กระทรวงสาธารณสุข
Ministry of Public Health

วารสารวิชาการสาธารณสุข

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE OF THAILAND







ISSN 3027 - 7396 (PRINT)

ISSN 3027 - 740X (ONLINE)

ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๕ กันยายน - ตุลาคม ๒๕๖๘

Vol. 34 No.5 September - October 2025

จัดทำโดย สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

https://thaidj.org/index.php/JHS

วารสารวิชาการสาธารณสุข
สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่ 34 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2568

Journal of Health Science of Thailand
Health Technical Office, Ministry of Public Health
Vol. 34 No. 5, September - October 2025

สารบัญ

หน้าที่ Page

Contents

บทบรรณาธิการ — **Editorial**

สายเกินไปแล้วที่จะกำจัดโรคหัด
วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
777 It Is too Late to Eliminate Measles
Wiwat Rojanapithayakorn

นิพนธ์ต้นฉบับ — **Original Article**

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด: การศึกษาแบบตัดขวางในอำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน
วิษณุ มงคลคำ และคณะ
778 Prevalence and Associated Factors of Depression in a Super-Aged Society: a Cross-Sectional Study in Na Noi District, Nan Province, Thailand
Witsanu Mongkolkum, et al.

การประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ประกอบอาชีพขับขี่มอเตอร์ไซค์รับจ้างในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
กนกพร โพธิวร และคณะ
791 A Study of Pulmonary Function Test of Motorcycle Taxi in Bangpli District, Samutprakarn Province
Kanokpon Potiwon, et al.

ปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่ตำบลตะปอเยาะ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2565
นูรอามีนา โตะนาฮุง
เด่นพงษ์ วงศ์วิจิตร
799 Factors Influencing Vaccination Coverage of Children 0-5 Years Old in Tapoyo Subdistrict, Yi-ngo District, Narathiwat Province, Fiscal Year 2022
Nur-Armina Tohnahung
Denpong Wongwichit

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพเก็บขยะและคัดแยกขยะ ในประเทศกำลังพัฒนา: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
เกศริน ขอหน่วงกลาง และคณะ
810 Health Impacts Assessment of Waste Pickers and Waste Collectors in Developing Countries: a Systematic Review
Kesarin Kornoungklang, et al.

ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารที่เอื้อต่อสุขภาพกายและใจ กรณีศึกษานำร่องโรงพยาบาลชุมชนในภาคกลางของประเทศไทย
ภาวดี อังศุสิงห์ และคณะ
820 Supportive Outdoor Environment Factors: Case Study of Community Hospitals in Central Region of Thailand
Pavadee Ansusinha, et al.

วารสารวิชาการสาธารณสุข
สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่ 34 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2568

Journal of Health Science of Thailand
Health Technical Office, Ministry of Public Health
Vol. 34 No. 5, September - October 2025

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
ความเที่ยงในการตรวจวินิจฉัยโรคฟันผุ (DMFT) ในเด็กอายุ 12 ปีที่ศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา *นิตยา พวงราช และคณะ*	832	Rater Reliability for Assessing DMFT in 12 Year-Old Children in Primary School *Nittaya Phuangrach, et al.*
ประสิทธิผลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก *ศรีไพร เรือนเถิน และคณะ*	840	Effectiveness of Triage Patient-Based Accident and Emergency Patient Screening Criteria of Registered Nurses, Accident and Emergency Department, Mae Ramat Hospital, Tak Province *Sriprai Rueanthoen, et al.*
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง *อมรรัตน์ นาวาวี และคณะ*	849	The Effect of the Health Behavior Modification Program on HbA1c Level Control among Diabetic Patients in Chronic Noncommunicable Disease Clinic *Amonrat Navawee, et al.*
รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล-บ้านร่องย้าง ตำบลลอ อำเภอจุน จังหวัดพะเยา *พิสิษฐ์ สมงาม* *ณีรนุช วงค์เจริญ*	857	A Participation Model of Road Safety in the Community of Rong Yang Health Promoting Hospital, Lo Subdistrict, Chun District, Phayao Province *Phisit Somngam* *Neeranuch Wongcharoen*
การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตราการการค้นหาผู้ป่วยความดันสูงในสถานบริการในระดับประเทศ *กฤษฎา หาญบรรเจิด* *ณัฐิวรรณ พันธ์มุง*	868	Evaluation of Nationwide Hospital BP Intervention *Krisada Hanbunjerd* *Nuttiwan Punmung*
ผลทันทีของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อน่องต่อการกระดกข้อเท้าและความสามารถในการทรงตัวในผู้ที่มีกล้ามเนื้อน่องตึง *อรียาภรณ์ จงเสถียรธรรม*	884	The Acute Effects of Gastrocnemius Stretching on Ankle Dorsiflexion and Balance in Individuals with Gastrocnemius Muscle Tightness *Areeyaporn Chongsatientam*

วารสารวิชาการสาธารณสุข
สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่ 34 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2568

Journal of Health Science of Thailand
Health Technical Office, Ministry of Public Health
Vol. 34 No. 5, September - October 2025

สารบัญ

หน้าที่ Page

Contents

ประสบการณ์และทัศนคติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ผลการสนทนากลุ่มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบุคลากรสาธารณสุข
พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง
พสิษฐ์พล วัชรวงศ์วาน
894 Experiences and Perspective on Health Literacy in Stroke: a Focus Group Study in Stroke Patients and Healthcare Professionals
Pornsawan Posawang
Pasitpon Vatcharavongvan

การตรวจสอบองค์ประกอบทางพฤกษเคมีและฤทธิ์ต้านการอักเสบในการพัฒนาครีมบรรเทาอาการปวดเข่าด้วยนวัตกรรมนาโนอิมัลชันจากสารสกัดใบกัญชา
สถาพร สัตย์ซื่อ และคณะ
906 Phytochemical Screening and Anti-inflammatory Activity (Nitric Oxide) in Development of Knee Pain Relief Cream by Nanoemulsion from Cannabis sativa L. Extract
Sathaporn Satsue, et al.

