

## สภาวะทันตสุขภาพกับการมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

พิริยะ สุภพานิชย์ ท.บ., วบ. ทันตกรรมทั่วไป<sup>\*1</sup>

ควรรคิดณัฐธา อรุณศรี พ.บ., วบ. จิตเวชศาสตร์<sup>\*\*</sup>

Received: 3 ต.ค.66

Revised: 21 พ.ย.66

Accepted: 23 พ.ย.66

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าและปัญหาทันตสุขภาพต่างก็เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในประเทศไทยและสามารถพบร่วมกันได้ งานวิจัยในปัจจุบันยังเป็นที่โต้แย้งถึงความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยทั้งสองด้านและมีการศึกษาถึงประเด็นนี้ค่อนข้างจำกัดในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะทันตสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 252 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในอำเภอแหลมฉบัง จังหวัดตราด ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) ร่วมกับการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อรวบรวมข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถดถอยอย่างง่าย และวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} \leq 0.05$ ) แต่สภาวะทันตสุขภาพด้านอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กัน

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้ามีสภาวะทันตสุขภาพแตกต่างกัน ดังนั้น ในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ ทันตแพทย์ควรให้ความสำคัญกับภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยด้วย และให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, สภาวะทันตสุขภาพ

<sup>1</sup> ผู้ติดต่อหลัก e-mail: piriya.supapanit@gmail.com

\* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลชลบุรี

\*\* กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปากช่องนานา

## Oral Health Status and Depression in the Elderly

Piriya Supapanit, D.D.S.<sup>\*1</sup>

Kuankidnuttha Arunsri, M.D.<sup>\*\*</sup>

---

---

### Abstract

Currently, depression and dental problems are both common health problems in the elderly in Thailand. They usually co-occur. However, their associations in the current medical research which have been rarely studied in Thailand are still controversial. This study aimed to investigate oral health status and depression status in the elderly. 252 samples who attended Laemngop Hospital, Trat Province, between September 2022 and February 2023, were recruited. They were asked to complete three self-administered questionnaires divided into a questionnaire about demographic information, a questionnaire about oral health behavior, and a questionnaire as a screening tool for depression, called Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Then, they were asked to attend an oral examination to gather oral health status information. All data were analyzed using descriptive statistics, and a regression analysis was conducted between each factor and PHQ-9 score.

Results: Xerostomia was significantly associated with depression in older adults. (p-value  $\leq 0.05$ ). However, other aspects of oral health status were not.

Conclusion: The elderly with and without depression had different oral health status. Therefore, dentists should pay attention to xerostomia in the provision of oral health care to older adults. Comprehensive dental approach should be provided to achieve sustainable oral healthcare.

**Keyword:** Depression, Elderly, Oral Health Status

---

<sup>1</sup> Corresponding e-mail: piriya.supapanit@gmail.com

<sup>\*</sup> Department of dentistry, Chonburi hospital

<sup>\*\*</sup> Department of psychiatry and addiction, Pakchongnana hospital

## บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประเทศภาวะประชากรผู้สูงอายุ (population aging) กล่าวคือเป็นประเทศที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 10 ของประชากรหรือประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเป็นร้อยละ 32.1 ในปีพ.ศ. 2583<sup>1</sup> สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นอย่างมากของประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพในอนาคต และอาจนำไปสู่ปัญหาด้านสาธารณสุขต่อไป ทั้งนี้ความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวและต้องรับประทานยาหลายชนิด รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะในช่องปากและภาวะด้านจิตใจ การศึกษาในปัจจุบันยังพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปาก<sup>2</sup> ซึ่งเป็นเรื่องที่ทันตแพทย์ควรคำนึงถึง เพื่อให้การรักษาแบบองค์รวม (comprehensive treatment) นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ทันตสุขภาพ (oral health) คือประสิทธิภาพที่ดีในการทำงานของฟัน อวัยวะรอบตัวฟัน อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยวของระบบขากรรไกรและไบหน้่า รวมถึงความสามารถของบุคคลในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น กิน เคี้ยว พูด ยิ้ม แสดงอารมณ์ต่างๆ ครอบคลุมทั้งมิติทางกายและจิตสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม คุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์ และการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้น<sup>3</sup> ซึ่งผู้สูงอายุจะมีปัจจัยทางร่างกายและจิตใจที่เป็นข้อจำกัดส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้บ่อยคือ ฟันและรากฟันผุ การสูญเสียฟัน โรคปริทันต์อักเสบ ปากแห้ง รวมถึงมะเร็งช่องปาก ที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตทั้งการบดเคี้ยว และการเข้าสังคม<sup>4</sup> ขณะเดียวกันยังพบ

หลักฐานที่สนับสนุนความเชื่อมโยงกันระหว่างความผิดปกติทางสุขภาพจิต ซึ่งมีผลต่อปัจจัยด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากตามมา<sup>5-7</sup>

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพอย่างหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย โดยในปี พ.ศ. 2563 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนอยู่ที่ร้อยละ 25.61 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด<sup>1</sup> ซึ่งสาเหตุหลักได้แก่ ปัญหาสุขภาพทางกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และสภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม<sup>8</sup> อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถแสดงออกเป็นความผิดปกติหลายรูปแบบ เช่น ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เบื่ออาหารนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความยากลำบากในการดูแลตนเอง ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น การถูกทอดทิ้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย รวมถึงเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย<sup>9</sup> ดังนั้นโรคซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ควรเฝ้าระวังและได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน

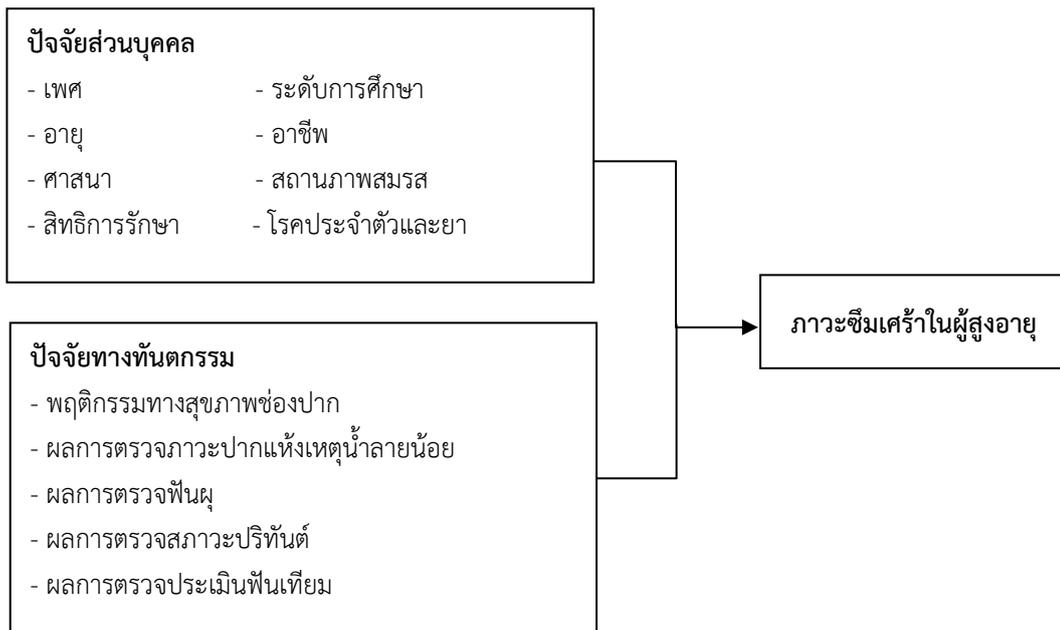
นอกจากนี้อาการสำคัญของภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก เนื่องจากผู้ป่วยอาจละเลยการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งทำให้ความเสี่ยงการเกิดฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบเพิ่มขึ้นและผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้าบางตัวมีกลไกทำให้เกิดภาวะปากแห้งเหตุนี้ น้ำลายน้อย (xerostomia) ได้<sup>10</sup> งานวิจัยก่อนหน้านี้นี้พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอุบัติการณ์ของปัญหาปวดฟัน ความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร อาการของข้อต่อขากรรไกร รวมถึงโรคเลือดออกตามไรฟันสูงขึ้น<sup>11</sup> ในขณะเดียวกันปัญหาสันเหงือกว่าง (edentulous ridge) และโรคปริทันต์อักเสบเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าด้วย<sup>12-14</sup> อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่าอาการของภาวะซึมเศร้าไม่สัมพันธ์กับการมีฟันผุ

พันธุที่ไม่ได้ดูด หรือโรคปริทันต์อักเสประดับปานกลางหรือรุนแรง<sup>15-17</sup> ด้วยข้อโต้เถียงดังกล่าว ร่วมกับการศึกษาในประเด็นนี้ยังมีจำกัดในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างทันตสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาวะทันตสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการศึกษา

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้มารับบริการทางการแพทย์และทันตกรรม อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแหลมฉบัง จังหวัดตราด จำนวน 252 ราย

#### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีฟัง, พูด, อ่าน และเขียนได้
3. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

มีประวัติการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild neurocognitive impairment) หรือภาวะสมองเสื่อม (major neurocognitive impairment) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5<sup>18</sup> จากจิตแพทย์ อายุรแพทย์ ระบบประสาท หรือศัลยแพทย์ระบบประสาท

#### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 0.05 ดังนี้

$$n = \frac{z^2pq}{d^2}$$

เมื่อ  $n =$  ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
 $z =$  ค่าวิกฤติ ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95% จากตารางการแจกแจงค่าปกติมีค่าเท่ากับ 1.96  
 $p =$  สัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก นำมาจากงานวิจัยของ Bekele Seifu, 2021<sup>19</sup> = 0.29  
 $q = 1 - p = 1 - 0.29 = 0.71$   
 $d =$  ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้ โดยพิจารณาจากความคลาดเคลื่อนที่ 0.06

