การศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการซึมเศร้าโดยวิธี 9Q ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กุลธร เจนพิทักษ์พงศ์ พ.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคซึมเศร้า เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ในทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 700,000 คน ดังนั้นการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างรวดเร็วและทันเวลาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยบรรเทาความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระบุว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยเสี่ยงหลักที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จได้แก่การป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยติดเตียง

วิธีการศึกษา : การวิเคราะห์แบบย้อนหลังโดยใช้เครื่องมือวิจัยคือแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (PHQ-9) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียงที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สาย จำนวน 300 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Multivariable Regression Analysis หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL กับภาวะเสี่ยงการซึมเศร้า

ผลการศึกษา : ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยติดเตียงเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง เป็นความสัมพันธ์แบบผกผัน กล่าวคือเมื่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่มีค่า ADL 0-4 มีสัดส่วนของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด (ร้อยละ 95.24) เมื่อวิเคราะห์หาจุดตัดที่มีความสามารถในเชิงวินิจฉัยหรือคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าคะแนน ADL < 9 คะแนน เป็นจุดตัดที่น่าจะเหมาะสมที่สุดในการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยค่า ADL

สรุปและข้อเสนอแนะ : แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) สามารถใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลรักษาสภาพจิตใจ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียงที่ผลการประเมิน ADL < 9 คะแนนทุกราย ควรได้รับการคัดกรองเรื่องภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ซึมเศร้า

*โรงพยาบาลแม่สาย

Corresponding Author: Kuntron Janepitakpong E-mail: kuntron@hotmail.com
Received: 18 March 2023 Revised: 24 December 2023 Accepted: 25 December 2023

A STUDY OF FACTORS ASSOCIATED WITH THE RISK OF DEPRESSION USING THE 9Q METHOD IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE

Kuntron Janepitakpong M.D.*

ABSTRACT

BACKGROUND: The quality of life of patients is the core palliative care. Therefore, knowing the factors associated with health-related quality of life will help to improve the quality of care for end-of-life patients to have a better quality of life. Depression is a type of mental disorder. According to World Health Organization, depression can lead to suicide. Over 700,000 people die due to suicide every year. Therefore, rapid and timely assessment of the effective treatment is one of the important factors to relieve the potential losses. Moreover, based on the data from the Suicide Surveillance Center, KhonKaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, found that the rate of completed suicide in Thailand has been consistently increasing. The main risk factor related to completed suicide is a chronic physical illness which is likely to affect the lower ability to perform activities in daily living of patients.

OBJECTIVE: To study the relationship between activities of daily living (ADL) ability and depression in bedridden patients.

METHODS: The research instrument of this retrospective analytic study consisted of Barthel ADL Index (ADL) and 9Q depression scale (PHQ-9). The sample group of 300 bedridden patients who were admitted to Mae Sai Hospital was selected. Data were analyzed by using Multivariable Regression Analysis to evaluate the relationship between activities of daily living (ADL) ability and depression in bedridden patients.

RESULTS: The relationship between the ability to perform activities of daily living and the presence of depression in bedridden patients suggests an inverse correlation. When patients have reduced ability to perform daily activities, there is an increased likelihood of developing depression. It meant that the lower ability to perform activities of daily living is related to the higher level of depression in bedridden patients. According to the findings, the group of patients with ADL scores of 0-4, totally dependent, had the highest proportion of depression (95.24%). It also found that ADL score < 9 was the most appropriate cutoff point to diagnose or screen bedridden patients with depression.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: The Barthel Activities of Daily Living (ADL) assessment can be used to screen patients for depression in order to plan mental health care.The patients with chronic diseases, especially bedridden patients with ADL < 9, should be screened for depression.

