



# ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสันที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

## Prevalence of Major Depressive Disorder in Parkinson's Disease at Srinagarind Hospital

ศิริินภา อภิสัทธีภิญโญ\*, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล\*, สมศักดิ์ เทียมเก่า\*\*, พงศธร พหลภาคย์\*  
Sirinapa Aphisitphinyo\*, Suwanna Arunpongpaisal\*, Somsak Tiamkoa\*\*,  
Pongsatorn Paholpak\*

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

\*\* Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันที่มา  
รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)  
จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยอายุรกรรมระบบ  
ประสาทโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือน 1 ธันวาคม พ.ศ. 2555-1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556  
เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นการสอบถามข้อมูล  
ด้านประชากรศาสตร์ 2. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ  
ซึมเศร้าในโรคพาร์กินสัน 3. แบบวัดภาวะโรคซึมเศร้าและความวิตกกังวล ได้แก่ Mini International  
Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0 (M.I.N.I.5.0.0) module A, B, C, D และแบบประเมิน  
ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลชื่อ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS)

**ผลการศึกษา** ในช่วงที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสัน 139 ราย เป็นเพศชาย 84 ราย  
(ร้อยละ 60.4) เครื่องมือ M.I.N.I. 5.0.0 ทำให้พบโรคซึมเศร้า (major depressive disorder, MDD)  
1 ราย (ร้อยละ 0.72) พบโรคซึมเศร้าชนิด dysthymia 3 ราย (ร้อยละ 2.2) มีความเสี่ยงในการ  
ฆ่าตัวตาย 20 ราย (ร้อยละ 14.4) ความเสี่ยงที่พบนี้อยู่ในระดับต่ำ การศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสัน เนื่องจากพบความชุกของโรคซึมเศร้าใน  
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีน้อยมาก ขณะที่ Thai HADS ตรวจพบว่าผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 2.2) มีภาวะ  
ซึมเศร้า ผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 1.4) มีภาวะวิตกกังวล

**สรุป** ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสันคือร้อยละ 0.72 ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายก็เป็น  
ความเสี่ยงระดับต่ำ และพบเพียงร้อยละ 14.4 ไม่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าใน  
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อย

**คำสำคัญ** พาร์กินสัน ซึมเศร้า ความชุก

Corresponding author: ศิริินภา อภิสัทธีภิญโญ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(2): 167-176

## ABSTRACT

**Objective :** To study the prevalence of major depressive disorder (MDD) and factors associated with MDD among patients with Parkinson's disease in Srinagarind hospital

**Method :** A descriptive cross-sectional study was conducted. One hundred and thirty nine patients with Parkinson's disease at neurology clinic (OPD) were recruited during December 2012 to November 2013. The measurements were structured interview questionnaires consisting of 3 parts: 1) demographic data 2) history of Parkinson's disease and factor associated with depression in Parkinson's disease 3) questionnaire for depression and anxiety: Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0 (M.I.N.I.5.0.0) module A,B,C,D for major depressive disorder, and Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) for anxiety and depression.

**Results :** The prevalence of major depressive disorder among patients with Parkinson's disease was found 0.72 %, dysthymia 2.2% and suicidality 14.4% all of which had low to moderate risk. The present study could not find any statistical significant association between various factors and MDD in Parkinson's disease. Thai HADS detected 2 patients (1.4 %) to have depressive state and 3 patients to have anxiety state (2.2 %).

**Conclusion :** The prevalence of major depressive disorder patients with Parkinson's disease was very low. Suicidality was found only 14.4%, and no any significant risk factors were found in association with MDD in Parkinson's disease due to small sample size.