ผลของการใช้ตุ๊กตาสอนแปรงฟันในการทำความสะอาดช่องปากของนักเรียนระดับชั้น ป. 4-6 โรงเรียนสอนคนตาบอด
สุวภักดิ์ โพธิเสน และคณะ
921 The Effectiveness of Tooth Brushing Dolls for Oral Self-Cleaning among Students in Grades 4 - 6 at the School for the Blind
Suwapak Phothisen, et al.

ผลของการสุมยาสมุนไพรในผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ร่วมด้วย คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด โรงพยาบาลสังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย
รสมน เพ็งสิงห์
934 Effect of Herbal Steam Inhalation for Asthma Patient with Allergic Rhinitis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma Clinic, Sangkhom Hospital, Sangkhom District, Nongkhai Province
Rossamon Pengsing

ปัจจัยที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย
ยุทธนา แยบคาย
ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์
942 Factors Promoting Performance of Village Health Volunteers in Sukhothai Province
Yutthana Yaebkai
Pramote Wongsawat

การรักษาการบาดเจ็บลำไส้ใหญ่: ผลลัพธ์ของการผ่าตัดในประชากรไทย
ปริญญา สันติชาติงาม
กีรศักดิ์ จัตวัฒนกุล
951 Surgical Management of Colonic Trauma: a Thai Perspective and Outcomes
Prinya Santichatngam
Keerasak Jatwattanakul

ความสัมพันธ์ระหว่างการย้อมอิมมูโนฮิสโตเคมีของ ALK และการเพิ่มจำนวนยีน MYCN ในมะเร็งนิวโรบลาสโตมา
อัญชลีรัตน์ เลิศสถิตย์ และคณะ
963 Association Between ALK Immunohistochemistry and MYCN Gene Amplification in Pediatric Neuroblastoma
Anchaleerat Lertsatit, et al.

วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 34 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2568

Journal of Health Science of Thailand
Vol. 34 No. 5, September - October 2025

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original article*

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด: การศึกษาแบบตัดขวางในอำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน

วิษณุ มงคลคำ, พ.บ., ส.ม.*
พิชญา รินทา, พย.ม.**
นิตยา ยะติ, พย.บ,***
** กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลนาน้อย จังหวัดน่าน*
*** กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนาน้อย จังหวัดน่าน*
**** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนาน้อย จังหวัดน่าน*
ติดต่อผู้เขียน: วิษณุ มงคลคำ Email: witnu29447@gmail.com

วันรับ: 6 ก.พ. 2567
วันแก้ไข: 18 ต.ค. 2567
วันตอบรับ: 28 ต.ค. 2567

บทคัดย่อ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (aged society) ในปี พ.ศ. 2565 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ในอีกไม่เกิน 15 ปี ผู้สูงวัยจะมีอาการไม่จำเพาะเรียกว่ากลุ่มอาการผู้สูงวัย (geriatric syndromes) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาด้วยยาหลายขนานเกินจำเป็น ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากมีผลกระทบทั้งผู้สูงอายุเองและญาติที่ดูแล การศึกษาก่อนหน้าพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแตกต่างกันขึ้นกับบริบทของพื้นที่ ยังไม่มีการศึกษาใดที่ทำการศึกษาในพื้นที่สังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอดมาก่อน อำเภอนาน้อยจังหวัดน่านเป็นอำเภอซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอดแล้วในปี พ.ศ. 2566 จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทราบความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด โดยเป็นการศึกษาพรรณนาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในช่วงเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มารับบริการในโรงพยาบาลนาน้อยโดยการสุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและวิเคราะห์ปัจจัยโดยใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบ multiple logistic regression ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้า (TGDS-15 ≥6) ร้อยละ 27.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คือ ภาวะเสี่ยงขาดสารอาหาร [MNA(short form) score <12 (adjusted OR 12.61; 95%CI=2.89-55.06)] การอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง (adjusted OR 11.82; 95%CI=1.53-91.46) ภาวะนอนไม่หลับและใช้ยาช่วยให้หลับ (adjusted OR 16.55; 95%CI=3.09-88.64) ภาวะนอนไม่ค่อยหลับแต่ไม่ได้ใช้ยาช่วยให้หลับ (adjusted OR 4.41; 95%CI=1.39-13.96) ส่วนรูปร่างผอม (BMI <18.5) พบเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ (adjusted OR 0.26; 95%CI=0.07-0.99) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการรับมือสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) ซึ่งประเทศไทยจะต้องเผชิญในอนาคต

คำสำคัญ: **ผู้สูงอายุ; ภาวะซึมเศร้า; สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด**

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) และระดับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 1 ใน 6 ของประชากรโลก และภายในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (2.1 พันล้านคน) ในจำนวนนี้ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปคาดว่าจะเพิ่มขึ้นสามเท่า เป็น 426 ล้านคน โดยพบการกระจายตัวเริ่มต้นในประเทศที่มีรายได้สูงก่อน เช่น ประเทศญี่ปุ่น ปัจจุบันพบประชากรมีอายุมากกว่า 60 ปีแล้วถึงร้อยละ 30 และคาดว่าภายในปี พ.ศ. 2593 สองในสามของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง[1] สำหรับประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติสรุปว่าไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548[2] และได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้วในปี พ.ศ. 2565[3] คาดว่าอีกไม่เกิน 15 ปี ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด[4]

