



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช

นันทวิช สิริรักษ์ พบ.*, กฤษณ์ติพงษ์ อรัญสิทธิ์ พบ.**, วรภัทร รัตอาภา พบ.*,
ศุภโชค สิงห์กันต์ พบ.*, ณัฐฐา สายสวย พบ.*, พรจิรา ปรีวัชรากุล พบ.*,
ลักขณา ทองโชติ วท.บ.*, เพชรรัตน์ คุ้มขัน วท.บ.*, ภูธเรศวร์ พงษ์บุปผา วท.บ.*,
นราทิพย์ สงวนพานิช วท.บ.*, จารุวรรณ เอกวัลลภ พบ.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อทราบถึงความชุก (prevalence) ของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช 2) เพื่อทราบความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทย (two-question screening for depression, Thai version) 3) เพื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบตัดขวางในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช โดยการตอบแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทย ผู้ที่ผลการตอบแบบสอบถามคัดกรองเป็นบวกทุกรายจะได้รับการสัมภาษณ์เพิ่มเติมด้วยแบบสอบถามสัมภาษณ์ Diagnostic Interview for Genetics Studies, Thai version (Th-DIGS) ในเฉพาะส่วนของโรคซึมเศร้า ผู้ที่ผลการตอบแบบสอบถามคัดกรองเป็นลบ จะได้รับการสุ่มแบบ simple randomization ในจำนวนที่เท่ากับกลุ่มที่ได้ผลการคัดกรองเป็นบวกเพื่อรับการสัมภาษณ์เพิ่มเติมด้วย Th-DIGS เช่นกัน นำข้อมูลที่ได้ไปแปลผลการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV-TR) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ SPSS 18.0 คำนวณหา prevalence, sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), และ negative predictive value (NPV) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าโดยใช้ chi-square test

ผลการศึกษา มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา 300 ราย มีผู้ที่ตอบแบบสอบถามคัดกรองเป็นบวกจำนวน 66 ราย แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามมีความไวร้อยละ 95.5 ค่าความจำเพาะร้อยละ 72.7 ค่า PPV และ NPV ร้อยละ 63.6 และ 97.0 ตามลำดับ พบความชุกของโรคซึมเศร้าโดยวิธีการคำนวณ (prevalence by proxy) ร้อยละ 17.03 พบปัจจัยเสี่ยง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรคซึมเศร้าคือ การเป็นมะเร็งเต้านม การเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน และการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพร้อมกับฉายแสง

สรุป ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราชมีค่าร้อยละ 17.03 แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทยมีความไวและความจำเพาะสูงเหมาะสมสำหรับใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การเป็นมะเร็งเต้านม การเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน และการได้รับการรักษารักษาด้วยเคมีบำบัดพร้อมกับฉายแสง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ ความชุก โรคซึมเศร้า คลินิกเคมีบำบัด การคัดกรอง ปัจจัยเสี่ยง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(1): 47-60

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

*** สาขาเคมีบำบัด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



The Prevalence, and Associated Factors of Depressive Disorder in Patients Received Chemotherapy at Siriraj Hospital

Nantawat Sitdhiraksa M.D.*, Kristipong Aranyasit M.D.**; Woraphat Ratta-apha M.D.*; Supachoke Singhakant M.D.*; Nattha Saisavoey M.D.*; Pornjira Pariwatcharakul M.D.*; Lakkhana Thongchot B.S.*; Phedcharut Kumkan B.S.*; Phutharet Phongbupha B.S.*; Naratip Sanguanpanich B.Sc*, Charuwan Akewanlop M.D.***

ABSTRACT

Objectives: 1) To study the prevalence of depression in patients received chemotherapy at Siriraj Hospital. 2) To determine the sensitivity and specificity of the two-question screening for depression, Thai-version in patients received chemotherapy at Siriraj Hospital. 3) To study factors that correlate with depression in patients received chemotherapy at Siriraj Hospital.

Method: The study was a cross-sectional survey on patients received chemotherapy at Siriraj Hospital. Patient was given a two-question screening for depression, which was a self-rated questionnaire. Subjects with positive screening result were further interviewed by the Thai version of the Diagnostic Interview for Genetics Studies, (Th-DIGS), depression section to confirm diagnosis of major depressive disorder. Subjects with negative screening were randomly selected equal to the positive screening group and also further interviewed by the Th-DIGS, depression section. SPSS 18.0 was used to analyze the data. Sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and prevalence were calculated.

Results: There were 300 patients participated in the study. Sensitivity of the Thai-version of two-question screening for depression was 95.5%, specificity was 72.7%, PPV was 63.6% and NPV was 97.0%. The prevalence by proxy of major depressive disorder in patients received chemotherapy at Siriraj Hospital was 17.03%. Breast cancer, previous history of major depressive disorder, and receiving chemotherapy with concurrent radiation therapy were significant correlated as risk factors for major depressive disorder.

Conclusion: The prevalence of major depressive disorder in the patients received chemotherapy at Siriraj Hospital was 17.03%. The two-question screening for depression, Thai-version had a high sensitivity and specificity and considered as a good instrument for screening depression in patients received chemotherapy. Breast cancer, previous history of major depressive disorder, and receiving chemotherapy with concurrent radiation therapy were significant correlated as risk factors for major depressive disorder.

