



**ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง**
ธัญชา ไทยธนาสาร¹, ลีริพร เชื้อเถา¹, จำเริญ พูเทพ¹, นงลักษณ์ กาศมณี¹, ปรียวรรณ ติงามเลิศ¹,
อนงค์นาถ มีอินธา³, อมรรัตน์ อนุวัฒน์นทเขตต์¹ และฐาปกรณ์ เรือนใจ^{1*}

**Prevalence of Depression and its Association in Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Patients in Hospital, Chiang Rai Province: A cross-sectional study**

Thanatcha Thaiathanasarn¹, Siriporn Chuathao¹, Jumreong Futeap², Nongluck Gadmanee²,
Preeyawun Deengamleart², Anongnad Mee-inta³, Amornrat Anuwatnonthakate¹
and Thapakorn Ruanjai^{1,*}

¹สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย 57100

²โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

³สาขาวิชากายภาพบำบัด สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง 57100

¹Department of Public Health, School of Health Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai Province, 57100

²Mae Suai Hospital, Chiang Rai Province, 57

³ Department of Public Health, School of Health Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai Province, 57100

*Corresponding author. E-mail: thapakorn.rua@mfu.ac.th

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาหลักทางด้านสาธารณสุขไทย โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อ
สภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งส่วนใหญ่มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทางด้านสุขภาพจิตของ
ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังคงมีอย่างจำกัด ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย การวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาแบบ
ภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 101 คน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
แม่สรวย ในระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9
คำถาม แบบประเมินผลของโรคต่อผู้ป่วย และแบบประเมินเฉพาะการเสียความสามารถเนื่องมาจากอาการหอบเหนื่อย
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติพหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression) สำหรับการวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปร และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชุก
ของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.8 โดยสามารถจำแนกได้ตามระดับการมีภาวะซึมเศร้าเป็นระดับเล็กน้อย (21.8%) และ
ระดับปานกลาง (1%) จากการวิเคราะห์หอดถอยพหุคูณลอจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปอด
อุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วย (OR adj=6.10, 95%CI 1.63-
19.54) และการเสียความสามารถจากอาการหอบเหนื่อย (OR adj=6.12, 95%CI 1.73-21.62) ความชุกของภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังค่อนข้างสูง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็น
รูปธรรมและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า ความชุก

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease which is a major health problem of Thailand.
This disease may impact on social and economic. This disease is mostly found in adults who aged more than 40



years. However, the psychological data of COPD patients with regard to depressive symptoms remains not enough. Thus, the objective of this study is to determine the prevalence and factors associated with depressive mood among COPD patients at Mae Suai hospital, Chiang Rai Province. A cross-sectional study was conducted. The samples were consisted of one hundreds and one COPD patients who undertreated at Mae Suai hospital between April to May 2016. The tools were consisted of Personal Health Questionnaire 9 (PHQ-9), Thai version of COPD Assessment test (CAT™), and modified Medical Research Council dyspnea scale. Descriptive statistics was used for describe baseline characteristic of subject by using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The association between factors were determined by using multiple logistic regression of 95% confidence interval (CI) and adjusted odds ratio (OR adj). This study found that 22.8% of sample had depressive mood. It could be categorized into mild level (21.8%) and moderate level (1%). The analysis of multiple variable logistic regression with control of confounding factors found that factors statistically significant associated with depressive mood among COPD patients were the impact COPD on health (OR adj = 6.10, 95%CI 1.63-19.54) and a high level of dyspnea (OR adj=6.12, 95%CI 1.73-21.62) at p-value < 0.05. The prevalence of depressive mood was quite high. Hence, the involved institute should particularly promote the psychological support and screen a depressive mood in COPD patients for the proper management.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), depressive mood, prevalence

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease; COPD) จัดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขไทยที่สำคัญ ซึ่งอาการของโรคนั้นส่งผลคุกคามต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย สาเหตุอาจเนื่องมาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างภายในปอด และทำให้ทางเดินหายใจแคบลงการอุดกั้นของทางเดินหายใจดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามการอักเสบเรื้อรังที่เกิดขึ้นภายในปอด ซึ่งเป็นการตอบสนองกับสารอันตรายต่าง ๆ ที่เข้าไปในร่างกาย (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017 & สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553)