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหรือภาวะต่าง ๆ ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุเองแล้วยังมีผลกระทบไปถึง ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศอีกด้วย[5] ผลกระทบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีลักษณะที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ทั่วไปได้แก่ พลังงานสำรองของร่างกายลดลง อาการและอาการแสดงทางคลินิกไม่ชัดเจน มักมีพยาธิสภาพหลายอย่างร่วมกัน มีการใช้ยาร่วมหลายขนานและมักมีปัญหาทางสังคม[6] ผู้สูงอายุจะมาด้วยอาการหรืออาการแสดงที่ไม่จำเพาะเรียกว่ากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ประกอบด้วย ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) ปัญหาการหกล้ม (falls) ปัญหาด้านการนอนหลับ (sleep disorder) ปัญหาด้านการรับประทานอาหาร (problem with eating or feeding) อารมณ์เศร้า (depressed mood) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) และภาวะความสามารถในการเคลื่อนไหวจำกัด (immobility)[7] ผลกระทบที่สำคัญของกลุ่มอาการสูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีอาการไม่จำเพาะโรคหรือภาวะใดภาวะหนึ่งมีแนวโน้มรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า[8]

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุที่สำคัญ Hu T และคณะ รายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วโลกร้อยละ 28.4[9] ในขณะที่การศึกษาของ Hong C และคณะ รายงานความชุกดังกล่าวถึงร้อยละ 35.1[10] ความชุกที่แตกต่างกันขึ้นกับความความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน และจำนวนขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานั้น[9]

การศึกษาในประเทศไทยพบความชุกที่แตกต่างกันตามพื้นที่ วิธีการศึกษา เช่นเดียวกันโดย อิสรีย์ ศิริวรรณกุลธร และคณะ รายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 13.3[11] ในขณะที่มกรารัตน์ หวังเจริญ รายงานความชุกอยู่ที่ร้อยละ 44.8[12] ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่เพศหญิง การศึกษาต่ำกว่าปฐมศึกษา การต้องมีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน ความไม่เพียงพอของรายได้ รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท การไม่ได้ออกกำลังกาย โสดหรือหย่าร้าง การดื่มสุรา ปัญหาการนอนไม่หลับ วัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60–74 ปี) ดัชนีมวลกาย ≥25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร[13] ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย[13] ความสามารถในการเคี้ยวอาหารและภาวะขาดสารอาหาร[14-16] การอยู่ตามลำพัง[14] และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel-ADL index) ที่ลดลง[17,18] การมีโรคประจำตัวมากกว่า 4 โรคขึ้นไปโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ได้แก่ โรคข้อหรือกระดูกเสื่อม ความดันโลหิตสูง หูตึง ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และสายตาพร่ามัว[19]

สถานการณ์ผู้สูงอายุของอำเภอนาน้อยพบว่า ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดแล้วในปี พ.ศ. 2566 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 20.0[20] ทาง

โรงพยาบาลนาน้อยจึงได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นระบบตั้งแต่การค้นหาคัดกรองความเสี่ยง การจัดการรักษาฟื้นฟู และการประสานเตรียมชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า แต่ละการศึกษาจะพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้านั้นแตกต่างกัน นั่นหมายความว่าความแตกต่างของพื้นที่และบริบททางสังคมวัฒนธรรมมีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแตกต่างกัน ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลนาน้อยซึ่งเป็นโรงพยาบาลในพื้นที่ให้บริการสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนเตรียมรับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดของประเทศไทยในอนาคต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มารับบริการในโรงพยาบาลในพื้นที่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยเก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างจากผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มารับบริการในโรงพยาบาลนาน้อยในช่วงที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนาน้อย และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการสื่อสาร เช่นหูตึงมาก หรือมีความผิดปกติทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกันคือผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยอาการใดอาการหนึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3[11] จึงนำมาใช้ในการคำนวนขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับสำรวจหาความชุกกรณีไม่ทราบขนาดประชากร[21]

$$n=Z^2P(1-P)/e^2$$

เมื่อ Z =1.96 และกำหนด e=0.05 P=0.133 ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ 178 คนและบวกเพิ่มอีกร้อยละ 10 เป็น 196 คน เพื่อชดเชยกรณีความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามหรือข้อมูล

กระบวนการวิจัย ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากผู้สูงอายุที่มารับบริการจำนวน 196 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะการนอนไม่หลับ พฤติกรรมสุขภาพ คือ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และประเมินความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel-ADL index ประเมินภาวะทุพโภชนาการใช้เครื่องมือ mini-nutritional assessment: MNA (short form) ซึ่งแนะนำโดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ[22] ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยใช้ Yubi- wakka (finger-ring test)[23] และประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 15 ข้อ (Thai geriatric depression scale: TGDS-15) ที่พัฒนาโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงณหทัย วงศ์ปการันย์และคณะ[24] มีค่าความไว (sensitivity) อยู่ที่ 0.92 ค่าความจำเพาะ (specificity) อยู่ที่ 0.87 ค่าทำนายผลบวก (positive predictive value: PPV) อยู่ที่ร้อยละ 83.3 ส่วนข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิตได้จากเครื่องวัดมาตรฐานของโรงพยาบาล ส่วนจำนวนฟันแท้ในปากและจำนวนคู่สบฟันกรามในปากได้จากการตรวจร่างกาย จากนั้นวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ตามหนังสือรับรองเลขที่ 10/2566 ลงวันที่22 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

จากแบบสัมภาษณ์จำนวน 196 ชุด มีแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์จำนวน 191 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.5 พบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า (TGDS-15 score ≥6) 53 ราย (ร้อยละ 27.7) (95%CI=21.5-34.7) อายุเฉลี่ย 71.3 ปี ร้อยละ 53.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.5 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 15.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน ร้อยละ 56.0 รายได้น้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.4 มีรายได้จากเงินยังชีพผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 17.3 มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 28.8 ไร้คู่ชีวิตในปัจจุบัน (โสด/หย่า/ม่าย) ร้อยละ 7.9 อาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 81.2 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 96.3 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 31.4 ออกกำลังกายสม่ำเสมอด้วยวิธีการเดินอย่างน้อยวันละ 30 นาทีติดต่อกัน ร้อยละ 55.0 มีความบกพร่องในการบดเคี้ยวอาหาร (จำนวนฟันแท้เหลือ <20 ซี่หรือจำนวนคู่สบฟันหลังเหลือ <4 คู่) ร้อยละ 1.6 อยู่ในภาวะพึ่งพา (ADL score <12) ร้อยละ 40.3 มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (MNA short form score<12) ร้อยละ 30.4 มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Yubi-wakka finger ring test = smaller) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุแยกตามปัจจัย (n=191)

