

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ภัทรา วัฒนพันธุ์, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู, ชื่นชนก นิพิฐวัณนะผล, พ.บ.,
รัตนา วิเชียรศิริ, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ABSTRACT

Prevalence of Depression in Patients with Spinal Cord Lesion at Srinagarind Hospital

Wattanapan P, Nipitwattanapon C, Vichiansiri R,
Department of Physical Medicine and Rehabilitation,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Objectives: To study the prevalence of depression in Thai patients with spinal cord lesion (SCL) at Srinagarind Hospital, a tertiary care center in the Northeast of Thailand.

Study design: Descriptive study

Setting: Srinagarind hospital, Thailand

Subjects: Thirty-six Thai patients with SCL

Methods: Used the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) questionnaire and the Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) to assess depression; and the Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III to assess functions; and recorded demographics data.

Results: Mean age was 42 (SD 15.8) years (range 16-79 years). There were 75% males and 25% females. Mean SCIM score was 63.83 (SD 21.8) points. Prevalent rates of depression were 5.6% (Thai-HADS score > 7) and 22.2% (KKU-DI score \geq 30). There was moderate correlation between the 2 screening instruments ($r=0.684$, $p<0.001$). Cause of SCL was significantly associated with depression ($p<0.005$). Others such as age, gender, occupation, income, spinal lesion and functional level had no association with depression.

Conclusion: According to the Thai-HADS and the KKU=DI, depression prevalent rates were 5.6% and 22.2% respectively. Only cause of spinal cord lesion was correlated with depression.

Key words: spinal cord lesion, prevalence, depression

J Thai Rehabil Med 2010; 20(2): 46-51

Corresponding to: Pattra Wattanapan, M.D., Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand
E-mail: wpattr@kku.ac.th

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลัง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการวิจัย: หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังจำนวน 36 คน

วิธีการศึกษา: ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลทั่วไป ใช้แบบประเมิน spinal cord independence measure (SCIM) version III ประเมินความสามารถของผู้ป่วย และคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) และ แบบประเมิน Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังจำนวน 36 คน อายุเฉลี่ย 42 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.8) ปี (16-79 ปี) ร้อยละ 75 เป็นเพศชาย ร้อยละ 25 เป็นเพศหญิง มีความสามารถในการ (SCIM) เฉลี่ย 63.83 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.8) คะแนนจากการใช้แบบประเมิน Thai HADS มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.6 และจากแบบประเมิน KKU-DI มีความชุก ร้อยละ 22.2 พบว่าแบบประเมินความซึมเศร้าทั้ง 2 แบบ มีความสัมพันธ์กันปานกลาง ($r=0.684$, $P < 0.001$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร่าดังกล่าว กับอายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับรอยโรค ระยะเวลาการเกิดโรคและความสามารถของผู้ป่วย ยกเว้นสาเหตุการเกิดรอยโรคไขสันหลัง ($p<0.005$)

สรุป: ผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีความชุกของภาวะซึมเศร่าร้อยละ 5.6 และ 22.2 จากการ ใช้แบบประเมิน Thai HADS และ KKU-DI ตามลำดับ และไม่พบ ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่า ยกเว้นสาเหตุการเกิดรอยโรคไขสันหลัง

คำสำคัญ: รอยโรคไขสันหลัง, ความชุก, ภาวะซึมเศร้า

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2553; 20(2): 46-51

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลัง (spinal cord lesion, SCL) มักมีภาวะบกพร่องทางกาย (impairment) และสูญเสียความสามารถ (disability) หลาย ๆ ด้าน เช่น ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การสูญเสียความสามารถควบคุมระบบขับถ่าย และสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียโอกาสทางสังคม (handicap) ตามมา เช่น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือไม่สามารถศึกษาเล่าเรียนตามปกติได้ ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังได้

