

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น

อาคม บุญเลิศ

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Prevalence and Factors Associated with Depression among the Elderly Community Residents with Chronic Diseases in Samliam Urban Primary Care Unit, Khon Kaen

Arkhom Bunloet

Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

หลักการและวัตถุประสงค์: อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้ค่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิในภาคอีสานยังไม่ได้มีการศึกษาอย่างจริงจัง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยใช้แบบคัดกรองความซึมเศร้าแบบใหม่ “KKU -DI” และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและในเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) สุ่มตัวอย่างโดยวิธี systematic random sampling คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วงเดือน สิงหาคม – กันยายน พ.ศ.2557 จำนวน 130 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) แบบสอบถามความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ 4) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKKU-DI 5) แบบสอบถามสุขภาพครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ อัตราความชุกร่วมกับช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าเฉลี่ย เพียร์สันไคสแควร์ อัตราส่วนออก และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์

Background and objective : In elderly people who have chronic diseases, there has been a rapid increasing prevalence of depression. However, the prevalence of depression among the elderly with chronic diseases in primary care of northeastern Thailand is not well studied. The purposes of this study were to study prevalence and level of depression by using a new valid and reliable screening instrument for depressive disorder “KKU-DI”, as well as their association among the elderly community residents with chronic disease in an Samliam urban primary care unit of Khon Kaen.

Method : A cross-sectional descriptive study was conducted. One hundred and thirty elderly patients (age > 60) with chronic diseases at Samliam primary care unit of Srinagarind hospital were interviewed during August in 2014 - September in 2014. Instruments were used as the following: 1) questionnaire for demographic data 2) questionnaire for physical health, health behaviors 3) Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index questionnaire 4) KhonKaen University Depression Inventory (KKU-DI) for screening depression 5) questionnaire for family and social health of the elderly.

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ คิดเป็นอัตราการตอบรับร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 92 ราย (ร้อยละ 70.8) อายุเฉลี่ย 69.1 ± 7.04 ปี (พิสัย 60-88 ปี) ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 36.9 (95% CI: 28.5 – 45.3) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเพียงพอของรายได้ และความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

สรุป : อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมมีค่าค่อนข้างสูง พบได้ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ความเพียงพอของรายได้ และความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัวเรื้อรัง PCU แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า “KKU-DI”

Data analysis was conducted by frequency, percentage, prevalence rate with 95% CI, mean (standard deviation), Pearson's chi square test, odds ratio and multiple logistic regression.

Results : The sample consisted of 130 subjects who registered in Samliam Primary Care Unit. The response rate was 100%. There were 92 (70.8%) females. Their mean age was 69.1 ± 7.04 years (range: 60 - 88 years). The prevalence of depression was 36.9% (95%CI: 28.5 – 45.3). The adequacy of income and frequency of participation in society were found associated with depression.

Conclusion : There was a high prevalence of depression in primary health care setting. The study revealed that one third of the elderly patients with chronic diseases had depression, and significantly related to adequacy of income and frequency of participation in society.

Keywords : elderly, depression, chronic disease, primary care unit, KKU-DI

ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31 (1): 25- 33. ♦ Srinagarind Med J 2016; 31 (1): 25-33.

บทนำ

ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้ก้าวสู่การเป็นประเทศแห่ง “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (population aging) หรือประเทศที่มีประชากรมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด สัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตราการตายที่ลดลง เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดีขึ้น มีความทั่วถึงของการบริการด้านสาธารณสุข ทำให้การรักษาโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น และมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยสัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2550 มีร้อยละ 10.7 ของประเทศ¹ ในปี พ.ศ. 2551 สัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.2 อีกทั้งยังคาดการณ์ว่า จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.4 ในปี พ.ศ. 2558 และร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ. 2563 และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ²

โรคเรื้อรังและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุมักพบการมีโรคประจำตัวโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 พบว่าประชากรสูงอายุ มีสัดส่วนของผู้เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าทุกกลุ่มวัย คือ พบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ กลุ่มโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ โรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ¹

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเกิดจากความชรา องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศกำลังพัฒนา และภาวะซึมเศร้านี้มักจะพบพว่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียโดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด³

