



อาการทางกายและความสัมพันธ์กับความรุนแรง ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Somatic Symptoms and Its Association to Depressive Severity in Patients with Major Depressive Disorder in King Chulalongkorn Memorial Hospital

โชติมันต์ ชินวรารักษ์*, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย*

Chotiman Chinvararak*, Peeraphon Lueboonthavatchai*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของอาการทางกาย และความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่างช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงเมษายน พ.ศ. 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version) 3) แบบประเมินอาการทางกายฉบับภาษาไทย (Patient health questionnaire somatic symptom and scale 15, PHQ-15 Thai version) 4) แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (1-year life stress event questionnaire) และ 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire) นำเสนอข้อมูลความชุกของอาการทางกายโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติ chi-square test วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยใช้สถิติ logistic regression

ผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 180 ราย อายุเฉลี่ย 45.20 ± 14.28 ปี เป็นผู้หญิงร้อยละ 75.0 พบความชุกของอาการทางกายเท่ากับร้อยละ 94.4 โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือปวดศีรษะ (ร้อยละ 66.7) รองลงมาได้แก่ปวดหลัง (ร้อยละ 63.3) ปวดตามแขนขา หรือข้อ (ร้อยละ 63.3) รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง ปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 61.7 เท่ากัน) และเวียนศีรษะ (ร้อยละ 61.1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้แก่ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระดับของการสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวนและความรุนแรงของอาการทางกาย และพบว่าปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี ($p < 0.05$) และความรุนแรงของอาการทางกายระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.01$)

สรุป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความชุกของอาการทางกายร้อยละ 94.4 โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 66.7) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ได้แก่ ความรุนแรงของอาการทางกายระดับปานกลางถึงสูงและระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี การชักประวัติอาการทางกายที่พบทั้งลักษณะอาการ จำนวนและความรุนแรง จะช่วยในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อาการทางกาย

Corresponding author: โชติมันต์ ชินวรารักษ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(4): 281-294

ABSTRACT

Objectives : A determine the prevalence of somatic symptoms and its association to depressive severity in patients with major depressive disorder.

Method : A descriptive study was conducted in patients aged above 18 years with major depressive disorder at the Psychiatric Outpatient Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital between November 2013 and April 2014. The instruments consisted of five questionnaires; 1) The demographic data form, 2) The beck depression inventory II (BDI-II)-Thai version, 3) The patient health questionnaire somatic symptom and scale 15 (PHQ-15)-Thai version, 4) The 1-year life stress event questionnaire, and 5) The social support questionnaire. The prevalence of somatic symptoms of patients with depressive disorder was presented by frequency and percentage. The associated factors of depressive severity were analyzed using chi-square test. The predictors of depressive severity were analyzed using logistic regression analysis.

Results : Among 180 participants with the mean age of 45.20 ± 14.28 years old, 75% of them were female. The prevalence of somatic symptoms was 94.4%. The six most common symptoms were headache (66.7%), back pain (63.3%), extremity pain (63.3%), fatigue (61.7%), sleep problems (61.7%) and dizziness (61.1%). The associated factors of depressive severity were duration of depression, number of medications, social support, stressful life events, numbers and severity of somatic symptoms. The predictors of the medium-to-high severity of depression were the illness duration of less than 2 years ($p < 0.05$) and somatic symptoms severity ($p < 0.01$).

Conclusion : The prevalence of somatic symptoms in patients with major depressive disorder in King Chulalongkorn Memorial Hospital was 94.4%. Headache was the most common symptoms (66.7%). The associated factors and predictors of the medium-to-high severity of depression were duration of illness of less than 2 years and somatic symptoms severity. Taking a history about somatic symptoms, their characteristics, number, and severity will help to assess the severity of depression.