สาเหตุของการอุดกั้นของทางเดินหายใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีได้หลายสาเหตุ ซึ่งกระบวนการอักเสบดังกล่าวจะทำให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง ความสามารถของทางเดินหายใจในการเปิดคงตัวระหว่างช่วงหายใจออกลดลงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย เช่น มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย ความทนทานของร่างกายลดลง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553) ตลอดจนการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ความต้องการทางเพศลดลงเนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการหายใจลำบาก และอ่อนเพลียได้ง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ร่วมกับมีการไหลเวียนของเลือดไปยังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ได้น้อยลง ทำให้ส่งผลต่อสมรรถภาพทางเพศได้ (Fletcher EC, 1982) นอกจากนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์และด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่กล้าแสดงความรู้สึก เก็บซ่อนความรู้สึกไม่พอใจไว้ภายใน เพราะการแสดงอารมณ์รุนแรงไม่ว่าจะเป็นอารมณ์โกรธ หงุดหงิดฉุนเฉียว หรือยินดีอาจไม่เป็นที่ยอมรับและทำให้เหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องอดกลั้นระงับความรู้สึก บางคนอาจกลายเป็นคนเฉย ๆ ไม่แสดงความคิดเห็นร้าย ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากขาดอิสรภาพที่จะแสดงความรู้สึกภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดังที่กล่าวมาข้างต้น อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ (Gift AG, 1993 & Kim HF, 2000)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตและเป็นภาวะที่ทำให้ความเพลิดเพลินในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีความสุขสบายใจหรือสดชื่นเหมือนเดิม หงุดหงิดง่ายนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เชื่องช้า เนื้อเยื่อ พุดน้อย คิดนาน อยู่เฉย ๆ ได้นาน ๆ ความคิดเชื่องช้าลง รู้สึกชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ภาวะดังกล่าวนำไปสู่สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น



เรื้อรังมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องทนทุกข์อยู่กับโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ไปตลอดชีวิต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมา (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

ในปัจจุบันสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งประเทศในแถบยุโรปและเอเชียรวมทั้งประเทศไทย จากการศึกษาในประเทศจีนพบความชุกของภาวะซึมเศร้าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุวัยเกษียณร้อยละ 39.8 (Schane RE, 2008) จากการศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลจะเชิงเทรา ร้อยละ 40 (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553) อีกแนวทางหนึ่งสำหรับการจัดการสุขภาพของสาธารณสุขไทย คือการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อค้นหาผู้ที่มีโอกาสป่วยและจะได้ส่งต่อสำหรับการวินิจฉัยที่รักษาได้อย่างทันที่ (อมรรัตน์ โพธิ์พรรค, 2555)

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลแม่สรวยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และพบว่าผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารักษาที่โรงพยาบาลแม่สรวยด้วยอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นอันดับที่ 5 (โรงพยาบาลแม่สรวย, 2553) และภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดตามมาอีกนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือน เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 101 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการสุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ สามารถสื่อสารและรับฟังภาษาไทยได้เข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ สำหรับเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่ตอบคำถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ เชื้อชาติ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพในปัจจุบันและการพักอยู่อาศัย

2. แบบบันทึกด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการวินิจฉัย การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบรุนแรง โรคร่วม และการสูบบุหรี่

3. แบบประเมินผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย (COPD Assessment Test™ (CAT™)) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินผลกระทบของโรคถุงลมโป่งพองต่อความผาสุกและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม เป็นแบบ คะแนนรวม 0-40 คะแนน คะแนน < 10 หมายถึง มีผลกระทบน้อย คะแนน ≥ 10 หมายถึง มีผลกระทบมาก (Pothirat C, 2014)

4. แบบประเมินเฉพาะการเสียความสามารถเนื่องมาจากอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วย (modified Medical Research Council (mMRC) dyspnea scale) ฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 0-4 ระดับ ได้แก่ คะแนน = 0 หมายถึง ปกติไม่เหนื่อยง่าย คะแนน = 1 หมายถึง มีอาการเหนื่อยง่าย เมื่อเดินเร็วๆ ขึ้นทางชัน คะแนน = 2 หมายถึง เดินในพื้นที่ราบไม่ทันเพื่อนที่อยู่ใกล้เคียงกันเพราะเหนื่อยหรือต้องหยุดเดินเป็นพักๆ คะแนน = 3 หมายถึง เดินได้น้อยกว่า 100 เมตร คะแนน = 4 หมายถึง เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ แต่งตัว จนไม่สามารถออกนอกบ้านได้ หากผู้ทำแบบประเมินได้คะแนนน้อยกว่า 2 คะแนน จะหมายความว่าผู้นั้นมีอาการหอบเหนื่อยน้อย และหากได้คะแนนมากกว่า 2 คะแนน จะหมายความว่าผู้นั้นมีอาการหอบเหนื่อยมาก (Bestall J, 1999)