ตัวแปร		No Depression		Depression		Chi-square	p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ปัจจัยส่วนบุคคล							
อายุ ปี)	ผู้สูงอายุวัยต้น 60-69)	69	77.5	20	22.5	2.53	0.28
	ผู้สูงอายุวัยกลาง 70-79)	51	68.9	23	31.1		
	ผู้สูงอายุวัยปลาย ≥80)	18	64.3	10	35.7		
เพศ	ชาย	64	71.9	25	28.1	0.01	0.52
	หญิง	74	72.5	28	28.5		
การศึกษา	ประถมหรือต่ำกว่า	121	71.6	48	28.4	0.31	0.39
	ประถมศึกษาขึ้นไป	17	77.3	5	22.7		
2. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ							
สถานภาพสมรส	อยู่กับคู่ชีวิต	106	77.9	30	22.1	7.63	0.006**
	โสด/หย่า/ม่าย	32	58.2	23	41.8		
อาชีพเดิมก่อนอายุ 60 ปี	เกษตรกร	107	71.3	43	28.7	0.29	0.37
	ค้าขาย รับจ้าง อื่นๆ	31	75.6	10	24.4		
อาชีพปัจจุบัน	ไม่ได้ทำงาน	49	55.7	39	44.3	23.35	<0.001**
	ยังทำงานตามกำลัง§	89	86.4	14	13.6		
รายได้ต่อเดือน	<2,500 บาท	65	60.7	42	39.3	16.06	<0.001**
	>2,500 บาท	73	86.9	11	13.1		
แหล่งรายได้	เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	30	51.7	28	48.3	17.51	<0.001**
	เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และอื่นๆ§	108	81.2	25	18.8		
สมาชิกในบ้าน	อยู่ตามลำพัง	7	46.7	8	53.3	5.32	0.03*
	อยู่ร่วมกับสมาชิกอื่นในบ้าน	131	74.4	45	25.6		
ภาวะพึ่งพา	มี ADL <12	1	33.3	2	66.7	2.3	0.19
	ไม่มี ADL ≥12	137	72.9	51	21.1		

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุแยกตามปัจจัย (n=191) (ต่อ)

ตัวแปร		No Depression		Depression		Chi-square	p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
3. ปัจจัยสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ							
BMI	Under-weight <18.5)	25	75.8	8	24.2	11.02	0.004**
	Normal 18.5-22.9)	43	58.9	30	41.1		
	Over-weight >23)	70	82.4	15	17.6		
Systolic BP	≥140 mmHg	26	72.2	10	27.8	1.83	0.4
	120-140 mmHg	85	75.2	28	24.8		
	<120 mmHg	27	64.3	15	35.7		
Diastolic BP	<70 mmHg	43	61.4	27	38.6	6.51	0.04*
	70-80 mmHg	61	79.2	16	20.8		
	≥80 mmHg	34	73.3	10	22.7		
ภาวะอ้วนลงพุง[&]	มี	37	88.1	5	11.9	6.74	0.006**
	ไม่มี	101	67.8	48	32.2		
ภาวะโภชนาการ	MNA <12	70	90.9	7	9.1	22.4	<0.001**
	MNA ≥12	68	59.6	46	40.4		
โรคประจำตัว	กระดูกและข้อ	13	81.3	3	18.8	0.71	0.3
	เบาหวาน	39	70.9	16	29.1	0.07	0.46
	ความดันโลหิตสูง	76	72.4	29	27.6	0.01	0.55
	โรคหัวใจ	12	70.6	5	29.4	0.03	0.54
	หูตึงจนสื่อสารลำบาก	2	50.0	2	50.0	1.01	0.31
	โรคอื่น ๆ	71	69.6	31	30.4	0.76	0.24
จำนวนโรคประจำตัว	≥3 โรค	21	63.6	12	36.4	1.48	0.16
	<3 โรค	117	74.1	41	25.9		
พฤติกรรมการดื่มสุรา	นาน ๆ ครั้ง	32	94.1	2	5.9	9.86	0.001**
	ไม่ดื่ม	106	67.5	51	32.5		
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	สูบ	7	100.0	0	0.0	2.79	0.1
	ไม่สูบ	131	71.2	53	28.8		
พฤติกรรมการนอนหลับ	นอนไม่ค่อยหลับ ใช้ยาช่วยให้หลับ	7	36.8	12	63.2	30.46	<0.001**
	นอนไม่ค่อยหลับ ไม่ได้ใช้ยาช่วยให้หลับ	27	54.0	23	46.0		
	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ	104	85.2	18	14.8		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	ไม่สม่ำเสมอ	88	67.2	43	32.8	5.36	0.01**
	สม่ำเสมอ	50	83.3	10	16.7		
ความสามารถในเคี้ยว[¥]	ไม่ดี	65	61.9	40	38.1	12.45	<0.001**
	ดี	73	84.9	13	15.1		
Yubi-Wakka[£] n,% Smaller)	34	58.6	24	41.4	7.72	0.005**	
Just fit or bigger		104	78.2	29	21.8		

* p<0.05, [&] รอบเอว ชาย >80 cm. หญิง >90 cm., [§] รายได้อื่น ๆ (บำนาญ/ประกันสังคม ลูกหลานให้ ค้าขาย ฯลฯ), [¥] ความสามารถในการเคี้ยวอาหารดีคือการมีฟันแท้ ≥20 ซี่ หรือ มีคู่สบฟันหลัง ≥4 คู่ [£] Finger ring test