**Keywords :** Parkinson's disease, depression, prevalence

---

Corresponding author: Sirinapa Aphisitphinyo

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(2): 167-176

## บทนำ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท เป็นโรคเรื้อรังและพบมากในวัยสูงอายุ อาการของโรคพาร์กินสันแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ อาการทางการเคลื่อนไหว (motor symptoms) และอาการอื่นๆที่ไม่ใช่การเคลื่อนไหว (nonmotor symptoms) เช่น อาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric symptoms) อาการเกี่ยวกับการนอนหลับ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นต้น อาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric symptoms) ได้แก่ อารมณ์เศร้า (depression) และอารมณ์วิตกกังวล (anxiety)<sup>1,2</sup>

ความเสื่อมของระบบประสาทจนทำให้เกิดโรคพาร์กินสันเกิดจากจำนวนของ dopaminergic neuron ลดลงที่บริเวณ substantia nigra ทำให้เกิดอาการทางการเคลื่อนไหว ขณะเดียวกัน dopaminergic neuron ที่ limbic systems ก็ลดลงด้วย<sup>3</sup> จนอาจจะทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ขึ้น อาการที่ผิดปกติอาจจะเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลให้อาการของโรคพาร์กินสันแย่ลง การทำกิจวัตรประจำวันแย่ลง<sup>4</sup> ความสามารถในการจดจำและการเรียนรู้บกพร่อง<sup>5</sup> ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และเพิ่มภาระให้แก่ผู้ดูแลได้<sup>6</sup>

Nuti และคณะ<sup>7</sup> ศึกษาโดยใช้ semistructured diagnostic interview ตาม DSM IV-TR พบว่าในกลุ่มประชากรที่เป็นโรคพาร์กินสัน 90 รายพบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าร้อยละ 21.1 ส่วน Slaughter และคณะ<sup>8</sup> ศึกษาโดยใช้ depression instrument or DSM-III and DSM III-R criteria พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 24.8 และโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันมานานและมีประวัติอารมณ์ซึมเศร่าก่อนเกิดโรคพาร์กินสัน ขณะที่ Reijnders และคณะ<sup>9</sup> ศึกษาโดยใช้ semi-structured diagnostic interview ตาม DSM criteria พบว่าความชุกของโรคซึมเศร่าเท่ากับร้อยละ 17 และ Elise Tandberg และคณะ<sup>10</sup> ทำการ

ศึกษาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่อยู่ในชุมชนโดยวินิจฉัยตาม DSM-III R พบว่าความชุกของโรคซึมเศร่าเท่ากับร้อยละ 7.7

ความชุกของโรคซึมเศร่าในผู้ป่วยพาร์กินสันมีประมาณร้อยละ 11-44<sup>11-13</sup> ขึ้นอยู่กับกลุ่มอายุและเชื้อชาติ รวมไปถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร่า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร่าในผู้ป่วยพาร์กินสัน แบ่งเป็น 1. ปัจจัยด้านที่สัมพันธ์กับโรคพาร์กินสัน ได้แก่ มีอาการของโรคพาร์กินสันตั้งแต่อายุน้อย<sup>14-17</sup> มีภาวะทุพพลภาพอย่างมาก<sup>14</sup> มีอาการตอบสนองต่อยารักษาโรคพาร์กินสันไม่สม่ำเสมอ (wearing-off fluctuation)<sup>10</sup> ปริมาณใช้ยาลีโดปาขนาดสูง<sup>10,14</sup> มีประวัติครอบครัวของโรคพาร์กินสัน<sup>14</sup> Hoehn & Yahr staging สูง<sup>10,17,18</sup> ระยะการเป็นโรคพาร์กินสันที่ยาวนาน<sup>10,17</sup> ระยะเวลาที่ได้รับยาพาร์กินสัน<sup>10</sup> 2. ปัจจัยด้านที่ไม่สัมพันธ์กับโรคพาร์กินสัน ได้แก่ เพศหญิง<sup>2,14,16,18</sup> อายุมาก<sup>14</sup> พันธุกรรมของโรคซึมเศร่าในครอบครัว<sup>14</sup> มีความวิตกกังวล<sup>17</sup>

การวินิจฉัยโรคซึมเศร่าในผู้ป่วยพาร์กินสันอาจจะวินิจฉัยได้ยาก และอาจจะเป็นสาเหตุให้ไม่พบรายงานข้อมูลการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร่าในผู้ป่วยพาร์กินสันในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจและต้องการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร่าในผู้ป่วยพาร์กินสันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร่าในผู้ป่วยพาร์กินสันเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของโรคซึมเศร่าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และระดับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร่าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