KEYWORDS: activities of daily living, chronic disease, bedridden patients, depression

*Mae Sai Hospital

Corresponding Author: Kuntron Janepitakpong E-mail: kuntron@hotmail.com

Received: 18 March 2023 Revised: 24 December 2023 Accepted: 25 December 2023

ความเป็นมา

โรคซึมเศร้า เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีอาการหลัก ๆ คือ อารมณ์เศร้า ท้อแท้ ซึม เบื่อ ไม่อยากทำอะไร โดยอาจร่วมกับอาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป หลับยาก หรือหลับมากไป คิดช้าพูดช้า หงุดหงิด กระวนกระวาย รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยใจ ไม่มีแรง รู้สึกตนเองไร้ค่า สมาธิความคิดอ่านช้าลง รวมถึงคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรืออยากทำร้ายตนเอง[1]

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้ทั่วไป โดยประชากรโลกกว่า 280 ล้านคน อยู่ในภาวะซึมเศร้า[2] และข้อมูลจากศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิตระบุว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน และโดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 100 คน จะเข้าถึงการรักษาเพียง 28 คนเท่านั้น[3-4] และองค์การอนามัยโลกยังระบุว่า ในทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 700,000 คน[2] นอกจากนี้ ศูนย์โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตาย 6 คนต่อชั่วโมง หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตราว 4,000 คน[3] ดังนั้นการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างรวดเร็วและทันเวลาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยบรรเทาความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามักพบได้มากในผู้ป่วยโรคหัวใจ อัมพาต เบาหวาน หอบหืด มะเร็ง ข้ออักเสบและกระดูกพรุน[5] โดยผู้ที่มีโรคเรื้อรังทางกายมีอัตราการเกิดซึมเศร้าร่วมอยู่ระหว่าง ร้อยละ 9.30 ถึงร้อยละ 23.00[6] ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้ป่วยที่ร่างกายอยู่ในสภาวะเสื่อมโทรม ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา หรืออาจขยับตัวได้บ้างแต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเต็มที่ สาเหตุของการเป็นผู้ป่วยติดเตียงอาจเกิดจากการประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัดใหญ่ หรือโรคประจำตัว นอกจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องดูแลรักษาแล้ว การที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เหมือนเดิม อาจส่งผลถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความเครียด ความเบื่อหน่ายและความทุกข์ใจ[7] ทั้งนี้ ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระบุว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยเสี่ยงหลักที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จได้แก่การป่วยโรคทางกายเรื้อรัง[8] ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดเตียง เพื่อนำมาคัดกรองและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเตียงที่อาจมีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดเตียงในโรงพยาบาลแม่สาย

สมมติฐาน

ระดับความสามารถที่น้อยลงในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยติดเตียงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สาย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่เข้ารับการรักษาระหว่าง มกราคม – ธันวาคม 2565

การคำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ทั้งหมด 300 คน ด้วยวิธี simple randomization

เนื่องจากวัตถุประสงค์ต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า คำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าความสัมพันธ์ของการศึกษาก่อนหน้าที่รายงาน Pearson's coefficient =-0.274 ใช้โปรแกรม สำเร็จรูป ในการคำนวณด้วยสูตร multiple linear regression for partial correlation โดยกำหนดค่า alpha 0.01 กำลังในการทดสอบ 90% ได้ขนาดตัวอย่าง 263 ราย เผื่อขนาดตัวอย่างสำหรับข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10.00 ได้จำนวนตัวอย่าง 290 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยติดเตียงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สาย ระหว่าง มกราคม – ธันวาคม 2565

2. ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจเป็นอย่างดี

3. ผู้ป่วยที่มีการทำแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index และ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบเก็บข้อมูลซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลผลตามแบบประเมิน Barthel ADL Index และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มที่ผลคะแนนตามแบบประเมินซึมเศร้า 9Q ≥7 คะแนน กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มที่ผลคะแนนตามแบบประเมินซึมเศร้า 9Q <7 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคร่วมทางจิตเวช และโรคร่วมฝ่ายกาย

2.แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index[9] จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีรายละเอียดของการประเมินดังนี้

กิจกรรม ADL	Index
1. Feeding การรับประทานอาหาร	0-2
2. Grooming การดูแลหน้าตา	0-1
3. Transfer การลุกจากที่นอน/ เตียงไปเก้าอี้	0-3
4. Toilet use การใช้ห้องสุขา	0-2
5. Mobility การเคลื่อนที่ภายในบ้าน	0-3
6. Dressing การสวมเสื้อผ้า	0-2
7. Stairs การขึ้นลงบันได	0-2
8. Bathing การอาบน้ำ	0-1
9. Bowel การกลั้นอุจจาระในสัปดาห์	0-2
10. Bladder การกลั้นปัสสาวะในสัปดาห์	0-2

