

ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Depression and Anxiety among Elderly Patients with Chronic Disease at the Faculty of Medicine, Mahasarakham University Hospital

จิริยา จิรานุกูล¹

Jariya Jiranukool¹

Received: 28 August 2015; Accepted: 30 October 2015

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามและแบบวัดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]) ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 32 คน และภาวะวิตกกังวล 20 คน จากจำนวนทั้งสิ้น 257 คน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง ประวัติโรคซึมเศร้าในอดีต ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว และการมีความเครียดในครอบครัว ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญมีเพียงปัจจัยเดียว คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในอดีตโดยสรุป ประมาณ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวล และมีปัจจัยเกี่ยวข้องบางอย่างที่บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล อันจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบต่อไป

คำสำคัญ: ซึมเศร้า วิตกกังวล โรคเรื้อรัง สูงอายุ

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive study. The objective is to find the prevalence of depression and anxiety in elderly patients (age >60) with chronic disease including hypertension, diabetes mellitus, and chronic kidney disease in the outpatient clinic at Faculty of Medicine, Mahasarakham University Hospital. Research tools were composed of self-reported questionnaires and the Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS], Thai version. The results reveal that there were 32 of 257 patients who had depression, and 20 of 257 patients who had anxiety. The significantly related factors of depression are single/widowed/divorced status, past history of depression, family history of depression, and having stress within family. Whereas the only related factor for anxiety is past history of depression. In conclusion, one of ten elderly patients with chronic disease has depression or anxiety. There are some related factors which healthcare workers can use to screen for depression and anxiety in the elderly patients with chronic disease. The risk factors can be applied to start an appropriate health promotion service for this elderly patient group.

Keywords: depression, anxiety, chronic disease, elderly

¹ พบ., วว.จิตเวชศาสตร์, อาจารย์, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000, โทร 043-712992, แฟกซ์ 043-712991, อีเมล: jariya.j@msu.ac.th

¹ Lecturer M.D., Dip. Thai Board of Psychiatry, Lecturer, Faculty of Medicine, Mahasarakham University, 44000, Email: jariya.j@msu.ac.th

บทนำ

จากข้อมูลโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ เดือนกันยายน 2557 ประเทศไทยมีประชากร 64.9 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 10 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 15.4 ซึ่งอัตราของประชากรผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน)¹

โรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย ในปี 2556 อัตราโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ กลุ่มโรคระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบต่อมไร้ท่อ สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคเรื้อรังสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไตวายโดยอุบัติการณ์พบสูงขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี 2552^{2,3}

ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลเป็นปัญหาจิตเวชที่สำคัญและเป็นที่น่าสนใจในช่วงหลายปีที่ผ่านมาเนื่องจากการดำเนินโรคที่เรื้อรัง หากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาแต่แรก อาจส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลสูงกว่าประชากรทั่วไป⁴ ผู้ป่วยเบาหวานที่ซึมเศร้าเสี่ยงต่อการไม่ร่วมมือรักษาโรค⁵ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีสุขภาพแย่ที่สุด เปรียบเทียบกับการมีโรคเรื้อรังหลายโรคหรือการมีโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวดังนั้น การค้นหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นภารกิจสำคัญเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ ลดการสูญเสียทางสุขภาพ และยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพด้วย⁶

ที่ผ่านมา จังหวัดมหาสารคามยังมีการศึกษาหาภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังค่อนข้างน้อยตั้งแต่ปีการศึกษาหนึ่งต้องการทราบความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รวมทั้งเพื่อทราบปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะทั้งสองเพื่อจะได้นำไปใช้เป็นปัจจัยสำหรับค้นหาความเสี่ยง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรังได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไตเรื้อรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย

มหาสารคาม ผู้ที่ไม่เข้าใจการสื่อสารด้วยภาษาไทยผ่านการฟังและพูดจะถูกคัดออกจากการศึกษา เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2557 ถึง 22 พฤษภาคม 2558

ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และขอความยินยอมเพื่อเข้าโครงการ จากนั้นจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (demographic data) ข้อมูลปัจจัยทางกาย (biological factor) ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) และแบบวัด Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาขึ้นจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaitth แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูลและคณะ มีค่าความไวและความจำเพาะสำหรับอาการวิตกกังวลร้อยละ 100, 86 ตามลำดับสำหรับอาการซึมเศวร้อยละ 85.7, 91.3 ตามลำดับ สามารถใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย^{7,8,9,10}

ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ใช้สถิติ Chi-square และ logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะดังกล่าวการศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 209/2557

ผลการวิจัย

ในระยะเวลาที่เก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 257 คน อายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเกษียณอายุ (Table 1)

จากผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 257 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 32 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 และมีภาวะวิตกกังวล 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 เมื่อพิจารณาตามชนิดของโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 215 คน มีภาวะซึมเศร้า 29 คน (ร้อยละ 13.5) ภาวะวิตกกังวล 18 คน (ร้อยละ 8.4) โรคเบาหวาน 135 คน มีภาวะซึมเศร้า 16 คน (ร้อยละ 11.9) ภาวะวิตกกังวล 10 คน (ร้อยละ 7.4) และโรคไตเรื้อรัง 36 คน มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 9 คน (ร้อยละ 25.0) ภาวะวิตกกังวล 3 คน (ร้อยละ 8.3)(Table 2) ซึ่งในจำนวนที่กล่าวนี้มีผู้เข้าร่วมการศึกษารายที่พบทั้งภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะวิตกกังวล โดยพบเป็นจำนวน 10, 7, 2 คน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรังตามลำดับ

Table 1 Demographic and clinical characteristics of participants in the study (N = 257)

Part 1 Demographic data	Number of subjects (%)
Age Mean 69.00 ± 6.405 (60-96 years)	
1-69	158 (61.5)
Female	163 (63.4)
Marital status	
Married	161 (62.6)
Single, divorced, widowed	96 (37.4)
Buddhism	252 (98.1)
Occupation	
Unemployed or retired	187 (72.8)
Employed	70 (27.2)
Household income Mean $27,462 \pm 29,065$ (600-200,000 baht)	
Adequate	134 (52.1)
Inhabitant	
Staying alone	18 (7.0)
Staying with spouse	141 (54.9)
Staying with others	98 (38.1)
Part 2 Biological factors	Number of subjects (%)
Chronic medical illness(es)	
Hypertension	215 (83.7)
Diabetic mellitus	135 (52.5)
Chronic kidney disease	36 (14.0)
History of mental illness	
Depressive disorder	10 (3.9)
Anxiety disorder	7 (2.7)
Previous hospitalization with chronic medical illness	68 (26.5)
Adherence to medical treatment	203 (79.0)
Somatic complaint(s) in the past month	181 (70.4)
Regular exercise regimen	149 (58.0)
Body mass index (BMI) Mean 24.74 ± 3.754 (16.4-38.2 kg/sq.m.)	
Overweight or obese (BMI ≥ 23.0)	174 (67.7)
Part 3 Psychosocial factors	Number of subjects (%)
Family history of mental illness	
Depression or anxiety	8 (3.1)
Having stress within family (e.g., health, financial, interpersonal relationships)	117 (45.5)
Support person	
None	62 (24.1)
Spouse	102 (39.7)
Others	93 (36.2)

Table 2 Prevalence of depression and anxiety among participants in the study (N = 257)

Chronic medical illness	Total	Depression (%)	Anxiety (%)
Study population	257	32 (12.5)	20 (7.8)
Hypertension	215	29 (13.5)	18 (8.4)
Diabetes mellitus	135	16 (11.9)	10 (7.4)
Chronic kidney disease	36	9 (25.0)	3 (8.3)

Table 3 Vulnerable factors in depression and anxiety among participants in the study (N = 257)