จากสูตรข้างต้น คำนวณได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 220 ราย โดยเพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาด (attrition) ซึ่งคาดว่าจะมีประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้คือ 242 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (demographic data) ประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคทางกาย
2. แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior data) ประกอบด้วย จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ ประวัติการสูบบุหรี่ และคำถามเกี่ยวกับการดูแลอนามัยช่องปาก
3. แบบคัดกรองภาวะซิมเศร่า (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดย ศ.นพ. มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ประกอบด้วยชุดคำถาม 9 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีคะแนน 4 ระดับ (0-3 คะแนน) โดยมีค่าคะแนนรวม 0-27 คะแนน ซึ่งจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าแบบสอบถาม PHQ-9 ฉบับภาษาไทยมีความไวและความจำเพาะ ที่ยอมรับได้ สำหรับคัดกรองภาวะซิมเศร่าในผู้สูงอายุชาวไทย โดยคะแนนรวม ตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นมีภาวะ

ซิมเศร่า (sensitivity = 0.84, specificity = 0.77) และผู้ที่มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 15 ขึ้นไปถือว่าเป็นภาวะซิมเศร่ารุนแรง<sup>20</sup>

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 COA no. 071/65 และผู้ให้สัมภาษณ์ได้ลงนามในเอกสารยินยอม เข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลแล้ว

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยอธิบายข้อมูลต่างๆ อย่างครบถ้วน ต่อมาผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลทางคลินิก และแบบประเมินภาวะซิมเศร่า จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และจัดบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปาก ทั้งเรื่องการตรวจฟัน การตรวจสภาวะปริทันต์ (modified basic periodontal examination [BPE]<sup>21</sup> and community periodontal index [CPI]<sup>22</sup>) การตรวจภาวะปากแห้งเหตุ น้ำลายน้อย (Challacombe scale<sup>23</sup>) และการใส่ฟันเทียม บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลการตรวจ **ระยะเวลา** ตั้งแต่ 1 กันยายน พ.ศ. 2565 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา หาค่าสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ดังนี้
  - 2.1. ใช้สถิติ Independent sample t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ
  - 2.2. ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (nominal Scale) ระดับอันดับ (ordinal Scale) กับการมีหรือไม่มีภาวะซิมเศร่า

2.3. วิเคราะห์การถดถอยของตัวแปรระดับอัตราส่วน (ratio scale) กับคะแนนรวมจากแบบสอบถาม PHQ-9 โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายและการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ

#### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 252 ราย เป็นเพศหญิง 176 ราย เพศชาย 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.8 และ 30.2 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย  $69.06 \pm 6.50$  ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 59.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว (ร้อยละ 36.9) มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 87.7) รายได้ไม่เกิน 5,000 บาท

(ร้อยละ 51.2) และมีระดับการศึกษาสูงสุดคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 75.0) โรคประจำตัวที่พบบ่อย 2 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 76.58 และ 20.6 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ผู้ป่วยร้อยละ 86.11 มียาโรคประจำตัวรับประทานประจำ และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.94 โรคความดันโลหิตสูงเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Total (n=252)		PHQ<9 (n=220)		PHQ≥9 (n=32)		$\chi^2$	p-value
	n	%	N	%	n	%		
<b>เพศ</b>								
ชาย	76	30.2	66	30.0	22	68.75	0.02	0.886
หญิง	176	69.8	154	70.0	10	32.25		
<b>อายุ</b>								
อายุเฉลี่ย (ปี) Mean±SD, (Min, Max)	$69.06 \pm 6.50$ , (60,90)		$68.69 \pm 6.34$ (60,90)		$71.66 \pm 7.34$ (61,85)		-	0.977
60-69	147	58.33	133	60.46	14	43.75	4.42	0.085
70-79	81	32.15	69	31.36	12	37.50		
80 ปีขึ้นไป	24	9.52	18	8.18	6	18.75		
<b>สถานภาพ</b>								
โสด	17	6.7	14	6.36	3	9.37	0.75	0.676
สมรส	150	59.5	133	60.46	17	53.13		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	85	33.7	73	33.18	12	37.50		
<b>ศาสนา</b>								
พุทธ	231	91.7	202	91.82	29	90.62	0.37	0.885
อิสลาม	20	7.9	17	7.73	3	9.38		
คริสต์	1	0.4	1	0.45	0	0.00		
<b>อาชีพ</b>								
ลูกจ้างเอกชน/รับจ้างทั่วไป	91	36.1	76	34.55	15	46.87	3.83	0.504
เกษตรกร	32	12.7	29	13.18	3	9.37		
ว่างงาน/ไม่ทำงาน	93	36.9	81	36.82	12	37.50		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25	9.9	24	10.91	1	3.13		
อื่นๆ	11	4.4	10	4.54	1	3.13		