เกณฑ์ระดับความรุนแรงของ Barthel ADL Index

0-4 หมายถึง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด - Very low initial score (total dependence)

5-8 หมายถึง ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก - Low initial score (severe dependence)

9-11 หมายถึง ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง - Intermediate initial score (moderate severe dependence)

≥12 หมายถึง ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย – Initial high (mind severe dependence)

3.แบบประเมินโรคซึมเศร้า จำนวน 9 คำถาม (9Q)[10] คะแนนเต็ม 27 คะแนน โดยมีรายละเอียดของการประเมินดังนี้

อาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	Index
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0-3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0-3
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือ หลับมากไป	0-3
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0-3
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากไป	0-3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือครอบครัวผิดหวัง	0-3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0-3
8. พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0-3

เกณฑ์ระดับความรุนแรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)

0-6 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

7-12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย

13-18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

≥19 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL จำแนกตามภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ independent t-test ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างคะแนน ADL และคะแนน PHQ-9 ใช้สถิติ Pearson's correlation นำเสนอค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน และทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL กับคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนด้วยสถิติ multivariable linear regression นำเสนอด้วยค่า adjusted beta (95% confidence interval, CI) และกรณีที่แบ่งกลุ่มภาวะซึมเศร้าเป็นสองกลุ่มทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ multivariable logistic regression นำเสนอด้วยค่า adjusted odds ratio, OR (95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

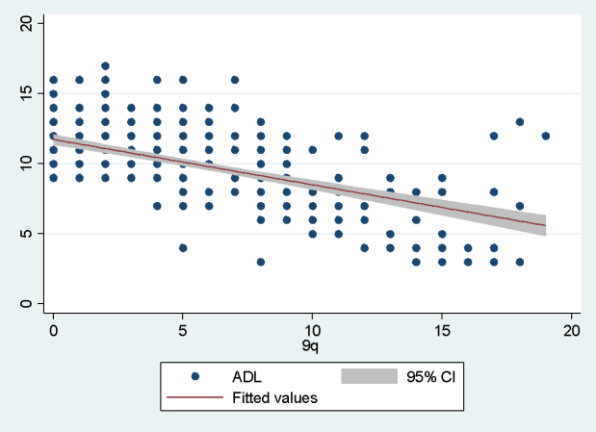
การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขรับรอง CRPPHO 104/2564 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564

ผลการศึกษา

เมื่อนำข้อมูลของผู้เข้ารับการประเมินมาวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 107 คน และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 193 คนพบว่า เพศ อายุ อาชีพ โรคทางกาย และโรคร่วมทางจิตเวช ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการศึกษาของผู้ป่วยที่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.013) ความชุกของภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 7 คะแนน) ร้อยละ 35.7 (95%CI: 30.4-41.3) เมื่อทำการเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 7 คะแนน) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 < 7 คะแนน) พบเพียงปัจจัยการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.013) (ตารางที่ 1) เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ ADL ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥7 คะแนน) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 <7 คะแนน) พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) โดยพบว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ย ADL ต่ำกว่า และเมื่อจัดกลุ่ม ADL เป็น 4 กลุ่ม พบความแตกต่างของสัดส่วนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (p< 0.001) โดยกลุ่มที่มีค่า ADL 0-4 พบสัดส่วนของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด (ตารางที่ 2)

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ADL และคะแนน PHQ-9 พบความสัมพันธ์แบบแปรผกผัน หมายความว่าหากคะแนน ADL เพิ่มขึ้นพบคะแนน PHQ-9 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson เท่ากับ -0.58 (p-value < 0.001) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับคะแนนเสี่ยงซึมเศร้าโดยวิธี 9Q

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (N=300)