เมื่อทำการทดสอบปัจจัยด้วยสถิติ Pearson correlation พบว่า ปัจจัยทำนายทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันต่ำ ($r<0.65$) ไม่มีปัญหาเรื่อง multicollinearity จึงวิเคราะห์ต่อด้วยสถิติ logistic regression โดยวิเคราะห์แบบ univariant ทุกปัจจัยเพื่อหา crude odd ratio (OR crude) และเลือกปัจจัยที่มีค่า $p<0.2$ วิเคราะห์แบบ multivariant เพื่อหา Adjusted Odd ratio (adjusted OR) ต่อไป คือ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ สมาชิกในบ้าน ภาวะพึ่งพา BMI, systolic-BP, diastolic-BP ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการดื่มสุรา/การนอนหลับ/การออกกำลังกาย ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหาร และ Yubi-wakka (finger ring test) ได้ผลลัพธ์ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลนาน้อยโดยใช้ univariant analysis และ multivariant analysis

	ตัวแปร	Univariant		Multivariant	
		OR crude (95%CI)	p-value	adjusted OR (95%CI)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล					
อายุ (%)	ผู้สูงอายุวัยต้น(60-69ปี)	1		1	
	ผู้สูงอายุวัยกลาง(70-79ปี)	1.56 (0.77-3.13)	0.22	1.78 (0.50-6.31)	0.37
	ผู้สูงอายุวัยปลาย (≥80ปี)	1.92 (0.76-4.81)	0.16	0.23 (0.05-1.45)	0.13
เพศ (%)	ชาย	1			
	หญิง	0.97 (0.51-1.83)	0.92		
การศึกษา (%)	ประถมหรือต่ำกว่า	1.35 (0.47-3.86)	0.58		
	ประถมศึกษาขึ้นไป	1			
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ					
สถานภาพสมรส (%)	โสด/หย่า/ม่าย	2.54 (1.30-4.97)	0.007	0.44 (0.13-1.49)	0.19
	อยู่กับคู่ชีวิต	1		1	
อาชีพเดิม€ (%)	เกษตรกร	1.25 (0.56-2.79)	0.59		
	อื่น ๆ	1			
อาชีพปัจจุบัน (%)	ไม่ได้ทำงาน	5.06(2.51-10.22)	<0.001	2.85 (0.94-8.64)	0.06
	ยังทำงานตามกำลัง§	1		1	
รายได้ต่อเดือน (%)	<2,500 บาท	4.29 (2.04-9.02)	<0.001	2.05 (0.55-7.71)	0.29
	>2,500 บาท	1		1	
แหล่งรายได้ (%)	เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	4.03 (2.06-7.91)	<0.001	2.94 (0.92-9.36)	0.07
	เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ+อื่น ๆ@	1		1	
สมาชิกในบ้าน (%)	อยู่ตามลำพังคนเดียว	3.33 (1.14-9.69)	0.03	11.82 (1.53-91.46)	0.02*
	อยู่ร่วมกับสมาชิกอื่นในบ้าน	1		1	
ภาวะพึ่งพา (%)	มี (ADL <12)	5.37(0.48-60.53)	0.17	2.40 (0.10-55.46)	0.59
	ไม่มี (ADL ≥12)	1		1	
ปัจจัยสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ					
BMI (n,%)	Under-weight (<18.5)	0.46 (0.18-1.15)	0.10	0.26 (0.07-0.99)	0.05*
	Normal (18.5-22.9)	1		1	
	Over-weight (>23)	0.31 (0.15-0.64)	0.001	0.87 (0.29-2.65)	0.81

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลนาน้อยโดยใช้ univariant analysis และ multivariant analysis (ต่อ)

ตัวแปร		Univariant		Multivariant	
		OR crude (95%CI)	p-value	adjusted OR (95%CI)	p-value
Systolic BP (%)	≥140 mmHg	1.17 (0.50-2.72)	0.72	0.61 (0.14-2.66)	0.51
	120-140 mmHg	1		1	
	<120 mmHg	1.69 (0.79-3.61)	0.18	1.47 (0.45-4.77)	0.52
Diastolic BP (n,%)	<70 mmHg	2.39 (1.15-4.97)	0.02	2.48 (0.80-7.64)	0.12
	70-80 mmHg	1		1	
	≥80 mmHg	1.12 (0.46-2.74)	0.80	0.74 (0.0.19-2.91	0.67
ภาวะอ้วนลงพุง& (%)	มี	0.28 (0.11-0.77)	0.01	0.95 (0.23-3.85)	0.94
	ไม่มี	1		1	
ภาวะโภชนาการ (%)	MNA <12	6.76(2.86-16.02)	<0.001	12.61 (2.89-55.06)	0.001*
	MNA ≥12	1		1	
โรคประจำตัว (%)	กระดูกและข้อ	0.58 (0.16-2.11)	0.41		
	เบาหวาน	1.10 (0.55-2.20)	0.79		
	ความดันโลหิตสูง	0.99 (0.52-1.86)	0.97		
	โรคหัวใจ	1.09 (0.37-3.27)	0.87		
	หูตึงจนสื่อสารลำบาก	2.67 (0.37-19.43)	0.33		
	โรคอื่น ๆ	1.33 (0.70-2.52)	0.38		
จำนวนโรคประจำตัว (%)	≥3 โรค	1.63 (0.74-3.60)	0.23		
	น้อยกว่า 3 โรค	1			
พฤติกรรมการดื่มสุรา (%)	นาน ๆครั้ง	0.13 (0.30-0.56)	0.006	0.34 (0.05-2.50)	0.30
	ไม่ดื่ม	1		1	
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (%)	สูบ	-	-	-	-
	ไม่สูบ	-	-	-	-
พฤติกรรมการนอนหลับ (%)					
	นอนไม่ค่อยหลับ ใช้ยาช่วยให้หลับ	9.91(3.44-28.53)	<0.001	16.55(3.09-88.64)	0.001*
	นอนไม่ค่อยหลับ ไม่ได้ใช้ยาช่วยให้หลับ	4.92(2.33-10.40)	<0.001	4.41 (1.39-13.96)	0.01*
	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ	1		1	
พฤติกรรมการออกกำลังกาย (%)					
	ไม่สม่ำเสมอ	2.44 (1.13-5.28)	0.02	2.59 (0.84-7.94)	0.10
	สม่ำเสมอ	1		1	
ความสามารถในการบดเคี้ยว¥ (%)					
	ไม่ดี	3.46 (1.70-7.03)	0.001	1.42 (0.45-4.48)	0.55
	ดี	1		1	
Yubi-Wakka£ (%)	smaller	2.53 (1.30-4.92)	0.006	1.04 (0.33-3.26)	0.94
Just fit or Bigger		1		1	