5. แบบประเมินสภาวะสุขภาพเอสเอฟ 12 ฉบับภาษาไทย (Short Form Health Survey (SF-12)) ใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวมีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม ซึ่งจะสามารถรายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพได้ทั้ง 8 มิติ (Ware, 1996) โดยแบบประเมิน SF-12 สามารถจำแนกได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย (physical health)



และด้านจิตใจ (mental health) ในปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์การตัด (cut-off score) ที่ชัดเจน แต่ในการศึกษาส่วนมากใช้การจำแนกระดับของคุณภาพชีวิตโดยใช้เกณฑ์ตามค่าปกติ (norm-based scoring (NBS)) ซึ่งดูจากค่าเฉลี่ย (50 คะแนน) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (± 10 คะแนน) ของคะแนนที่ประเมินได้ หากผู้ทำแบบประเมิน SF-12 ได้คะแนนสูงหมายความว่ามีความรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (Ware, 1994)

6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมิน ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มี 9 ข้อคำถาม ที่มาจากข้อต่างๆ ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย คะแนน=0 มีบางวันไม่บ่อย คะแนน=1 มีค่อนข้างบ่อย คะแนน=2 และมีเกือบทุกวัน คะแนน=3 ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน พบค่าความไว = 0.84 และความจำเพาะ = 0.93 (Lotrakul M, 2008)

หลังจากนำแบบสอบถามไปทดสอบพบค่าความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ข้อที่ 3, 4, 6 เท่ากับ 0.82, 0.85, และ 0.77 ตามลำดับ

สถิติในการวิจัยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณถดถอยโลจิสติก สำหรับทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ลำดับที่ 8/2559

ผลการศึกษา

เมื่อพิจารณาถึงภาวะซึมเศร้าพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนน จำนวน 23 คน คิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.8 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง ร้อยละ 21.8, และ 1.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย จำนวน 101 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.5) อายุ ≥ 60 ปี (ร้อยละ 79.2) เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 66.3) สมรส (ร้อยละ 65.3) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 60.4) ประกอบอาชีพในปัจจุบัน (ร้อยละ 56.4) ปัจจุบันพักอยู่อาศัยร่วมกับสามี/ภรรยา/ญาติ (ร้อยละ 92.1) ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1-2 (ร้อยละ 57.4) เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบรุนแรง 1-10 ครั้ง (ร้อยละ 40.5) มีโรคอื่นร่วม (ร้อยละ 69.3) ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยระดับมาก (ร้อยละ 51.5) มีอาการเหนื่อยหอบ (ร้อยละ 51.5) มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจระดับต่ำ ร้อยละ 36.6 และ 28.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 แสดงถึงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ผลกระทบของโรคต่อสุขภาวะของผู้ป่วย อาการเหนื่อยหอบ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$.

ก่อนทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก ผู้วิจัยพบว่าตัวแปร ผลกระทบของโรคต่อสุขภาวะของผู้ป่วย และอาการเหนื่อยหอบมีความสัมพันธ์กัน (Colinearity) ดังนั้นจึงเลือกตัวแปร อาการเหนื่อยหอบเข้าสมการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) เพื่อควบคุมตัวแปรในต้นแบบแล้วพบว่า ผู้ที่มีผลกระทบของโรคต่อสุขภาวะของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้ผลกระทบ 6.12 เท่า (OR_{adj} 6.12, 95%CI=1.73-21.62) และผู้ที่มีอาการหอบเหนื่อยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการหอบเหนื่อย 6.12 เท่า (OR_{adj} 6.12, 95%CI=1.73-21.62) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะซึมเศร้า (n=101)

การมีภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (0-7 คะแนน)	78	77.2
ภาวะซึมเศร้า (8-27 คะแนน)	23	22.8
ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7-12คะแนน)	21	21.8
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18คะแนน)	1	1.0



ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติตัวแปรเชิงเดียว

คุณลักษณะ	Total n (%)	ภาวะซึมเศร้า		OR	95%CI	P- value
		มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ						
ชาย	49 (48.5)	12 (24.5)	37 (75.5)	1		
หญิง	52 (51.5)	11 (21.2)	41 (78.8)	1.21	0.48-3.07	0.690
เชื้อชาติ						
ไทย	67(66.3)	19 (28.4)	48 (71.6)	1		
ลาหู่/อาข่า/มูเซอ	34(33.7)	4 (11.8)	30 (88.2)	2.96	0.92-9.57	0.060
อายุ (ปี)						
< 60	21 (20.8)	3 (14.3)	18 (85.7)	1		
≥ 60	80(79.2)	20 (25.0)	60 (75.0)	0.50	0.13-1.87	0.297
อายุเฉลี่ย=68.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=10.7 ต่ำสุด=47 สูงสุด=95						
สถานภาพ						
สมรส	66(65.3)	12 (18.2)	54 (81.8)	1		
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	35(34.7)	11 (31.4)	24 (68.6)	0.48	0.18-1.25	0.131
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	61(60.4)	13 (21.3)	48 (78.7)	0.86	0.27-2.68	0.666
ประถมศึกษาหรือสูงกว่า	40(39.6)	10 (25.0)	30 (75.0)	1		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน						
ทำงาน	57(56.4)	10 (17.5)	47 (82.5)	1		
ไม่ได้ทำงาน	44(43.6)	13 (29.5)	31 (70.5)	0.57	0.19-1.30	0.154
การพักอยู่อาศัย						
คนเดียว	8(7.9)	3 (37.5)	5 (62.5)	2.19	0.48-9.96	0.301
สามี/ ภรรยา/ ญาติ	93(92.1)	20 (21.5)	73 (78.5)	1		
ระดับความรุนแรงของโรค**						
ระดับที่ 1-2	58(57.4)	11(19.0)	47(81.0)	1		
ระดับที่ 3-4	43(42.6)	12(27.9)	31(72.1)	1.65	0.65-4.22	0.292

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha < 0.05$



ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซีมีเศร้า โดยใช้สถิติตัวแปรเชิงเดียว(ต่อ)

คุณลักษณะ	Total n (%)	ภาวะซีมีเศร้า		OR	95%CI	P-value
		มี จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน(ร้อยละ)			
ระยะเวลาการวินิจฉัย (ปี)						
< 1	11(10.9)	2 (18.2)	9 (81.8)	1		
1 - 10	43(42.6)	8 (18.6)	35 (81.4)	1.03	0.19-5.71	0.974
> 20	47(46.5)	13 (27.7)	34 (72.3)	1.72	0.33-9.10	0.522
การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการกำเริบรุนแรง (ครั้ง)						
ไม่เคย	54(53.5)	9 (16.7)	45 (83.3)	1		
1 - 10	41(40.5)	11 (26.8)	30 (73.2)	1.83	0.68-4.86	0.232
> 10	6(6.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	5.00	0.87-28.86	0.072
ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วย***						
มีผลกระทบน้อย	49(48.5)	4 (8.2)	45 (91.8)	1		
มีผลกระทบมาก	52(51.5)	19 (36.5)	33 (63.5)	6.48	2.01-20.83	0.002*
อาการเหนื่อยหอบ						
ไม่มี	49(48.5)	4 (8.2)	45 (91.8)	1		
มี	52(51.5)	19 (36.5)	33 (63.5)	6.48	2.01-20.83	0.002*
โรคร่วม						
ไม่มี	70(69.3)	16 (22.9)	54 (77.1)	1		
มี	31(30.7)	7 (22.6)	24 (77.4)	0.98	0.36-2.70	0.976
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย						
ระดับสูง	64 (63.4)	9(14.1)	55(85.9)	1		
ระดับต่ำ	37 (36.6)	14(37.8)	23(62.2)	3.72	1.41-9.80	0.006*
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ						
ระดับสูง	72 (71.3)	11(15.3)	61(84.7)	1		
ระดับต่ำ	29 (28.7)	12(41.4)	17(58.6)	3.91	1.47-10.42	0.005*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha < 0.05$

*** ประเมินโดย modified Medical Research Council (mMRC) dyspnea scale

**ประเมินโดย (COPD Assessment Test™ (CAT™))



ตารางที่ 3 วิเคราะห์ตัวแปรพหุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	Adjusted OR [†]	95% CI	p-value
ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วย			
ไม่มี	1.00		
มี	6.12	1.73-21.62	0.005*
อาการเหนื่อยหอบ			
ระดับต่ำ	1.00		
ระดับสูง	6.12	1.73-21.62	0.005*
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย			
ระดับสูง	1.00		
ระดับต่ำ	1.25	0.32-4.84	0.076
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ			
ระดับสูง	1.00		
ระดับต่ำ	3.43	0.88-13.40	0.749

