10.14456/dmhjournal.2013.10

Journal of Mental Health of Thailand 2013; 21(2)

ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

อารดา หายักวงษ์, วท.ม.[1]
ชัชวาลย์ ศิลปกิจ ปร.ด.[2]
จุฬาลักษณ์ โกมลตรี, ปร.ด.[1]
กมล อุดล, พ.บ.[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด 113 คน ที่มารับการรักษาในจังหวัดขอนแก่น ระหว่าง พฤศจิกายน ๒๕๕๔ – มกราคม ๒๕๕๕ เก็บข้อมูลด้านวัณโรคจากแบบบันทึกการรักษา ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตอย่างย่อ (WHOQOL–BREF) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา, วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนภาวะซึมเศร้ากับคะแนนคุณภาพชีวิตด้วย Spearman's rank correlation และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ, รายได้, ภาวะซึมเศร้า, ระยะเวลาในการรักษากับคุณภาพชีวิตด้วย multiple linear regression

ผล อัตราภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 20.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ อายุ, ระยะเวลาในการรักษา และภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยสูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาระยะเข้มข้นมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงกลาง หลังควบคุมผลกระทบจากปัจจัยด้านอายุและรายได้แล้ว พบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยต่ำลง ทั้งในการรักษาระยะเข้มข้นและระยะต่อเนื่อง

สรุป ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยวัณโรค และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลงในทุกช่วงเวลาของการรักษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องมีการคัดกรองและดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปกับการรักษาวัณโรค

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า วัณโรค

[1] คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
[2] คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ติดต่อผู้นิพนธ์ racsp@mahidol.ac.th

394-56.indd 110 6/26/13 3:09 PM

Depression and quality of life among adults with pulmonary tuberculosis

Arada Hayakwong, M.Sc.[1]
Chatchawan Silpakit, Ph.D.[2]
Chulaluk Komoltri, P.H.[1]
Kamol Udol, M.D.[1]

Abstract

Objective To determine the association between the depression and the quality of life among patients with pulmonary tuberculosis.

Materials and methods The sample comprised 113 patients in Khon Kaen Province during November 2011 to January 2012. Tuberculosis data were extracted from hospital records whereas, depression and quality of life were collected from Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL–BREF) respectively. Statistical analyses included descriptive statistics, analysis of the correlation between the score of depression and the score of quality of life by Spearman rank correlation and analysis of the association between age, income, depression phase of treatment and the score of quality of life by multiple linear regression.

Result Depression was found in 20.4% of patients with pulmonary tuberculosis. Factors associated with quality of life were age, phase of tuberculosis treatment and depression. Older had poorer physical health than younger. Patients in the intensive treatment phase had poorer psychological health than those in the continuation treatment phase. Patients with depression had poorer physical and psychological health than those without depression. Depression had a poor negative correlation with quality of life between low to middle. After controlling for other confounders such as age and income, depression resulted in poorer physical and psychological health in patients during both intensive and continuation treatment phase.

Conclusion Depression was common in patients with pulmonary tuberculosis and resulted in poorer quality of life during both phases of treatment. Management of public health system for better quality of life needs both screening and treatment of depression together with the treatment of tuberculosis.

Key words : network development services, psychiatric patients

[1] Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University,
[2] Faculty of Medicine, Ramathibodi, Mahidol University
corresponding author: C Silpakit, email: racsp@mahidol.ac.th

394-56.indd 111 6/26/13 3:09 PM

บทนำ

ปัจจุบันวัณโรคกลับมาเป็นปัญหาหลักด้านสาธารณสุขระดับโลกอีกครั้ง หลังจากมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ภาวะความยากจนและแรงงานอพยพ[1] คาดว่าประชากรอย่างน้อย 1 ใน 3 ของโลกติดเชื้อวัณโรค ครึ่งหนึ่งอยู่ในระยะแพร่เชื้อ พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9.2 ล้านคนในแต่ละปี ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตมากกว่า 2 ล้านคน[1] ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ประเทศไทยถูกจัดให้เป็นประเทศมีความรุนแรงของวัณโรคเป็นอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศทั่วโลก โดยร้อยละ 76.1 ของผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอด จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยวัณโรคสูงเป็นอันดับ 3 ของประเทศ คือ 94.6 ต่อแสนประชากร[2]