สำหรับประเทศไทยภาวะซึมเศร้านับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ มีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยประสบกับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ⁴ ในจังหวัดขอนแก่นพบความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่นร้อยละ 21 และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ เส้นเลือดหัวใจตีบ ความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต⁵ ที่จังหวัดชัยนาทพบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 43.1⁶ ส่วนการสำรวจผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครโดยใช้แบบวัดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 35.1⁷ ในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยแบบสั้น 15 ข้อพบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.3 ส่วนการศึกษาในภาคใต้ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในจังหวัดชุมพรโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยพบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41⁴

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่ามีแตกต่างกันนั้น อาจเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น การใช้เครื่องมือที่ต่างกันในการประเมินภาวะซึมเศร้า อีกทั้งภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักปัจจัยเกี่ยวข้องกันหลายปัจจัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและในเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบคัดกรองความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยแบบใหม่ (KKU-DI) ว่าจะมีค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างไร และผู้วิจัยยังได้คัดสรรปัจจัยที่นำมาศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และอาจได้ข้อมูลซึ่งเป็นประโยชน์ในการเข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และนำไปสู่การหาแนวทางป้องกัน การดูแลรักษา รวมถึงการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศกและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ความพิการ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ปัญหาด้านการเงิน ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ของผู้สูงอายุคนไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและในเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น

1. ประชากรที่ศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง
- 2) อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม
- 3) เป็นผู้ที่ระดับการรู้สีกตัวดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้
- 4) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังมาติดตามการรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม
- 5) มีอาการคงที่ ไม่รุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต
- 6) มีความสนใจและยินดีให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันว่ามีอาการป่วยทางจิต
- 2) มีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงที่ไม่สามารถสื่อสารและตอบโต้ได้
- 3) ได้รับความพิการที่มีผลต่อระบบประสาท

2. วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

- ผู้วิจัยได้สำรวจจำนวนประชากรผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม รพ.ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ที่ถูกบันทึกในโปรแกรม JHCIS ได้จำนวนทั้งหมด 1821 คน
- คัดเลือกผ่าน inclusion และ exclusion criteria รวมได้จำนวน 571 ราย
- ใช้โปรแกรม Winpepi คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ 128 ปรับเป็นจำนวนเต็ม 130 ราย
- สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี systematic random sampling

3. วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ก่อนเริ่มทำการศึกษ ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือรับรองเลขที่ HE571148 และเมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล
- 2) เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม กลุ่มประชากรตัวอย่างได้ทำการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยผู้วิจัยอ่านตามแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟัง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที

เครื่องมือในการศึกษา มีองค์ประกอบทั้งหมด 5 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
- ส่วนที่ 2** สุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3** ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ
 - ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน
- ส่วนที่ 4** สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
 - ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI⁸
- ส่วนที่ 5** สุขภาพครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ
 - สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน
 - แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน
 - แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล
 - แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

การประมวลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows Version 19.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ทำการคำนวณข้อมูลเชิงปริมาณ และนำเสนอข้อมูลในรูปของตารางแจกแจงความถี่ (frequencies) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (standard error of mean) ค่าความถี่ทางสถิติ

2) การแปลผลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL Index) ระดับความรุนแรงแบ่งตามช่วงคะแนน

- คะแนน 0-4 = กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ การพึ่งพา
- คะแนน 5-11 = กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพา ระดับรุนแรงถึงปานกลาง
- 12 คะแนนขึ้นไป = กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ไม่ต้องการการพึ่งพา

3) การแปลผลแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI คือ

- ระดับเล็กน้อย (mild) คือ ชาย 5 - 12 และหญิง 6 - 12 คะแนน
- ระดับปานกลาง (moderate) คือ 13 - 14 คะแนน
- ระดับรุนแรง (severe) คือ ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป

4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์บางค่า เช่น chi square, odds ratio, 95% CI, multiple logistic regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จำนวน 130 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร

ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	38 (29.2)
หญิง	92 (70.8)
อายุ	
60-74 ปี (ผู้สูงอายุ)	103 (79.2)
75 ปีขึ้นไป (คนชรา)	27 (20.8)
เชื้อชาติ	
ไทย	130 (100)
ศาสนา	
พุทธ	124 (95.4)
คริสต์	6 (4.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร (ต่อ)

ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ		ความพิการ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว	99 (76.2)	ไม่มีความพิการ	124 (95.4)
ค้าขาย	12 (9.2)	มีความพิการ	6 (4.6)
เกษตรกรรม	2 (1.5)	จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น	
ข้าราชการเกษียณ	1 (0.8)	1 โรค	49 (37.7)
อื่นๆ	16 (12.3)	2 โรค	54 (41.5)
สถานภาพสมรส		3 โรคขึ้นไป	27 (20.8)
โสด	3 (2.3)	ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ	
คู่	70 (53.8)	ไม่พึ่งพา	130 (100.0)
ม่าย	51 (39.2)	พึ่งพา	0 (0)
แยกกันอยู่	6 (4.6)	บุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน	
ดัชนีมวลกาย (BMI)		อยู่ตามลำพัง	6 (4.6)
ผอม	12 (9.2)	คู่สมรส/บุตร	110 (84.6)
ปกติ	41 (31.5)	ญาติ	12 (9.2)
น้ำหนักเกิน	22 (16.9)	เพื่อน	1 (0.8)
อ้วน ระดับที่ 1	43 (33.1)	ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	
อ้วนระดับที่ 2	11 (8.5)	รักใคร่กันดี	117 (90.0)
ภาวะโรคอ้วน	1 (0.8)	ต่างคนต่างอยู่	12 (9.2)
ประวัติการดื่มสุรา		มีความขัดแย้งในครอบครัว	1 (0.8)
ไม่ดื่มสุรา	114 (87.7)	ความกังวลเรื่องการเงิน	
ดื่มสุราแต่ไม่มีภาวะติดสุรา	15 (11.5)	ไม่กังวล	107 (82.3)
ดื่มสุราและมีภาวะติดสุรา	1 (0.8)	กังวล	23 (17.7)
ประวัติการสูบบุหรี่		ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เคยสูบบุหรี่	104 (80.0)	เพียงพอ	107 (82.3)
เคยสูบบุหรี่และหยุดสูบแล้ว	20 (15.4)	ไม่เพียงพอ	23 (17.7)
ยังคงสูบบุหรี่อยู่	6 (4.6)	กิจกรรมทางสังคมใน 1 ปีที่ผ่านมา	
สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ		เข้าร่วมบ่อย	98 (75.4)
ดีมาก	4 (3.1)	เข้าร่วมนานๆครั้ง/ไม่ได้เข้าร่วมเลย	32 (24.6)
ดี	35 (26.9)	การปรึกษา/ปรับทุกข์กับคนในชุมชน	
ปานกลาง	77 (59.2)	มี	99 (76.2)
แย่	12 (9.2)	ไม่มี	31 (23.8)
แย่มาก	2 (1.5)		
โรคประจำตัวและการเจ็บป่วย			
ความดันโลหิตสูง	103 (79.2)		
เบาหวาน	51 (39.2)		
ไขมันในเลือดสูง	36 (27.7)		
โรคหัวใจ	1 (0.8)		
โรคปอด	4 (3.1)		
ต่อกระฉก	6 (4.6)		
กระเพาะอาหารอักเสบ	3 (2.3)		
ข้อเสื่อม/เกาต์/รูมาตอยด์	32 (2.3)		

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.9 (95% CI = 28.5 – 45.3) ส่วนผู้ที่ถูกคัดกรองและพบว่าภาวะซึมเศร้าจำแนกตามความรุนแรงส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 35 ราย ร้อยละ 26.9 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 8 ราย ร้อยละ 6.2 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 5 ราย ร้อยละ 3.8 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงภาวะซึมเศร้า

	จำนวน (ร้อยละ)
พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	48 (36.9)
ระดับของภาวะซึมเศร้า	
รุนแรงเล็กน้อย	35 (26.9)
รุนแรงปานกลาง	8 (6.2)
รุนแรงมาก	5 (3.8)

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ

พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเมื่อใช้สถิติโลจิสติกส์ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	38 (29.2)	10 (26.3)	0.107
หญิง	92 (70.8)	38 (41.3)	
อายุ			
60-74 ปี (ผู้สูงอายุ)	103 (79.2)	35 (34.0)	0.105
75 ปีขึ้นไป (คนชรา)	27 (20.8)	13 (48.1)	
สถานภาพสมรส			
โสด	3 (2.3)	2 (66.7)	
คู่	70 (53.8)	24 (34.3)	0.297
หม้าย	51 (39.2)	18 (35.3)	
แยกกันอยู่	6 (4.6)	4 (66.7)	