\*คือ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Total (n=252)		PHQ<9 (n=220)		PHQ≥9 (n=32)		$\chi^2$	p-value
	n	%	N	%	n	%		
<b>สิทธิการรักษา</b>								
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	221	87.7	194	88.18	27	84.38	0.42	0.796
สิทธิข้าราชการ	26	10.3	22	10.00	4	12.50		
สิทธิอื่นๆ	5	2.0	4	1.82	1	3.12		
<b>รายได้</b>								
ไม่มีรายได้	17	6.7	16	7.27	1	3.12	4.91	0.195
1-5,000 บาท	129	51.2	107	48.64	22	68.75		
5,001-15,000 บาท	77	30.6	70	31.82	7	21.88		
ตั้งแต่ 15,001 ขึ้นไป	29	11.5	27	12.27	2	6.25		
<b>ระดับการศึกษา</b>								
ไม่เคยเรียน	23	9.1	16	7.27	7	21.88	10.39	0.023*
ประถมศึกษา	189	75.0	166	75.45	23	71.87		
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./	19	7.5	19	8.64	0	0.00		
อนุปริญญา								
ปริญญาตรีขึ้นไป	21	8.3	19	9.54	2	6.25		
<b>โรคประจำตัว</b>								
โรคเบาหวาน	52	20.6	43	19.55	9	28.13	1.18	0.262
โรคความดันโลหิตสูง	193	76.58	173	78.63	20	62.50	0.19	0.044*
โรคหัวใจและหลอดเลือด	6	2.4	6	2.73	0	0.00	1.65	0.344
ไม่มีโรคประจำตัว	19	7.5	17	7.73	2	6.25	0.09	0.767
<b>รับประทานยาประจำ</b>								
ไม่มียา	35	13.89	30	13.64	5	15.63	0.40	0.761
มียา	217	86.11	190	86.36	27	84.37		
<b>ดัชนีมวลกาย (BMI)</b>								
ดัชนีมวลกาย (BMI) (Kg/m <sup>2</sup> )	24.07±4.42,		24.17±4.38,		23.35±4.73,		-	0.330
Mean±SD, (Min, Max)	(15.57,40.18)		(15.57,39.13)		(17.10,40.18)			
Underweight (BMI<18.5)	17	6.75	14	6.36	3	9.38	4.10	0.305
Normal (BMI 18.25-24.9)	146	57.94	124	56.36	22	68.74		
Overweight (BMI 25-29.9)	65	25.79	61	27.73	4	12.50		
Obese (BMI>29.9)	24	9.52	21	9.55	3	9.38		

\* คือ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก (ตารางที่ 2) พบว่าผู้สูงอายุไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 83.7 มีระยะเวลาในการแปรงฟันเฉลี่ย 1.71±0.78 นาที แปรงฟันเฉลี่ยวันละ 1.84±0.76 ครั้ง และส่วนใหญ่ไม่ใช้

อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟันคิดเป็นร้อยละ 60.7 และพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการเท่านั้น ร้อยละ 90.88 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม (p-value > 0.05)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Total (n=252)		PHQ<9 (n=220)		PHQ≥9 (n=32)		$\chi^2$	p-value
	N	%	n	%	n	%		
<b>สูบบุหรี่หรือยาเส้น</b>								
ไม่เคยสูบ	211	83.7	185	84.09	26	81.25	0.49	0.769
เคยสูบ	18	7.1	16	7.27	2	6.25		
ยังสูบลึถึงปัจจุบัน	23	9.1	19	8.64	4	12.50		
<b>การแปร่งฟัน</b>								
ระยะเวลา (นาที) Mean±SD	1.71±0.78		1.72±0.53		1.63±0.75		-	0.528
จำนวนครั้งต่อวัน Mean±SD	1.84±0.76		1.85±0.77		1.81±0.64		-	0.818
<b>อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟัน</b>								
ใช้อุปกรณ์เสริม	99	39.3	85	38.64	14	43.75	0.30	0.580
<b>การพบทันตแพทย์</b>								
พบเป็นประจำ	23	9.12	18	8.18	5	15.62	1.62	0.172

จำนวนฟันหาย (Missing teeth: MT) จำนวนฟันที่ถูกอุด (filling teeth: FT) จำนวนฟันที่คงอยู่ (Remaining teeth: RT) และดัชนีผุถอนอุด (Decay Missing Filling Tooth index: DMFT) ในผู้สูงอายุมีจำนวนเฉลี่ย 15.86±10.10, 1.58±3.28, 20.79±8.55 ซึ่งตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซีมเศร้ามีจำนวนฟันผุ (Decayed teeth: DT) เฉลี่ย 3.63±3.80 ซึ่งส่วนใหญ่มีฟันผุมากกว่า 3 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 53.13 ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซีมเศร้า

การศึกษาพบว่าร้อยละ 70.2 ของผู้สูงอายุไม่ใส่ฟันปลอม ใส่ฟันปลอมบางส่วนร้อยละ 16.7

และใส่ฟันปลอมทั้งปากอย่างน้อย 1 ซี่นร้อยละ 13.1 โรคเหงือกที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิดโรคปริทันต์อักเสบซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50.0 นอกจากนี้พบว่าภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะซีมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.05) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาวะปากแห้งระดับน้อย (mild dryness) คิดเป็นร้อยละ 96.18 ภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจสุขภาพช่องปากและภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Total (n=252)		PHQ<9 (n=220)		PHQ≥9 (n=32)		$\chi^2$	p-value
	n	%	n	%	n	%		
<b>จำนวนฟัน (ซี่) Mean±SD</b>								
จำนวนฟันผุ (DT)	3.44±3.70		3.42±3.67		3.63±3.80		-	0.767
จำนวนฟันหาย (MT)	15.86±10.10		15.93±9.95		15.38±11.17		-	0.771
จำนวนฟันที่อุด (FT)	1.58±3.28		1.63±3.32		1.22±3.00		-	0.508
จำนวนฟันที่คงอยู่ (RT)	20.79±8.55		20.88±8.50		20.22±9.12		-	0.685
ดัชนีฟันผุถอนอุด (DMFT)	0.08±0.03		0.08±0.03		0.08±0.04		-	0.685