Keywords: prevalence, major depressive disorder, cancer, chemotherapy, screening, risk factor

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(1): 47-60

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

** Psychiatry Unit, Chiangkam Hospital, Payao

*** Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบบ่อยโดยคาดว่าผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึง 121 ล้านคน ทั่วโลกและยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในประชากรโลกอีกด้วย¹ ความชุกของโรคซึมเศร้าในแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกันโดยเฉลี่ยพบ ร้อยละ 8-12² มีการคาดการณ์ว่าในอเมริกาเหนือพบโรคซึมเศร้าในผู้ชายร้อยละ 3-5 และร้อยละ 8-10 ในผู้หญิง^{2,3} โดยพบว่าอัตราการเกิดโรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วยและการเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁴⁻⁶ โดยในประเทศไทยมีการประเมินว่าในระยะเวลา 1 ปีจะมีประชาชนร้อยละ 9-29.2 ป่วยเป็นโรคนี้^{7,8} ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

โรคซึมเศร้ามีอัตราการเกิดที่สัมพันธ์กับภาวะทางกาย พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคระบบประสาทมีค่าตั้งแต่ร้อยละ 30-50⁹ การศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับภาวะทางกายอื่นๆ พบแตกต่างกันไปตามระบบ โดยมีความชุกที่สูงมากในผู้ป่วยโรคระบบต่อมไร้ท่อ เช่น Cushing's syndrome พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33-67¹² การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคทางกายในประเทศไทย ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 36¹⁰ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกมะเร็งปอดในโรงพยาบาลศิริราชร้อยละ 50.5 โดยที่ผู้ป่วยร้อยละ 10.5 มีความรุนแรงเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depression) จากการประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย¹¹

การสำรวจสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยพบว่าโรคมะเร็งถือเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งติดต่อกันถึง 10 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ.2542 ปีละกว่า 50,000 ราย โดย

โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดที่เพศชายได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ ในเพศหญิงพบมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดรองลงมาคือมะเร็งเต้านม¹³ มีการศึกษาถึงอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างกว้างขวางในต่างประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 พบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป การศึกษาของ Derogatis และคณะ¹² ในปี ค.ศ.1983 ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 215 ราย โดยการสัมภาษณ์พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13 การศึกษาโดยการทบทวนงานวรรณกรรมงานวิจัยย้อนหลังจำนวน 88 บทความของ Massie⁹ พบความชุกของโรคซึมเศร้า (major depression) ตั้งแต่ร้อยละ 0-38 และความชุกของภาวะซึมเศร้า(depression spectrum syndrome) ที่ร้อยละ 0-58 ความหลากหลายของความชุกอาจขึ้นอยู่กับคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้า เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า ชนิดของมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นระยะที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง การได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีที่ต่างกัน ประวัติการเคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือการได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า การศึกษาของ Skarstein และคณะ¹³ ในปี ค.ศ.2000 โดยใช้เครื่องมือ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9 และมีภาวะซึมเศร้าวร่วมกับภาวะวิตกกังวลร้อยละ 5 ส่วนการศึกษาของ Ciarramella และคณะ¹⁴ ในปี ค.ศ.2001 ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 100 ราย โดยการสัมภาษณ์ด้วย Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID) และ Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) พบโรคซึมเศร้าร้อยละ 49 จากการสัมภาษณ์ด้วย SCID พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29 จากการใช้ HAMD และหากใช้เครื่องมือทั้ง 2 ชนิดร่วมกันจะพบโรคซึมเศร้าร้อยละ 28 การศึกษาของ PaScoe และคณะ¹⁵ ในปี ค.ศ.2002 ในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปจำนวน 504 ราย โดยใช้

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) เป็นเครื่องมือพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.1 การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของ Breitbart และคณะ ในปี ค.ศ.2000 จำนวน 92 ราย¹⁶ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 17 มีความคิดอยากตาย โดยพบว่าผู้ป่วยมีโรคซึมเศร้าร้อยละ 16 โดยใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์คือ the Schedule of Attitudes toward Hastened Death (SAHD) ในประเทศไทยจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2547 โดย Hengrasmee และคณะ โดยใช้แบบสอบถาม the Health-Related Self-Report (HRSR) พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4¹⁷ จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีพ.ศ. 2550 โดย Lueboonthavatchai, P โดยใช้แบบสอบถาม Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) พบเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 9.0 และพบผู้ป่วยมีอาการของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.7¹⁸ จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ.2551 โดยภูมรินทร์ มาลารัตน์ ด้วยแบบสอบถาม The Health-Related Self-Report (HRSR) พบภาวะซึมเศร้าที่ร้อยละ 7.39¹⁹ และจากการศึกษาความชุกภาวะวิตกกังวลภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ.2552 โดยจิรวรรณ จบสุบิน ด้วยแบบสอบถาม Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) พบเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 9.3²⁰

ชนิดของโรคมะเร็งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูง ได้แก่ มะเร็งในช่องปากพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22-57 มะเร็งตับอ่อนร้อยละ 33-50 มะเร็งเต้านมร้อยละ 1.5-46 และมะเร็งปอดร้อยละ 11-44 ส่วนมะเร็งที่มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 13-25

มะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 8-19⁹ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการดำเนินโรคและอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งจากการทบทวนบทความย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่าภาวะซึมเศร้าไม่มีผลโดยตรงต่อการดำเนินโรคแต่ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการซึมเศร้าแทรกซ้อนจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น²¹ ผู้ป่วยที่แสดงอาการซึมเศร้ามีอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39 หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า เป็นไปได้ว่าอาการซึมเศร้ามีผลต่อฮอร์โมนหรือระบบภูมิคุ้มกันหรือผู้มีอาการซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพ เช่น ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอย่างเคร่งครัด

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงและน่าสะพรึงกลัว มีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ความกังวลและซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่พบได้บ่อยซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวทางสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลไกทางจิตที่ดีและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ได้ การศึกษาของ Hopwood²² พบว่าความถดถอยของความสามารถโดยรวม (functional impairment) ภาวะของอาการก่อนได้รับการรักษาและอาการอ่อนแอมมีผลต่อคุณภาพชีวิตและการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ.2551 โดยภูมรินทร์ มาลารัตน์ พบว่าอาชีพและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า¹⁹ ผลการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับประทานยาเคมีบำบัด โดยจิรวรรณ จบสุบิน ในปี พ.ศ.2552 พบว่า การมีอายุมาก สถานภาพสมรส ความรุนแรงของความปวด อาการอ่อนเพลียก่อนรับประทานยาเคมีบำบัด อาการหลังรับประทานยาเคมีบำบัด ความเครียดในชีวิต และแรงสนับสนุน

ทางสังคมต่ำ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า²⁰

การวิจัยครั้งนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้ารวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและหาค่าความไวและความจำเพาะของแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทย (two-question screening for depression, Thai version) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้เกิดความตระหนักในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งและเพื่อวางแผนงานในการป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) โดยโครงการศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ 134/2552 (EC1)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 300 รายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชสองแห่งคือคลินิกเคมีบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยคลินิกเคมีบำบัด ในช่วงตั้งแต่ พฤษภาคม 2552 ถึง เมษายน 2553 คาดการณ์ความชุกจากการศึกษาที่มีมาก่อนซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 25⁹ การศึกษานี้คาดว่าค่าความชุกจะมีค่าประมาณร้อยละ 25 (คาดว่า d น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ของ P) โดยมีค่า confidence interval = 95 % ค่า Z = 1.96 และคำนวณเผื่อค่าความผิดพลาดอีกร้อยละ 10 จากจำนวนประชากรที่คำนวณได้ ขนาดตัวอย่างที่พอเหมาะมีจำนวน 300 ราย

เกณฑ์ในการเข้าร่วมงานศึกษา (Inclusion criteria): ผู้ป่วยมะเร็งมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ มีความรู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria): ผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในภาวะที่พยาธิสภาพรุนแรง เช่น สัญญาณชีพไม่เสถียร มีอาการป่วยรุนแรงอ่อนเพลียมาก

แพทย์ผู้วิจัยเป็นผู้เข้าไปขออนุญาตและชี้แจงผู้ป่วยเกี่ยวกับการศึกษา ผู้ป่วยที่เต็มใจจะลงนามและตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน และแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทย (two-question screening for depression, Thai version)²³ ซึ่งผลการคัดกรองแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีผลการตอบแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทยเป็นบวก คือตอบว่า “ใช่” ” ข้อใดข้อหนึ่งเพียง 1 ข้อ ผู้ป่วยในกลุ่มที่ตอบว่า “ใช่” เพียง 1 ข้อ ทุกรายจะได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามสัมภาษณ์ Diagnostic Interview for Genetics Studies(Th-DIGS) ในเฉพาะส่วนของโรคซึมเศร้า²⁴ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยวิจัย 2 คนซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่ได้ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือมาแล้ว

2. กลุ่มที่มีผลการตอบแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทยเป็นลบ คือตอบว่า “ไม่ใช่” ทั้ง 2 ข้อ จะได้รับการสุ่มแบบ simple randomization โดยสุ่มมาในจำนวนที่เท่ากับกลุ่มที่ได้ผลการคัดกรองเป็นบวกเพื่อสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามสัมภาษณ์ Th-DIGS โดยเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยวิจัย (แผนภาพที่ 1)

