ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี

Factors Associated Quality of life in Elderly with Major Depressive Disorder at Psychiatric Outpatient Unit, Ramathibodi Hospital

สานิตย์ ศรีเพชร*, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย*, กมลชนก แสนทวีสุข**, เกวลิน พิมพ์พิศคนึง**, ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล*

Sanit Sripetch*, Rungtip Prasertchai*, Kamolchanok Santhaweesuk*, Kewalin Pimpitkanueng*, Papan Thaipisuttikul*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ถึงกันยายน พ.ศ. 2561 โดยใช้แบบทดสอบ Mini-Cog แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D และแบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้วย chi-square, Spearman's rho และ multiple linear regression analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 180 ราย เป็นเพศหญิง 137 ราย (ร้อยละ 76.1) เพศชาย 43 ราย (ร้อยละ 23.9) มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี 122 ราย (ร้อยละ 67.8) กลุ่มตัวอย่าง 125 ราย (ร้อยละ 69.4) ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (HAM-D <7) และ 141 ราย (ร้อยละ 78.3) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ ระดับการศึกษา ผลการรักษาจากมุมมองของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และพบว่าระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่สูงเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สรุป ระดับการศึกษา ผลการรักษาจากมุมมองของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต โดยระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า คุณภาพชีวิต

Corresponding author: ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(1): 89-98

ABSTRACT

Objectives : To study the quality of life among elderly depressive patients, and association between demographic data, severity of depression and quality of life.

Method : A cross-sectional study was conducted in elderly patients with major depressive disorder who were attended outpatient clinic at Department of Psychiatry, Ramathibodi hospital, between September 2017 and September 2018. Participants were assessed by Mini-Cog test, demographic data form, HAM-D (Hamilton rating scale for depression) and WHOQOL-BREF-THAI (World Health Organization quality of life-Thai version). Data were analyzed using chi-square, Spearman's rho and multiple linear regression analysis

Results : There were 180 patients in this study, female 76.1% and male 23.9. Most of them are 60-70 year old (67.8 %). Sixty-nine point four percent of patients had no depressive symptoms (HAM-D<7). Quality of life assessed by WHOQOL-BREF-THAI 78.3 % of patients had fair quality of life. Educational level, perceived treatment outcome and severity of depression associated with quality of life. **Conclusion** : Education level, perceived treatment outcome, and severity of depression associated with quality of life in elderly depressive patients. Furthermore, increasing of depression score on HAM-D had negative influence on quality of life in elderly depressive patients.

Keywords : elderly, depression, quality of life

Corresponding author: Papan Thaipisuttikul

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(1): 89-98

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ พบว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นสัดส่วนโดยประมาณคือ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลที่มากขึ้น[1] วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน อันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2554 พบปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ ตามลำดับ พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชหลายโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 23[2-4]

โรคซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและเพิ่มอัตราการตายโดยมีผลทำให้พยากรณ์โรคทางกายและโรคทางจิตแย่ลง ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของความสำเร็จในการรักษาโรคซึมเศร้า โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งเรื่อง เพศ อายุ สถานะภาพสมรส การศึกษา รายได้ ระดับความรุนแรงของโรคในปัจจุบัน การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง[5-7]

แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นสถานบริการทางสาธารณสุขพบว่ามีกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการสำรวจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ข้อมูลเหล่านี้จะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการติดตามและให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น

สำหรับการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการและระดับความรุนแรงของโรคซึ่งประเมินโดยโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) ฉบับภาษาไทย กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL- BREF-THAI

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาชนิด descriptive cross-sectional study กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2561

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า major depressive disorder ตามเกณฑ์ DSMIV-TR, DSM V, ICD 10 รหัส F 32
2. มีความสามารถในการเข้าใจ และตอบแบบสอบถาม
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม

เกณฑ์คัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษา (exclusion criteria)

1. มีโรคทางกายรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์
2. สงสัยภาวะ dementia จากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Mini-Cog
3. มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ
4. ปฏิเสธหรือขอถอนตัว

ขนาดตัวอย่าง (sample size)

ที่มาของขนาดตัวอย่าง

n = กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

p = ค่าประมาณความชุกจากการทบทวนวรรณกรรม = 0.23[2]

d = allowable error ของค่าประมาณที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ในที่นี้เท่ากับ 0.027