\* คือ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจสุขภาพช่องปากและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Total (n=252)		PHQ<9 (n=220)		PHQ≥9 (n=32)		χ <sup>2</sup>	p-value
	n	%	n	%	n	%		
<b>จำนวนฟัน (ซี่) Mean±SD</b>								
จำนวนฟันผุ (DT)		3.44±3.70		3.42±3.67		3.63±3.80	-	0.767
จำนวนฟันหาย (MT)		15.86±10.10		15.93±9.95		15.38±11.17	-	0.771
จำนวนฟันที่อุด (FT)		1.58±3.28		1.63±3.32		1.22±3.00	-	0.508
จำนวนฟันที่คงอยู่ (RT)		20.79±8.55		20.88±8.50		20.22±9.12	-	0.685
ดัชนีฟันผุถาวร (DMFT)		0.08±0.03		0.08±0.03		0.08±0.04	-	0.685
<b>ใส่ฟันปลอม (Denture)</b>								
ไม่ใส่ฟันปลอม (No denture)	177	70.2	155	70.45	22	68.76	0.21	0.898
ฟันปลอมบางส่วน (Partial denture)	42	16.7	37	16.82	5	15.62		
ฟันปลอมทั้งปาก (Full denture)	33	13.1	28	12.73	5	15.62		
<b>โรคเหงือก (Gingival disease)</b>								
ไม่มีโรคเหงือก (Healthy gum)	55	21.8	48	21.82	7	21.87	1.90	0.407
เหงือกอักเสบ (Gingivitis)	71	28.2	65	29.54	6	18.75		
โรคปริทันต์อักเสบ (Periodontitis)	126	50.0	107	48.64	19	59.38		
<b>ภาวะปากแห้งเหตุ น้ำลายน้อย (Xerostomia)</b>								
มี xerostomia	131	52.0	119	54.10	11	34.37	4.40	0.037*
<b>Challacombe scale</b>								
1-3 (Mild dryness)	126	96.18	114	95.80	11	100.00	4.08	0.469
4-6 (Moderate dryness)	5	3.82	5	4.20	0	0.00		

\* คือ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนน PHQ-9 เฉลี่ยเท่ากับ 9.72±1.63 อาการที่มีความถี่บ่อย ได้แก่ หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป, รู้สึกเบื่อ ไม่สนใจทำอะไร และเหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง ซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 2.16±0.72, 1.63±0.71 และ 1.53±0.92 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 32 ราย

ตามระดับความรุนแรงโดยใช้เกณฑ์คะแนน PHQ-9 ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) มีคะแนน PHQ≥15 จำนวน 1 ราย และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแบบไม่รุนแรง (mild to moderate depression) มีคะแนน PHQ<15 จำนวน 31 ราย

ตารางที่ 4 คะแนน PHQ-9 รายข้อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ลำดับ	คำถาม	Mean±SD	Min-Max
1	เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร	1.63±0.71	0-3
2	ไม่สบาย ซึมเศร้า ท้อแท้	1.00±0.62	0-2
3	หลับยากหรือหลับๆตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	2.16±0.72	1-3
4	เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	1.53±0.92	0-3
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0.94±0.80	0-3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0.63±0.71	0-2
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร	0.81±0.59	0-2
8	พูดซ้ำลง ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0.72±0.68	0-2
9	คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่า ถ้าตายไปคงจะดี	0.31±0.60	0-2
Mean value of PHQ-9		9.72±1.63	9-13

การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (simple regression) และการถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression) ระหว่างตัวแปรต้นจากการศึกษาที่เป็นมาตรวัดอัตราส่วน (ratio scale)

กับคะแนน PHQ-9 พบว่า มีเพียงอายุและค่าดัชนีมวลกายเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อยกับคะแนน PHQ-9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณระหว่างตัวแปรและคะแนน PHQ-9

ตัวแปร	Simple regression		Multiple regression	
	$\beta$ (95% CI)	p-value	$\beta$ (95% CI)	p-value
อายุ	0.080 (0.021,0.139)	0.008	0.080 (0.016,0.144)	0.014
BMI	0.133 (0.002,0.061)	0.034	0.031 (0.001, 0.061)	0.043
การแปรปรวน				
จำนวนครั้ง	-0.082 (-0.598,0.434)	0.754	-	-
ระยะเวลา	-0.289 (-0.788, 0.211)	0.256	-	-
DMFT	6.249 (-5.225,17.723)	0.284	-	-
Challacombe scale	0.004 (-0.345,0.353)	0.982	-	-

## สรุป

ภาวะปากแห้งเหตุ น้ำลายน้อยและโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ≤0.05) แต่สภาวะทันตสุขภาพด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

## อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบความชุก (prevalence) ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 12.70 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ซึ่งมีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 9.6-32.9<sup>24-26</sup>