ในขณะที่การดำเนินงานควบคุมวัณโรคมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ เช่น อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค แต่ผลกระทบของวัณโรคไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเท่านั้น หากยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เศรษฐกิจ ภาวะทางสังคมของผู้ป่วยด้วย[3] ทั่วโลกจึงเริ่มให้ความสนใจอย่างจริงจัง ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-relate quality of life : HRQL) ของผู้ป่วยวัณโรค[4-10] เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินสภาวะสุขภาพโดยตัวผู้ป่วยเอง (patient report outcomes : PROs) ในทุกมิติที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับศักยภาพส่วนบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมได้อย่างครอบคลุม ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของวัณโรคและการรักษาที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง มีความสำคัญอย่างมากต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ[11-12] การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งความสนใจไปเฉพาะปัจจัยด้านวัณโรคและการรักษา[4-9] วัณโรคเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 21.6 – 68[3, 13-16] การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ทำการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 113 คน ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการรักษาที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลตัวแทนแต่ละเขตพื้นที่ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 แห่ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๔ ถึง มกราคม ๒๕๕๕

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบ 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางวัณโรคในผู้ป่วยจากแบบบันทึกการรักษา และส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ภาวะซึมเศร้า (PHQ-9)[17] และคุณภาพชีวิต (WHOQOL–BREF)[18]

การคิดคะแนนคุณภาพชีวิตในการวิจัยนี้จะคิดคะแนนตามแนวทางการใช้ แบบสอบถาม WHOQOL–BREF ของ WHO[18] กล่าวคือ คะแนนดิบที่ได้จากการทำแบบสอบถามจะถูกแปลงให้มีคะแนนเต็ม 100 คะแนนเท่ากันทุกมิติ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข Si556/2011

394-56.indd 112 6/26/13 3:09 PM

การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากการศึกษาเรื่อง tuberculosis and HIV co-infection: its impact on quality of life[19] ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) สูงสุดคือ -0.59 และต่ำสุดคือ -0.34 สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมตามลำดับ ในการศึกษานี้จึงใช้ค่า r ที่ต่ำคือ -0.3 เมื่อกำหนดให้ 2-sided type I error เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบร้อยละ 90 มีค่าความแปรปรวน จะต้องทำการศึกษาใน 113 คน เพื่อทดสอบสมมติฐาน H_0: $\rho = 0$ เทียบกับ H_1: $\rho = -0.3$

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วยวัณโรค การหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ กับคะแนนภาวะซึมเศร้าด้วย Spearman's rank correlation coefficient การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้วย 2 sample t-test และ ANOVA สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพที่มี 2 กลุ่ม (เช่น เพศ ภาวะซึมเศร้า) และมากกว่า 2 กลุ่ม (เช่น กลุ่มอายุ) ตามลำดับ และ multiple linear regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ กับตัวแปรอิสระหลายๆ ตัวพร้อมกัน กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (2-sided)

ผล

กลุ่มศึกษามีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 86 ปี อายุเฉลี่ย 54.1 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายร้อยละ 67.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.7 มีวุฒิการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 66.4 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 46 รายได้ครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 59.3 เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดรุนแรง ร้อยละ 65.5 เป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือจัดอยู่ใน category I ร้อยละ 93.8 และร้อยละ 28.3 อยู่ในการรักษาระยะเข้มข้น ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20.4 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตมิติด้านร่างกายแย่ที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.8 (SD=15.5) รองลงมาคือ มิติด้านสิ่งแวดล้อม มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และมิติด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.1 (SD=13.2), 74.9 (SD=14.2), 75.7 (SD=12.8) ตามลำดับ)

คะแนนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำถึงปานกลางกับคะแนนคุณภาพชีวิต โดยมีค่า Spearman's rank correlation coefficient เรียงลำดับจากน้อยไปมากดังนี้ มิติด้านสิ่งแวดล้อมมีค่า r_s = -0.26 (p<.01), มิติด้านจิตใจ มีค่า r_s = -0.33 (p<.01), และมิติด้านร่างกาย มีค่า r_s = -0.54 (p<.01), ตามลำดับ ส่วนมิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่า r_s = -0.15 (p=.12)

ผลการวิเคราะห์แบบ univariable analysis เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติด้านต่างๆ กับปัจจัยต่างๆ ทีละปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตมิติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ อายุ ภาวะซึมเศร้าและระยะของการรักษาวัณโรค ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุสูงกว่า (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.0 (SD=15.7), 70.1 (SD=15.4), 62.1 (SD=13.9) สำหรับกลุ่มอายุ 21-40, 41-60, >60 ปี ตามลำดับ, p<.01) แต่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมีคุณภาพชีวิตมิติด้าน

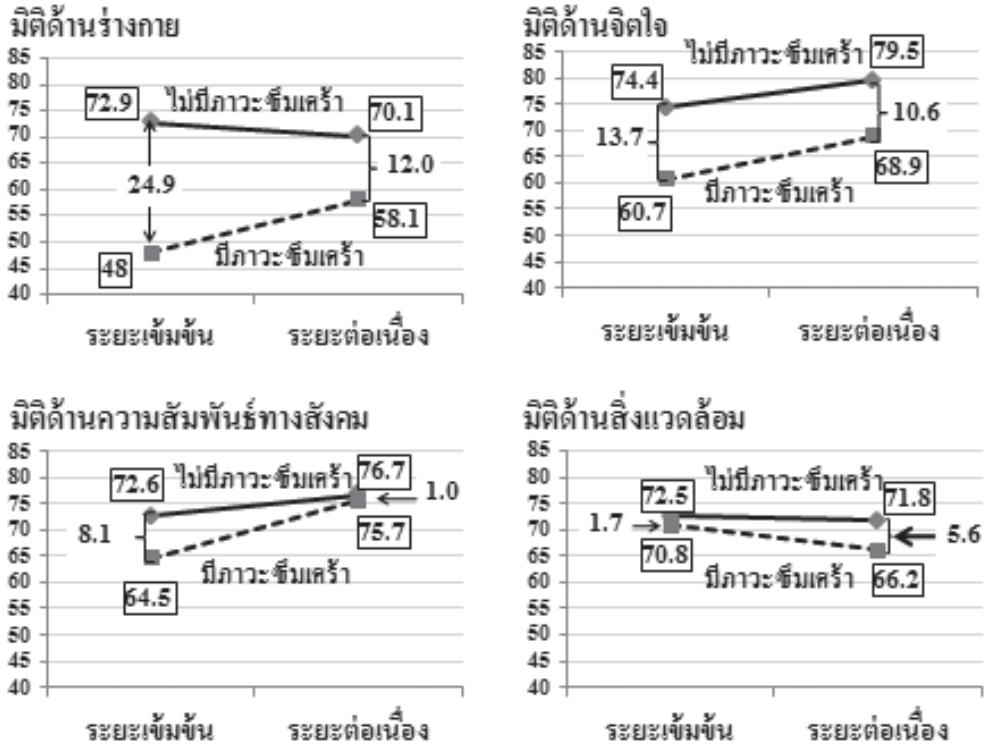
394-56.indd 113 6/26/13 3:09 PM

ร่างกายและจิตใจต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ภาวะซึมเศร้า (ค่าเฉลี่ยด้านร่างกายเท่ากับ 55.4 (SD=11.5) กับ 70.9 (SD=14.9), p<.01 และด้านจิตใจ 66.7 (SD=15.0) กับ 78.0 (SD=11.2), p<.01) ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาระยะเข้มข้นมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาระยะต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.8 (SD=11.3) กับ 77.3 (SD=13.1), p=.04) แต่ด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ, สถานภาพสมรส (โสด, คู่, หม้าย, หย่า), ระดับการศึกษา (ประถมศึกษาลงไป, สูงกว่าประถมศึกษา), อาชีพ (ไม่มี, เกษตร, ลูกจ้าง, ราชการ, บริษัท), รายได้ (≤5000, >5000 บาทต่อเดือน) ประเภทของผู้ป่วยวัณโรค (category I=new case, II=retreatment case) และความรุนแรงของวัณโรค (รุนแรง, ไม่รุนแรง), ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตทางกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าไม่สัมพันธ์กับปัจจัยใดเลย