Keywords : major depressive disorder, depressive severity, somatic symptoms

Corresponding author: Chotiman Chinvararak

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(4): 281-294

บทนำ

โรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder เป็นโรคจิตเวชที่พบได้บ่อย โดยพบความชุกชั่วชีวิต (life time prevalence) ได้ร้อยละ 5-17 (เฉลี่ยร้อยละ 12)¹ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้า (depression) ประมาณร้อยละ 20-40² จากการสำรวจภาวะทางสุขภาพจิตคนไทยในชุมชนปี พ.ศ. 2546³ พบโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder (MDD) ร้อยละ 3.2 จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2004⁴ พบว่าโรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นสาเหตุอันดับ 3 ของโลก ในการทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year-DALY) และประมาณการว่าใน ปี ค.ศ. 2030 จะขึ้นเป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง ส่วนการศึกษาในประเทศไทย จากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547⁵ พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของจำนวนปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years of life lost due to disability-YLDs) ในเพศหญิงนอกจากนั้นโรคซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุอันดับที่ 4 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง เอชไอวี/เอดส์ และโรคเบาหวานของความสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year-DALY)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการและอาการแสดงหลายด้าน^{2,6} ได้แก่ 1) อาการทางอารมณ์ (mood symptoms) ได้แก่ อารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ ลดลง 2) อาการทางกาย (somatic symptoms) ได้แก่ อาการอ่อนล้า นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลดลงหรือบางรายเพิ่มขึ้นและนอนมากขึ้น ประจำเดือนผิดปกติ ปัญหาสมรรถภาพทางเพศ 3) อาการพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (psychomotor symptoms) ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้าลง (psychomotor slowness) กระสับกระส่าย (psychomotor agitation) 4) อาการทางความคิด (cognitive symptoms) ได้แก่ สมาธิลดลง ไม่สามารถตัดสินใจรู้สึกผิดโทษหรือตำหนิ

ตัวเอง ท้อแท้หมดหวังหรือสิ้นหวัง ไร้ค่า คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตายและ 5) อาการทางสัมพันธภาพ (interpersonal symptoms) ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับคนอื่น แยกตัวไม่เข้าสังคมและขาดการสนับสนุนทางสังคม

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติ^{7,8} เพศ^{9,10} อายุ¹¹ ระดับการศึกษา¹² รวมถึงรูปแบบการมารับการรักษาในสถานพยาบาล¹³ ในด้านเชื้อชาติพบว่าชาวเอเชียและชาวเม็กซิกันจะมีอาการวิตกกังวลและอาการทางกายรุนแรงมากกว่าในเชื้อชาติอื่น⁷ ในด้านเพศแม้จะพบว่าผู้ป่วยหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชาย 2 เท่า แต่ไม่พบความแตกต่างกันในด้านความรุนแรงของอาการ⁹ และพบว่าในกลุ่มวัยรุ่นเพศหญิง อาการทางกายจะเป็นอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุด¹⁰ ในด้านของอายุพบว่าผู้ป่วยสูงอายุจะมีอาการทางกายและอาการทางความคิดมากกว่าผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ แต่จะมีอาการทางอารมณ์น้อยกว่า¹¹ ในด้านระดับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีอาการทางกายและมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง¹² ในด้านของรูปแบบสถานพยาบาลพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิจะมาด้วยอาการทางกายถึงสองในสามของผู้ป่วยทั้งหมด¹³ อาการทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกายจำนวนและความรุนแรงของอาการทางกายสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า¹⁴⁻¹⁸ นอกจากนั้นแล้วก็พบว่าอาการทางกายในกลุ่มเด็กวัยรุ่นเป็นปัจจัยที่เสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้าและปัญหาทางสุขภาพจิตในวัยรุ่นผู้ใหญ่ จำนวนอาการทางกายในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรคจิต การกลับเป็นซ้ำและการดำเนินโรคซึมเศร้าอย่างเรื้อรัง¹⁹ ส่วนในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการ

ทางกาย²⁰ ในวัยรุ่นพบว่าเพศไม่มีผลต่อความชุกและความรุนแรงของโรคซึมเศร้า แต่ในวัยรุ่นหญิงจะมีอาการทางอารมณ์และอาการทางกายสูงกว่าในขณะที่วัยรุ่นชายจะมีอาการทางความคิดมากกว่า²¹

จะเห็นได้ว่าอาการทางกายเป็นกลุ่มอาการที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่การศึกษาในเรื่องของอาการทางกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยนั้นยังไม่มีอยู่จำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการทางกายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรองการประเมินการวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีกลุ่มด้วยอาการทางกายได้อย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

เลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ (purposive or judgmental sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยซึมเศร้ารายใหม่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder โดยเกณฑ์การวินิจฉัยของ the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)²² และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือผู้ป่วยที่มีโรคทางกายที่เป็นสาเหตุของอาการทางกายของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาโดยการซักประวัติและพบทวนเวชระเบียนโดยผู้วิจัย โดยเก็บตัวอย่างจากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยจำนวนตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยสูตรคำนวณความชุก (prevalence) ดังนี้ $n = [z^2 \cdot p(1-p)] / d^2$ และแทนค่าความชุกของอาการทางกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²³ = 0.84 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 180 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงเมษายน พ.ศ. 2557 การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(COA No. 687/2013) กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยตอบแบบสอบถามประกอบ 5 ส่วนดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version) 3) แบบประเมินอาการทางกายฉบับภาษาไทย (patient health questionnaire somatic symptom and scale 15, PHQ-15 Thai version) 4) แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (1-year life stress event questionnaire) และ 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire)

แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version) ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามนี้ได้รับการแปลและพัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ดัชนีพัฒนาโดย Beck และคณะมีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่มี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II นี้กับ HRSD เท่ากับ 0.71²⁴ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อนำคะแนนทุกข้อมารวมกันโดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนนเทียบความรุนแรงตามค่าคะแนนระดับคะแนน 0-13 มีภาวะ minimal depression, 14-19 มีภาวะ mild depression, 20-28 มีภาวะ moderate depression และ 29-63 มีภาวะ severe depression

แบบประเมินอาการทางกายฉบับภาษาไทย (patient health questionnaire somatic symptom and scale 15, PHQ-15 Thai version) ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการทางกายพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย ชัยชนะ นิมนวล (ข้อ 1-13)²⁵ และแปลเพิ่มอีก 2 ข้อโดยผู้วิจัยเอง (ข้อ 14-15) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย

คำถามจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามนี้มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดีโดยมี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.80 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด PHQ-15 นี้กับ PHQ-9 เท่ากับ 0.75²⁶ นำคะแนนทุกข้อมารวมกันโดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-2 คะแนนเทียบความรุนแรงตามค่าคะแนนโดยถือว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน 0-4 มีภาวะ minimal somatic symptom, 5-9 มีภาวะ low somatic symptom, 10-14 มีภาวะ medium somatic symptom และ 15-30 มีภาวะ high somatic symptom

แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (1-year life stress event questionnaire) ใช้วัดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่ประสบในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาพัฒนาโดยสมจิตต์ นครพานิชซึ่งสร้างแบบสอบถามโดยอาศัยแนวทางของ Holmes และ Rahe และนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยมีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดีโดยมี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.99 ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ ถามถึงชนิดเหตุการณ์ความเครียดทั้ง 5 ด้านที่เคยประสบมาในช่วง 1 ปีได้แก่ ด้านสุขภาพ 7 ข้อด้านครอบครัว 12 ข้อด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อด้านการงาน 10 ข้อและด้านสังคม 8 ข้อ^{27,28} แปลผลโดยแบ่งความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยอาศัยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire) ใช้วัดระดับการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย อรพรรณ ลีอนุญวัชชัยและพีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัยใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลได้รับการทดสอบแล้ว

พบว่ามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดีแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยหัวข้อย่อย 3 หัวข้อ คือ 1) ด้านอารมณ์ 7 ข้อ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ 3) ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ 5 ข้อ²⁹ รวม 16 คำถาม แปลผลโดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยอาศัยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS for window version 17.0 นำเสนอความชุกของอาการทางกายและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเป็นค่าความถี่และร้อยละ จากนั้นวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยใช้สถิติ chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยใช้สถิติ logistic regression ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) มีอายุเฉลี่ย 45.20 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 51-60 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 43.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.7 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 21.7) ประมาณหนึ่งในสามจบปริญญาตรี (ร้อยละ 38.9) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 32.4) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 78.2) มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 62.8 โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามานาน 2 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 60.0) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยของการวินิจฉัย 4.51 ปี ยากลุ่มที่ได้รับมากที่สุดคือ antidepressants (ร้อยละ 88.9) ร้อยละ 16.1 เคยเข้านอนโรงพยาบาลแผนกจิตเวชและร้อยละ 3.3 เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	45	25.0	รายได้ (บาท) (n=170)	≤ 10,000	47	27.6
	หญิง	135	75.0		10,001-20,000	55	32.4
อายุ (ปี)	18-30	35	19.4	20,001-30,000	25	14.7	
	31-40	33	18.3		30,001-40,000	20	11.8
	41-50	37	20.6		≥ 40,001	23	13.5
	51-60	49	27.2				
	60	26	14.4				
Mean±SD = 45.20±14.28, Min=18, Max=83				Median(IQR) = 20,000(10,000-30,277.50) Min=1,000 Max=200,000			
สถานภาพ	โสด	74	41.1	ความเพียงพอของรายได้ (n=179)			
	สมรส	79	43.9	เพียงพอ เหลือเก็บ	74	41.3	
การศึกษา	หม้าย	14	7.8	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	66	36.9	
	แยกกันอยู่/หย่าร้าง	13	7.2	ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	14	7.8	
	ประถมศึกษา	35	19.4	ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	25	14.0	
	มัธยมศึกษา/ปวช.	43	23.9	ประวัติโรคประจำตัวทางกาย	ไม่มี	67	36.2
	ปวส./อนุปริญญา	12	6.7		มี	113	62.8
อาชีพ	ปริญญาตรี	70	38.9	โรคที่พบส่วนใหญ่	ไขมันในเลือดสูง	46	25.6
	สูงกว่าปริญญาตรี	20	11.1		ความดันโลหิตสูง	41	22.8
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	57	31.7		ไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ	34	18.9
	ข้าราชการ	26	14.4		ภูมิแพ้	27	15.0
	ข้าราชการบำนาญ	10	5.6		โรคทางเดินอาหาร	25	13.9
โรคจิตเวช	รัฐวิสาหกิจ	10	5.6		โรคเบาหวาน	14	7.8
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	34	18.9	ประวัติการเข้านอนโรงพยาบาลแผนกจิตเวช			
	เกษตรกรรม	4	2.2	เคย	29	16.1	
	รับจ้าง	39	21.7	ไม่เคย	151	83.9	
	ชนิดของยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า		
				เคย	6	3.3	
				ไม่เคย	174	96.7	
1. Antidepressants		160	88.9				
2. Benzodiazepines		91	50.6				
3. Antipsychotics		22	12.2				
4. Mood stabilizers		5	2.8				

พบความชุกของอาการทางกายในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.4 (170 ราย) ส่วนใหญ่มีอาการทางกาย 7 อาการ โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 66.7) รองลงมาได้แก่ปวดหลัง/ปวดตามแขนขา หรือข้อ (ร้อยละ 63.3) รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง/ปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 61.7) และเวียนศีรษะ (ร้อยละ 61.1)

พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการทางกายในระดับ low somatic symptom (ร้อยละ 33.3) รองลงมาได้แก่ minimal somatic symptom (ร้อยละ 25.0), medium somatic symptom (ร้อยละ 23.9) และ high somatic symptom (ร้อยละ 17.8) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย (PHQ-15 scores)= 8.99 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการทางกายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อาการทางกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ปวดศีรษะ	120	66.7
2. ปวดหลัง	114	63.3
3. ปวดตามแขน ขาหรือข้อ	114	63.3
4. รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง	111	61.7
5. ปัญหาการนอนหลับ	111	61.7
6. เวียนศีรษะ	110	61.1
7. คลื่นไส้ ท้องอืด หรืออาหารไม่ย่อย	94	52.2
8. ท้องผูก ถ่ายเหลว หรือท้องเสีย	92	51.1
9. หายใจไม่อิ่ม	86	47.8
10. หัวใจเต้นแรง ใจสั่น	72	40.0
11. ปวดท้อง	62	34.4
12. เจ็บหน้าอก	46	25.6
13. ปวดประจำเดือนหรือมีปัญหาเกี่ยวกับรอบเดือน	35	19.4
14. เป็นลม	28	15.6
15. ปวดหรือมีปัญหาคณะมีเพศสัมพันธ์	18	10.0
Median=7, Mode=7, Min=0, Max=15		
ระดับความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Minimal somatic symptom (0-4)	45	25.0
Low somatic symptom (5-9)	60	33.3
Medium somatic symptom (10-14)	43	23.9
High somatic symptom (15-30)	32	17.8
Mean±SD = 8.99±5.90, Min=0, Max=25		

พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความรุนแรง (ร้อยละ 22.8), moderate depression (ร้อยละ 18.3) ของอาการซึมเศร้าในระดับ minimal depression และ mild depression (ร้อยละ 15.0) ตามลำดับ โดยมี (ร้อยละ 43.9) รองลงมาได้แก่ severe depression คะแนนเฉลี่ย (BDI-II scores) 18.76 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระดับความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Minimal depression (0-13)	79	43.9
Mild depression (14-19)	27	15.0
Moderate depression (20-28)	33	18.3
Severe depression (29-63)	41	22.8
Mean±SD = 18.76±13.27, Min=0, Max=53		