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

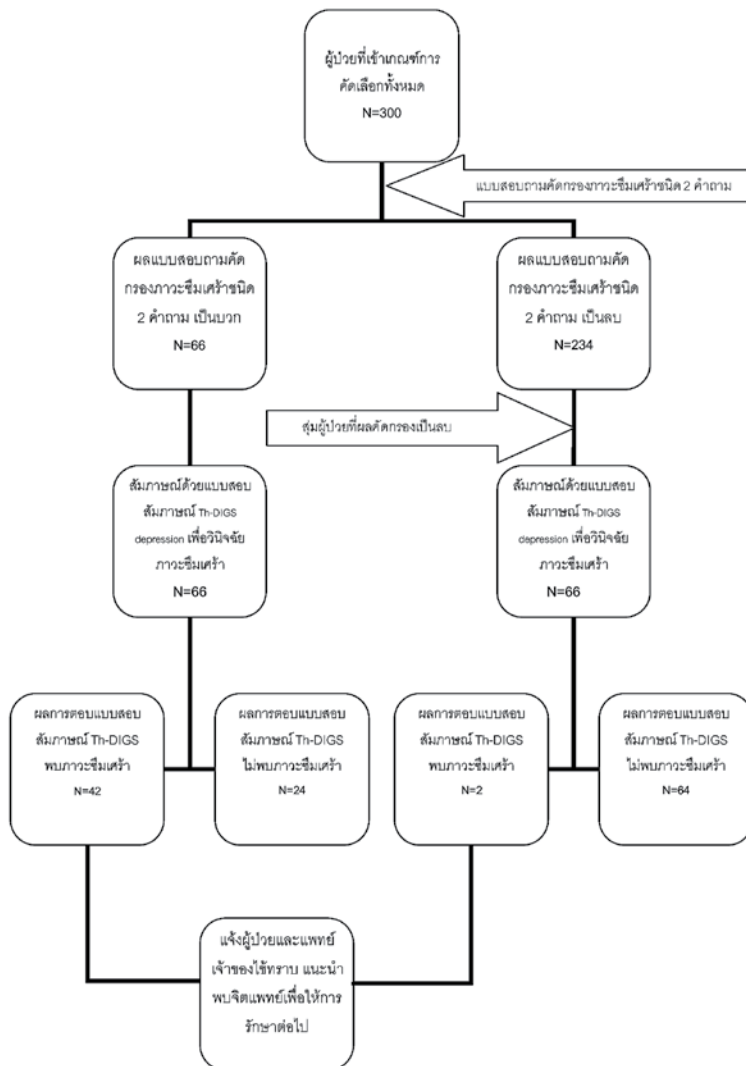
ตรวจสอบข้อมูลและนำมาบันทึกใส่โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18.0 ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณค่าเฉลี่ยและความถี่คิดเป็นร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม จะถูกนำไปวิเคราะห์เทียบกับข้อมูลการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าจากแบบสอบถามสัมภาษณ์ Th-DIGS แล้วนำข้อมูลที่ได้

มาวิเคราะห์ค่า ความไว(sensitivity) ความจำเพาะ (specificity), negative predictive value (NPV), positive predictive value (PPV) และ likelihood ratio (LR) ค่าความชุก (prevalence by proxy) ของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช คำนวณได้จากสูตร³⁵

ความชุกของโรคซึมเศร้า = [(จำนวน case ที่พบภาวะซึมเศร้าจริง) + (จำนวนผู้ป่วยที่คัดกรองได้ผล

ลบทั้งหมด คูณกับ (1-NPV))] / จำนวนผู้ป่วยที่รับการคัดกรองทั้งหมด²⁵

ค่าความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ logistic regression โดยผลการทดสอบถือว่ามีความนัยทางสถิติที่ค่า p < 0.05 โดยการคำนวณค่า odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95% CI) เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา และจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 300 ราย เป็นเพศชาย 101 ราย และหญิง 199 ราย ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	101 (33.7)
หญิง	199 (66.3)
โรคประจำตัว	
มะเร็งเต้านม	63 (21.0)
มะเร็งปอด	28 (9.3)
มะเร็งทางเดินอาหาร/กระเพาะอาหาร/ลำไส้	43 (14.3)
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	22 (7.3)
มะเร็งชนิดอื่นๆ (กระดุก ไทรอยด์ ปากมดลูก ไพรองจุมก)	53 (17.7)
การรักษาที่เคยได้รับ	
ผ่าตัด	193 (64.3)
เคมีบำบัด	204 (68.0)
ฉายแสง	76 (25.3)
ผ่าตัด+เคมี	127 (42.3)
ผ่าตัด+ฉายแสง	57 (19.0)
เคมี+ฉายแสง	69 (23.0)
ผ่าตัด+เคมี+ฉายแสง	52 (17.3)
ศาสนา	
พุทธ	290 (96.7)
คริสต์	3 (1.0)
อิสลาม	3 (1.0)
ภูมิลำเนา	
กรุงเทพและปริมณฑล	137 (45.7)
ต่างจังหวัดและอื่นๆ	156 (52.0)
อาศัยอยู่กับ	
พ่อแม่ พี่น้องหรือญาติ	86 (28.7)
สามีหรือภรรยาหรือบุตร	194 (64.7)
อื่นๆ (คนเดียว เพื่อน)	17 (5.7)
สถานภาพ	
โสด	60 (20.0)
คู่	189 (63.0)
หย่า/หม้าย	45 (15.0)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
วุฒิการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13 (4.3)
ประถมศึกษา	80 (26.7)
มัธยมศึกษา (ตอนต้น/ตอนปลาย/ปวช.)	73 (24.3)
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป	122 (40.7)
อาชีพ	
ว่างงาน	56 (18.7)
รับราชการ	68 (22.7)
เกษตรกรรม	21 (7.0)
ค้าขาย	35 (11.7)
รับจ้าง	45 (15.0)
อื่นๆ (พระภิกษุ/แม่ชี/นักเรียน/นักศึกษา/บุคลากรทางการแพทย์)	72 (24.0)
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	81 (27.0)
จ่ายเต็ม	37 (12.3)
ประกันสังคม	45 (15.0)
ต้นสังกัด(สามัญ)	119 (39.7)
อื่นๆ (โครงการวิจัย กรณีศึกษา นักศึกษา)	12 (4.0)
ปัญหาทางการเงิน	
ไม่มี	217 (72.3)
มี	66 (22.0)
ประวัติการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า	
ไม่มี	278 (92.7)
มี	13 (4.3)
อายุเฉลี่ย (Mean±SD)	
อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 80 ปี	51.4 ± 12.4 ปี
จำนวนสมาชิกในบ้าน (Mean±SD)	
จำนวนสมาชิกในบ้านต่ำสุด 1 ราย สูงสุด 15 ราย	4.2 ± 2.0 ราย
รายได้ต่อเดือน (Mean±SD)	
รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 150,000 บาท	23,951.9 ± 22,095.3 บาท
ระยะเวลาที่ทราบอาการของโรค (Mean±SD)	
ระยะเวลาต่ำสุด 3 วัน สูงสุด 24 ปี	1.1 ± 2.6 ปี