การศึกษาผลร่วมกัน (interaction) ของภาวะซึมเศร้าและระยะในการรักษาวัณโรคต่อคุณภาพชีวิตในมิติด้านต่างๆ ของผู้ป่วยวัณโรค (ภาพที่ 1) พบว่ามีแนวโน้มจะมี interaction กันสำหรับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย แม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p ของ interaction term = .11) โดยที่เส้นทึบและเส้นประในภาพที่ 1 ไม่ขนานกัน การมี interaction ระหว่างภาวะซึมเศร้าและระยะในการรักษา หมายถึงผลของภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจะขึ้นกับว่าผู้ป่วยรักษาอยู่ในระยะใด ถ้าผู้ป่วยรักษาในระยะเข้มข้นการมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลงมากถึง 25 คะแนนเทียบกับไม่มีภาวะซึมเศร้า (ค่าเฉลี่ย 48.0 กับ 72.9) แต่ถ้าผู้ป่วยรักษาในระยะต่อเนื่องการมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลงเพียง 12 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 58.1 กับ 70.1) อีกความหมายของ interaction คือ ผลของระยะการรักษาต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจะขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตเมื่อรักษาในระยะเข้มข้นและระยะต่อเนื่องจะไม่แตกต่างกันมาก (ค่าเฉลี่ย 72.9 กับ 70.1) แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตเมื่อรักษาในระยะเข้มข้นจะต่ำกว่าในระยะต่อเนื่องมาก (ค่าเฉลี่ย 48 กับ 58.1) สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าไม่มี interaction ระหว่างภาวะซึมเศร้าและระยะในการรักษา (p ของ interaction term เท่ากับ 0.63, 0.39 และ 0.59 ตามลำดับ)

394-56.indd 114 6/26/13 3:09 PM

ภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ แยกตามภาวะซึมเศร้าและระยะของการรักษาวัณโรค



เนื่องจากระยะของการรักษาและภาวะซึมเศร้ามี interaction กัน ในการวิเคราะห์ด้วย multiple linear regression เพื่อดูผลของปัจจัยหลายตัวพร้อมกันต่อคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน จึงให้ระยะของการรักษาและภาวะซึมเศร้า รวมกันเป็นหนึ่งตัวแปรโดยมี 4 กลุ่มคือ ระยะเข้มข้นมีภาวะซึมเศร้า, ระยะเข้มข้นไม่มีภาวะซึมเศร้า, ระยะต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้า และระยะต่อเนื่องไม่มีภาวะซึมเศร้า การเลือกตัวแปรอิสระจาก univariable analysis เข้าสู่ multivariable analysis ซึ่งก็คือ multiple linear regression ในการศึกษานี้มีเกณฑ์คือ เลือกตัวแปรที่มี p น้อยกว่า .2 หรือเป็นตัวแปรที่สนใจ และเนื่องจากต้องการเปรียบเทียบผลของตัวแปรอิสระตัวเดียวกันต่อคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ จึงเลือกตัวแปรอิสระ 3 ตัว สำหรับคุณภาพชีวิตทุกด้าน ได้แก่ อายุ (≤40, 41-60, >60 ปี), รายได้ (≤5000, >5000 บาท) และระยะของการรักษาและภาวะซึมเศร้า (4 กลุ่ม) ในการวิเคราะห์จะใส่ตัวแปรอิสระทั้งหมดในสมการ (enter method) ซึ่งพบว่าอายุและรายได้ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน แต่ระยะของการรักษาภาวะซึมเศร้ามีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย, จิตใจและความสัมพันธ์สังคม ยกเว้นด้านสิ่งแวดล้อม ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร ภาพที่ 2 แสดงค่าของตัวแปรระยะของการ