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า ($p<0.01$) ยารักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ($p<0.01$) ระดับของการสนับสนุนทางสังคม ($p<0.01$) ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($p<0.01$) ความรุนแรงของอาการทางกาย ($p<0.01$) และจำนวนอาการทางกาย ($p<0.01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล		Depressive severity				χ ²	p-value
		Minimal to Mild (n=106)		Moderate to Severe (n=74)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ	ชาย	29	64.4	16	35.6	0.765	0.382
	หญิง	77	57.0	58	43.0		
อายุ (ปี)	≤40	34	50.0	34	50.0	3.567	0.059
	>40	72	64.3	40	35.7		
สถานภาพสมรส	โสด/หม้าย/หย่าร้าง	56	55.4	45	44.6	1.127	0.288
	สมรส	50	63.3	29	36.7		
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่าปริญญาตรี	47	52.2	43	47.8	3.304	0.069
	ปริญญาตรีขึ้นไป	59	65.6	31	34.4		
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	33	57.9	24	42.1	0.034	0.854
	ประกอบอาชีพ	73	59.3	50	40.7		
รายได้ต่อเดือน (บาท)	≤10,000	24	51.1	23	48.9	1.374	0.241
	>10,000	75	61.0	48	39.0		
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	83	59.3	57	40.7	0.104	0.747
	ไม่เพียงพอ	22	56.4	17	43.6		
โรคประจำตัวทางกาย	มี	65	57.5	48	42.5	0.234	0.628
	ไม่มี	41	61.2	26	38.8		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	<2 ปี	31	43.1	41	56.9	12.426	<0.001**
	≥2 ปี	75	69.4	33	30.6		
ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน	ไม่มี	4	22.2	14	78.8	11.107	0.001**
	มี	102	63.0	60	37.0		
ประวัติการเข้านอนโรงพยาบาลแผนกจิตเวช	ไม่มี	90	59.6	61	40.4	0.197	0.657
	มี	16	55.2	13	44.8		
ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า	ไม่มี	104	59.8	70	40.2	0.230 ^a	
	มี	2	33.3	4	66.7		
ระดับการสนับสนุนทางสังคม	ต่ำถึงปานกลาง	77	53.1	68	46.9	10.310	0.001**
	สูง	29	82.9	6	17.1		
ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียด	ต่ำถึงปานกลาง	98	64.9	53	35.7	13.991	0.001**
	สูง	8	27.6	21	72.4		
ความรุนแรงของอาการทางกาย	Minimal to Low	85	81.0	20	19.0	50.671	<0.001**
	Medium to High	21	28.0	54	72.0		
จำนวนอาการทางกาย	<7 อาการ	71	85.5	12	14.5	45.195	<0.001**
	≥ 7 อาการ	35	36.1	62	63.9		

*p<0.05, **p<0.01

ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate-to-severe) ได้แก่ ความรุนแรงของอาการทางกายระดับปานกลางถึงสูง

(medium-to-high) ($p < 0.01$) และระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี ($p < 0.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of Adjusted OR		p-value
		Lower	Upper	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี	2.338	1.047	5.222	0.038*
การไม่มียารักษาที่ได้รับในปัจจุบัน	2.332	0.522	10.417	0.267
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำถึงปานกลาง	2.924	0.911	9.390	0.071
เหตุการณ์ความเครียดระดับสูง	2.604	0.864	7.847	0.089
ความรุนแรงของอาการทางกายระดับปานกลางถึงสูง (medium-to-high)	8.393	3.923	17.955	<0.001**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบความชุกของอาการทางกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ 94.4 จากการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในและต่างประเทศพบความชุกของอาการทางกายในผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 66.6-93^{13, 18, 20, 23, 30, 31} จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้พบความชุกของอาการทางกายในระดับที่สูง ซึ่งผลการศึกษาที่แตกต่างนี้อาจเนื่องจากเชื้อชาติที่พบว่าเชื้อชาติเอเชียมักจะรายงานอาการทางกายสูงกว่า ขณะที่ชาวตะวันตกมักจะรายงานอาการทางอารมณ์สูงกว่าในการศึกษาของ Waza และคณะ ในปี ค.ศ. 1999 ที่ประเทศญี่ปุ่นและสหรัฐอเมริกาได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิระหว่างผู้ป่วยเชื้อชาติญี่ปุ่น จำนวน 104 ราย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยเชื้อชาติอเมริกันจำนวน 85 ราย พบว่าผู้ป่วยเชื้อชาติญี่ปุ่นจะมีจำนวนอาการทางกายมากกว่าเชื้อชาติอเมริกัน (5.4 VS 4.4, $p = 0.004$)⁹ ส่วนการศึกษาของ Rao และคณะ ในปี