เนื่องจากความแตกต่างของบริบทความเป็นอยู่ และสุขภาพของประชากรที่ศึกษา ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันในเรื่องปัจจัยระดับการศึกษา ภาวะปากแห้งเหตุ น้ำลายน้อย และโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าจำนวนผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซีมีเศร่ามากกว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีมีเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carmilla M.M., 2009<sup>27</sup> และ B. Hildrum, 2011<sup>28</sup> ที่สรุปผลว่า ภาวะซีมีเศร่ามีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) และความดันโลหิตเฉลี่ย (mean arterial pressure) ที่ต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่ารุนแรง หรือมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยภาวะซีมีเศร่ายาวนาน อธิบายโดยใช้กลไกทางชีววิทยาของ central monoamine system กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงตัวรับ (receptor) และระดับของฮอร์โมน neuropeptide-Y ในผู้ป่วยที่มีภาวะซีมีเศร่าและมีความคิดฆ่าตัวตาย<sup>29</sup> โดยฮอร์โมนดังกล่าว ทำหน้าที่สำคัญในการเป็นตัวควบคุมการส่งสัญญาณของสารสื่อประสาท norepinephrine ซึ่งมีฤทธิ์ด้านเศร่าโดยธรรมชาติ อีกทั้งยังกวดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลงด้วย<sup>30</sup>

อายุ และดัชนีมวลกายที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้สูงอายุเล็กน้อย สอดคล้องกับศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะซีมีเศร่าในผู้สูงอายุ ซึ่งอธิบายได้จากความถี่ในการเกิดโรคเรื้อรังที่มากขึ้น<sup>31</sup> นอกจากนี้งานวิจัยหลายเรื่องก่อนหน้านี้นี้ พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างค่าดัชนีมวลกายและโรคอ้วนลงพุง (abdominal obesity) กับอาการซีมีเศร่าเนื่องจากภาวะการตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic

inflammatory response) เรื้อรังซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่า<sup>32,33</sup>

งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซีมีเศร่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เนื่องจากมักมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปากลดลง นำมาสู่การละเลยการรักษาอนามัยช่องปาก รวมถึงการไปพบทันตแพทย์ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซีมีเศร่ามีการรายงานเรื่องการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันน้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซีมีเศร่า ตลอดจนการดื่มน้ำที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (dehydration) และการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (cariogenic food) มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซีมีเศร่า ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ นอกจากนี้ ภาวะซีมีเศร่ายังพบได้สูงในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อ (temporomandibular disorder)<sup>11,34</sup> ขณะเดียวกัน การสูญเสียฟันธรรมชาติและการเป็นโรคปริทันต์อักเสบยังมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซีมีเศร่าได้ ทั้งนี้เพราะจะทำให้การพูด เคี้ยว ยิ้มหัวเราะ ภาวลักษณะและการเข้าสังคมแย่ลง และนำไปสู่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นเอง<sup>12</sup>

จากผลการศึกษาปัญหาปากแห้งเหตุ น้ำลายน้อยพบในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซีมีเศร่ามากกว่าอีกกลุ่ม ซึ่งผลดังกล่าวไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่สรุปว่า ภาวะซีมีเศร่ามีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราการไหลของน้ำลายขณะพัก (unstimulated salivary flow rate) และส่งผลให้เกิดปัญหาปากแห้งเหตุ น้ำลายน้อย<sup>35</sup> อาจวิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซีมีเศร่ามีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าประชากรอีกกลุ่ม โดยเมื่อพิจารณาการศึกษาทางระบาดวิทยาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับภาวะปากแห้งเหตุ น้ำลายน้อย (xerostomia) ซึ่งอธิบายว่าโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular gland) โดยส่งผลให้

พื้นที่เฉลี่ยของ acinar cell และจำนวนของ acinar cell ลดลง และมีการแทรกซึมของไขมัน (fatty infiltration) ระหว่างเซลล์มากขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง<sup>36</sup> และเหตุผลประการต่อมาคือ ยาลดความดันโลหิต (antihypertensive drugs) บางกลุ่มที่ผู้ป่วยใช้ มีผลรบกวนการสร้างและลดอัตราการไหลของน้ำลาย (salivary flow) ทำให้เกิดภาวะน้ำลายน้อย (hyposalivation) ผ่านกลไกการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและตัวรับชนิด alpha 2-adrenergic receptor ของต่อมน้ำลาย การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าอัตราการไหลของน้ำลายขณะไม่ได้รับการกระตุ้น (unstimulated whole saliva: UWS) ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาขับปัสสาวะ (diuretics) ยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม calcium channel blockers (CCB) และ beta-blockers มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อย (xerostomia) สูงสุด<sup>27, 37</sup>

เมื่อทำการวิเคราะห์รายกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าแบบไม่รุนแรง (mild to moderate depression) และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression) ประกอบกับเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมิน PHQ-9 ข้อ 1- เพื่อไม่สนใจทำอะไร (บ่งบอกถึงอาการสิ้นยินดี) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเท่ากับ 1.63 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการสิ้นยินดี (anhedonia) ไม่รุนแรง จึงอาจไม่ได้ละเลยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับข้อมูลพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพที่ไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งการดูแลอนามัยช่องปากและการไปพบทันตแพทย์ มักพบในผู้ป่วยที่มีอาการสิ้นยินดีซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ส่งผลให้สภาวะช่องปากแย่ลง มีการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (dental plaque) ทำให้เกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบตามมา<sup>38-40</sup> จึงสรุปได้ว่า ไม่พบความแตกต่างของสภาวะทันตสุขภาพส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าชนิดไม่รุนแรงเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่ทราบความแตกต่างดังกล่าวในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ

อย่างไรก็ตาม รูปแบบงานวิจัยนี้เป็น cross-sectional study หรืองานวิจัยแบบภาคตัดขวางซึ่งไม่สามารถบอกความสัมพันธ์รูปแบบสาเหตุ-ผลลัพธ์ได้ (causality) และเป็นการศึกษาในสถานพยาบาลอาจไม่ใช่ตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศไทยได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว มีจำนวนใกล้เคียงกับผลการสำรวจในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศและเป็นการคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามที่ง่ายต่อการประเมินสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญต่อการให้การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพได้อย่างทันท่วงที โดยควรมีการประสานงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งจิตแพทย์ ในการเข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมป้องกันหรือรักษาภาวะซึมเศร้า อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2. ในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ ทันตแพทย์ไม่ควรละเลยภาวะปากแห้งเหตุน้ำลายน้อยด้วยการสังเกตลักษณะในช่องปากที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง ได้แก่ ฟัน เหงือก เนื้อเยื่ออ่อน และปริมาณน้ำลาย เป็นต้น และให้

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการประเมินภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) โดยใช้แบบประเมิน the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)<sup>41</sup> ร่วมกับแบบประเมิน PHQ-9 เพื่อเพิ่มความครอบคลุมมิติความรุนแรงและประเภทของภาวะสิ้นยินดี

2. ควรศึกษาเพิ่มในประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง เพื่อสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทันตสุขภาพและภาวะซึมเศร้าได้ ครอบคลุมขึ้น รวมถึงการเพิ่มปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะเรื่องยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์ทางช่องปาก การดื่มสุรา และปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อนามัยช่องปาก เจตคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นต้น

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องแม่นยำ ซึ่งลดข้อจำกัดจากการใช้แบบประเมิน PHQ-9<sup>42</sup>

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง ในเขตอำเภอแหลมฉบัง ในการสนับสนุนและประสานงานในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะทิตย์, วรุฒิ แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์, สุนิสา คำชื่น. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน (Prevalence and Factors Related to Depression among Elderly People in Community Hospitals). วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7:114-26.

2. Wolf TG, Cagetti MG, Fisher JM, Seeberger GK, Campus G. Non-communicable Diseases and Oral Health: An Overview. *Front Oral Health*. 2021;2:725460.
3. Fiorillo L. Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(10).
4. สุพัตรา วัฒนเสน, กุลธิดา นาคสุด, น้ำทิพย์ หวานนอก, นันทิยา รมณีรัตน์นากุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารทันตภิบาล*. 2563;31:121-35.
5. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med*. 2015;77(1):83-92.
6. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;207(4):299-305.
7. Solis ACO, Marques AH, Dominguez WV, Prado EBA, Pannuti CM, Lotufo RFM, et al. Evaluation of periodontitis in hospital outpatients with major depressive disorder. A focus on gingival and circulating cytokines. *Brain Behav Immun*. 2016;53:49-53.
8. Brandt L, Liu S, Heim C, Heinz A. The effects of social isolation stress and discrimination on mental health. *Transl Psychiatry*. 2022 Sep 21;12(1):398.
9. Hammer-Helmich L, Haro JM, Jönsson B, Tanguy Melac A, Di Nicola S, Chollet J, et al. Functional impairment in patients with major depressive disorder: the 2-year PERFORM study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:239-49.
10. Mohammadi TM, Sabouri A, Sabouri S, Najafipour H. Anxiety, depression, and oral health: A population-based study in Southeast of Iran. *Dent Res J (Isfahan)*. 2019;16(3):139-44.