*p ≤0.05, $ 95% confidence interval of 1 proportion, € อาชีพก่อนอายุ 60 ปี, § แหล่งรายได้อื่น ๆ (เกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง อื่น ๆ) @ รายได้อื่น ๆ (บำนาญ/ประกันสังคม ลูกหลานให้ ค้าขาย ฯลฯ) & รอบเอว ชาย >80 cm. หญิ ง>90 cm. ¥ ความสามารถในการเคี้ยวอาหารดีคือการมีฟันแท้ ≥20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลัง ≥4 คู่ £ Finger ring test

สรุป

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 191 รายพบมีภาวะซึมเศร้า (TGDS-15 ≥6) 53 รายคิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 27.7 ปัจจัยที่มีผลเมื่อวิเคราะห์พหุปัจจัยด้วย Multiple logistic regression คือภาวะเสี่ยงขาดสารอาหาร (MNA (short form) <12 การอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง ภาวะนอนไม่หลับและใช้ยาช่วยให้หลับ (AOR 16.55; CI 3.09-88.64; p 0.001) ภาวะนอนไม่ค่อยหลับแต่ไม่ได้ใช้ยาช่วยให้หลับ (AOR 4.41; CI 1.39-13.96; p 0.01) ส่วนรูปร่างผอม (BMI <18.5) พบเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ (AOR 0.26; CI 0.07-0.99; p<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลนาน้อยโดยใช้ Univariant analysis และ Multivariant analysis

ตัวแปร	Univariant		Multivariant	
	crude OR (95%CI)	p-value	adjusted OR (95%CI)	p-value
ผอม (MBI <18.5)	0.46 (0.18-1.15)	0.100	0.26 (0.07-0.99)	0.050*
เสี่ยงขาดสารอาหาร (MNA <12)	6.76(2.86-16.02)	<0.001	12.61 (2.89-55.06)	0.001*
อยู่คนเดียวตามลำพัง	3.33 (1.14-9.69)	0.030	11.82 (1.53-91.46)	0.020*
นอนไม่ค่อยหลับ+ใช้ยาช่วยให้หลับ	9.91(3.44-28.53)	<0.001	16.55 (3.09-88.64)	0.001*
นอนไม่ค่อยหลับแต่ไม่ได้ใช้ยาช่วยให้หลับ	4.92 (2.33-10.40)	<0.001	4.41 (1.39-13.96)	0.010*

*p<0.05

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 27.7 ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญคือภาวะเสี่ยงขาดสารอาหาร ภาวะอยู่คนเดียวตามลำพัง และภาวะนอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[11,12,25-30] ในขณะที่ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้เมื่อวิเคราะห์ด้วย univariant analysis พบมีความพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (การไม่ได้ทำงาน crude OR 5.06; 95%CI=2.51-10.22, รายได้ <2500 บาทต่อเดือน crude OR 4.29; 95%CI=2.04-9.02 และการมีรายได้จากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุจากรัฐบาลเพียงอย่างเดียว crude OR 4.03; 95%CI=2.06-7.91) แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วย multivariant analysis กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากการศึกษาก่อนหน้า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอำเภอนาน้อยเป็นสังคมชนบท ประชาชนยังคงใช้วิถีชีวิตแบบดั้งเดิมคือ การทำการเกษตรกินเองไม่ค่อยได้พึ่งพาระบบตลาด ประกอบกับเมื่อเจ็บป่วยก็สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ภาระค่าใช้จ่ายประจำวันจึงมีน้อย ดังนั้น ปัจจัยด้านการงานและรายได้จึงไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ต่างกับสังคมเมืองที่พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลอย่างมากกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[31]

ผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตหรือไม่ได้แต่งงานหรือหย่าร้างพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์ด้วย univariant analysis (crude OR 2.54; 95%CI=1.30-4.97) แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วย multivariant analysis ไม่พบความความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าถึงแม้คู่สมรสเสียชีวิต หย่าร้าง หรือเป็นโสด แต่ถ้ายังมีสมาชิกอื่นในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันก็ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแต่อย่างใด ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจะพบความสัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้าค่อนข้างมาก (adjusted OR 11.82, 95%CI= 1.53-91.46) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้[14,32]

ภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (MNA short form <12) พบว่า มีผลอย่างมากกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (adjusted OR 12.61, 95%CI=2.89-55.06) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[14-16] โดยปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารคือ ความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารลดลง (crude OR 3.46, 95%CI=1.70-7.03) และภาวะเสี่ยงมวลกล้ามเนื้อน้อย (crude OR 2.53, 95%CI=1.30-4.92) ถึงแม้เมื่อวิเคราะห์ด้วย multivariant analysis ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

การศึกษานี้พบว่า ภาวะน้ำหนักน้อยเป็นปัจจัยป้องกันของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (adjusted OR 0.26, 95%CI= 0.07-0.99) ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาก่อนหน้ายังไม่พบปรากฏการณ์นี้ แต่พบมีการศึกษาว่าการทำการลดน้ำหนัก (weight loss intervention) ในผู้ที่น้ำหนักเกินแล้วพบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าลดลง[33] ในขณะที่การศึกษาก่อนหน้าสนับสนุนภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ≥25) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า[13] ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุ ที่มีน้ำหนักน้อยแต่ไม่ถึงระดับขาดสารอาหารเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตามยังต้องมีการศึกษาต่อไปเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน

โรคประจำตัวและจำนวนโรคประจำตัวเราไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่า จำนวนโรคประจำตัวหลายโรคมีผลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ[19,34] ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้โรคประจำตัวและจำนวนโรคประจำตัวไม่ค่อยมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากนักดังจะเห็นได้จากพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (ADL <12) เพียง 3 รายคิดเป็นร้อยละ 1.6 เท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ทำในโรงพยาบาลในพื้นที่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ในขณะที่พื้นที่ส่วนใหญ่ในประเทศไทยกำลังย่างเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ดังนั้นผลลัพธ์จากการศึกษาจึงเป็นการสะท้อนปัญหาของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดซึ่งประเทศไทยจะต้องเผชิญในอนาคต ผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายสาธารณะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบเพื่อการวางแผนหรือกำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต โดยเรื่องที่พบเป็นปัญหาสำคัญและสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือภาวะเสี่ยงขาดสารอาหาร ซึ่งนอกจากจะเน้นการส่งเสริมให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสมแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับการเพิ่มศักยภาพในการบดเคี้ยวอาหารอีกด้วย จึงเสนอว่าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานพยาบาลทุกระดับในประเทศไทย นอกจากจะคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q แล้วควรได้รับการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย โดยถามคำถามว่า “ในช่วงนี้รับประทานอาหารได้ตามปกติหรือไม่ ถ้าตอบว่า “ไม่” ให้ส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษาต่อไป และควรกำหนดเป็นตัวชี้วัดให้สถานบริการทุกระดับตรวจประเมินจำนวนฟันในปากผู้สูงอายุเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง ถ้าเหลือฟันแท้น้อยกว่า 20 ซี่หรือคู่สบฟันกรามหลังน้อยกว่า 4 คู่ ถือว่าไม่มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุในอนาคต ให้ส่งต่อทันตแพทย์เพื่อพิจารณาทำฟันเทียมต่อไป ทั้งนี้ควรกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติและจัดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอในการทำฟันเทียมในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเห็นควรจัดให้ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ โดยอาจเพิ่มค่าเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพื่อให้มีกำลังในการจ่ายเพื่อเข้าถึงแหล่งอาหารที่เหมาะสมได้ง่ายขึ้น ในส่วนของปัญหาการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ เห็นควรให้มีการสนับสนุนส่งเสริม และขยายผลโรงเรียนผู้สูงอายุให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการพบปะพูดคุยและมีกิจกรรมร่วมกัน นอกจากนี้เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณเพื่อบูรณาการการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่

ตามลำพังในพื้นที่ของตน และให้การช่วยเหลือเยียวยาต่อไป หากผู้สูงอายุในชุมชนสามารถดูแลตัวเองได้และมีสุขภาพจิตที่ดี บุตรหลานวัยแรงงานก็จะได้ไม่กังวลและสามารถตั้งใจทำงานให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติได้อย่างเต็มที่

ทั้งนี้เห็นควรให้บรรจุวาระการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย (ภาวะโภชนาการ) และจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า การนอนไม่หลับ) ตลอดจนปัญหาการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ เข้าไปในเป้าหมายของการพัฒนาชุมชนโดยอาศัยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการใด ๆ จึงไม่ใช่ตัวแทนของผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ การศึกษาในอนาคตควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุที่มีและไม่มีโรคเรื้อรัง โดยจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาควรมีอย่างน้อย 500 ตัวอย่างขึ้นไปเพื่อให้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ logistic regression มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น[35]

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.สตางค์ ศุภผล โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผศ.ดร.นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้ให้ความรู้และให้คำปรึกษาการวิเคราะห์สถิติแบบ logistic regression ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health. [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 27]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สังคมผู้สูงอายุ: นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html
3. ศุทธิดา ชวนวัน, กาญจนา เทียนลาย, วิชาญ ชูรัตน์, ปัณณวัฒน์ เถื่อนกลิ่น, สิทธิชาติ สมตา. Research brief การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/research-brief-การเข้าถึงระบบบริการ/
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-408.pdf
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2560. บทสรุปสำหรับผู้บริหารและข้อเสนอแนะ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1543898692-147_0.pdf
6. ปณิตา ลิมปะวัฒนะ. กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นที่น่าสนใจทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2560.
7. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, บรรณาธิการ. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544. หน้า 74-94.
8. ณภัทร จิรวัฒน์, ศุภนิดา คำนิยม, วงศธร เทียบรัตน์, ปณิตา ลิมปะวัฒน. กลุ่มอาการสูงอายุคืออะไร? วารสารอายุรศาสตร์-มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562;5(1):23-34.