ค.ศ. 2012 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ศึกษาเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชื้อชาติต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 99 ราย (แอฟริกัน-อเมริกัน 17 ราย เอเชีย-อเมริกัน 19 ราย เม็กซิกัน-อเมริกัน 22 ราย และชาวผิวขาวเชื้อสายยุโรป 41 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเอเชีย-อเมริกันและเม็กซิกัน-อเมริกันจะมีความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและความรุนแรงของอาการทางกายสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มแอฟริกัน-อเมริกันและชาวผิวขาวเชื้อสายยุโรป อาจเป็นเพราะชาวเอเชียมักไม่ค่อยบรรยายอารมณ์ความรู้สึกเศร้าแต่มักจะรายงานอาการทางกายที่สื่อถึงความไม่สบายหรือทุกข์ใจ ในขณะที่ชาวตะวันตกผิวขาวมีแนวโน้มที่จะบอกเป็นอาการทางอารมณ์สูงกว่า เช่น ตนเองรู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ไม่มีความสุข⁷ และยังเกี่ยวข้องกับความแตกต่างของสถานที่ในการศึกษา (ระดับของสถานพยาบาล) และเครื่องมือที่ใช้วัดอาการทางกาย แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าความชุกของอาการทางกายนั้นพบได้สูงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ลักษณะอาการทางกายจากการศึกษานี้พบว่า อาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 66.7) รองลงมาได้แก่ปวดหลัง/ปวดตามแขน ขาหรือข้อ (ร้อยละ 63.3) รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรงปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 61.7 เท่ากัน) และเวียนศีรษะ (ร้อยละ 61.1) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของมานิช หล่อตระกูลและคณะ ในปี ค.ศ. 1996 พบว่าอาการทางกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปัญหาการนอน (ร้อยละ 83.7) และความรู้สึกเบื่ออาหาร (ร้อยละ 79.3)²⁰ ส่วนการศึกษาของ Tylee และคณะ ในปี ค.ศ. 2005 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า อาการทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มาใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ได้แก่ อ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 73.0) ปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 63.0) และการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร (ร้อยละ 40.0)¹³ เช่นเดียวกับ Vaccarino และคณะ ในปี ค.ศ. 2008 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า อาการทางกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 78.0) ในขณะที่อาการปวดศีรษะเป็นอาการปวดที่พบได้มากที่สุด (ร้อยละ 43.0)¹⁴

จะเห็นได้ว่าในการศึกษานี้พบอ่อนเพลียไม่มีแรง และปัญหาการนอนหลับ ได้สูงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา และยังพบความชุกของกลุ่มอาการปวดสูง (pain-related symptoms) ทั้งปวดศีรษะ ปวดหลังและปวดตามแขน ขาหรือข้อ^{13,14,20} เนื่องจากในการศึกษานี้ใช้แบบประเมินอาการทางกายฉบับภาษาไทย (patient health questionnaire somatic symptom and scale 15, PHQ-15 Thai version) ซึ่งนอกจากวัดอาการทางกายในผู้ป่วยซึมเศร้าแล้วยังสามารถวัดอาการทางกายอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มอาการปวดได้อีกด้วยในการศึกษาของ Bair และคณะ ในปี ค.ศ. 2003 พบว่าความชุกของอาการปวดพบได้สูงในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยอาการปวดจะส่งผลให้เกิดอารมณ์

ด้านลบตามมา อาการปวดที่มีความรุนแรงมากมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าที่มากและเกี่ยวข้องกับผลการรักษาที่ไม่ดี ในทางกลับกันผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการปวดมีแนวโน้มที่จะรายงานอาการปวดที่รุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นซึมเศร้า อาการปวดที่พบได้บ่อย คือ อาการปวดศีรษะหรือปวดบริเวณใบหน้า ปวดท้อง ปวดหลังและเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ยังพบว่าอาการปวดและอาการซึมเศร้าอาจจะมีคามผิดปกติของประสาทชีววิทยาร่วมกัน เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความผิดปกติของประสาททฤษฎีภาค เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความไวต่ออาการปวดมากขึ้นและมีความอดทนต่ออาการปวดน้อยลง³²

จากการศึกษานี้พบว่า อาการทางกายทั้งจำนวน อาการและความรุนแรงมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และระดับความรุนแรงของอาการทางกายสามารถทำนายระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้สูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu และคณะ ในปี ค.ศ. 2011¹¹ ที่ประเทศจีนที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ (OR: 1.67-2.27) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะมีอาการทางกายมากกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า โดยOR จะเพิ่มเป็น 2.64 ในผู้ป่วยที่มีอาการทางกาย 2 อาการและเพิ่มเป็น 4.52 ในผู้ป่วยที่มีอาการทางกาย 6 อาการ และการศึกษาของ Vaccarino และคณะ ในปี ค.ศ. 2008¹⁴ ที่พบว่าการมีอาการทางกายจะเพิ่มระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยรวม ($r=0.43$) ทั้งในด้านของจำนวน ความถี่และความรุนแรง นอกจากนี้อาการทางกายยังรบกวนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