394-56.indd 115 6/26/13 3:09 PM

รักษาภาวะซึมเศร้าแยกตามคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ เนื่องจากเป็นตัวแปรอิสระตัวเดียวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จากตารางที่ 1 พบว่า ในตัวแปรระยะของการรักษาภาวะซึมเศร้า เมื่อให้ผู้ป่วยที่รักษาในระยะเข้มข้นและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (b=0) เนื่องจากมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำสุด จะพบว่า ถ้ารักษาในระยะต่อเนื่องแต่มีภาวะซึมเศร้าคุณภาพชีวิตจะดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.6 คะแนน แต่ไม่ว่าจะรักษาแบบเข้มข้นหรือต่อเนื่อง ถ้าไม่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบถึง 22.9 และ 21.8 คะแนน จากภาพที่ 2 จะเห็นว่า ในระยะเข้มข้นการมีภาวะซึมเศร้าทำให้คะแนนคุณภาพชีวิติทางกายต่ำกว่าไม่มีซึมเศร้าถึง 23 คะแนน (b: 0 กับ 22.9) ส่วนในระยะต่อเนื่อง การมีภาวะซึมเศร้าทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าเพียง 11 คะแนน (b: 10.6 กับ 21.8) ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า การรักษาระยะเข้มข้นหรือระยะต่อเนื่องไม่มีผลคุณภาพชีวิต (b: 22.9 กับ 21.8) แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและอยู่ในระยะเข้มข้นจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าในระยะต่อเนื่อง 11 คะแนน (b: 0 กับ 10.6)

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่าจะต่ำสุดเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะเข้มข้นและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (b=0) และจะดีขึ้นตามลำดับดังนี้ ระยะต่อเนื่องและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (b=8.7) ระยะเข้มข้นแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (b=12.7) และสูงสุดในระยะต่อเนื่องแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (b=19.1) จากภาพที่ 2 สรุปได้ว่าไม่มี interaction ระหว่างภาวะซึมเศร้าและระยะการรักษา การมีภาวะซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำลงประมาณ 11 คะแนน (12.7 และ 10.4 คะแนนเมื่อรักษาในระยะเข้มข้นและต่อเนื่องตามลำดับ)

คุณภาพชีวิตทางสังคมพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาระยะเข้มข้นและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด (b=0) ตามมาด้วย ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเข้มข้นแต่ไม่ซึมเศร้า (b=7.6) ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาระยะต่อเนื่องจะมีหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าก็มีคุณภาพชีวิตพอๆ กัน (b: 11.7 กับ 12.9)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ระยะเวลาในการรักษา และภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