จากการศึกษาของ Carvalho และคณะ⁽¹⁾ พบว่าเมื่อประเมินด้วยแบบทดสอบ symptom-checklist-90-revised (SCL-90-R) ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทั้งหมด มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการได้รับบาดเจ็บ ส่วน Bombardier และคณะ⁽²⁾ พบร้อยละ 11.4 ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีภาวะซึมเศร้า ส่วนการศึกษาของวิลโด คูปต์นิตศึกษกุล และคณะ⁽³⁾ ซึ่งประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) พบร้อยละ 13.6 ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีภาวะซึมเศร้า และภายหลังจากได้รับการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยที่ยังมีภาวะซึมเศร้ามลดลง เหลือร้อยละ 2.3 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษามีจำนวนน้อย

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง⁽⁴⁻⁵⁾ อายุน้อย (25-49 ปี)⁽²⁾ สถานภาพสมรส หย่าร้าง หม้ายหรือแยกกันอยู่⁽²⁾ การศึกษาน้อย⁽⁶⁾ ผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัว (complete tetraplegia)⁽⁵⁾ และการว่างงาน⁽⁷⁾ นอกจากนี้ Cairns และคณะพบว่าความปวดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กัน⁽⁸⁾

ภาวะซึมเศร้ามีผลเสียต่อขบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือ⁽²⁾ นอกจากนี้ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายจากการศึกษาของ Kennedy พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังสูงถึงร้อยละ 27⁽¹⁰⁾ ที่ผ่านมา เคยมีการศึกษาความชุกในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่กรุงเทพฯ⁽³⁾ ซึ่งมีลักษณะทางสังคมและการดำรงชีวิตแตกต่างจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้น คณะผู้วิจัยครั้งนี้จึงสนใจทำการศึกษาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังต่อไป

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2550 ถึง 31 กรกฎาคม 2551

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

- อายุมากกว่า 16 ปี
- มีสติสัมปชัญญะดี
- ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช เช่น จิตเภท ซึมเศร้า วิตกกังวล (anxiety disorders) ก่อนมีรอยโรคไขสันหลัง
- มีประวัติโรคประจำตัวที่มีผลต่อสมองและอารมณ์ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่สมอง โรคความจำเสื่อม โรคพาร์คินสัน โรคมัลติเปิ้ล สเคอโรซิส โรคลมชัก systemic lupus erythematosus (SLE), autoimmune cerebritis, โรคเอดส์ (HIV encephalopathy), hypothyroidism, hyperparathyroidism หรือ มีประวัติการใช้สารเสพติดที่มีผลต่อจิตประสาท เช่น สุรา โคเคน ยาบ้า ภาวะพิษสารระเหย เป็นต้น

วิธีการศึกษา

1. เก็บข้อมูลส่วนบุคคล และ ประวัติการเจ็บป่วยจากการสัมภาษณ์และแฟ้มประวัติ ได้แก่

- ประวัติส่วนตัว: อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และยาที่ใช้เป็นประจำ
- ประวัติรอยโรคไขสันหลัง: ระยะเวลาที่เกิดโรค ลักษณะและอาการทางคลินิกปัจจุบัน
- ภาวะเจ็บป่วยปัจจุบัน โรคแทรกซ้อน เช่น อาการปวด
- ประเมินความสามารถของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III ซึ่งมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลัง⁽¹¹⁾

2. ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 แบบ คือ

2.1 แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาลได้ดี มีความไว (sensitivity) ต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 85.71 และมีความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 91.3⁽¹²⁾ ใช้สอบถามอารมณ์และความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ มีคะแนนข้อละ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นอาการวิตกกังวล (คะแนนข้อค) และอาการซึมเศร้า (คะแนนข้อคู)

- คะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีผลผิดปกติทางจิตเวช
- คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases)

- คะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases)
 - หนึ่ง การศึกษานี้ถือว่าคะแนนมากกว่า 7 มีภาวะซึมเศร้า

2.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ซึ่งมีความเที่ยงตรงสำหรับคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 88 มีค่าจุดตัดอยู่ที่ 20 คะแนนขึ้นไป แต่สำหรับผู้ป่วยโรคทางกาย ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าถ้าคะแนนตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป แบบคัดกรองนี้ประกอบด้วยคำถามรวม 30 ข้อ สอบถามอารมณ์และความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

วิธีวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ข้อมูลพื้นฐานและความชุกของภาวะซึมเศร้ารายงานเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ ระดับรอยโรค ที่มีผลกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ สถิติ Chi-square test, Fisher exact test และ t-test โดยให้ค่า $p < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Thai HADS และ KKU-DI โดยใช้ สถิติ Pearson correlation โดยให้ค่า $p < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลัง จำนวน 36 คน อายุเฉลี่ย 42.33 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.08 ปี, ระหว่าง 16-79 ปี) เป็นชายร้อยละ 75 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.8) มีสถานภาพสมรส ระยะเวลาที่มีรอยโรคไขสันหลังเฉลี่ย 5.24 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.62 ปี, ระหว่าง 1 เดือน - 14 ปี) ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือบิดา-มารดา และสามี-ภรรยาเป็นสัดส่วนเท่ากันคือร้อยละ 36 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลดี ข้อมูลพื้นฐานแสดงดังตารางที่ 1 ภายหลังภาวะเจ็บป่วย พบว่าร้อยละ 47.2 มีรายได้ลดลง และร้อยละ 55.6 ไม่ได้ทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 41.67 ของผู้ป่วยประสบปัญหา แบ่งได้เป็นร้อยละ 8.33 มีปัญหาสุขภาพ, ร้อยละ 5.56 มีปัญหาเศรษฐกิจ และร้อยละ 8.33 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีปัญหาทางด้านสังคม

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
รายได้ (บาท/คน/เดือน)	
- น้อยกว่า 5000	29 (80.5)
- มากกว่าหรือเท่ากับ 5000	7 (19.5)
เพศ ชาย/หญิง	27/9 (75/25)
ระดับการศึกษา	
- ระดับประถม	17 (47.2)
- ระดับมัธยม	12 (33.3)
- สูงกว่ามัธยม	7 (19.5)
อาชีพ	
- ว่างาน	25 (69.4)
- รับจ้าง	4 (11.1)
- ค้าขาย	3 (8.3)
- รับราชการ	2 (5.6)
- อื่น ๆ	2 (5.6)
สถานภาพสมรส	
- โสด	10 (27.8)
- แต่งงาน	19 (52.8)
- หม้าย/หย่า/แยก	7 (19.5)
สาเหตุ	
- บาดเจ็บ	20 (55.6)
- ภาวะเจ็บป่วย	16 (44.4)
ระดับรอยโรค	
- tetraplegia	17 (47.4)
- Paraplegia	19 (52.6)
SCIM score (mean (SD))	
- Self care	16.03 (6.19)
- Respiration and sphincter management	27.36 (9.19)
- Mobility	20.44 (10.19)
- Total	63.83 (21.80)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลัง

ข้อมูลภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วย 8 ราย (ร้อยละ 22) มีภาวะซึมเศร้าเมื่อประเมินโดยใช้แบบประเมิน KKU-DI ในขณะที่แบบประเมิน Thai HADS พบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.6) เท่ากับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากสาเหตุของรอยโรคไขสันหลัง ดังตารางที่ 2 นอกจากนี้ยังพบว่าแบบประเมิน Thai HADS และ แบบประเมิน KKU-DI มีความสัมพันธ์กัน ระดับปานกลาง ($r=0.684$; $P<0.001$)

ตัวแปร	KKU-DI \geq 30	KKU-DI $<$ 30	P-value
เพศ (ชาย/หญิง)	19/9	8/0	0.16
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี) (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	44.18 (15.74)	35.88 (11.01)	0.11
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ป่วย (ปี) (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	5.22 (4.43)	5.29 (5.59)	0.97
สาเหตุ (บาดเจ็บ/เป็นโรค)	12/16	8/0	0.005
สถานภาพการทำงาน (ทำงาน/ว่างงาน)	15/13	1/7	0.05
รายได้ (ไม่ลดลง/ลดลง)	15/13	4/4	1.00
สภาพปัญหา (ไม่มี/มี)	26/2	7/1	0.54
ค่าคะแนนเฉลี่ย SCIM (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
- กิจวัตรส่วนตัว (self care)	16.64 (6.09)	13.88 (6.47)	0.30
- การหายใจและการจัดการการขับถ่าย (respiration and sphincter management)	27.93 (9.32)	25.38 (8.86)	0.49
- การเคลื่อนที่ (mobility)	21.46 (10.82)	16.88 (7.02)	0.17
- คะแนนรวมทั้งสิ้น	66.04 (22.04)	56.13 (20.39)	0.26