ในด้านของการสนับสนุนทางสังคมพบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำถึงปานกลางจะมีความ

เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย ในปี ค.ศ. 2007²⁹ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าโดยการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหาได้ ดีขึ้นและลดความเสี่ยงการเกิดโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า และความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียด ในชีวิตที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าด้วยเช่นกัน โดยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูงจะมีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย ในปี ค.ศ. 2009²⁷ ที่พบว่าผู้ที่ ซึมเศร้าประสบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมากกว่า ผู้ที่ไม่ซึมเศร้าและผู้ที่ไม่ประสบความเครียดในระดับ ปานกลางถึงรุนแรงในทุกด้านมีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ประสบความเครียดในระดับต่ำ และการศึกษาของทานตะวัน อนิรุทธวรักุล ในปี ค.ศ. 2011 ซึ่งพบว่าผู้ที่ประสบความกดดันในชีวิตมีแนวโน้ม ที่จะเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่า โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมี จำนวนเหตุการณ์ความเครียดมากกว่าประชากรทั่วไป³³

ประวัติการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้าพบว่า ระยะ เวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี การไม่มียารักษาที่ได้รับ ในปัจจุบัน มีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้าระดับสูง และระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี เป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับ ปานกลางถึงรุนแรง (moderate-to-severe) อาจเกิด จากผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่น้อยกว่า 2 ปี ยังอยู่ในช่วงการป่วยใหม่ จึงพบความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้าได้สูง เมื่อเวลาผ่านไป หลังได้รับการรักษา อาการของโรคก็เริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ (remission) ส่วนการ ไม่มียารักษาที่ได้รับในปัจจุบันนั้นผู้ป่วยอาจเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่งมาพบแพทย์ครั้งแรก และกลุ่ม ผู้ป่วยที่หยุดยาไปหรือหยุดการรักษาไป จึงทำให้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสูง

จากทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าอาการ ทางกายเป็นอาการที่พบได้สูงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและ เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจึงควรให้ ความสนใจผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย ต่างๆ (somatic complaints) ซึ่งอาจเป็นอาการหนึ่งของ โรคซึมเศร้าได้ นอกจากนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า การซักประวัติอาการทางกายที่พบ ทั้งลักษณะ อาการ จำนวนและความรุนแรง จะช่วยในการประเมิน ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการศึกษา เชิงพรรณนาจึงบอกได้เพียงแค่ความชุกของอาการ ทางกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความสัมพันธ์ ของความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าเท่านั้น ไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ลักษณะของ ผู้ป่วยนอก และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาจจะ ส่งผลกับความชุกของอาการทางกายที่พบในการศึกษา นอกจากนี้แม้ในการศึกษานี้จะพยายามคัดผู้ป่วยที่มี โรคทางกายที่เป็นสาเหตุของอาการทางกายของผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาออกโดยการซักประวัติและ ทบทวนเวชระเบียนแล้วก็ตาม ยังอาจมีผู้ป่วยบางส่วน ที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อแยกอาการทางกายที่อาจเกิดจากโรคทางกาย และ เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว อาการทางกาย ที่เกิดขึ้นยังอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้ รับได้ด้วยเช่นกัน

สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความชุกของอาการทางกาย ร้อยละ 94.4 โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 66.7) เมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรงของ อาการซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความ รุนแรงระดับ minimal depression (ร้อยละ 43.9) รองลง

มาได้แก่ severe depression (ร้อยละ 22.8), moderate depression (ร้อยละ 18.3) และ mild depression (ร้อยละ 15.0) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและเป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ได้แก่ ความรุนแรงของอาการทางกายระดับปานกลางถึงสูง (medium-to-high) และระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ชัยชนะ นิ่มนวลที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบประเมินอาการทางกายฉบับภาษาไทย (patient health questionnaire somatic symptom and scale 15, PHQ-15 Thai version) ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมจิตร นควาพานิชที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (1-year life stress event questionnaire)