ค่าความไวและความจำเพาะ

จาก ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจากการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามสัมภาษณ์ Th-DIGS เทียบกับ แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทย เมื่อนำมาคำนวณพบว่ามีความไวร้อยละ 95.5 ค่าความจำเพาะร้อยละ 72.7 ค่า positive predictive value (PPV) ร้อยละ 63.6 และค่า negative predictive value (NPV) ร้อยละ 97.0 ส่วนค่า likelihood ratio (LR) for positive result และ negative result มีค่า 3.5 และ 0.1 ตามลำดับ

ความชุก

มีผู้ป่วยได้รับการคัดกรองทั้งหมด 300 ราย มีผู้ป่วยมีผลคัดกรองเป็นลบ 236 ราย จากการสัมภาษณ์ด้วย Th-DIGS มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 44 ราย เมื่อนำผลการคัดกรองและการสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ Th-DIGS มาคำนวณความชุกโดยการประมาณ (prevalence by proxy) ของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา

ด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราชมีค่าของความชุกของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เท่ากับร้อยละ 17.03

ปัจจัยเสี่ยง

เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานมาหาค่าความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าพบว่า มีปัจจัย 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าคือ 1. การเป็นมะเร็งเต้านม odd ratio 3.650 (95% CI; 1.072, 12.423, p 0.038) 2. การเคยได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ามาก่อน odd ratio 30.021 (95% CI; 3.941, 228.716, p 0.001) และ 3. การได้รับการรักษาจากทั้งเคมีบำบัดและฉายแสง odd ratio 3.598 (95% CI; 1.083, 11.961, p 0.037) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลศิริราชอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3) ปัจจัยด้านอายุ เพศ ภูมิลำเนา การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะว่างงาน ปัญหาทางการเงิน ระยะเวลาที่ทราบอาการของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ($p \leq 0.05$)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่พบโรคซึมเศร้า (major depressive disorder; MDD) จากการประเมินด้วยแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทย

ผลคัดกรองจาก แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม	การวินิจฉัย จาก Th-DIGS		รวม (ราย)
	MDD	ปกติ	
ผลบวก	42	24	66
ผลลบ	2	64	66
รวม	44	88	132
คุณสมบัติของแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม เทียบกับการวินิจฉัยจาก Th-DIGS	ผล(ร้อยละ)		95% CI
ความไว	95.5		89.3-101.6
ความจำเพาะ	72.7		63.4-82.0
PPV	63.6		52.0-75.2
NPV	97.0		92.8-101.1
LR for a positive result	3.5		
LR for a negative result	0.1		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ค่า regression coefficient และ odds ratio (OR) ตามสถิติ logistic regression

ปัจจัย	B-value	P-value	OR (95%CI)
อายุ	-0.020	0.390	0.981 (0.938,1.025)
เพศหญิง ¹	-0.046	0.941	0.955 (0.285,3.203)
ภูมิลำเนา ²	0.233	0.638	1.262 (0.479,3.325)
สิทธิการรักษา			
30 บาท	-1.921	0.170	0.146 (0.009,2.273)
จ่ายเอง	-0.267	0.844	0.766 (0.053,10.989)
ประกันสังคม	-1.270	0.347	0.281 (0.020,3.971)
ต้นสังกัด	-0.633	0.627	0.531 (0.041,6.837)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	-1.923	0.094	0.146 (0.015,1.391)
มัธยมต้น/มัธยมปลาย/ปวช.	-1.514	0.207	0.220 (0.021,2.315)
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป	-1.376	0.232	0.253 (0.027,2.409)
สถานภาพสมรส	0.511	0.328	1.667 (0.598,4.643)
ภาวะว่างงาน ⁴	-1.147	0.226	0.317 (0.050,2.032)
ปัญหาทางการเงิน ⁵	0.734	0.218	2.083 (0.648,6.695)
มะเร็งเต้านม	1.295	0.038	3.650 (1.072,12.423)
มะเร็งทางเดินอาหาร/กระเพาะอาหาร/ลำไส้	-0.473	0.575	0.623 (0.119,3.254)
มะเร็งชนิดอื่นๆ	0.459	0.522	1.583 (0.388,6.463)
มีประวัติการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า	3.402	0.001	30.021 (3.941,228.716)
เคยได้รับเคมีบำบัดและฉายแสง	1.281	0.037	3.598 (1.083,11.961)
ระยะเวลาที่ทราบอาการของโรค	-0.002	0.050	0.998 (0.996,1.000)