Z = 1.95 ที่ค่า confident interval เป็น 95 %

n = 210

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทุกรายจะได้รับการแจ้งรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาและให้ความยินยอมในการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ ๐๘-๖๐-๒๓ ย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบ Mini-Cog ใช้สำหรับคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยจำของ 3 อย่าง เพื่อประเมินความจำระยะสั้น (recall) และวาดรูปนาฬิกา มีความไวในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 72.8 และมีความจำเพาะร้อยละ 97.6[8]

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รายได้ในปัจจุบัน โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว อาการสำคัญที่มาครั้งแรก ระยะเวลาในการรักษา อาการในปัจจุบัน จำนวนชนิดยาซึมเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D (Hamilton rating scale for depression) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เป็นที่นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ มีความแม่นตรงและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.7380 ซึ่งโดยทั่วไปจะถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีหากค่า standardized Cronbach's alpha มากกว่า 0.7 ขึ้นไป[9]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ถือเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับ ภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ[10]

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป SPSS 18 ในการคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติ chi-square วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการและคะแนนความซึมเศร้า (HAM-D) และระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Spearman's rho และหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้ multiple linear regression analysis

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 203 ราย เมื่อคัดกรองด้วยแบบประเมิน Mini-Cog เพื่อแยกผู้ป่วยที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมี 23 ราย ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่าง 180 ราย โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 137 ราย (ร้อยละ 76.1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี 122 ราย (ร้อยละ 67.8) มีสถานภาพสมรส

104 ราย (ร้อยละ 57.8) อาศัยอยู่กับคู่สมรส 93 ราย (ร้อยละ 51.7) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี 76 ราย (ร้อยละ 42.2) และมีโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย 121 ราย (ร้อยละ 67.2) กลุ่มตัวอย่างมาด้วยอาการสำคัญ คือ มีภาวะเศร้า วิตกกังวล หรือหงุดหงิด และนอนไม่หลับ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้ามานานมากกว่า 5 ปี 104 ราย (ร้อยละ 57.8) โดยมองว่าผลการรักษายังคงเดิม 116 ราย (ร้อยละ 64.4) โดยปัจจุบันได้รับยาต้านซึมเศร้าเพื่อการรักษา 1 ชนิด 91 ราย (ร้อยละ 50.6) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (n = 180 ราย)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	43 (23.9)
	หญิง	137 (76.1)
อายุ (ปี)	60 - 70	122 (67.8)
	71 - 80	48 (26.7)
	81 ขึ้นไป	10 (5.6)
สถานะ	โสด	22 (12.2)
	สมรส	104 (57.8)
	หม้าย	54 (30)
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	3 (1.7)
	ประถมศึกษา	38 (21.1)
	มัธยมศึกษา	63 (35)
	ปริญญาตรีขึ้นไป	76 (42.2)
การอยู่อาศัย	คนเดียว	10 (5.6)
	คู่สมรส	93 (51.7)
	ลูก	47 (26.1)
	อื่นๆ	30 (16.7)
รายได้ (บาท)	น้อยกว่า 1,000	14 (7.8)
	1,000-5,000	14 (7.8)
	5,000-10,000	25 (13.9)
	มากกว่า 10,000	126 (70)
โรคประจำตัว	ไม่มี	35 (19.4)
	CVD	121 (67.2)
	non - CVD	24 (13.3)
สารเสพติด	ไม่ใช้	171 (95)
	สุรา	5 (2.8)
	บุหรี่	4 (2.3)
ระยะเวลาป่วย (ปี)	น้อยกว่า 1	22 (12.2)
	1-5	54 (30.0)
	มากกว่า 5	104 (57.8)
ผลการรักษา	รุนแรงขึ้น	4 (2.2)
	เท่าเดิม	116 (64.4)
	ลดลง	60 (33.3)
ยาต้านเศร้า	ไม่ใช้	10 (5.6)
	ใช้ 1 ชนิด	91 50.6 ()
	ใช้ 2 ชนิด	65 (36.1)
	ใช้มากกว่า 2 ชนิด	14 (7.8)

เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D ผู้ป่วย 125 ราย (ร้อยละ 69.4) ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (HAM-D<7) ผู้ป่วย 50 ราย (ร้อยละ 27.8) ยังคงมีอาการของโรค และผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 2.8) อยู่ในระยะกำเริบของโรคซึมเศร้า และเมื่อประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 141 ราย (ร้อยละ 78.3) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบทดสอบ HAM-D และ WHOQOL-BREF-THAI (n = 180 ราย)