## วิธีการศึกษา

1. **วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มศึกษาได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคพาร์กินสัน (Idiopathic Parkinson's disease) โดยอาจารย์อายุรแพทย์ระบบประสาทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB)<sup>19</sup> เก็บข้อมูลระหว่างเดือน 1 ธันวาคม พ.ศ. 2555-1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ผู้เก็บข้อมูลคือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ โดยได้มีการซักข้อมูลการใช้แบบสัมภาษณ์จนเข้าใจตรงกัน ผู้เก็บข้อมูลจะเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มศึกษาตอบ

### 2. กลุ่มตัวอย่าง

สูตรในการคำนวณที่ใช้ในการศึกษานี้ได้แก่

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$  = ค่าวิกฤตความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

p = ความชุกของภาวะ MDD ในการศึกษาที่ผ่านมาหน้านี้<sup>7</sup> = 21.1 %

$$q = 1 - p = 0.789$$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะพบโรค = 0.05 (ค่าความคลาดเคลื่อน 5%)

จะได้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ (n) = 255 ราย

### 3. เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นการสอบถามข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กับภาวะซึมเศร้าในโรคพาร์กินสัน ได้แก่ เพศ อายุ พันธุกรรมโรคซึมเศร้าในครอบครัว อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ระยะเวลาการเป็นโรคพาร์กินสัน ระยะเวลาที่ได้รับยาพาร์กินสัน ภาวะทุพพลภาพ ปริมาณยาลิโดโปลาที่ใช้ ประวัติครอบครัวของโรคพาร์กินสัน Hoehn & Yahr staging และระดับความวิตกกังวล โดยให้ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) เป็นแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินเรื่องความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า แบบสอบถามนี้มี sensitivity ร้อยละ 100 และ specificity ร้อยละ 86<sup>20</sup> สำหรับอาการวิตกกังวล มี sensitivity ร้อยละ 85.71 และ specificity ร้อยละ 91.3<sup>20</sup> สำหรับอาการซึมเศร้า

3.2 แบบวัดภาวะโรคซึมเศร้า คือ Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-Revised 2007 (M.I.N.I. 5.0.0 module A,B,C,D) เพื่อหาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดย module A เป็น module ที่ใช้วินิจฉัย Current or Recurrent Major Depressive Episode ซึ่ง module นี้มีค่า sensitivity ร้อยละ 98, specificity ร้อยละ 94<sup>21</sup>

4. **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน odd ratio ความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval หรือ 95% CI) และค่า p-value การศึกษานี้ได้รับอนุญาตเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามเอกสารอนุญาตเลขที่ HE 551112 และได้รับทุนสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2555 หมายเลขอ้างอิง I 55212

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผู้ตัวอย่างที่เป็นโรคพาร์กินสันที่มารับการ  
รักษาจากแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยอายุรกรรมระบบ  
ประสาทโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงเดือน 1  
ธันวาคม พ.ศ. 2555-1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 เก็บ

ข้อมูลได้ 139 ราย มีอายุระหว่าง 51-70 ปี อายุเฉลี่ย  
60.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) คือ 10.7 ปี เป็น  
เพศชาย 84 ราย (ร้อยละ 60.4) แต่งงานและอยู่กับคู่  
สมรส 109 ราย (ร้อยละ 78.4) มีญาติสายตรงป่วยเป็น  
โรคซึมเศร้า 4 ราย (ร้อยละ 2.9) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานทางด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มศึกษา (N = 139 คน)

ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	84 (60.4)
หญิง	55 (39.6)
<b>อายุ (ปี)</b>	
น้อยกว่า 40	5 (3.60)
40-50	16 (11.51)
51-60	46 (33.09)
61-70	46 (33.09)
มากกว่า 70	26 (18.71)
<b>สถานภาพสมรส</b>	
คู่	109 (78.4)
โสด	10 (7.2)
หย่าร้าง	2 (1.4)
หม้าย	18 (12.9)

### ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน

อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยเป็นโรคพาร์กินสันคือ 55.9 ปี  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) คือ 11.3 ปี ระยะเวลา  
เฉลี่ยที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน 5.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน (SD) คือ 4.5 ปี ระยะเวลาที่ได้รับรักษาโรค  
พาร์กินสันเฉลี่ย 4.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) คือ  
3.97 ปี ยาพาร์กินสันที่ใช้คือกลุ่ม dopaminergic 135  
ราย (ร้อยละ 97.1) ขณะตอบรับเพื่อเข้าร่วมโครงการ

วิจัย ผู้ป่วยจำนวน 60 ราย (ร้อยละ 45.8) มีคะแนน  
ของ Global Assessment of Functioning (GAF) อยู่ใน  
ระดับ 81-90 ส่วนใหญ่อยู่ใน Hoehn & Yahr staging  
stage 1 (ร้อยละ 32.9) สามารถทำกิจวัตรประจำวัน  
ได้เอง (Independent ADL) ร้อยละ 89.1 กลุ่มตัวอย่าง  
มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน 13 ราย (ร้อยละ  
9.4) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การดำเนินของโรคพาร์กินสัน</b>	
ช่วงอายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน (ปี)	
น้อยกว่า 40	10 (7.2)
41-50	34 (24.5)
51-60	49 (35.3)
61-70	29 (20.9)
มากกว่า 70	17 (12.2)
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน (ปี)	
0-5	93 (66.9)
6-10	36 (25.9)
11-15ปี	8 (5.8)
มากกว่า 15	2 (1.4)
ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคพาร์กินสัน (ปี)	
0-5	101 (72.7)
6-10	31 (22.3)
11-15	6 (4.3)
มากกว่า 15	1 (0.7)
<b>ยาที่ใช้รักษาโรคพาร์กินสัน</b>	
กลุ่มDopaminergic therapy	135 (97.1)
กลุ่มDopamine agonist	49 (35.3)
กลุ่ม COMT	30 (21.6)
กลุ่ม MAO-B inhibitor	6 (4.3)
กลุ่ม anticholinergic	96 (69.1)
<b>คะแนน Global Assessment of Functioning (GAF)</b>	
41-50	1 (0.7)
61-70	9 (6.9)
71-80	21 (16.0)
81-90	60 (45.8)
91-100	40 (30.5)
<b>ระยะความรุนแรงของโรคพาร์กินสันตาม Hoehn &amp; Yahr staging</b>	
stage 0	17 (12.2)
stage 1	45 (32.4)
stage 2	32 (23.0)
stage 3	29 (20.9)
stage 4	12 (8.6)
stage 5	2 (1.4)
<b>ประวัติการป่วยด้วยโรคพาร์กินสันในครอบครัว</b>	
มี	13 (9.4)
ไม่มี	126 (90.6)

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสัน เครื่องมือ M.I.N.I. 5.0.0 ตรวจพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder, MDD) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.72) พบโรคซึมเศร้าชนิด dysthymia 3 ราย (ร้อยละ 2.2) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 20 ราย (ร้อยละ 14.4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันไม่พบว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

เมื่อใช้เครื่องมือ Thai HADS ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า 3 ราย (ร้อยละ 2.2) และผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล 2 ราย (ร้อยละ 1.4)

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆ และ suicidality จากการตรวจด้วย M.I.N.I. 5.0.0 module A, B, C และ D

Diagnosis	จำนวน (n = 139 คน)	ร้อยละ	95%CI
MDD	1	0.72	0.018- 3.943
Dysthymia	3	2.2	0.447- 6.177
Suicidality			
ไม่มีความเสี่ยง	119	85.6	
ความเสี่ยงต่ำ	19	13.7	
ความเสี่ยงปานกลาง	1	0.7	
ความเสี่ยงสูง	0	0	