¹หญิง = 1; ชาย = 0 ²ภูมิลำเนา ต่างจังหวัด = 1; กรุงเทพมหานคร = 0 ³สถานภาพสมรส โสด = 1; คู่ = 0

⁴ภาวะว่างงาน = 1; มีงานทำ = 0 ⁵ปัญหาทางการเงิน มี = 1; ไม่มี = 0

วิจารณ์

จากการศึกษาพบเพศหญิง (ร้อยละ 66.3) มากกว่าชาย (ร้อยละ 33.7) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Massie⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงมักมีมากกว่าชาย

การศึกษานี้ได้ค่าความไวและความจำเพาะของแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ร้อยละ 95.5 และ 72.7 ตามลำดับ โดยในการศึกษานี้การคัดกรองที่ถือว่าแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม

เป็นบวกเมื่อตอบว่า “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งเพียง 1 ข้อ ซึ่งค่าที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษา Arroll และคณะที่ได้ศึกษาไว้ในปี ค.ศ. 2003²⁶ ที่ศึกษาการใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในผู้ป่วยทั่วไปซึ่งได้ค่าความไวและความจำเพาะที่ร้อยละ 97 และ 67 ในการศึกษาของ Arroll และคณะ ให้ค่าจำกัดความของผลคัดกรองเป็น “บวก” เมื่อตอบว่า “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งเพียง 1 ข้อ เมื่อเทียบกับการศึกษาในการพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิดสองคำถามในชุมชนไทยอีสานซึ่งมีค่าความไวและ

ความจำเพาะของแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอีสานที่มีค่าความไวและความจำเพาะสูงร้อยละ 99.5 และ 85.1 โดยให้คำจำกัดความของผลคัดกรองเป็น "บวก" เมื่อตอบคำถามคัดกรองว่า "ใช่" ทั้งสองข้อ²³ พบว่ามีค่าความไวใกล้เคียงกับการศึกษานี้แต่ค่าความจำเพาะต่ำกว่า คาดว่าที่ค่าจำเพาะของการศึกษานี้ได้ค่าน้อยกว่าเพราะให้คำจำกัดความว่าผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าจะเป็นบวกเมื่อตอบว่า "ใช่" ข้อใดข้อหนึ่งเพียง 1 ข้อ เมื่อเทียบกับผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในสตรีมีครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลศิริราช²⁷ แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามพบค่าความไวและความจำเพาะที่ร้อยละ 95.5 และ 69.2 โดยการศึกษาวิจัยนี้การคัดกรองที่ถือว่าแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามเป็นบวกเมื่อตอบว่า "ใช่" ข้อใดข้อหนึ่งเพียง 1 ข้อ ซึ่งอาจมีผลให้มีความไวสูงแต่ทำให้ค่าความจำเพาะลดลงเมื่อพิจารณาความน่าจะเป็นที่พบผู้เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราชจะมีโรคซึมเศร้า เมื่อผลการตอบแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามเป็น "บวก" (likelihood ratio for positive result) มีอัตราส่วนที่ 3.5 และจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อผลการตอบแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามเป็น "ลบ" (likelihood ratio for negative result) มีอัตราส่วนเพียง 0.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา Arroll และคณะ²⁶ ที่มีค่า likelihood ratio for positive result ที่ 2.9 และ likelihood ratio for negative result ที่ 0.05 จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามโดยให้คำจำกัดความว่าผลบวกเมื่อตอบว่า "ใช่" ข้อใดข้อหนึ่งเพียง 1 ข้อ มีประโยชน์ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากมีความไวและความจำเพาะที่ค่อนข้างสูง

ความชุกจากการคำนวณ (prevalence by proxy) ของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วย

เคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราชได้รับการประเมินจากการตอบแบบสัมภาษณ์ Th-DIGS พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มีค่าสูงถึงร้อยละ 17.03 ซึ่งเป็นค่าความชุกที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ^{9,12-16, 28-31} ที่พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 13-50 การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย¹⁷⁻²⁰ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ร้อยละ 7.39-16.7 การที่ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลศิริราชแตกต่างกับการศึกษาอื่นอาจเป็นเพราะความแตกต่างทางด้านกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา ความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานของกลุ่มประชากร เช่น การมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค ผู้ป่วยมะเร็งในการศึกษาส่วนใหญ่มักอยู่ในระยะกลางถึงระยะสุดท้าย ชนิดของการรักษาที่ได้รับการเลือกใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลและวิธีการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคของโลก ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อการพบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันไป

ความแตกต่างในแง่ของการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลจะพบว่าส่วนใหญ่การใช้เครื่องมือแบบ self-rated questionnaire ก็จะมีแนวโน้มที่จะได้ prevalence ที่สูงกว่าการใช้เครื่องมือแบบ semi-structured หรือ structured interview^{9,17-20} ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ใช้ทั้ง self-rated questionnaire คือ แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามเพื่อคัดกรองหาผู้ที่มีโรคซึมเศร้าเบื้องต้นก่อน และหลังจากนั้นใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าโดยนักจิตวิทยาตามแบบสอบถามสัมภาษณ์ Th-DIGS²⁴ ซึ่งเป็นเครื่องมือแบบ semi-structured interview ที่มีความไวและความจำเพาะสูง ทำให้สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างแม่นยำมากขึ้น นอกจากนั้นคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน โดยการใช้เครื่องมือที่

ต่างกัน หากเป็นการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามแบบ semi-structure interview เช่นในงานวิจัยนี้จะสามารถให้การวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ ICD-10³² ขององค์การอนามัยโลก หรือ DSM-IV-TR³³ ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งทำให้ค่าความชุกแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ซึ่งประเมินโรคซึมเศร้าโดยวิธีการทางอ้อมคือประเมินตามค่าของคะแนนของแบบสอบถาม (rating scale) ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการชี้วัดภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งคือ 1. การเป็นมะเร็งเต้านม 2. การเคยได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ามาก่อน และ 3. การได้รับการรักษาจากทั้งเคมีบำบัดและฉายแสงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ ภูมิฐานะ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะว่างงาน ปัญหาทางการเงิน ระยะเวลาที่ทราบอาการของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าโรคซึมเศร้าและโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กัน เช่น การศึกษาของ Satin²¹ และ Gross³⁴ ที่พบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนโดยเฉพาะเต้านมมากกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ ในการศึกษาที่ชนิดของมะเร็งที่มีความถี่สูงสุดคือมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 21) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามะเร็งที่พบภาวะซึมเศร้าได้สูงได้แก่ มะเร็งในช่องปาก มะเร็งตับอ่อน มะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด^{9,35} การเคยได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ามาก่อนอาจมีผลต่อการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในช่วงที่ทำการศึกษาทั้งในแง่ที่ผู้ป่วยอาจยังมีอาการอยู่ หรืออาจมีอาการกลับเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหรือการได้รับการรักษา มะเร็ง มีงานวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในประเทศได้หวนพบว่าอาการข้างเคียงจากการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับขนาดของรังสีที่ได้รับและภาวะซึมเศร้า³⁶ กลุ่มผู้ป่วยที่นำมาศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นหลัก การได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมด้วย

อาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงระยะความรุนแรงของโรคมะเร็งหรือความรุนแรงจากอาการของโรคมะเร็งหรือจากการเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาที่มีมากขึ้นจากการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการฉายแสงร่วมกันจากการศึกษาอื่นปัจจัยหลายประการอาจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเช่น การมีการศึกษาน้อย³⁷ การได้รับยาเคมีบำบัด³⁷ ความถดถอยของความ สามารถโดยรวม (functional impairment)²² ภาวะของอาการก่อนได้รับการรักษา^{20, 22} อาการอ่อนแรง^{20, 22} ชนิดของมะเร็ง⁹ ผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ^{19, 20} การมีอายุมาก สถานภาพสมรส ความรุนแรงของความปวด อาการอ่อนเพลียก่อนได้รับยาเคมีบำบัด อาการหลังได้รับยาเคมีบำบัด ความเครียดในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ²⁰ ในการศึกษาที่ไม่พบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ ภูมิฐานะ การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะว่างงาน ปัญหาทางการเงิน และระยะเวลาที่ทราบอาการของโรคล้วนไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโรคซึมเศร้า สาเหตุที่ไม่พบว่าปัจจัยบางประการมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในการศึกษาคั้งนี้อาจเป็นจากหลายปัจจัยเช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 70.1 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอยู่แล้วทั้งนี้เพราะการเก็บข้อมูลได้ทำที่คลินิกเคมีบำบัด และผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีงานทำและในงานวิจัยนี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิต

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ 1. การให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยหมายถึง major depressive disorder เพียงอย่างเดียว ซึ่งไม่ได้รวมถึงภาวะซึมเศร้าอื่นๆ (dysthymia minor depression หรือ subsyndromal depression) หากว่าผู้วิจัยขยายคำจำกัดความในการวินิจฉัยไปถึงภาวะซึมเศร้าอื่นๆ อาจทำให้ได้ค่าความชุกที่เพิ่มมากขึ้น 2. ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดหรือตัวแทนของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 3. ผู้ป่วยมะเร็งบางชนิดมีความถี่มาก

หรือน้อยกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ 4. ข้อมูลที่เก็บยังมีความจำกัด เช่น ไม่ได้เก็บข้อมูลของชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับ 5. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ไม่ได้ศึกษาและติดตามทั้งช่วงก่อนและหลังได้รับเคมีบำบัด สำหรับข้อเด่นของการศึกษานี้คือการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV-TR โดยมีนักจิตวิทยาเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม Th-DIGS ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อการวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV-TR แบบ semi-structural interview ที่มีค่าความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) สูง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและรวดเร็ว เนื่องจากการคัดกรองผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายน้อย ดังนั้นการคัดกรองและรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งน่าจะทำให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (effectiveness) และคุ้มค่า (efficiency) มากขึ้น ควรมีการศึกษาติดตามผล (outcome) ของการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งในระยะยาวต่อไป