9. Hu T, Zhao X, Wu M, Li Z, Luo L, Yang C, et al. Prevalence of depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 24]. Available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35316691/
10. Hong C, Yu J, Rui L, Qinge Z, Zhaohui S, Gabor SU, et al. Global prevalence of depression in older adults: a systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 5]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201822004154
11. อิสรีย์ ศิริวรรณกุลธร, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญ-พรพาณิชย์, ชัยสิริ อังกุระวรานนท์, อัศวิน โรจนสุมาพงศ์, ชลอวัฒน์ อินปา, และคณะ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(1):1-11.
12. มกรารัตน์ หวังเจริญ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565;14(2):50-66.
13. Li Z, Tong X, Ma Y, Bao T, Yue J. Prevalence of depression in patients with sarcopenia and correlation between the two diseases: systematic review and meta-analysis. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle 2022;13:128-44.
14. Simões P, Amaral AP, Rocha C. Malnutrition in elderly: relationship with depression, loneliness and quality of life. Eur J Public Health [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 4];31(suppl 2):ckab120.093. Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/31/Supplement_2/ckab120. 093/6336105
15. Islam M Z, Disu T R, Farjana S, Rahman M M. Malnutrition and other risk factors of geriatric depression: a community-based comparative cross-sectional study in older adults in rural Bangladesh. BMC Geriatr 2021;21:572.
16. สมัญญา ขันรักษา, มยุรี ลี่ทองอิน, วีระเดช พิศประเสริฐ. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ใน: การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ พ.ศ. 2560; 10 มีนาคม 2560; มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น: 2560. หน้า 673-85.
17. กมลภู ถนอมสัตย์. การดำเนินชีวิต ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจ 2564;13(1):1-12.
18. Zhao L, Wang J, Deng H, Chen J, Ding D. Depressive Symptoms and ADL/IADL Disabilities among older adults from low-income families in Dalian, Liaoning. Clinical Interventions in Aging 2022;17:733-43.
19. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. Psychiatr Clin North Am 2011;34(2): 469-87.
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. ปีรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ อำเภอนาน้อย [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://nan.hdc.moph.go.th/hdc/reports/
21. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2566;16(2):8-18.
22. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ณจันตา ครีเอชั่น; 2564.
23. Tanaka T, Takahashi K, Akishita M, Tsuji T, Iijima K. "Yubi-wakka" (finger-ring) test: A practical self-screening method for sarcopenia, and a predictor of disability and mortality among Japanese community-dwelling

older adults. Geriatr Gerontol Int 2018;18(2):224-32.

24. Wongpakaran N, Wongpakaran T, van Reekum R. The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. J Clin Med Res 2013;5(2):101-11.

25. วิชุดา อุ่นแก้ว, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;3(4):577-89.

26. จารุวรรณ ก้านศรี, ชุติมา มาลัย, ศศิวิมล บูรณะเรข, อภินันท์ บุษบก. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562;35(3):24-33.

27. กฤติเดช มิ่งไม้ ,วีรศักดิ์ เมืองไพศาล , สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. การสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. การประชุมวิชาการระดับชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนา. 22 ธันวาคม 2558; มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; 2558. หน้า 143-53.

28. สุชาดา แซ่ลิ่ม. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562;33(1):193-201.

29. วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะทิตย์, วรวุฒิ แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์ และ สุนิสา ค้าขึ้น. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7(2):114-26.

30. ปิติคุณ เสตะปุระ, ณัฐธกูล ไชยสงคราม.ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(3):1071-84.

31. Yingrat N, Nitchawan K, Petch R. Factors associated with depressive symptoms in elderly individuals living in urban communities. Psychol Res Behav Manag 2022;15:855-64.

32. Supa P, Peltzer K, Dararatt A. Prevalence and determinants of incident and persistent depressive symptoms among middle-aged and older adults in Thailand: prospective cohort study. B J Psych Open 2023;9(e99):1-7.

33. Payne ME, Starr KNP, Orenduff M, Mulder HS, Mcdonald SR, Spira AP, et al. Quality of life and mental health in older adults with obesity and frailty: associations with weight loss intervention. J Nutr Health Aging 2018;22(10):1259-65.

34. 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 [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 4];19:10574. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9518436/

35. Bujang MA, Sa'at N, Sidik TITAB, Joo LC. Sample size guidelines for logistic regression from observational studies with large population: emphasis on the accuracy between statistics and parameters based on real life clinical data. Malays J Med Sci 2018;25(4):122-30.

Prevalence and Associated Factors of Depression in a Super-Aged Society: a Cross-Sectional Study in Na Noi District, Nan Province, Thailand

Witsanu Mongkolkum, M.D., M.P.H.*; Phichaya Rinta, M.N.S.; Nittaya Yati, B.N.S. *****

** Department of Medicine, Nanoi Hospital, Nan Province; ** Department of Nurse, Nanoi Hospital, Nan Province; *** Department of Psychiatry and Drug, Nanoi Hospital, Nan Province, Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(5):778-90.

Corresponding author: Witsanu Mongkolkum, Email: witnu29447@gmail.com

Abstract: Thailand has become an aged society since 2022; and is projected to transit into a super-aged society within the next 15 years. Older adults often present with non-specific clinical manifestations collectively known as geriatric syndromes, which tend to lead to excessive and potentially inappropriate polypharmacy. Depression is one of the most common geriatric syndromes and represents a significant public health concern due to its impact on both the older adults and their caregivers. Previous studies reported varying factors associated with depression in older adults depending on the local context. To date, no study has been conducted in a district that has already reached super-aged society status in Thailand. Na Noi District in Nan Province achieved this demographic milestone in 2023. The objective of this study was to assess the prevalence of depression and factors affecting it. It was a cross-sectional, analytic study. Data were collected from a random sample of 191 older adults aged 60 years and above attending Na Noi Hospital. Structured interviews were used for data collection. The association between factors and depression was analyzed using multiple logistic regression. The cut-off for depression was a Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15) score of ≥6. It was found that the prevalence of depression (TGDS-15 ≥6) was 27.7%. The effective factor was malnutrition (MNA-short form) score <12 (OR adjust 12.61; Cl 2.89-55.06); living alone (OR adjust 11.82; Cl 1.53-91.46); insomnia and using drugs for sleeping (OR adjust 16.55; Cl 3.09-88.64); insomnia but not using dsrugs for sleeping (OR adjust 4.41; Cl 1.39-13.96); and slim proportion (OR adjust 0.26; Cl 0.07-0.99). On the contrary, underweight (BMI ≤18.5) was found to be a protective factor in this study (OR adjust 0.26; 95%CI=0.07-0.99). In conclusion, the findings of this research can be served as a guide for developing strategies to effectively manage the challenges of the super-aged society that Thailand will face in the future.

Keywords: **elderly; depression; super-aged society**

กระทรวงสาธารณสุข
Ministry of Public Health