\*หมายเหตุ ผู้ป่วย MDD 1 ราย ที่แสดงในตารางมีโรคซึมเศร้าชนิด dysthymia ร่วมด้วย

## อภิปราย

เครื่องมือ M.I.N.I. 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-Revised 2007) module A, B, C, D สามารถตรวจพบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 139 ราย มีโรคซึมเศร้า 1 ราย (ร้อยละ 0.72) และมีโรคซึมเศร้าชนิด dysthymia 3 ราย (ร้อยละ 2.2) ขณะที่ Thai HADS ตรวจพบภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 2.2 ความชุกของโรคซึมเศร้านั้นน้อยกว่าความชุกในการศึกษาก่อนหน้านี้เป็นอย่างมาก<sup>7-10,22</sup> ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลทำให้ความชุกของโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษานี้ น่าจะมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยจำนวนของประชากรในการศึกษา ปัจจัยของประชากร ปัจจัยความแตกต่างของเครื่องมือวัด และปัจจัยด้านบริบทอื่นๆ ต่อโรค

ซึมเศร้า โดยแต่ละปัจจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยจำนวนของประชากรในการศึกษา ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยซึ่งส่งผลความชุกมากที่สุด เนื่องจากสามารถเก็บข้อมูลได้ประมาณครึ่งหนึ่งของขนาดประชากรที่คำนวณไว้เท่านั้น ทำให้ประชากรในการศึกษานั้นอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งหมดได้
2. ปัจจัยด้านประชากร ประชากรส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่มีโรคพาร์กินสันระดับไม่รุนแรง เห็นได้จากอาการของโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่อยู่ใน Hoehn & Yahr staging stage 0-3 และมี GAF ค่อนข้างดี ทำให้อาจต่างจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีโรคซึมเศร้าวร่วม ซึ่งน่าจะมีอาการของโรคพาร์กินสันในระดับรุนแรง และมีค่า GAF ต่ำ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากก็มักไม่ได้มาติดตามการรักษา

ด้วยตนเอง แต่มีผู้ดูแลมารับยาต่อเนื่องแทน ทำให้พบความทุกข์ของโรคซึมเศร้าน้อยกว่าการศึกษา ก่อนหน้า นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจำนวนหนึ่ง อาจมี apathy ซึ่งทำให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้นทำได้ยากขึ้น 3. ปัจจัยความแตกต่างของเครื่องมือวัด การศึกษาที่ใช้เครื่องมือที่เป็น structured interview ในขณะที่ Nuti และคณะ<sup>7</sup> Reijnders และคณะ<sup>9</sup> Elise Tandberg และคณะ<sup>10</sup> Ketharanathan และคณะ<sup>22</sup> ใช้ semi-structured diagnostic interview ซึ่งการยึดเกณฑ์วินิจฉัยโรคนั้นก็แตกต่างกัน โดยการศึกษาค้างนี้ใช้ M.I.N.I. 5.0.0 ซึ่งเป็น semi-structured diagnostic interview วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ DSM IV-TR ขณะที่ Slaughter และคณะ<sup>8</sup> Elise Tandberg และคณะ<sup>10</sup> ใช้เครื่องมือที่ยึดตาม DSM III 4. ปัจจัยด้านบริบทอื่นๆ ต่อโรคซึมเศร้า ได้แก่ บริบทด้านสถานรักษาและการเข้าถึง ซึ่งการศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่แผนกอายุรกรรมระบบประสาทเพียงที่เดียว จึงอาจขาดกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งอาการของโรคซึมเศร้าเป็นอาการเด่นและไปรับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์เป็นหลัก อีกทั้งการศึกษานี้ได้คัดกรองผู้ป่วยซึ่งเคยมีประวัติการป่วยทางจิตมาก่อนออกไป ทำให้มีโอกาสที่ผู้ป่วยซึ่งเคยมีอาการโรคซึมเศร้ามามาก่อนถูกคัดออก สำหรับปัจจัยด้านบริบทของวัฒนธรรมต่อโรคซึมเศร้านั้น อาจเป็นไปได้ว่าประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเปิดเผยด้านอารมณ์ที่จำกัด อาการแสดงของโรคซึมเศร้านั้น มักถูกแสดงออกมาเป็นอาการทางกายที่เด่นชัดแทนอารมณ์เศร้า ทำให้เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ในการศึกษานี้ (MINI) ซึ่งไม่ได้ปรับตามบริบทวัฒนธรรม ไม่สามารถตรวจจับอาการของโรคซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มการใช้แบบประเมิน Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)<sup>23</sup> ซึ่งเป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ประเมินอาการทางกายจำนวนมากร่วมกับอาการด้านอารมณ์ มาเป็นเครื่องมือวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า พบว่าในประชากรกลุ่มศึกษามีภาวะซึมเศร้า 49 ราย จาก 109 ราย