สรุป

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลศิริราชในผู้ป่วยจำนวน 300 ราย ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2552 ถึง เมษายน 2553 โดยใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามฉบับภาษาไทยและแบบสอบถาม Th-DIGS พบความชุกของโรคซึมเศร้าที่ร้อยละ 17.03 โดยแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามมีความไวและค่าความจำเพาะที่ร้อยละ 95.5 และ 72.7 ตามลำดับพบปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงสามปัจจัยคือการเป็นมะเร็งเต้านม การเคยได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

มาก่อน และการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพร้อมกับฉายแสง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Depression. World Health Organization; 2011. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. [Accessed 20th April 2010.]
2. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/en/>. [Accessed 20th April 2010.]
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(6):593-602.
4. Alboni P, Favaron E, Paparella N, Sciammarella M, Pedaci M. Is there an association between depression and cardiovascular mortality or sudden death? J Cardiovasc Med 2008; 9:356-62.
5. Strik JJ, Honig A, Maes M. Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2001; 25:879-92.
6. van Melle JP, de Jonge P, Ormel J, Crijns HJ, van Veldhuisen DJ, Honig A, et al. Relationship between left ventricular dysfunction and depression following myocardial infarction: data from the MIND-IT. Eur Heart J 2005; 26:2650-6.

7. Wangtongkum S, Sucharitakul P, Wongjaroen S, Maneechompoo S. Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2008; 91:1812-6.
8. Depression. Available from: http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/neuro/psy/depression/depression.htm. [Accessed 20th April 2010.]
9. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32:57-71.
10. Pinyopornpanish M, Maneetorn B, Petverachuwong N. Depression in Medical Inpatients of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2003; 48:147-55.
11. Sitdhiraksa N, Mintrasak E, Singhakant S, Sittironnarit G, Ratta-apha W, Saisavoey N et al. The prevalence of depression among the pain patients at the Pain Clinic, Siriraj Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2010; 55:191-201.
12. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751-7.
13. Skarstein J, Aass N, Fossa SD, Skovlund E, Dahl AA. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res* 2000; 49:27-34.
14. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology* 2001; 10:156-65.
15. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34:785-91.
16. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284:2907-11.
17. Hengrasmee P, Padungstut P, Boriboonhirunsam D. Depression among gynecologic cancer patients at Siriraj Hospital: prevalence and associated factors. *J Med Assoc Thai* 2004; 87 Suppl 3:S74-9.
18. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2007; 90(10):2164-74.
19. Malarat P, Pithayaratsathien N. Quality of life and depression in breast cancer patients after surgery in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J* 2008; 52:205-16.
20. Jobsubin J, Thavichachart N. Prevalence of anxiety and depression and related factors in breast cancer patients receiving chemotherapy at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J* 2009; 53:427-40.
21. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer* 2009; 115:5349-61.
22. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncol* 2000; 18:893-903.

23. Arunpongpaisal S, Kongsuk T, Maneeton N, Maneeton B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Thai I-san community. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2007; 52:138-48.
24. Sitdhiraksa N, Singhagant S, Ratta-Apha W, Saisavoey N, Chantakarn S. Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS): Validity, Inter-Rater and test-retest reliability of the Thai version. *ASEAN Journal of Psychiatry* 2008; 9:104-13.
25. Ketumarn P, Sitdhiraksa N, Pithayaratsathien N, Piyasilpa V, Plubrukan R, Dumrongphol H et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in students : twenty-three months after tsunami. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 53:8-20.
26. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:1144-6.
27. Sitdhiraksa N, Nandidarbha R, Limsrichareon K, Thitadilok W. The prevalence of major depressive disorder during pregnancy at the Antenatal Care Clinic, Siriraj Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 55:15-26.
28. Kathol RG, Mutgi A, Williams J, Clamon G, Noyes R Jr. Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1021-4.
29. Fanger PC, Azevedo RC, Mauro ML, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, et al. Depression and suicidal behavior of cancer inpatients: prevalence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56:173-8.
30. Mhaidat NM, Alzoubi KH, Al-Sweedan S, Alhusein BA. Prevalence of depression among cancer patients in Jordan: a national survey. *Support Care Cancer* 2009; 17:1403-7.
31. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994; 74:2570-8.
32. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
33. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2005.
34. Gross AL, Gallo JJ, Eaton WW. Depression and cancer risk: 24 years of follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area sample. *Cancer Causes Control* 2010; 21:191-9.
35. Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J Psychosom Res* 1998; 45:215-37.
36. Chen SC, Lai YH, Liao CT, Lin CC, Chang JT. Changes of symptoms and depression in oral cavity cancer patients receiving radiation therapy. *Oral Oncol* 2010; 46:509-13.
37. Hopwood P, Sumo G, Mills J, Haviland J, Bliss JM. The course of anxiety and depression over 5 years of follow-up and risk factors in women with early breast cancer: results from the UK Standardisation of Radiotherapy Trials (START). *Breast* 2010; 19:84-91.