

Received: 20 Apr 2021; Revised: 3 May 2021

Accepted: 10 May 2021

การจัดการโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Management of Depression in Patients with Non-Communicable Disease

พรภิรมย์ กระแสจันทร์¹, อุบล จารัตน์² และ พาวพร ทองนาค³

Pornpirom Grasajun¹, Ubon Jarat² and Paporn Thongnak³

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ นำมาซึ่งความสูญเสียให้แก่ผู้ที่เป็นครอบครัว สังคม และประเทศชาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของอารมณ์ พันธุกรรม ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว รวมถึงโรคทางกายหลายโรคและยาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคได้ปัจจุบันพบว่าโรคซึมเศร้าและโรคเรื้อรังหลายชนิดมีความสัมพันธ์กันในลักษณะสองทางกล่าวคือ ทั้งสองโรคถือเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งกันและกัน วัตถุประสงค์ของการศึกษา: เพื่อวิเคราะห์การจัดการโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง วิธีการศึกษา: เป็นแบบ retrospective cohort study โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2563 ผู้เข้าร่วมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคเรื้อรัง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ประกอบด้วย 1) มีความพิการหูตึง 2) ไม่สามารถสื่อสารได้ 3) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลประวัติผู้ป่วยนอกและประวัติผู้ป่วยในจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลลำตวน หลังได้รับการรักษาไม่ครบ 1 ปีในช่วงที่เก็บข้อมูล และ 4) ปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา รวบรวมข้อมูลทางสังคมและประชากรศาสตร์ ตลอดถึงข้อมูลทางคลินิก ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต โดยนักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรม ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษาทั้งสิ้น 609 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.9) อายุเฉลี่ย 63.78 ± 12.246 ปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 16.3 เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคความดัน

¹ เกสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำตวน จังหวัดสุรินทร์

² สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาการบริหารงานสาธารณสุข รพ.สต.บ้านตะเคียน ตำบลอุโลก อำเภอลำตวน จังหวัดสุรินทร์

* ติดต่อผู้พิมพ์: โรงพยาบาลลำตวน อำเภอลำตวน จังหวัดสุรินทร์ 32220, 044-541412-3, sansab07@hotmail.com

โลหิตสูง เป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 23.1 และ 10.5 ตามลำดับ และยังพบว่า โรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหอบหืด และโรคเบาหวานร่วมโรคไขมัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผลลัพธ์การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน 9Q ลดลงจาก 6.20 เป็น 4.74 ณ เดือนที่ 0 และ 12 ตามลำดับ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} 0.05$ สรุป: ถึงแม้ผลลัพธ์ เมื่อเปรียบเทียบก่อน และหลังการรักษา จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} 0.05$ แต่จากการศึกษาก็ยังแสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยของคะแนน 9Q ที่ลดลง

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการ

Abstract

Major depressive disorder (MDD) is a common psychiatric disorder, and an important public health problem. Depressed patients have neurotransmitter disorder in the brain that are involved in mood regulation and the expression of emotions. Personal personality traits genetics, including many physical ailments and medication, are related with disease. Currently found depression and many chronic diseases are related in two ways (bidirectional). Objective: To analyze the management of depression in patients with non-communicable disease. Method: Retrospective cohort study by collecting data from electronic databases from October 2019 to September 2020. The participants were patients diagnosed with a non-communicable disease group aged 18 years and over. Had continued treatment for a period of one year and had consented to participate in the study with the criteria for selecting sample groups from the study, consisting of 1) deafness 2) unable to communicate 3) patients with outpatient and inpatient history data from the electronic database of Lamduan hospital less than 1 year after receiving treatment during the collection period and 4) refused to join the study. Collect social and civil science information as well as clinical data with a depression screening form of the Department of Mental Health by trained psychologists. Results: The majority of the 609 participants who met the study criteria were female (64.9%), mean age 63.78 ± 12.246 years. NCD patients diagnosed with depression accounted for 16.3%. When classified by disease, it was found that patients with high blood pressure most depressed followed by diabetes with high blood pressure accounted