Factors	Depression		Chi-square	p-value	Anxiety		Chi-square	p-value
	Yes	No			Yes	No		
<i>Marital status</i>								
Married	9 (5.6)	152(94.4)	18.614	<0.001*	8 (5.0)	153(95.0)	4.753	0.051
Single,divorced,widowed	23 (24.0)	73 (76.0)			12 (12.5)	84 (87.5)		
<i>Inhabitant</i>								
Staying alone	4 (22.2)	14 (77.8)	8.438	0.015*	4 (22.2)	14 (77.8)	7.058	0.029*
Staying with spouse	10 (7.1)	131(92.9)			7 (5.0)	134(95.0)		
Staying with others	18(18.4)	80 (81.6)			9(9.2)	89 (90.8)		
<i>Chronic medical illness</i>								
Hypertension	29 (13.5)	186(86.5)	1.298	0.316	18 (8.4)	197(91.6)	0.638	0.545
Diabetic mellitus	16 (11.9)	119(88.1)	0.094	0.851	10 (7.4)	125(92.6)	0.056	0.821
Chronic kidney disease	9 (25.0)	27 (75.0)	6.047	0.025*	3 (8.3)	33 (91.7)	0.018	1.000
<i>History of mental illness</i>								
Depressive disorder	4 (40.0)	6 (60.0)	7.244	0.024*	4 (40.0)	6 (60.0)	15.049	0.004*
<i>Biological factors</i>								
Hospitalization with chronic med illness	16 (23.5)	52 (76.5)	10.410	0.002*	10 (14.7)	58 (85.3)	6.177	0.018*
Adherence to treatment	14 (25.9)	40 (74.1)	11.387	0.002*	5 (9.3)	49 (90.7)	0.208	0.580
Somatic complaint(s) in the past month	30 (16.6)	151(83.4)	9.546	0.001*	20 (11.0)	161(89.0)	9.106	0.001*
No regular exercise	26 (24.1)	82 (75.9)	23.084	<0.001*	14 (13.0)	94 (87.0)	6.967	0.010*
Underweight or normal	17 (21.3)	63 (78.7)	7.938	0.008*	9 (11.3)	71 (88.7)	3.074	0.112
<i>Family history of mental illness</i>								
Depression	3 (60.0)	2 (40.0)	10.576	0.015*	3 (60.0)	2 (40.0)	19.374	0.004*
Anxiety	2 (50.0)	2 (50.0)	5.255	0.077	2 (50.0)	2 (50.0)	10.091	0.031*
Having stress within family	29 (24.8)	88 (75.2)	29.978	<0.001*	16 (13.7)	101(86.3)	10.394	0.002*
<i>Support person</i>								
None	8 (12.9)	54 (87.1)	10.776	0.005*	8 (12.9)	54 (87.1)	3.453	0.178
Spouse	5 (4.9)	97 (95.1)			5 (4.9)	97 (95.1)		
Others	19 (20.4)	74 (79.6)			7 (7.5)	86 (92.5)		

(*p-value < 0.05)

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง การพักอาศัยอยู่คนเดียว โรคไตเรื้อรัง ประวัติโรคซึมเศร้าในอดีตเคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยารักษาโรคเรื้อรังไม่สม่ำเสมอ มีอาการไม่สบายทางกายในช่วงหนึ่งเดือน การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือต่ำกว่าปกติ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ปัญหาความเครียดภายในครอบครัว และการปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบุคคลอื่นๆ ที่มีใช้คู่สมรส (Table 3)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ การพักอาศัยอยู่คนเดียว ประวัติโรคซึมเศร้าในอดีตเคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยโรคเรื้อรัง มีอาการไม่สบายทางกายในช่วงหนึ่งเดือน การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ประวัติโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในครอบครัว และปัญหาความเครียดในครอบครัว (Table 3) ทั้งนี้ ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ อาชีพ การศึกษา สิทธิการรักษา รายได้ และการใช้สารเสพติด กับภาวะซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลแต่อย่างใด

Table 4 Adjusted multiple-regression analysis of the factors associated with depression and anxiety

Factors	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
<i>Associated with depression</i>						
Single, divorced, widowed	2.065	0.610	0.001*	7.885	2.388	26.042
History of depressive disorder	2.757	1.109	0.013*	15.747	1.791	138.479
No regular exercise	1.310	0.677	0.053	3.706	0.983	13.973
Family history of depression	5.118	1.546	0.001*	167.011	8.076	3453.899
Having stress within family	2.462	0.792	0.002*	12.058	2.421	60.060
<i>Associated with anxiety</i>						
History of depressive disorder	2.927	0.896	0.001*	18.673	3.222	108.219
Having stress within family	1.540	0.802	0.055	4.666	0.969	22.462

(*p-value < 0.05)