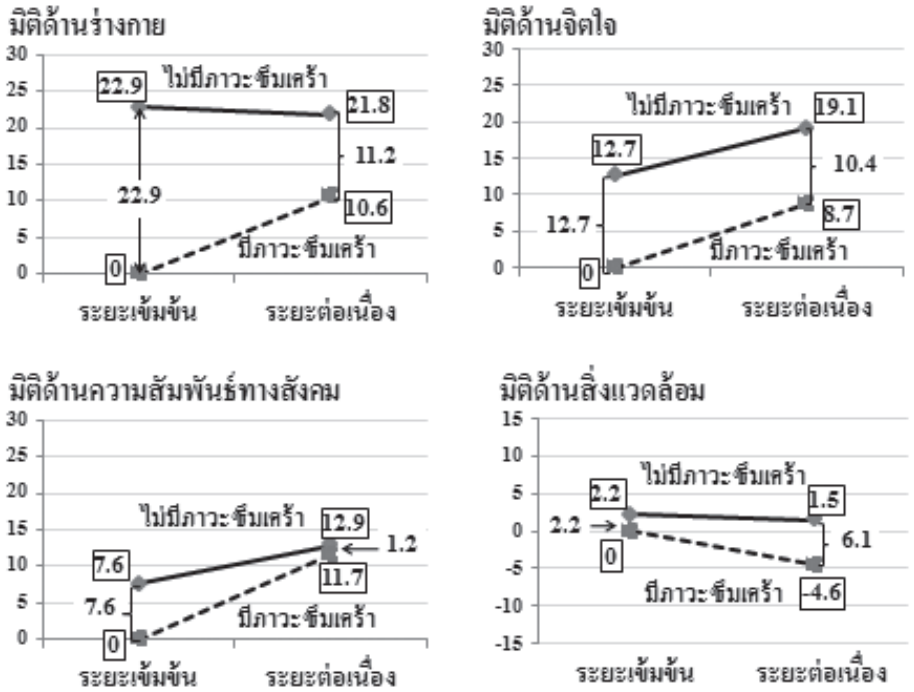
394-56.indd 116 6/26/13 3:09 PM

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ multiple linear regression ของคุณภาพชีวิตแต่ละมิติ

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต : regression coefficient, b (p-value)							
	มิติด้านร่างกาย		มิติด้านจิตใจ		มิติความสัมพันธ์ทางสังคม		มิติด้านสิ่งแวดล้อม	
	b	p-value	b	p-value	b	p-value	b	p-value
อายุ (ปี)								
≤40	-		-		-		-	
41-60	-1.377	.69	-0.931	.75	-2.550	.47	3.442	.31
>60	-7.314	.05	-3.561	.26	-1.741	.64	2.850	.42
รายได้ครอบครัว (บาท)								
≤5000	-		-		-		-	
>5000	2.949	.29	3.700	.12	4.337	.13	2.794	.30
ระยะเวลาในการรักษา, ภาวะซึมเศร้า								
ระยะเข้มข้น, มีภาวะซึมเศร้า	-		-		-		-	
ระยะเข้มข้น, ไม่มีภาวะซึมเศร้า	22.911	<.01	12.703	.02	7.572	.24	2.188	.72
ระยะต่อเนื่อง, มีภาวะซึมเศร้า	10.561	.11	8.665	.12	11.690	.08	-4.562	.47
ระยะต่อเนื่อง, ไม่มีภาวะซึมเศร้า	21.762	<.01	19.064	<.01	12.858	.04	1.467	.80

394-56.indd 117 6/26/13 3:09 PM

ภาพที่ 2 Regression coefficient (b) ของคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ แยกตามภาวะซึมเศร้าและระยะของการรักษาวัณโรค



วิจารณ์

อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัณโรคสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[3, 13-16] ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตทุกมิติ ด้วยขนาดความสัมพันธ์ของค่า r_s อยู่ระหว่าง -0.15 ถึง -0.54 ถือว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำถึงกลาง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งพบขนาดความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต ด้วยค่า rs อยู่ระหว่าง -0.34 ถึง -0.59

อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่ากลุ่มอายุอื่นๆ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ผ่านมา[5,6,10] แต่ขัดแย้งกับหนึ่งรายงานการวิจัย[9] อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยดังกล่าวอายุค่อนข้างน้อย (เฉลี่ย 39.1 ปี) ในขณะที่การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุมาก (เฉลี่ย 54.1 ปี) ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีลงมามีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ไม่พบความสัมพันธ์ของความรุนแรงของวัณโรคกับคุณภาพชีวิต ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมา[7,8,10] อาจเป็นเพราะการวัดความรุนแรงของโรคต่างเวลากับที่วัดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ข้อมูลความรุนแรงของวัณโรค มาจากแบบบันทึกการรักษา ซึ่งเป็นการวัดความรุนแรงของโรค ณ ครั้งแรกที่มารับการรักษา แต่ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นการวัด ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่ง