for 23.1% and 10.5%, respectively, and also found that diabetes with high blood pressure, heart disease, asthma and diabetes with dyslipidemia there is a risk of developing depression was statistically significant at p-value <0.05. Outcomes for treatment of depression in NCD patients were found that the mean 9Q score decreased from 6.20 to 4.74 at months 0 and 12, respectively. But no statistically significant difference was found at p-value 0.05. Summary: Although the result when compared before and after treatment no statistically significant difference was found, but the study also showed a lower mean 9Q score

Keyword: Major Depressive Disorder, Non-Communicable Disease, Treatment

บทนำ

โรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ป่วยเป็นโรค Major depressive disorder ตามเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยของ ICD (International Classification of Diseases and health related problems) ซึ่งพัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) (กรมสุขภาพจิต, 2552) โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญนำมาซึ่งความสูญเสียให้แก่ผู้ที่เป็นครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2552) ในปัจจุบัน อยู่ระหว่างการศึกษากลไกสาเหตุของการเกิดโรค ที่ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีความเชื่อว่า ทฤษฎี neuroplasticity (หรือ neurotrophic) hypothesis (กรมสุขภาพจิต, 2553; ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2553) เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้า ดังรายละเอียดของทฤษฎีที่กล่าวว่า การเกิดความผิดปกติหรือการสูญเสียความสามารถในการปรับตัวของเซลล์ประสาท เมื่อเกิดพยาธิสภาพขึ้น โดยเชื่อว่า ความผิดปกติของเซลล์ประสาทที่ควบคุมเรื่องของอารมณ์ เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ในระดับเซลล์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาท[4]ในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวจะเสียความสมดุล ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป พันธุกรรม (บุญญพัฒน์ ไชยมล, 2556) ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า เพราะพบว่า ในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2.8 เท่า ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว (พงษ์เกษม ไชมุกต์ประภาศร และคณะ, 2552; มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, 2562) เช่น การมองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าได้รวมถึงโรคทางกายหลายโรคและยา (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2549) ก็มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้เช่นกันโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และยังพบร่วมกับโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ ได้

บ่อย อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคลมชัก โรคพาร์กินสัน และโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งปัจจุบันพบว่า โรคซึมเศร้าและโรคเรื้อรังหลายชนิด มีความสัมพันธ์กันในลักษณะสองทาง (bidirectional) กล่าวคือ ทั้งสองโรคถือเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งกันและกัน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2557) นอกจากโรคเรื้อรังจะเหนี่ยวนำให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าก็สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมาได้เช่นกัน ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคลมชัก โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด และโรคหลอดเลือดแดงโค-โรนารี ได้ 4-6, 2.1, 1.8 และ 1.5-2 เท่า ตามลำดับ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2557) โรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ทั่วไปในประชาชนทุกเพศวัย โดยทั่วโลกพบความชุกตลอดช่วงชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 2 – 21 ซึ่งพบมากที่สุดในประเทศแถบยุโรป และต่ำที่สุดในบางประเทศแถบเอเชีย (aan het Rot et. al., 2009) จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชในคนไทย ปี 2551 ประเมินการว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,311,797 คน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive episode) และจำนวน 181,809 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) (Arunpongpaisal, 2015)