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญตามผลในตารางที่ 3 โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression analysis) ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ นั้นมี 4 ปัจจัย ได้แก่ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง ประวัติโรคซึมเศร้าในอดีต ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว และปัญหาความเครียดภายในครอบครัว สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.05$ พบว่ามีเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์ คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในอดีต (Table 4)

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

จากการศึกษา พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 12.5 ซึ่งสูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไปที่พบร้อยละ 5.9¹¹ แต่

น้อยกว่าความชุกจากงานวิจัยของอิทธิพล พลเยี่ยม¹² ที่ศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด 5 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือดหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28.6 อาจอธิบายได้ว่าบริบทของสถานที่ทำการศึกษาระยะโรคเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน การเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังรุนแรงกว่า (โรคหัวใจและหลอดเลือด) และการสำรวจในชุมชนย่อมมีโอกาสที่จะพบปัญหาความทุกข์ทรมานจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคได้มากขึ้นสำหรับความชุกของภาวะวิตกกังวลเท่ากับร้อยละ 7.8 ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุทั่วไป^{13,14}

เมื่อวิเคราะห์ความชุกแยกตามประเภทของโรคเรื้อรังพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 13.5 สูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป¹¹ ประมาณ 2-3 เท่า¹⁵ ซึ่งอาจอธิบายว่าระบบประสาท sympathetic ที่ทำงานไวเกินและอิทธิพลของ

พันธุกรรมอาจเป็นกลไกของความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคซึมเศร้ากับโรคความดันโลหิตสูง¹⁶ อย่างไรก็ตาม ความชุกที่พบนี้ต่ำกว่างานวิจัยของ สุรัชย์ คำภักดี¹⁷ ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดศรีสะเกษซึ่งพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 64.5 สำหรับความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 8.4 ใกล้เคียงกับงานวิจัยของ L. Ringoir¹⁸

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 11.9 ซึ่งน้อยกว่างานวิจัยของ S. Ali¹⁹ ที่พบร้อยละ 17.6 และน้อยกว่าของนิตยา จรัสแสง²⁰ ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นและพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.6 สำหรับความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 7.4 ซึ่งน้อยกว่างานวิจัยของ A.B. Grigsby²¹ ที่พบร้อยละ 14

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง เท่ากับร้อยละ 25.0 และความชุกของภาวะวิตกกังวลเท่ากับร้อยละ 8.3 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ S. Palmer²² ที่พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26 อย่างไรก็ตาม ความชุกที่พบนี้ต่ำกว่างานวิจัยของ สุรัชย์ คำภักดี¹⁷ ที่พบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 77.3

โดยภาพรวมทั้งหมด ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ต่ำกว่าการศึกษาวิจัยหลายงานที่ผ่านมา สาเหตุอาจเป็นได้จากหลายปัจจัย เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแตกต่างกัน บริบทของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ซึ่งโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามยังจัดเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมทั่วไป ส่วนใหญ่มีอาการคงที่และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้างสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในขณะที่สถานภาพคู่พบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าจึงเป็นปัจจัยปกป้องซึ่งสอดคล้องกับความรู้เดิม^{11,12,23,24}

การมีประวัติโรคซึมเศร้าในอดีต²⁵ การมีปัญหาความเครียดในครอบครัวในช่วงหนึ่งเดือน²⁶ สัมพันธ์กับการพบภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังจึงมีโอกาสพบกลับเป็นซ้ำได้²⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้น นอกจากนี้ การมีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมกับมีโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบด้านลบต่อสภาวะสุขภาพมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีโรคเรื้อรังหลายโรคหรือการมีโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว⁶

การมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกับทฤษฎีเรื่องการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคซึมเศร้า²⁸

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

การมีประวัติโรคซึมเศร้าในอดีตมีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวล ซึ่งอภิปรายว่าอาจมีความสัมพันธ์ทางพันธุกรรมหรือทางชีวภาพบางอย่างระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรควิตกกังวล³⁰ หรืออาการของภาวะวิตกกังวลบางอาการมีความคล้ายคลึงกับอาการซึมเศร้าที่ยังหลงเหลืออยู่ หรือผู้ที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลอาจมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษารั้งนี้ ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์แล้วไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลแต่อย่างใด