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha < 0.05$

†ตัวแปรในตัวแบบ: ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเนื้อหาของเครื่องมืออ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder: MDD) ของ DSM-IV ค่าความชุกที่ได้ คือ ร้อยละ 22.8 ซึ่งพบในระดับต่ำกว่าการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ ดวงรัตน์ และคณะ (2553) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทราจากเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Geriatric Depression Scale (TGDS)) พบว่า ความชุกที่ได้มีค่า ร้อยละ 40.0 ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Schane และคณะ (2551) ศึกษาในผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 50 ปีขึ้นไป ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ใช้แบบประเมิน (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale 8 (CES-D8)) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40.0 และการศึกษาที่ใช้แบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ศึกษาในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.2 (Orlandi, 2016) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้

สาเหตุที่ทำให้ความเกิดที่แตกต่างกันนั้น อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวัดภาวะซึมเศร้า การศึกษาในครั้งนี้มีอัตราการเกิดต่ำกว่าการศึกษาอื่นๆ ยกเว้นการศึกษาของ (Orlandi, 2016) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเครื่องมือวัด PHQ-9 และ MINI มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรคจึงมีค่าความจำเพาะที่สูง แต่สำหรับ TGDS และ CES-D นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ที่อยู่ในชุมชนจึงมีความชุกที่สูงกว่า นอกจากนั้นแล้วอาจมีความหลากหลายทางด้านชนชาติพันธุ์ บริบทของสังคมและกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ทำให้พบความชุกที่แตกต่างกันด้วย

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบ 2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากควบคุมตัวแปรอื่นๆ ในตัวแบบ ได้แก่

ผู้ป่วยที่มีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 6.12 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบน้อย (OR_{adj}=6.12; 95% CI=1.73-21.62) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีอาการเหนื่อยหอบและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สาเหตุอาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวก มีเสมหะคั่งค้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (Respiratory accessory muscles) ต่าง ๆ มากขึ้นเพื่อนำออกซิเจนเข้าไปร่างกายมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการออกแรงในการหายใจ (Work of breathing) มากขึ้นเช่นกัน กลไกการชดเชยการหายใจดังกล่าวเป็นมาระยะเวลานานและเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเคยชิน



กับการหายใจลักษณะนี้ เมื่อทำมาเป็นระยะเวลาาน ผู้ป่วยก็จะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย จนถึงอาการซึมเศร้าได้ง่าย (Orlandi, 2016 & Chavannes, 2005)

ผู้ที่มีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยและอาการเหนื่อยหอบมีโอกาสดเกิดภาวะซึมเศร้า 6.12 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ (ORadj=6.12; 95% CI=1.73–21.62) สอดคล้องกับการศึกษาของ Di Marco F และคณะ ในปี 2014 ที่ศึกษาถึงผลของภาวะซึมเศร้า ต่อกิจกรรมทางกายและภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการเหนื่อยหอบมาก มีกิจกรรมทางกายน้อยลง มีความสามารถในการออกกำลังกายน้อยลง และมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า (Di Marco, 2014) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุมาจากอาการเหนื่อยหอบต่างๆ ที่เป็นผลมาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นจำกัดกิจกรรมหลายอย่างในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทานข้าว ตลอดจนการทำงานข้างนอกและกิจกรรมร่วมกับสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดอิสรภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมไปถึง การแสดงความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมักวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากและการกำเริบซ้ำ ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Quint, 2008 & Laurin, 2012 & Kim, 2000 & Mikkelsen, 2004)