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	p-value
โรคประจำตัวและการเจ็บป่วย			
ความดันโลหิตสูง	103 (79.2)	37 (35.9)	0.644
เบาหวาน	51 (39.2)	18 (35.3)	0.757
ไขมันในเลือดสูง	36 (27.7)	7 (19.4)	0.011*
โรคหัวใจ	1 (0.8)	0 (0)	0.442
โรคปอด	4 (3.1)	3 (75.0)	0.109
ต่อกระฉก	6 (4.6)	2 (33.3)	0.852
กระเพาะอาหารอักเสบ	3 (2.3)	3 (100)	0.022*
ข้อเสื่อม/เกาต์/รูมาตอยด์	32 (2.3)	14 (43.7)	0.357
ความพิการ			
ไม่มีความพิการ	124 (95.4)	47 (37.9)	0.292
มีความพิการ	6 (4.6)	1 (16.7)	
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว			
รักใคร่กันดี	117 (90.0)	39 (33.3)	
ต่างคนต่างอยู่	12 (9.2)	8 (66.7)	0.009*
มีความขัดแย้งในครอบครัว	1 (0.8)	1 (100)	
ความกังวลเรื่องการเงิน			
ไม่กังวล	107 (82.3)	29 (27.1)	<0.001*
กังวล	23 (17.7)	19 (82.6)	
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ	107 (82.3)	28 (26.2)	<0.001*
ไม่เพียงพอ	23 (17.7)	20 (87.0)	
กิจกรรมทางสังคมใน 1 ปีที่ผ่านมา			
เข้าร่วมบ่อย	98 (75.4)	31 (31.6)	0.029*
เข้าร่วมนานๆครั้ง/ไม่ได้เข้าร่วมเลย	32 (24.6)	17 (53.1)	
การปรึกษา/ปรับทุกข์กับคนในชุมชน			
มี	99 (76.2)	35 (35.4)	0.508
ไม่มี	31 (23.8)	13 (41.9)	

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้การทดสอบทางสถิติ multiple logistic regression

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเพียงพอของรายได้ (Adjusted OR = 18.441, <0.05, 95% CI :

4.634-73.389) และ ความถี่การเข้ากิจกรรมทางสังคมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (Adjusted OR = 3.777, <0.05, 95% CI : 1.325-10.766) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ปัจจัยด้านเพศ อายุ โรคประจำตัว เช่น โรคไขมันในเลือดสูง ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรืออธิบายได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่ใช่ว่าปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KGU-DI พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.9 (95% CI = 28.5 – 45.3) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น เช่น ของ Liang⁵ พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2552 มีค่าร้อยละ 21.0

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมเมื่อใช้การทดสอบทางสถิติ Multiple Logistic Regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI for OR Lower	95%CI for OR Upper	p-value
เพศ	2.000	0.712	5.621	0.281
อายุ	1.796	0.646	4.994	0.607
โรคไขมันในเลือดสูง	0.532	0.184	1.539	0.455
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	0.272	0.063	11.179	0.077
ความเพียงพอของรายได้	18.441	4.634	73.389	0.012*
ความถี่การเข้ากิจกรรมทางสังคม	3.777	1.325	10.766	0.018*

*p <0.05

(95%CI: 15.3%, 26.7%) โดยใช้แบบวัดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกัน และอยู่ในพื้นที่เดียวกันได้ ค่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.9 พบว่ามีค่าสูงกว่ามาก ทั้งนี้อาจเกิดจากใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแตกต่างกัน โดยการศึกษานี้ของ Liang นั้นเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน ในขณะที่การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจึงอาจทำให้พบค่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการศึกษามีค่าสูงกว่า อีกทั้งเวลาที่ผ่านไปร่วมกับบริบทสภาพแวดล้อมชุมชนสามเหลี่ยมที่เปลี่ยนแปลงไป ก็อาจทำให้ข้อมูลค่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ส่วนการสำรวจผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครโดย

ใช้แบบวัดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 35.1⁷ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษานี้ แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษาดังกล่าวเป็นผู้สูงอายุทั่วไปในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแต่ละภูมิภาคส่วนใหญ่ถูกคัดกรองด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ซึ่งได้ค่าอัตราความชุกแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค โดยส่วนใหญ่จะมีค่าอยู่ในช่วงร้อยละ 20 – 50 จากการศึกษานี้ได้ใช้แบบคัดกรองฉบับใหม่ KGU-DI ซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากขึ้น ได้ค่าอัตราความชุกร้อยละ 36.9 ซึ่งอยู่ในช่วงค่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในประเทศไทย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

