Lippincott Williams & Willkins; 2003.

3. Blazer DG, Steffens DC. Demography and epidemiology of psychiatric disorder in late life. Textbook of Geriatric Psychiatry 4<sup>th</sup> eds. American psychiatric publishing; 2009: 19-43.
4. World Health Organization: Distribution of suicide rate (per 100,000) by gender and age,2000. [online] Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicide\\_rates\\_chart/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates_chart/en)
5. Blazer Dg, Hybels CF, Simonsick EM, Hanlon JT. Marked differences in antidepressant use by race in an elderly community sample: 1986-1996. Am J Psychiatry 2000; 157:1089-94.
6. JesteDV, Alexopoulos GS, Bartels SJ, Cummings JL, Gallo JJ, Gottlieb GL, et al. Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 848-53.
7. Muangpaisan W, Assantachai P, Intalapaporn S, Pisansalakij D. Quality of life of the community-based patients with mild cognitive impairment. Geriatr Gerontol Int 2008; 8: 80-5.
8. Schölzel-Dorenbos CJ, Draskovic I, Vernooij-Dassen MJ, Olde Rikkert MG. Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. Alzheimer Dis Assoc Disord 2009; 23: 171-7.
9. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and it's correlates in older adults. Am J epidemiol 1983; 117: 173-85.
10. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W. Major and minor depression in later life; a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord 1995; 36(1-2): 65-75.

11. Wongpoom T, Sukying C, Udomsubpayakul U. Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 56: 103-16.
12. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med* 2008; 13: 243-56.
13. Hall RCW, Hall RCW, Chapman MJ. Identifying geriatric patients at risk for suicide and depression. *Clinical Geriatrics* 2003; 11: 36-44.
14. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Soc Sci Med* 2006; 63: 2367-80.
15. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004; 13: 283-98.
16. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 326-32.
17. Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W, Ware JE Jr. Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Qual Life Res* 1992; 1: 235-46.