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ทำในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งในปัจจุบัน (พ.ศ. 2558) ยังเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กดังนั้น ผลการศึกษาจึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ รวมทั้งอาจใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่นได้เฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายปัจจัย ซึ่งเป็นองค์ความรู้สำคัญที่บุคลากรทางสาธารณสุขพึงตระหนักถึงและนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสำหรับคัดกรองหาภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอันจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษานานทุกท่าน บุคลากรประจำโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย รวมทั้งมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการทำวิจัยครั้งนี้และขอขอบพระคุณ ท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุชเชริณ ตั้งวงษ์ไชย ที่กรุณาตรวจทานต้นฉบับให้แก่ผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
2. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
3. อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์, ภาคภูมิ จงพิริยอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556;51:801-808.
4. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment. *Medical journal of Australia* 2009;190(7 Suppl):S54-60.
5. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine* 2000;160(14):2101-7.
6. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet* 2007;370:851-858.
7. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: BDI-II, CES-D, GDS, HADS, and PHQ-9. *Arthritis care & research* 2011;63:S454-S466.
8. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research* 2002;52(2):69-77.
9. Helvik AS, Engedal K, Skancke RH, Selbaek G. A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for the medically hospitalized elderly. *Nordic journal of psychiatry* 2011;65(5): 338-44.
10. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณไพศาล สุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรค มะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41(1):18-30.
11. เทพฤทธิ์วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์สุขยิ่ง, อุมพรอุดมทรัพย์ กุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัด เชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2554;56(2):103-116.
12. อิทธิพลพลเยี่ยม, สุกนธาศิริ, พิมพ์สุรางค์เดชะบุญเสริม ตักดี, ดุสิตสุจิราวัฒน์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังจังหวัดร้อยเอ็ด. *รวมบทความการประชุมวิชาการ เสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา* 2557;15:1848-1854.
13. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *Journal of affective disorders* 2008;109(3):233-250.
14. Gellis ZD, Kim EG, McCracken SG. Chapter 2: anxiety disorders in older adults [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 1]. Available from: <http://www.cswe.org/File.aspx?id=75794>.
15. Rabkin J, Charles E, Kass F. Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. *American journal of psychiatry* 1983;140(8):1072-4.
16. Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JBS, Neto FL. Hypertension and depression. *Clinics* 2005;60:241-250.
17. สุรัชย์ คำภักดี. ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค เรื้อรัง. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2555;27(2):107-112.
18. Ringoir L, Pedersen SS, Widdershoven JWMG, Pop VJM. Prevalence of psychological distress in elderly hypertension patients in primary care. *Netherlands Heart Journal* 2014;22(2):71-76.
19. Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine* 2006;23:1165-1173.
20. นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมลักษณ์ บุญจันทร์ และคณะ. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555;57(4):439-446.
21. Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE,

- Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of psychosomatic research* 2002;53(6):1053-1060.
22. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney international* 2013;84:179-191.
23. Theofilou P. Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: the effect of sociodemographic characteristics. *International journal of nephrology* 2011;article ID 514070,6 pages.
24. สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภิตา แสงอ่อน, ทศนา ทวีคุณ. การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *Rama nursing journal* 2011;17(3):412-429.
25. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American journal of psychiatry* 2003;160:1147-1156.
26. Bosworth HB, Bartash RM, Olsen MK, Steffens DC. The association of psychosocial factors and depression with hypertension among older adults. *Geriatric Psychiatry* 2003;18:1142-1148.
27. Hardeveld F, Spijker J, Graaf RD, Hendriks SM, Licht CMM, Nolen WA, et. al. Recurrence of major depressive disorder across different treatment settings. *Journal of affective disorders* 2013;147:225-231.
28. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review analysis. *American journal of psychiatry* 2000;157:1552-1562.
29. Gellis ZD, Kim EG, McCracken SG. Chapter 2: anxiety disorders in older adults [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 1]. Available from: <http://www.cswe.org/File.aspx?id=75794>.
27. Hettema JM. What is the genetic relationship between anxiety and depression. *American journal of medical genetics* 2008;148C(2):140-6.