(คิดเป็นร้อยละ 44.9) ซึ่งแสดงว่าประชากรจำนวนมากมีอาการทางกายที่เด่นชัดและอาการทางกายนี้อาจจะเป็นหนึ่งในอาการแสดงของโรคซึมเศร้าตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ก็พบว่ามีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า (depression) เพียงร้อยละ 2.2 เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 ชนิดนี้ให้ผลที่สอดคล้องกัน

การศึกษานี้พบผู้ป่วย 20 ราย (ร้อยละ 14.4) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality) ในจำนวนนี้ 19 ราย อยู่ในระดับต่ำ อีก 1 ราย อยู่ในระดับปานกลาง อัตรานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Kummer และคณะ<sup>24</sup> ซึ่งใช้เครื่องมือ MINI 5.0.0 ในการประเมินเหมือนกัน แต่ต่ำกว่าการศึกษาของ Nazem และคณะ<sup>25</sup> ซึ่งพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมีความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายระดับน้อยถึงปานกลาง อาจเป็นเพราะเครื่องมือที่ใช้แตกต่างกัน (modified Paykel Scale for suicidal and death ideation) และกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่ไม่มีโรคซึมเศร้าและมีญาติคอยดูแลเอาใจใส่

การศึกษานี้ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ามามีเพียง 1 ราย ซึ่งน้อยมาก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด dysthymia ก็มีเพียง 2 ราย ผู้ป่วยที่มี MDD superimposed on dysthymia 1 ราย การพบผู้ป่วยจำนวนน้อยรายมากที่มีโรคซึมเศร้าทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้

### ข้อจำกัดและข้อดีในการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการศึกษานี้มีน้อย เพราะผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการโรคพาร์กินสันรุนแรง จะไม่ค่อยมาพบแพทย์ด้วยตนเอง ทำให้ไม่สามารถทำการทดสอบผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้



อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ใช้เครื่องมือตรวจโรคอารมณ์เศร้าชนิดที่เป็น semi-structured diagnostic interview ซึ่งทำให้การวินิจฉัยมีความแม่นยำ ควรจะได้มีการศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น

## สรุป

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งหมด 139 ราย มีความชุกโรคซึมเศร้า ร้อยละ 0.72 ความชุกของโรคซึมเศร้าชนิด dysthymia ร้อยละ 2.2 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality) ร้อยละ 14.4 และเป็นความเสี่ยงระดับต่ำ