เพศ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่ทั้งนี้ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Liang⁵ แต่แตกต่างจากการศึกษาของศรีวรรณ ตันศิริ⁹ และสายพิณ ยอดกุล¹⁰ ซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในการศึกษาของศรีวรรณ ตันศิริ⁹ นั้นศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าชาย โดยข้อมูลนี้แตกต่างจากการศึกษาของสายพิณ ยอดกุล¹⁰ ซึ่งศึกษาพบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 9 เท่า เนื่องจากเพศชายมักถูกคาดหวังจากสังคมว่าจะต้องเข้มแข็งและมีความสามารถมากกว่าหญิง เพศชายที่แสดงภาวะซึมเศร้าออกมาจึงถูกมองว่าเป็นบุคคลที่อ่อนแอและล้มเหลว เมื่อเพศชายเกิดเจ็บป่วยขึ้นจึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

อายุ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของ Liang⁵ และสายพิณ ยอดกุล¹⁰ ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุ 60-74 ปี ถึง 35.89 เท่า ทั้งนี้ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น อาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มากพอให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นที่น่าสนใจประเด็นผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูงนั้นเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของสายพิณ ยอดกุล¹⁰ ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพกับครอบครัว

ที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่าการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวที่ไม่ดีร้อยละ 87.4 ส่วนการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง¹¹ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ขัดแย้งในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้จะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าจำนวนตัวอย่างในการศึกษาเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้ข้อมูลเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวในการศึกษานี้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของสายพิณ ยอดกุล¹⁰ ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เอง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันเองได้ และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่พึ่งพาตัวเอง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เอง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าถึง 9 เท่า

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความเพียงพอของรายได้

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง¹¹ ซึ่งพบว่าความเพียงพอของรายได้และการมีเงินเก็บมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากความมั่นคงทางเศรษฐกิจนั้น ส่งผลต่อกำลังความสามารถในการหาปัจจัยสี่เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค ด้วยเหตุนี้ ความไม่เพียงพอของรายได้ย่อมกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ โดยทำให้เกิดความเครียดและทุกข์ใจไปกับการเลี้ยงชีพของตัวเอง

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง¹¹ ซึ่งพบว่า ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนานๆครั้ง

หรือไม่เข้าร่วมเลย มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด อาจอธิบายได้ว่าการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอาจเป็นเพราะขาดความสร้างสรรค์ เก็บตัวอยู่แต่ในโลกของตัวเอง ทำให้คิดแต่เรื่องเสื่อมถอยของวัย หรือปัญหาอุปสรรคที่มี ไม่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น

สรุป

อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 36.9 ซึ่งมีค่าค่อนข้างสูง ในจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 26.9 ปานกลาง ร้อยละ 6.2 และรุนแรง ร้อยละ 3.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเพียงพอของรายได้ และความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้น บุคลากรด้านสาธารณสุขควรตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ และเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรกของการรักษาทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและในโรงพยาบาล ด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยเร็วที่สุดและเมื่อพบว่ามีความเสี่ยงก็ควรให้การช่วยเหลือโดยเร็วที่สุดตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา ถ้าอยู่ในระยะที่รุนแรงให้พิจารณาส่งต่อให้จิตแพทย์เพื่อจะได้ให้การรักษาต่อไป และควรมีการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ และควรให้ความสำคัญในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและด้านสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2550.
2. อารี ปรมัตถการ. พัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร. เข้าถึงได้จาก : http://hpc5.anamai.moph.go.th/download/file_pdf/paper/C7sukanya2.pdf. [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2557]
3. สุวรรณณา อรุณพงศ์ไพศาล. อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2543; 1: 23-7.
4. อรพรรณ ทองแดง. งานวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.

5. Liang G. ภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดขอนแก่น : การศึกษาเชิงพรรณนา ณ สถานบริการปฐมภูมิ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 4: 357-66.
6. จารุวรรณ มานะสุรการ. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2544.
7. มาโนช ทับมณี. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2544; 2: 43-57.
8. สุวรรณณา อรุณพงศ์ไพศาล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 2: 177-89.
9. ศรีวรรณดา ต้นศิริ. ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอาสนเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2535; 1: 32-9.
10. สายพิน ยอดกุล. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2555; 3: 50-7.
11. ปวีณา ศตวรรษธำรง และคณะ. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554.