11. Skośkiewicz-Malinowska K, Malicka B, Ziętek M, Kaczmarek U. Oral health condition and occurrence of depression in the elderly. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(41):e12490.
12. Cademartori MG, Gastal MT, Nascimento GG, Demarco FF, Corrêa MB. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2018;22(8):2685-702.
13. Dahl KE, Calogiuri G, Jönsson B. Perceived oral health and its association with symptoms of psychological distress, oral status and socio-demographic characteristics among elderly in Norway. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):93.
14. Datta D. Depression and oral health. *International Journal of Current Research*. 2018;10(03):66561-4.
15. Solis AC, Lotufo RF, Pannuti CM, Brunheiro EC, Marques AH, Lotufo-Neto F. Association of periodontal disease to anxiety and depression symptoms, and psychosocial stress factors. *J Clin Periodontol*. 2004;31(8):633-8.
16. Delgado-Angulo EK, Sabbah W, Suominen AL, Vehkalahti MM, Knuuttila M, Partonen T, et al. The association of depression and anxiety with dental caries and periodontal disease among Finnish adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(6):540-9.
17. Aldosari M, Helmi M, Kennedy EN, Badamia R, Odani S, Agaku I, et al. Depression, periodontitis, caries and missing teeth in the USA, NHANES 2009-2014. *Fam Med Community Health*. 2020;8(4).
18. Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG, Ganguli M, Jeste DV, Paulsen JS, et al. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach.
19. Seifu B, Yigzaw N, Haile K, Reshid Z, Asfaw H. Prevalence of depression, anxiety and associated factors among patients with dental disease attending outpatient department in Addis Ababa public hospitals, Addis Ababa, Ethiopia: a multicenter cross-sectional study.
20. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:46.
21. British Society of Periodontology. BPE Guidelines 2019. January 2019. Available online: [https://www.bsperio.org.uk/assets/downloads/BSP\\_BPE\\_Guidelines\\_2019.pdf](https://www.bsperio.org.uk/assets/downloads/BSP_BPE_Guidelines_2019.pdf) (accessed on 1 October 2022).
22. Cutress TW, Ainamo J, Sardo-Infirri J. The community periodontal index of treatment needs (CPITN) procedure for population groups and individuals. *Int Dent J*. 1987 Dec;37(4):222-33.
23. Challacombe, S. The Challacombe Scale. *Oral Dis*. 2011, 17, 109–114.
24. Charoensakulchai S, Usawachoke S, Kongbangpor W, Thanavirun P, Mitsiriswat A, Pinijjai O, et al. Prevalence and associated factors influencing depression in older adults living in rural Thailand: A cross-sectional study. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(12):1248-53.
25. Aung TNN, Moolphate S, Koyanagi Y, Angkurawaranon C, Supakankunti S, Yuasa M, et al. Depression and Associated Factors among Community-Dwelling Thai Older Adults in Northern Thailand: The Relationship between History of Fall and Geriatric Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17).
26. Thipprakmas R. Prevalence and Factors Associated with Depression in the Elderly: A Systematic Review. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2021;15.
27. Langari SF, Hosseini SR, Bijani A, Jenabian N, Motalebnejad M, Mahmoodi E, et al. Association between antihypertensive drugs and the elderly's oral health-related quality of life: Results of Amirkola cohort study. *Caspian J Intern Med*. 2022;13(3):582-8.

28. Hildrum B, Romild U, Holmen J. Anxiety and depression lowers blood pressure: 22-year follow-up of the population based HUNT study, Norway. *BMC Public Health*. 2011;11:601.
29. Sharma A, Ren X, Zhang H, Pandey GN. Effect of depression and suicidal behavior on neuropeptide Y (NPY) and its receptors in the adult human brain: A postmortem study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2022;112:110428.
30. Ruohonen ST, Pesonen U, Savontaus E. Neuropeptide Y in the noradrenergic neurons induces the development of cardiometabolic diseases in a transgenic mouse model. *Indian J Endocrinol Metab*. 2012;16(Suppl 3):S569-76.
31. Wu Q, Feng J, Pan C-W. Risk factors for depression in the elderly: An umbrella review of published meta-analyses and systematic reviews. *Journal of Affective Disorders*. 2022;307:37-45.
32. Badillo N, Khatib M, Kahar P, Khanna D. Correlation Between Body Mass Index and Depression/Depression-Like Symptoms Among Different Genders and Races. *Cureus*. 2022;14(2):e21841.
33. Guo YX, Wang AQ, Gao X, Na J, Zhe W, Zeng Y, et al. Obesity is positively Associated with Depression in Older Adults: Role of Systemic Inflammation. *Biomed Environ Sci*. 2023;36(6):481-9.
34. Namvar MA, Afkari BF, Moslemkhani C, Mansoori K, Dadashi M. The Relationship between Depression and Anxiety with Temporomandibular Disorder Symptoms in Dental Students. *Maedica (Bucur)*. 2021;16(4):590-4.
35. Gholami N, Hosseini Sabzvari B, Razzaghi A, Salah S. Effect of stress, anxiety and depression on unstimulated salivary flow rate and xerostomia. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2017;11(4):247-52.
36. Kawamoto M, Yamada SI, Gibo T, Kajihara R, Nagashio S, Tanaka H, Yajima J, Takizawa A, Kondo E, Sakai H, Kaneko T, Uehara T, Kurita H. Relationship between dry mouth and hypertension. *Clin Oral Investig*. 2021 Sep;25(9):5217-5225.
37. Ramírez Martínez-Acitores L, Hernández Ruiz de Azcárate F, Casañas E, Serrano J, Hernández G, López-Pintor RM. Xerostomia and Aalivary Flow in Patients Taking Antihypertensive Drugs. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7).
38. Steinmann LA, Dohm K, Goltermann J, Richter M, Enneking V, Lippitz M, et al. Understanding the neurobiological basis of anhedonia in major depressive disorder - evidence for reduced neural activation during reward and loss processing. *J Psychiatry Neurosci*. 2022;47(4):E284-e92.
39. Gabbay V, Johnson AR, Alonso CM, Evans LK, Babb JS, Klein RG. Anhedonia, but not irritability, is associated with illness severity outcomes in adolescent major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25(3):194-200.
40. วนิดา อาแว. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวีสันยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้ (Selected Factors Related To Anhedonia Among Persons With Major Depressive Disorder), Southern Region. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2561;19:333-42.
41. Nakonezny PA, Morris DW, Greer TL, Byerly MJ, Carmody TJ, Grannemann BD, et al. Evaluation of anhedonia with the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) in adult outpatients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res*. 2015;65:124-30.
42. Levis B, Benedetti A, Ioannidis JPA, Sun Y, Negeri Z, He C, et al. Patient Health Questionnaire-9 scores do not accurately estimate depression prevalence: individual participant data meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2020 Jun; 122 :115-128.e1.