394-56.indd 118 6/26/13 3:09 PM

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษามาระยะหนึ่งแล้ว จึงทำให้ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ของความรุนแรงของวัณโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และไม่พบความสัมพันธ์ของประเภทของผู้ป่วยวัณโรคกับคุณภาพชีวิต ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมา[4, 9] ที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่อยู่ใน category II (เคยรับการรักษาวัณโรคมาก่อน) มีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่อยู่ใน category I (ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เกือบทั้งหมด (106 ราย) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ใน category I มีเพียง 7 รายเท่านั้นที่อยู่ใน category II ผลวิเคราะห์โดย multiple linear regression พบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตมิติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแย่ลงในทุกช่วงระยะเวลาของการรักษา ซึ่งยังไม่พบรายงานการวิจัยมาก่อนหน้านี้

สรุป

ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจแย่กว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในการรักษาระยะเข้มข้นและระยะต่อเนื่อง หลังจากควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่น และอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างการรักษาสูง การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัณโรคและให้การรักษาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย อาจจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ควรทำการศึกษาวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis control 2009: epidemiology strategy financing. 2009 Wr, editor. Switzerland: World Health Organization; 2009.
2. Bureau of Epidemiology. Annual epidermiologial surveillance report 2009. Thailand: Department of Disease control, Ministry of Public Health 2009.
3. Trenton AJ, Currier GW. Treatment of comorbid tuberculosis and depression. Primary care companion J Clin Psychiatry. 2001;3:236-43.
4. Dhuria M, Sharma N, Singh NP, Jiloha RC, Saha R, Ingle GK. A study of the impact of tuberculosis on the quality of life and the effect after treatment with DOTS. Asia Pac J Public Health. 2009;21:312-20.
5. Chamla D. The assessment of patients' health-related quality of life during tuberculosis treatment in Wuhan, China. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8:1100-6.
6. Unalan D, Soyuer F, Ceyhan O, Basturk M, Ozturk A. Is the quality of life different in patients with active and inactive tuberculosis? Indian J Tuberc. 2008;55:127-37.
7. Dhingra VK, Rajpal S. Health related quality of life (HRQL) scoring (DR-12 score) in tuberculosis–additional evaluative tool under DOTS. J Commun Dis. 2005;37:261-8.
8. Marra CA, Marra F, Cox VC, Palepu A, Fitzgerald JM. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. Health Qual Life Outcomes. 2004;2:58.
9. Duyan V, Kurt B, Aktas Z, Duyan GC, Kulkul DO. Relationship between quality of life and characteristics of patients hospitalised with tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 2005;9:1361-6.
10. Guo N, Marra F, Marra CA. Measuring health-related quality of life in tuberculosis: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2009;7:14.
11. Guyett GH, Feeny DH, Patrich DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993;118:622-9.
12. Sakthong P. Health-related quality of life. Thai Pharm Health Sci J. 2007;2:327-37.

394-56.indd 119 6/26/13 3:09 PM

13. Qayyum S, Rizvi N. Prevalence of depression in tuberculosis patients in comparison to non-tuberculous family contacts visiting the DOTS clinic in tertiary care hospital and its correlation with disease pattern. Infect Dis J Pakist 2008;17:3-6.
14. Husain MO, Dearman SP, Chaudhry IB, Rizvi N, Waheed W. The relationship between anxity, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. Clin Practice and Epidemiolo Mental health, 2008;26:4-4. doi:10.1186/1745-0179-4-P.
15. Natani GD, Jain NK, Sharma TN, Gehlot PS, Agrawal SP, Koolwal S et al. Depression in tuberculosis patients: correlation with of disease and response to anti-tuberculosus chemotherapy association Indian J Tuberc. 1985 XXXII:(No.4):195-8.
16. Punta B. Association between depression and treatment adherence among pulmonary tuberculosis patients at the chest diseaae institute, Nonthaburi province, Thailand. Bangkok: Mahidol University; 2008.
17. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry. 2008;8:46.
18. World Health Organization. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996. Available from:http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
19. Deribew A, Tesfaye M, Hailmichael Y, Negussu N, Daba S, Wogi A et al. Tuberculosis and HIV co-infection: its impact on quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2009;7:105.

394-56.indd 120 6/26/13 3:09 PM