## ข้อเสนอแนะ

การศึกษ้อัศจรรย์การเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันควรศึกษาในจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น และควรมีศึกษาเป็นระยะๆ ตลอดการดำเนินโรคของโรคพาร์กินสัน การศึกษาในจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น อาจจะทำให้สามารถวิเคราะห์พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ หน่วยงานและบุคคลต่อไปนี้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนวิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้ อาจารย์แพทย์และพยาบาลประจำห้องตรวจอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่ช่วยคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย ศ.นพ. ธนา นิลชัยโกวิทย์ ที่อนุญาตให้นำเครื่องมือ Thai HADS มาใช้ประกอบในการทำวิจัยครั้งนี้ อาจารย์แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้ช่วยวิเคราะห์สถิติ และศ.นพ.สุชาติ พหลภาคย์ ผู้ผลักดันและขัดเกลาต้นฉบับสำหรับการตีพิมพ์จนทำให้เกิดการตีพิมพ์ผลงานในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Aarsland D, Marsh L, Schrag A. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2009; 24: 2175-86.
2. Thanvi BR, Munshi SK, Vijaykumar N, Lo TC. Neuropsychiatric non-motor aspects of Parkinson's disease. *Postgrad Med J* 2003; 79: 561-5.
3. Blonder LX, Slevin JT. Emotional dysfunction in Parkinson's disease. *Behav Neurol* 2011; 24: 201-17.
4. Weintraub D1, Moberg PJ, Duda JE, Katz IR, Stern MB. Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 784-8.
5. Weintraub D1, Oehlberg KA, Katz IR, Stern MB. Test characteristics of the 15-item geriatric depression scale and Hamilton depression rating scale in Parkinson disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 169-75.
6. Schrag A. Quality of life and depression in Parkinson's disease. *J Neurol Sci* 2006; 248: 151-7.
7. Nuti A, Ceravolo R, Piccinni A, Dell'Agnello G, Bellini G, Gambaccini G, et al. Psychiatric comorbidity in a population of Parkinson's disease patients. *Eur J Neurol* 2004; 11: 315-20.
8. Slaughter JR, Slaughter KA, Nichols D, Holmes SE, Martens MP. Prevalence, clinical manifestations, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001; 13: 187-96.

9. Reijnders JS, Ehrt U, Weber WE, Aarsland D, Leentjens AF. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008; 23: 183-9.
10. Elise Tandberg, Jan P. Larsen, Dag Aarsland, Jeffrey L. Cummings. The Occurrence of Depression in Parkinson's Disease. :A Community-Based Study. *Arch Neurol* 1996; 53: 175-9.
11. Cummings JL. Depression and Parkinson's disease: a review. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 443-54.
12. Allain H, Schuck S, Mauduit N. Depression in Parkinson's disease. *BMJ* 2000; 320: 1287-8.
13. Shulman LM, Taback RL, Bean J, Weiner WJ. Comorbidity of the nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord* 2001; 16: 507-10.
14. Leentjens AF. Depression in Parkinson's disease: conceptual issues and clinical challenges. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2004; 17: 120-6.
15. Borek LL, Amick MM, Friedman JH. Non-motor aspects of Parkinson's disease. *CNS Spectr* 2006; 11: 541-54.
16. Weintraub D, Comella CL, Horn S. Parkinson's disease Part 3: Neuropsychiatric symptoms. *Am J Manag Care* 2008; 14: 59-69.
17. Dissanayaka NN, O'Sullivan JD, Silburn PA, Mellick GD. Assessment methods and factors associated with depression in Parkinson's disease. *J Neurol Sci* 2011; 310: 208-10.
18. Rojo A, Aguilar M, Garolera MT, Cubo E, Navas I, Quintana S. Depression in Parkinson's disease: clinical correlates and outcome. *Parkinsonism Relat Disord* 2003; 10: 23-8.
19. Bhidayasiri R. clinical practice guideline for diagnosis and management of Parkinson's disease. [internet]. 2010 [cited 2017 Feb 1]. Available from: <http://www.chulapd.org/>
20. Nilchaikovit T, Lotrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996; 41: 18-30.
21. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) - Thai Version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2005; 13: 125-35.
22. Ketharanathan T, Hanwella R, Weerasundera R, de Silva VA. Major depressive disorder in Parkinson's disease: a cross-sectional study from Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 278.
23. Arunpongpaisal S, Rungreangkulkij S. Revision of the KKU-DI, Depression test for Gender Sensitivity. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2010; 55: 177-89.
24. Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Suicidal ideation in Parkinson's disease. *CNS Spectr* 2009; 14: 431-6.
25. Nazem S, Siderowf AD, Duda JE, Brown GK, Ten Have T, Stern MB, et al. Suicidal and death ideation in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008; 23: 1573-9.