ข้อมูลงานวิจัยด้านความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย จากการคัดกรองพบโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.7 และมีความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตถึงร้อยละ 19.9 (Gutiérrez-Rojas et. al., 2020) หากวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ภายในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลก ที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Krueger et. al., 2011) สำหรับประเทศไทย พบว่า ในหญิงไทย โรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เป็นอันดับ 4 และเป็นอันดับ 10 ในชายไทย หากพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability, YLD) พบว่า โรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทย และอันดับ 2 ในชายไทย (Kulkarni et. al., 2014) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักกล่าว เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 3.7 นั้นหมายความว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกเป็นจำนวนมาก ต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2552) ด้วยตระหนักถึงประโยชน์อันจะเกิดกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ การให้ความเอาใจใส่และดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้ามาร่วมอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์การจัดการโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบงานวิจัย เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study ณ โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 สามารถรองรับผู้ป่วยเฉลี่ย 200-300 คน/วัน เก็บ ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2563 มีผู้เข้าร่วมการศึกษา ทั้งหมด 609 คน โดยพิจารณา ค่า power of test ที่ 80% ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ความแม่นยำที่ 5% และเมื่อพิจารณาความชุกของโรค ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค NCDs ต่าง ๆ เป็น 29.1 (Murray & Lopez, 1997) และอัตราการไม่ ตอบสนองที่ 10% โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่สะดวกในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรค เรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี (Murray & Lopez, 1997) และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลทางสังคมและประชากรศาสตร์ ตลอดถึง ข้อมูลทางคลินิก ถูกรวบรวมโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ประกอบด้วย 1) มีความพิการหูตึง 2) ไม่สามารถสื่อสารได้ 3) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลประวัติผู้ป่วย นอกและประวัติผู้ป่วยในจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลลำดวน หลังได้รับการรักษาไม่ครบ 1 ปีในช่วงที่เก็บ ข้อมูล และ 4) ปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยสูตร กรณิทราบ จำนวนประชากร และทราบค่าสัดส่วน (Masi & Brovedani, 2011) โดยอ้างอิงค่าความชุก ซึ่งมีค่าร้อยละ 29.1 (Murray & Lopez, 1997) กำหนดให้ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนมีค่า 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 299 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายที่เกิดจากการเก็บข้อมูล (Masi & Brovedani, 2011) ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วทั้งหมด 333 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (Newton-Howes et. al., 2006; Park&Reynolds, 2015)

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามอารมณ์เศร้า มีความไวสูง คิดเป็นร้อยละ 97.3 (95%CI = 95.4 – 7.6%) ความจำเพาะต่ำ คิดเป็นร้อยละ 45.6 (95%CI = 42.5 – 48.7%) ความน่าจะเป็นโรค ซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า “ใช่” จะเพิ่ม ความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1 (95%CI 82.9 - 87.3%) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ 4.82 เท่า (Park&Reynolds, 2015) เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำตอบมี 2 แบบ คือ มีและไม่มี

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (90) (Ramasubbu et al., 2012; Sahay& Hen, 2007) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า จากการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis = 0.9283 (95%CI = 0.8931 - 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่า ความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD ค่าความ น่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ใน เกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวน 9 ข้อ เหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (Sahay& Hen, 2007)

แบบประเมิน 90 เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่า มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836 - 0.8210 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 (P-value < 0.001) มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI = 2.16 - 4.26) ตามลำดับ (Sahay& Hen, 2007) เป็นแบบสอบถามที่ช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรงโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัย สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เพื่อประเมินโรคซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

แปลผลโดย

คะแนนรวม < 7 คะแนน แปลผลว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า

คะแนนรวม 7 - 12 คะแนน แปลผลว่า มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย

คะแนนรวม 13 - 18 คะแนน แปลผลว่า มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

คะแนนรวม ≥ 19 คะแนน แปลผลว่า มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) (Sen et al., 2003)

เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินเพื่อค้นหาผู้มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย

แปลผลโดย

คะแนนรวม 0 คะแนน แปลผลว่า ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

คะแนนรวม 1 - 8 คะแนน แปลผลว่า แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย

คะแนนรวม 9 - 16 คะแนน แปลผลว่า แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง

คะแนนรวม ≥ 17 คะแนน แปลผลว่า แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาทุกคน จะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและ โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ก่อนเข้าสู่กระบวนการศึกษา เมื่อผู้ป่วย ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้ป่วยจะได้รับใบยินยอมเพื่อลงลายมือชื่อ

- 4.1 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทุกราย จะได้รับการซักประวัติข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ จาก เจ้าหน้าที่
- 4.2 นักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ จะทำการสัมภาษณ์ ด้วยแบบคัดกรองภาวะ ซึมเศร้า 20 เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้าแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 20 ตอบข้อ ใดข้อหนึ่ง หรือทั้งสองข้อ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ต่อ
- 4.3 นักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ จะทำการสัมภาษณ์ ด้วยแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 90 เพื่อประเมินโรคซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้าผลการประเมินโรคซึมเศร้า 90 ได้ผล คะแนนรวมตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป หรือมีการตอบในข้อ 9 (ในแบบประเมินโรคซึมเศร้า 90) ผู้วิจัยจะต้อง สัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 80 ต่อ
- 4.4 นักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ จะทำการสัมภาษณ์ ด้วยแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 80 กับผู้ป่วยทุกราย ที่ผลการประเมินพบว่า มีโรคซึมเศร้า
- 4.5 ผู้ป่วยที่ได้ผลคะแนนรวมตั้งแต่ 7 เป็นต้นไป เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 90 จะถูกส่งพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัย และพิจารณาแนวทางการรักษา
- 4.6 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยา เกสซิกจะเป็นผู้ติดตาม ประเมิน ผลการรักษา ด้วยยา ร่วมกับทีม
- 4.7 นักจิตวิทยาให้บริการจิตบำบัด และติดตาม ประเมินผลการรักษาด้วยแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 90 ทุกนัดการรักษา
- 4.8 ส่งต่อพบจิตแพทย์ตามเกณฑ์ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

- 5.1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน ตามความสอดคล้องของข้อมูลที่มีการกระจายตัวแบบปกติ ค่ามัธยฐาน และ interquartile range ตาม ความสอดคล้องของข้อมูลที่มีการกระจายตัวไม่เป็นแบบปกติ
- 5.2 วิเคราะห์ผลการรักษาเปรียบเทียบในเดือนที่ 0 และ 12 ด้วยสถิติ Pair-Sample T test

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ มีผู้เข้าร่วมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษาทั้งสิ้น 609 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 64.9) อายุเฉลี่ย 63.78 + 12.246 ปี สถิติการรักษาเป็นผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 36.5 จบ การศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.8 อาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 46.9 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ

88.3 เป็นโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ แอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 14.6 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษา	(n=609)
หญิง, %	64.9
อายุ, ปี	63.78±12.246
สิทธิการรักษา, %	
ผู้สูงอายุ	36.5
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	26.9
ข้าราชการ	18.7
ผู้พิการ	12.0
อสม./พสส.	3.8
ประกันสังคม	1.5
ผู้นำชุมชน	0.3
ทหารผ่านศึก	0.2
ชำระเงิน	0.2
ระดับการศึกษา, %	
ไม่ได้ศึกษา	2.8
ประถมศึกษา	59.8
มัธยมศึกษา	34.1
ปริญญาตรี	3.3
อาชีพ, %	
เกษตรกร	46.9
ไม่ได้ทำงาน	46.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.1
รับจ้างทั่วไป	3.0
สถานภาพสมรส, %	
สมรส	88.3
โสด	5.6

ข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษา	(n=609)
หม้าย/หย่าร้าง	6.1
กลุ่มโรคเรื้อรัง, %	
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง	40.7
ความดันโลหิตสูง	26.3
ความดันโลหิตสูง+ไขมัน	11.2
เบาหวาน	10.0
เบาหวาน+ไขมัน	3.6
ความดันโลหิตสูง+ไตวายเรื้อรัง	3.1
ไขมัน	1.6
หอบหืด	1.3
หัวใจ	1.0
เบาหวาน+ไตวายเรื้อรัง	0.8
ความดันโลหิตสูง+MI	0.3
การสูบบุหรี่, %	10.1
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, %	14.6

จากการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2563 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 16.3 เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวานร่วมโรค ความดันโลหิตสูง คิดเป็น ร้อยละ 23.1 และ 10.5 ตามลำดับ และยังพบว่า โรคเบาหวานร่วมโรคความดัน โลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหอบหืด และโรคเบาหวานร่วมโรคไขมัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลตามแนวทางที่เหมาะสม อันประกอบด้วย จิตศึกษา จิตบำบัด และ การใช้ยา ซึ่งการใช้ยารักษาประกอบด้วยยา 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม SSRI และ TCA ดังตาราง 2

ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานร่วม 1 ปี เมื่อประเมินผลลัพธ์การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค เรื้อรัง โดยพิจารณาค่าคะแนน 90 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน 90 ลดลงจาก 6.20 เป็น 4.74 ณ เดือนที่ 0 และ 12 ตามลำดับ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลลัพธ์การรักษาโรคซึมเศร้า

กลุ่มโรคเรื้อรัง	คะแนน 9Q				p-value	95% CI
	เดือน 0		เดือน 12			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
รวม	6.20	4.771	4.74	5.091	0.059	-0.057 to 2.971

สรุปและวิจารณ์

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีผู้เข้าร่วมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.9) อายุเฉลี่ย มากกว่า 60 ปี (63.78 ± 12.246 ปี) มีโรคเบาหวานร่วมโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40.7) สอดคล้องกับการศึกษาของ Park M et al. (2015) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคเบาหวาน สถานภาพโสด ฐานะทางบ้านไม่ดี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็น โรคเบาหวาน ถึง 3 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ (2562) ที่แสดงให้เห็นว่า ภาวะ ซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียทั้งทางจิตใจ สังคม และการ เสื่อมถอยของร่างกาย ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังประจำตัวมากกว่า 1 ชนิด และมักมีโรคเบาหวานร่วมด้วย การเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เนื่องจาก พยาธิสภาพของโรค และปัจจัยอื่น ๆ

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ 16.3 สอดคล้อง กับงานวิจัยของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2557) ที่พบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 15.83 (95% CI 11.13-20.53) โดยพบว่าผู้ป่วยหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วย ชาย (ร้อยละ 18.33 และ 8.34 ตามลำดับ)

ถึงแม้ผลลัพธ์เมื่อเปรียบเทียบก่อน และหลังการรักษา จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ p -value 0.05 แต่แสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยของคะแนน 90 ที่ลดลงจาก 6.20 เป็น 4.74 (เดือนที่ 0 และ 12 ตามลำดับ)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำตวน และสำคัญยิ่ง คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ให้ความร่วมมือในการได้มาซึ่งข้อมูล ตลอดถึงภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่ร่วมดำเนิน กิจกรรมตามโครงการฯ ในการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ระดับจังหวัด ฉบับปรับปรุง (ครั้งที่ 1)**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- คณะกรรมการจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐม ภูมิและทุติยภูมิ กรมสุขภาพจิต. (2553). **แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ ทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ Clinical Practice Guideline of Major Depressive Disorder for General Practitioner : CPG-MDD-GP**. อุบลราชธานี หจก. ธรรมออฟเซตศิริ.
- ธรณินทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เป็นบุปผา ศุภชัย จันทร์ทอง, สุพัตรา สุขวาทศักดา ชำค รุ่งมณี ยิ่งยืน และคณะ. (2553). **ความน่าเชื่อถือ และความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)**. นำเสนอในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 2553.
- ธรณินทร์ กองสุขสุพัตรา, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, ศุภชัย จันทร์ทอง, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, จินตนา จงเพิ่มพูนขาว. (2561). **ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง 9 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 63(4): 321-34.**
- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). **การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ; 16(2): 9-18.**
- พงษ์เกษม ไชยมุต์ประภาศรี จร อิตินันท์ อาณิรัตน์, ปธานนท์ ขวัญสินทิ บุญศิริ จันศิริมงคล สฎริ, ศุภวรรณ มณีสะอาด และคณะ. (2552). **การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย คำถามในชุมชนภาคใต้ 9 คำถาม ประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 2 เอกสารประกอบการ ประชุมนำเสนอผลงานการวิจัย กรมสุขภาพจิต.**
- มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์. (2562). **ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาล; 68(1): 58-65.**

- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข เบญจลักษณ์ มณีทอน ณรงค์ มณีทอน, กมลเนตร วรณเสวก เกษราภรณ์ เป็นบุปผา และคณะ. (2549). **การพัฒนาและความเที่ยงตรงของ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิดคำถามในชุมชนไทยอีสาน 2** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 50: 2-13.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2557). **ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 59(3): 287-98.
- aan het Rot M, Mathew SJ, Charney DS. (2009). **Neurobiological mechanisms in major depressive disorder**. CMAJ. Feb 3;180(3):305-13. doi: 10.1503/cmaj.080697. PMID: 19188629; PMCID: PMC2630359.
- Arunpongpaial S. (2015). **Epidemiology of depressive disorders** .In Arunpongpaial S,Vasiknanonte S.Textbook of depressive disorders .1st ed. Khon Kaen: 29-48.
- Gutiérrez-Rojas Luis, Porras-Segovia Alejandro, Dunne Henry, Andrade-González Nelson, Cervilla Jorge A. (2020). **Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review**. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020005024201&lng=en.
- Krueger C, Hawkins K, Wong S, Enns MW, Minuk G, Rempel JD. (2011). **Persistent pro-inflammatory cytokines following the initiation of pegylated IFN therapy in hepatitis C infection is associated with treatment-induced depression**. J Viral Hepat; 18:284-91. doi:10.1111/j.1365-2893.2010.01408.x.
- Kulkarni V, Chinnakali P, Kanchan T, Rao A, Shenoy M, Papanna MK. (2014). **Psychiatric Comorbidities among Patients with Select Non-communicable Diseases in a Coastal City of South India**. Int J Prev Med. 5(9): 1139-45.
- Masi G, Brovedani P. (2011). **The hippocampus, neurotrophic factors and depression: possible implications for the pharmacotherapy of depression**. 25(11): 913-31.
- Murray JL, Lopez AD. (1997). **The global burden of disease**. Cambridge: The Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. (2006). **Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies**. J Psychiatry. 188:13-20.

- Park M, Reynolds C. F. (2015). **Depression among older adults with diabetes mellitus.** Clin Geriatr Med. 31(1): 117.
- Ramasubbu R, Beaulieu S, Taylor VH, Schaffer A. (2012). **McIntyre RS; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid medical conditions: diagnostic, assessment, and treatment principles.** Ann Clin Psychiatry. 24(1): 82-90.
- Sahay A, Hen R. (2007). **Adult hippocampal neurogenesis in depression.** Nat Neurosci. Sep; 10(9): 1110.
- Sen S, Nesse RM, Stoltenberg SF, Li S, Gleiberman L, Chakravarti A, Weder AB, Burmeister M. (2003). **A BDNF coding variant is associated with the NEO personality inventory domain neuroticism, a risk factor for depression.** Neuropsychopharmacology. 28(2):397-401.
- Shyn SI, Hamilton SP. (2010). **The genetics of major depression: moving beyond the monoamine hypothesis.** Psychiatr Clin North Am. 33(1): 125-40.
- T. Kongsuk, P. Kittirattanapaiboon, K. Kenbubpha, S. Sukawaha, J. Leejongpermpoon. (2010). **The Prevalence of Major Depressive Disorders in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008.** Presented in WPA Section on Epidemiology and Public Health- Meeting Prediction in Psychiatric Epidemiology.