ผลการประเมิน		จำนวน (ร้อยละ)
HAM-D		
	No depress	125 (69.4)
	Mild depress	39 (21.7)
	Less than MDD	11 (6.1)
	MDD	5 (2.8)
	Total	180 (100.0)
WHOQOL-BREF-THAI		
	Good	37 (20.6)
	Fair	141 (78.3)
	Poor	2 (1.1)
	Total	180 (100.0)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา ($p<0.05$) ผลการรักษาจากมุมมองของผู้ป่วย ($p<0.05$) ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494$, $p<0.05$) โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของอาการตามแบบประเมิน HAM-D พบว่าเกือบทุกอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$, r-1.22 ถึง -4.34 ยกเว้นการตื่นเร็วกว่าปกติ (terminal insomnia) และการหยั่งรู้สภาพความเจ็บป่วย (insight) อาการของโรคซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมากสุดใน 3 ลำดับแรก คือ การงานและกิจกรรม (work and interests) (r -.434, $p <0.05$) อารมณ์ซึมเศร้า (depress mood) (r -.417, $p<0.05$) ความวิตกกังวล (anxiety) (r -.394, $p<0.05$) (ตารางที่ 3 และ 4)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้ multiple linear regression analysis โดยปัจจัยที่นำเข้ามาวิเคราะห์ได้แก่ ระดับการศึกษา ผลการรักษาจากมุมมองของผู้ป่วยและระดับความรุนแรงของโรคพบว่าระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (correlation coefficients =-1.029, $p < 0.05$, 95% CI = -1.513- 0.745) กล่าวคือ เมื่อคะแนนโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 1.029 หน่วย

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (n = 180 ราย)

ปัจจัยส่วนบุคคล		คุณภาพชีวิตดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ	ชาย	9 (20.90)	34 (79.10)	0.944
	หญิง	28 (20.40)	109 (79.60)	
อายุ (ปี)	60-70	27 (22.10)	95 (77.90)	0.43
	71-80	10 (20.80)	38 (79.20)	
	> 80	0 (0.00)	10 (100.00)	
สถานะ	โสด	3 (13.60)	19 (86.40)	0.094
	สมรส	24 (23.10)	80 (76.90)	
	หม้าย	10 (18.50)	44 (81.50)	
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	1 (33.30)	2 (66.70)	0.001
	ประถมศึกษา	3 (7.90)	35 (92.10)	
	มัธยมศึกษา	7 (11.10)	56 (88.90)	
	ตั้งแต่ ป.ตรี	26 (34.20)	50 (65.80)	
การอยู่อาศัย	คนเดียว	1 (10.00)	9 (90.00)	0.661
	คู่สมรส	22 (23.70)	71 (76.30)	
	ลูก	8 (17.00)	39 (83.00)	
	อื่นๆ	6 (20.00)	24 (80.00)	
รายได้ (บาท)	< 1,000	2 (14.30)	12 (85.70)	0.067
	1,000-5000	1 (7.10)	13 (92.90)	
	5,000-10,000	1 (4.00)	24 (96.00)	
	>10,000	33 (26.20)	93 (73.80)	

ปัจจัยส่วนบุคคล		คุณภาพชีวิตดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
โรคประจำตัว	ไม่มี	3 (8.60)	32 (91.40)	0.052
	CVD	31 (25.60)	90 (74.40)	
	Non-CVD	3 (12.50)	21 (87.50)	
สารเสพติด	ไม่ใช้	36 (21.10)	135 (78.90)	0.598
	สุรา	0 (0.00)	5 (100.00)	
	บุหรี่	1 (33.30)	2 (66.70)	
ระยะเวลาป่วย (ปี)	<1 ปี	2 (9.10)	20 (90.90)	0.332
	1-5 ปี	13 (24.10)	41 (75.90)	
	>5 ปี	22 (21.20)	82 (78.80)	
ผลการรักษา	รุนแรงขึ้น	0 (0.00)	4 (100.00)	<0.05
	เท่าเดิม	15 (25.00)	45 (75.00)	
	ลดลง	22 (19.00)	94 (81.00)	
ยาต้านเศร้า	ไม่ใช้	3 (30.00)	7 (70.00)	0.444
	ใช้ 1 ชนิด	22 (24.20)	69 (75.80)	
	ใช้ 2 ชนิด	10 (15.40)	55 (84.60)	
	ใช้มากกว่า 2 ชนิด	2 (14.30)	12 (85.70)	