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins; 2007.
2. Lueboonthavatchai O, Lueboonthavatchai P. Psychosocial treatment in depressive disorder. 1st ed. Bangkok: Tanapress; 2010.
3. Thai Working Group on Burden of Disease. Burden of disease and injuries in Thailand 2004. Nontaburi: International Health Policy Program, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2009.
4. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
5. Siriwanarangsun P, Kongsuk T, Arunpongpaissan S, Kittirattanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of mental disorders in Thailand. Journal of Mental Health of Thailand 2004; 12: 177-88.
6. Kasantikul D. Depression can be cured. 1st ed. Bangkok: Num-aksorn printing; 1999.
7. Rao U, Poland RE, Lin KM. Comparison of symptoms in African-American, Asian-American, Mexican-American and non-Hispanic white patient's with major depressive disorder. Asian J Psychiatr 2012; 5: 28-33.
8. Waza K, Graham AV, Zyzanski SJ, Inoue K. Comparison of symptoms in Japanese and American depressed primary care patients. Fam Pract 1999; 16: 528-33.
9. Delisle V, Beck AT, Dobson K, Dozois D, Thombs B. Revisiting gender differences in somatic symptoms of depression: much ado about nothing?. PLoS One 2012; 7: 1-5.
10. Khalil AH, Rabie MA, Abd-El-Aziz MF, Abdou TA, El-Rasheed AH, Sabry WM. Clinical characteristics of depression among adolescent females: a cross-sectional study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2010 ; 4: 26. doi: 10.1186/1753-2000-4-26.
11. Yu DS, Lee DT. Do medically unexplained somatic symptoms predict depression in older Chinese?. Int J Geriatr Psychiatry 2012; 27: 119-26.

12. Gan Z, Li Y, Xie D, Shao C, Yang F, Shen Y, et al. The impact of educational status on the clinical feature of major depressive disorder in Chinese woman. *J Affect Disord* 2012; 136: 988-92.
13. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 2005; 7: 167-76.
14. Vaccarino AL, Sills TL, Evans KR, Kalali AH. Prevalence and association of somatic symptoms in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2008; 110: 270-6.
15. Vaccarino AL, Sills TL, Evans KR, Kalali AH. Multiple pain complaints in patients with major depressive disorder. *Psychosom Med* 2009; 71: 159-62.
16. Bahk WM, Park S, Jon DI, Yoon BH, Min KJ, Hong JP. Relationship between painful physical symptoms and severity of depressive symptomatology and suicidality. *Psychiatry Res* 2011; 189: 357-61.
17. Nakao M, Yano E. Reporting of somatic symptoms as a screening marker for detecting major depression in a population of Japanese white-collar workers. *Clin Epidemiol* 2003; 56: 1021-6.
18. García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, Romera I, Aragonés E, Rodríguez-Artalejo F, Quail D, Gilaberte I, et al. Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *J Clin Psychiatry* 2008; 10: 355-62.
19. Bohman H, Johnson U, Paaren A, von Knorring L, Olsson G, von Knorring AL. Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: 15-year community based follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 90: 1-10.
20. Lotrakul M, Saipanit R, Theeramoke W. Symptoms of depression in Thai patients. *Asian J Psychiatr* 1996; 4: 24-32.
21. Trangkasombat U, Rujiradarporn N. Gender differences in depressive symptoms in Thai adolescents. *Asian Biomed* 2012; 6: 737-45.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). 1st ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
23. Perugi G, Canonico PL, Carbonato P, Mencacci C, Muscettola G, Pani L, et al. Unexplained somatic symptoms during major depression: prevalence and clinical impact in a national sample of Italian psychiatric outpatients. *Psychopathology* 2011; 44: 116-24.
24. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
25. Jarernswan P, Nimuan C. Medically unexplained physical symptoms in general practice. *Chula Med J* 2005; 49: 303-9.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom* 2002; 64: 258-66.

27. Lueboonthavatchai P. Role of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder:a case-control study. J Med Assoc Thai 2009; 92: 1240-9.
28. Nakrapanich S. Life events and adaptation during pregnancy of women with and without obstetric complication in Chulalongkorn hospital [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn university; 1988.
29. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. J Med Assoc Thai 2007; 90: 2164-74.
30. Fornaro M, Maremmanni I, Canonico PL, Carbonato P, Mencacci C, Muscettola G, et al. Prevalence and diagnostic distribution of medically unexplained painful somatic symptoms across 571 major depressed outpatients. Neuropsychiatr Dis Treat 2011; 7: 217-21.
31. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Eng J Med 1999; 341: 1329-35.
32. Bair MJ, Robinson RL, Katon W et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2003; 163: 2433-45.
33. Awirutworakul T, Lotrakul M. Stressful life events before the onset of major depressive disorder and panic disorder. Journal of Psychiatric Association of Thailand 2011; 56: 277-86.