ลักษณะทั่วไป	ซึมเศร้า (n=107)	ไม่ซึมเศร้า (n=193)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ 35.70)	จำนวน (ร้อยละ 64.30)	
เพศ			**0.637**
ชาย	47 (33.57)	93 (66.43)	
หญิง	59 (37.34)	99 (62.66)	
อื่น ๆ	1 (50.00)	1 (50.00)	
อายุ (ปี)			**0.473**
<50	14 (26.42)	39 (73.58)	
50-60	34 (39.08)	53 (60.92)	
61-70	34 (34.34)	65 (65.66)	
71-80	19 (39.58)	29 (60.42)	
>80	6 (46.15)	7 (53.85)	
การศึกษา			**0.013**
ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า	51(31.29)	112 (68.71)	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	23 (42.59)	31 (57.41)	
ปริญญาตรีหรือมากกว่า	16 (64.00)	9 (36.00)	
อื่น ๆ ไม่ได้ระบุ	17 (32.08)	36 (67.92)	
อาชีพ			**0.826**
รับจ้าง	27 (36.00)	48(64.00)	
เกษตรกร	43(34.40)	82(65.60)	
ข้าราชการ	8(42.11)	11(57.89)	
เอกชน	18(32.14)	38(67.86)	
อื่นๆ	11(44.00)	14(56.00)	
โรคร่วมทางจิตเวช			**1.000**
มี	0(0.00)	1(100.00)	
ไม่มี	107(35.79)	192(64.21)	
โรคร่วมฝ่ายกาย			**0.169**
เบาหวาน	21(35.00)	39(65.00)	
ความดันโลหิตสูง	47(36.43)	82(63.57)	
ไขมันในเลือดสูง	8(22.22)	28(77.78)	
ไตเรื้อรัง	18(35.29)	33(64.71)	
อื่น ๆ	13(54.17)	11(45.83)	

ตารางที่ 2 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL เทียบกับภาวะเสี่ยงการซึมเศร้าโดยวิธี 9Q

คะแนน ADL	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
0-4	20 (95.24)	1 (4.76)	< 0.001
5-8	49 (89.09)	6 (10.91)	
9-11	17 (12.69)	117 (87.31)	
12-20	21 (23.33)	69 (76.67)	
คะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.00±3.05	11.10±1.93	< 0.001

*independent t-test

จากปัจจัยที่ศึกษาในตารางที่ 1 มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ADL กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Multivariable Regression Analysis เมื่อให้คะแนน PHQ-9 เป็นค่าต่อเนื่องและใช้กลุ่ม ADL 0-4 คะแนนเป็นกลุ่มอ้างอิง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable Linear Regression พบว่าคะแนน ADL ของกลุ่มที่เหลือน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า adjusted beta เป็นลบ หมายความว่าคะแนนเฉลี่ยของ PHQ-9 ลดลงตามกลุ่มคะแนนของ ADL ที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001)

เมื่อแบ่งกลุ่มคะแนน PHQ-9 เป็นสองกลุ่ม โดยใช้กลุ่มคะแนน 0-4 คะแนนเป็นกลุ่มอ้างอิง ทำการวิเคราะห์ด้วย Multivariable Logistic Regression พบว่า คะแนน ADL ของกลุ่ม 9-11 คะแนน และ 12-20 คะแนน มีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) ส่วนกลุ่มคะแนน 5-8 คะแนน ไม่พบภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.435) (ตารางที่ 3) เมื่อทำการวิเคราะห์หาจุดตัดที่มีความสามารถในเชิงวินิจฉัยหรือ คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยคะแนน ADL พบว่า ความสามารถของจุดตัดที่ < 9 คะแนน ในการทำนายภาวะซึมเศร้าเป็นจุดตัดที่ให้ค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC สูงที่สุด และให้ค่า ความจำเพาะ PPV, NPV, LHR+ สูง ส่วนค่าความไว และ LHR- ปานกลาง เป็นจุดตัดที่น่าจะดีที่สุดในการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยค่า ADL เมื่อเปรียบเทียบพื้นที่ใต้โค้ง ROC ที่จุดตัดทั้ง 4 จุด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) ทำการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของคะแนน ADL และภาวะซึมเศร้า พบว่าได้ค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC 78.8% หมายความว่าค่า ADL มีความถูกต้องในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้ปานกลาง (ตารางที่ 4) (ภาพที่ 2)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับภาวะเสี่ยงซึมเศร้าโดยวิธี 9Q เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยการศึกษา

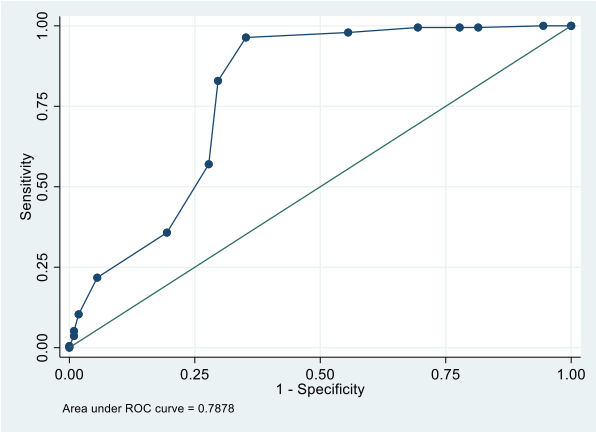
ADL	Indicator	95%CI	p-value
คะแนน ADL (Adj. beta*)			
0-4	Ref.		
5-8	-3.76	-2.04, -5.48	< 0.001
9-11	-11.85	-10.2, -13.43	< 0.001
12-20	-10.26	-8.63, -11.88	< 0.001
คะแนน ADL (Adj. OR)**			
0-4	Ref.		
5-8	0.42	0.05-3.71	0.435
9-11	0.01	0.01-0.06	< 0.001
12-20	0.01	0.002-0.12	< 0.001

* Multivariable Linear Regression, ** Multivariable Logistic Regression

ตารางที่ 4 จุดตัดและความสามารถของจุดตัดคะแนน ADL (95%CI) กับ ภาวะเสี่ยงซึมเศร้าโดยวิธี 9Q

จุดตัดคะแนน ADL	จุดตัดที่ 1 (<7 คะแนน)	จุดตัดที่ 2 (<8 คะแนน)	จุดตัดที่ 3 (<9 คะแนน)	จุดตัดที่ 4 (<10 คะแนน)
Sensitivity	30.60(25.40-35.80)	44.40(38.80-50.10)	64.80(59.40-70.20)	70.40(65.20-75.50)
Specificity	99.50(98.70-100.00)	97.90(96.30-99.50)	96.40(94.30-98.50)	82.90(78.60-87.20)
Positive predictive value (PPV)	97.10(95.20-99.00)	92.30(89.30-95.30)	90.90(87.70-94.20)	69.70(64.50-74.90)
Negative predictive value (NPV)	71.90(66.80-77.00)	75.90(71.10-80.70)	83.00(78.80-87.30)	83.30(79.10-87.50)
Likelihood ratio of positive (LHR+)	58.97(8.18-425.18)*	21.44(7.95-57.85)*	17.87(8.52-37.47)*	4.12(2.95-5.75)*
Likelihood ratio of negative (LHR-)	0.70(0.62-0.79)*	0.57(0.48-0.67)*	0.36(0.28-0.47)*	0.36(0.26-0.48)*
AuROC	65.02(60.62-69.41)	71.20(66.37-76.00)	80.59(75.88-85.31)	76.64(71.56-81.72)

*p-value < 0.05



ภาพที่ 2 พื้นที่ใต้โค้ง AuROC ของจุดตัดคะแนน ADL กับภาวะเสี่ยงซึมเศร้าโดยวิธี 9Q

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 300 คน ผู้วิจัยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลจากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดเตียงในโรงพยาบาลแม่สายเพื่อนำมาคัดกรองและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษานี้สรุปได้ว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และผลการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) มีความสัมพันธ์แบบแปรผกผัน คือ เมื่อมีค่า ADL ลดลง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงจะมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น ในผู้ป่วยที่มีค่า ADL 0-4 คะแนน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 95.24 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มี ADL 12-20 พบว่า มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 23.33

จากการศึกษาโดยจำแนกภาวะเสี่ยงซึมเศร้าจากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ โรคร่วมทางจิตเวช และโรคร่วมฝ่ายกายไม่มีความแตกต่างกัน พบเพียงปัจจัยด้านการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้คาดว่าเกิดจากการที่การศึกษามีผลต่อความสามารถในการเข้าสังคม รวมถึงการยอมรับทางสังคมและความภาคภูมิใจในตนเอง สอดคล้องการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-Analysis) ที่พบว่าปัจจัยด้านการศึกษามีผลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่ออายุสูงขึ้น[11]

เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ ADL ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ย ADL ที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ADL และคะแนน PHQ-9 พบว่ามีความสัมพันธ์แบบแปรผกผัน กล่าวคือ หากคะแนน ADL เพิ่มขึ้น คะแนน PHQ-9 จะน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ จึงตีความได้ว่าระดับความสามารถที่น้อยลงในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่มีค่า ADL 0-4 (ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด) มีสัดส่วนของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ทั้งนี้จากการวิเคราะห์หาจุดตัดที่มีความสามารถในเชิงวินิจฉัยหรือคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า คะแนน ADL < 9 คะแนน เป็นจุดตัดที่เหมาะสมที่สุดในการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยค่า ADL ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศที่พบว่าผู้ที่มีโรคเรื้อรังทางกายมีอัตราการเกิดซึมเศร้าร่วมอยู่ระหว่างร้อยละ 9.30 ถึง 23.00 สูงกว่าโอกาสที่จะเกิดซึมเศร้าในผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรังทางกาย[6] รวมถึงงานวิจัยในประเทศไทยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราที่พบว่า ยิ่งคะแนน ADL สูง โอกาสที่จะเกิดซึมเศร้าก็จะน้อยลง[12] อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าวไม่ได้ระบุว่าคะแนน ADL ที่ระดับใดที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า จึงนำมาสู่งานวิจัยฉบับนี้ ซึ่งพบว่าคะแนน ADL < 9 คะแนน เป็นจุดตัดที่เหมาะสมที่สุดในการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยค่า ADL

ข้อจำกัด

เนื่องจากการทำวิจัยในครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย ณ เวลาใด เวลาหนึ่งเท่านั้น หากสามารถเก็บข้อมูลของผู้ป่วยหลายช่วงเวลาและต่อเนื่อง อาจส่งผลให้การประเมินอาการของโรคซึมเศร้ามีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ระดับความสามารถที่น้อยลงในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยติดเตียงส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงซึมเศร้า ดังนั้น นอกจากการวางแผนการรักษาด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยแล้ว จึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลรักษาสภาพจิตใจของผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการคัดกรองเรื่องภาวะซึมเศร้า ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ค่า ADL <9 คะแนน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก นพ.ศิริศักดิ์ นันทะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของท่านผู้อำนวยการและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงให้ข้อมูลต่างๆ ที่เอื้อต่อการทำงานวิจัย จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

อนึ่ง ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่มากก็น้อย สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษาเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

REFERENCES

1.Depression [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2018 [cited 2023 Jul 3]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017

2.World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2022 Dec 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

3.Depression, know quickly to reduce suicide risk, easily check through "DMIND" by yourself [Internet]. Bangkok: bangkokbiznews; 2022 [cited 2023 Dec 19]. Available from: https://www.bangkokbiznews.com/social/1011008

4.Report of the assessment to medical services of depression patients [Internet]. Nonthaburi: The Excellence Center for Depressive Disorder; 2022 [cited 2022 Dec 24]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-11-22-mix_HDC.pdf

5.Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. Med J Aust. 2009;190(S7):S54-60.

6.Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet. 2007;370(9590):851-8.

7.The guideline for taking care bedridden patients effectively [Internet]. Bangkok: Aryuwat Nursing Home; 2020 [cited 2022 Dec 24]. Available from: https://www.aryuwatnursinghome.com/healthy-tips/นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย/

.

8.The problem of suicide among Thai people in 2022 [Internet]. Khon Kaen: Suicide Prevention Center, Khon Kaen Ratchanakarin Psychiatric Hospital; 2022 [cited 2023 Jul 3]. Available From: https://suicide.dmh.go.th/news/files/สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฆ่าตัวตายv2.1.pdf

9. Barthel Activities of Daily Living: ADL[Internet]. Nakornsrithammarat: Pakphanang Hospital [cited 2022 Dec 27]. Available from: http://www.pknhospital.com/2019/data/starRPST/homecare/cpso_star62_05.pdf

10.Department of Mental Health. PHQ-9 depression test questionnaire [Internet]. [Cited 2022 Dec 24]. Available from: https://dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf

11.Chang-Quan H, Zheng-Rong W, Yong-Hong L, Yi-Zhou X, Qing-Xiu L. Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. Int J Psychiatry Med. 2010;40(1):109-124.

12.Karuncharernpanit S, Limrat W, Makaroon W, Khumnate W, Chayvijit W, Sukomol V, et al. Factors related to depression among older people living in homes for the aged of the western part of Thailand. Asian Journal for Public Opinion Research. 2016;4(1):38-50