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน HAM-D และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (n = 180 ราย)

HAM-D **รายข้อ**	**คุณภาพชีวิต**	
	r	p-value
Depressed mood	-.417	.000
Guilt	-.180	.015
Suicide	-.366	.000
Initial insomnia	-.203	.006
Middle insomnia	-.205	.006
Terminal insomnia	-.122	.103
Work and interests	-.434	.000
Retardation	-.274	.000
Agitation	-.227	.002
Anxiety	-.394	.000
Anxiety somatic	-.297	.001
Anxiety gastrointestinal	-.186	.012
Somatic general	-.342	.000
Genital symptom	-.245	.001
Hypochondriasis	-.253	.001
Loss weight	-.240	.001
Insight	-.033	.662

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (n = 180 ราย)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	88.274	5.854		15.080	.000	76.720	99.828
HAM-D Total	-1.029	.144	-.464	-7.147	.000	-1.313	-.745
ประถมศึกษา	1.923	6.049	.067	.318	.751	-10.017	13.862
มัธยมศึกษา	2.579	5.948	.104	.433	.665	-9.162	14.320
ป.ตรีและสูงกว่า	7.522	5.922	.315	1.270	.206	-4.166	19.210
รุนแรงขึ้น	-5.930	5.230	-.074	-1.134	.258	-16.253	4.393
คงที่	-1.506	1.621	-.060	-.929	.354	-4.707	1.694

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (HAM-D<7) คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 141 ราย (ร้อยละ 78.3) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ ระดับการศึกษา ผลการรักษาจากมุมมองของผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจากการประเมินโดยเครื่องมือ HAM-D มีความสัมพันธ์กับคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง แม้จะไม่มีอาการของโรค แต่มีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตนอกจากปัจจัยด้านจิตใจ เช่น การรับรู้ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นต้น

ระดับการศึกษา และผลการรักษาจากมุมมองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ในเรื่องของระดับการศึกษาที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต[11] ส่วนผลการรักษาในปัจจุบันเป็นลักษณะการรับรู้ของผู้ป่วยต่ออาการที่เป็นอยู่เปรียบเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของโรคโดยผู้ป่วยเอง ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าก็มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตตามผลการศึกษาที่กล่าวไว้เบื้องต้น ระดับการศึกษาและ ผลการรักษาที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต นี้สอดคล้องกับการการศึกษาของ Nihal Bakar และคณะ ในปี พ.ศ.2558 เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ที่พบว่าผู้ป่วย 450 ราย มีปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ สถานะภาพสมรส การศึกษา รายได้ การอาศัยอยู่คนเดียว การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคในปัจจุบัน การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] ทั้งนี้ปัจจัยอื่นเช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้อาจเป็นผลจากจำนวนตัวอย่างที่ได้น้อยกว่าที่ประมาณจากการคำนวณทางสถิติ นอกจากนี้การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตดี และคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี (poor) มีเพียง 2 ราย ทำให้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอาจไม่แตกต่างกันมาก

ส่วนการศึกษาของ Tiago da Silva Alexandre และคณะในปี พ.ศ. 2552 เพื่อหาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ จากกลุ่มผู้สูงอายุ 120 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้า สถานะภาพสมรสรายได้ และการพักผ่อน สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต[13] อย่างไรก็ตามดังกล่าวทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าทำให้ผลการศึกษาที่ได้อาจจะมีความ

แตกต่างจากการศึกษานี้

ระดับความรุนแรงของโรคที่ประเมินจาก HAM-D สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากปัจจัยทางด้านจิตใจเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญหนึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตอยู่แล้ว ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการชี้ชัดถึงความสำคัญของสุขภาวะทางจิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Heidi Sivertsen และคณะ ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งพบว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะมีการใช้เครื่องมือในการวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่หลากหลาย[7] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nihal Bakar และคณะ เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 พบว่าระดับความซึมเศร้าที่สูงขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง[12]