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของขนาดตัวอย่างที่น้อย ซึ่งอาจจะส่งผลต่อค่าความเชื่อมั่นหรือค่าความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Confident Interval) ดังนั้นการศึกษาในครั้งต่อไปควรที่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น นอกจากนั้นแล้วการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ดังนั้น การระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจึงไม่สามารถอธิบายในเชิงเหตุผลได้อย่างชัดเจน (Causal relationship) ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) จึงจะสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนั้นแล้ว จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีน้อย จึงอาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนนโยบายและการจัดการด้านสาธารณสุข ในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตผู้ป่วยต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรมโดยเน้นไปที่การชะลอระดับความรุนแรงของโรค ตลอดจนมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังประจำทุกปี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและอาการเหนื่อยหอบในระดับสูงให้ผู้ที่ได้รับผลบวกรจากการคัดกรองได้เข้าสู่การวินิจฉัยและรักษาในขั้นตอนต่อไปอย่างทันทั่วทั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแห่งนี้ ในการประสานงานสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- มานิช หล่อตระกูล และมานิชย์ สุคนิช. (2546). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: ศรีชาอุ การพิมพ์.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ละเอียด จารุสมบัติ, จารุวัฒน์ รัตนมงคลกุล, วัชรินทร์ โพคะรัตนศิริ, และเวทิส ประทุมศรี. (2553). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*. 28(2): 67–76.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรคติดต่อแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนอุลตราไวโอเร็ด.



โรงพยาบาลแม่สรวย. (2553). สติติผลการดำเนินงานในปี พ.ศ.2553 ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สืบค้นจาก

<https://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUK EwjJltWip9nUAhWJMI8KHWCFBPcQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.crhospital.org%2Fhome%2Fdownload%2Fweb%2520HACC%2Fweb%2FPCCT%2FPCCT%2520copd%2520%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%259E.%25E0%25B9%2581%25E0%25B8%25A1%25E0%25B9%2588%25E0%25B8%25AA%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%25A7%25E0%25B8%25A2.ppt&usq=AFQjCNG0IYNflhonmd6zImcKpT5-XmSAeA>

อมรรัตน์ โพธิ์พรค. (2555). การคัดกรองโรค: ชุดการเรียนการสอน วิชาหลักวิทยาการระบาด เล่ม 2. ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bestall, J. C., Paul, E. A., Garrod, R., Garnham, R., Jones, P. W., & Wedzicha, J. A. (1999). Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 54(7), 581–586.

Chavannes, N. H., Huibers, M. J., Schermer, T. R., Hendriks, A., van Weel, C., Wouters, E. F., & van Schayck, C. P. (2005). Associations of depressive symptoms with gender, body mass index and dyspnea in primary care COPD patients. *Fam Pract*, 22(6), 604–607.

Di Marco, F., Terraneo, S., Roggi, M. A., Repossi, A. C., Pellegrino, G. M., Veronelli, A., (2014). Physical activity impairment in depressed COPD subjects. *Respir Care*, 59(5), 726–734.

Fletcher, E. C., & Martin, R. J. (1982). Sexual dysfunction and erectile impotence in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, 81(4), 413–421.

Gift, A. G., & McCrone, S. H. (1993). Depression in patients with COPD. *Heart Lung*, 22(4), 289–297.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (2017 report).

Kim HF, Kunik ME, Molinari VA, Hillman SL, Lalani S, Orengo CA, Petersen NJ, Nahas Z, Goodnight-White S. (2000). *Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. Psychosomatics*. 31;41(6):465–71.

Laurin, C., Moullec, G., Bacon, S. L., & Lavoie, K. L. (2012). Impact of anxiety and depression on chronic obstructive pulmonary disease exacerbation risk. *Am J Respir Crit Care Med*, 185(9), 918–923.

Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46.

Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C., & Stage, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. [Review]. *Nord J Psychiatry*, 58(1), 65–70.

Orlandi Lde, C., Pinho, J. F., Murad, M. G., Rocha, F. L., & Rodrigues-Machado, M. G. (2016). Depression diagnosed by the mini international neuropsychiatric interview plus (MINI) in patients with chronic obstructive pulmonary disease: relationship with functional capacity and quality of life. *BMC Res Notes*, 9(1), 65.

Pothirat, C., Kiatboonsri, S., & Chuchottaworn, C. (2014). Validation of the new COPD assessment test translated into Thai in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulm Med*, 14, 193.

Schane, R. E., Walter, L. C., Dinno, A., Covinsky, K. E., & Woodruff, P. G. (2008). Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med*, 23(11), 1757–1762.



- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1994). *Physical and mental health summary scales—a user’s manual*. New England Medical Center. The Health Institute, Boston, MA.
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 34(3), 220–233.
- Quint, J. K., Baghai–Ravary, R., Donaldson, G. C., & Wedzicha, J. A. (2008). Relationship between depression and exacerbations in COPD. *Eur Respir J*, 32(1), 53–60.