เมื่อประเมินตามอาการตาม HAM-D พบว่า การงานและกิจกรรม อารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมากสุดใน 3 ลำดับแรก และจากผลการประเมินอาการตาม HAM-D พบว่าอาการของโรคซึมเศร้าที่ยังหลงเหลือ 3 ลำดับแรกคือ อารมณ์เศร้า ความวิตก และอาการทางกาย การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิตา หิรัณย์เทพ และคณะในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งทำการศึกษาเรื่องผลของอาการที่ยังเหลือ (residual symptoms) ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าในไทย จำนวน 224 ราย ในหลายกลุ่มอายุ โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 47 ปี พบว่าความวิตกกังวล อาการทางอารมณ์ และอาการทางกายเป็นอาการที่ยังเหลืออยู่มากที่สุด และพบว่าอาการทางอารมณ์ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ[14] จากข้อมูลจึงกล่าวได้ว่าอาการที่แพทย์ควรตระหนักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า คือเรื่องของความสนใจในการงานและกิจกรรม อารมณ์ซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่สร้างความรู้สึกถึงการมีคุณค่าและการมีส่วนร่วมในครอบครัวและสังคม

ข้อจำกัดในการศึกษา

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาควรมีจำนวนทั้งสิ้น 210 ราย แต่การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 180 รายซึ่งมีจำนวนที่น้อยกว่าเกณฑ์ ดังนั้นอาจมีผลต่อผลการศึกษาทำให้ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น โรคประจำตัว ไม่พบความสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นประชากรในเขตตัวเมือง ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้กับกลุ่มประชากรในชนบท

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาแบบ multicenter ทั้งนี้เพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะทำให้ผลการศึกษาชัดเจนขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับประชากรผู้สูงอายุทั้งในเขตตัวเมืองและชนบท

สรุป

การศึกษา มุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อโรค และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยอาการที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุคืออาการด้านอารมณ์ ได้แก่ความสนใจในงานและกิจกรรม อารมณ์เบื่อ และความกังวล ดังนั้นการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ตัวโรคเข้าสู่ระยะสงบโดยเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรเฝ้าระวังอาการด้านอารมณ์ที่อาจยังหลงเหลือจากการรักษา และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในด้านการงานและกิจกรรมของครอบครัวหรือสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณภัทรพร วิสาจันทร์ นักปฏิบัติการวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และ อาจารย์อรรรถพล ยิ้มยรรยงค์ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาเรื่องสถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Prasartkul P. Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2018.
2. Wongpakaran N. Prevalence of depressive disorders, anxiety disorders, suicide risk, and the associated factors among elderly Thai people: A hospital-based study. Bangkok: National Research Council of Thailand; 2016.
3. Wongpanarak N, Chaleoykitti S . Depression: A significant mental health problem of elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15: 24-31.
4. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. BMJ 2011; 343: d5219. doi: 10.1136/bmj.d5219.
5. Matovic S, Jankovic. Quality of life among patients with depression. Ser J Exp Clin Res 2015; 16: 151-6.
6. Akyol Y, Durmus D, Dogan C, Bek Y, Canturk F. Quality of life and level of depressive symptoms in the geriatric population. Turk J Rheumatol 2009; 25: 165-73.
7. Sivertsen H, Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G, Helvik AS. Depression and quality of life in older persons: A review. Dement Geriatr Cogn Disord 2015; 40: 311-39.
8. Kusalaruk P, Nakawiro D. A validity study of the Mini-Cog Test in Thai dementia patients. Rama Med J 2012; 35: 264-71.
9. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C . The reliability and validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1996; 41: 235-46.
10. Department of Mental Health[Internet]. WHOQOL-BREF-THAI [updated 2002;cited 2018 Feb 8]. Available from: https://www.dmh.go.th/test/whoqol/.
11. Javed S, Javed S, Khan A. Effect of education on quality of life and well being. Inter J Indian Psychol 2016; 3: 1-10.
12. Bakar N, Aşılar RH. Factors affecting depression and quality of life in the elderly. J Gerontol Geriatr Res 2015; 4: 429. doi:10.4172/2167-7182.1000249.
13. Alexandre TS, CordeiroII RC, RamosII LR. Factors associated to quality of life in active elderly.Rev Saude Publica 2009; 43: 613-21.
14. Hiranyatheb T, Nakawiro D, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Bookkamana P, Pinyopornpanish M, et al. The impact of residual symptoms on relapse and quality of life among Thai depressive patients. Neuropsychiatr Dis Treat 2016; 12: 3175-81.