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (KKU-DI \geq 30) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (KKU-DI $<$ 30)

บทวิจารณ์

จากการศึกษานี้ พบว่าเมื่อประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Thai HADS ร้อยละ 5.6 ของผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นค่าที่แตกต่างจากการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช⁽³⁾ ซึ่งพบถึงร้อยละ 13.6 ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชากรที่เข้ารับการรักษาที่กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นประชากรในเขตกรุงเทพมหานครที่มีรูปแบบการดำรงชีวิตแตกต่างกับประชากรที่อาศัยอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสังคมชนบท มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกครอบครัวและบ้านใกล้เคียงมีความสัมพันธ์สนิทสนมกัน และเป็นกันเอง รักญาติพี่น้อง⁽¹⁴⁾ แตกต่างกับสังคมเมืองซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ความผูกพันในครอบครัวและความผูกพันกับเพื่อนบ้านมีน้อย⁽¹⁴⁾ ไม่ค่อยช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

ปัจจัยด้านสังคมเหล่านี้อาจเป็นเหตุให้การปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลง หรือการสูญเสียของคนในสังคมชนบทไทย ดีกว่าสังคมเมือง จึงพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือน้อยกว่า นอกจากนี้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคของผู้ป่วยในการศึกษานี้ค่อนข้างนานจึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้ ทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการศึกษาที่กรุงเทพฯ⁽³⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไปในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ซึ่งมี ร้อยละ 3.9⁽¹⁴⁾ ยังคงพบว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไป ดังนั้น ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูควรให้ความสนใจกับสภาวะจิตใจผู้ป่วยมากขึ้น และให้การดูแลระดับประคองจิตใจ (psychological support) ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

จากการศึกษาของต่างประเทศ พบว่าเพศหญิงมีอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย⁽⁴⁻⁵⁾ และผู้ป่วยที่อายุน้อย (25-49 ปี) มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอายุมาก⁽²⁾ แต่การศึกษานี้ ปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับรอยโรค ระยะเวลาของการเกิดโรค และความสามารถของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการศึกษานี้มีขนาดตัวอย่างน้อย ทำให้ไม่พบปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นสาเหตุการเกิดรอยโรคไขสันหลัง ($p < 0.005$) จึงควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่มากขึ้นในโอกาสต่อไป

เป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง KKU-DI พบความชุกร้อยละ 22.2 ซึ่งสูงกว่าเมื่อประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Thai HADS ทั้งนี้ อาจเนื่องจากรายละเอียดในแบบสอบถามทั้งสองนั้นต่างกัน เช่น แบบสอบถาม KKU-DI มีคำถามเกี่ยวกับอาการท้องอืด แน่นท้อง ปวดเมื่อยทั้งตัว ทำอะไรรู้สึกอึดอัดเขื่องซ้ำซ้อนเพลียไม่มีแรง ซึ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวกับอาการทางกายเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้คะแนนของ KKU-DI สูงกว่าคะแนนของ Thai HADS อีกทั้งภาษาที่ใช้ในแบบคัดกรอง KKU-DI เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และบางหัวข้อมีภาษาท้องถิ่นกำกับ จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายกว่าแบบคัดกรอง Thai HADS แต่แบบคัดกรอง KKU-DI ไม่เคยนำมาทดสอบผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังมาก่อน ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาเพื่อหาความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยรอยโรคไขสันหลังต่อไป อนึ่ง แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Thai HADS และ KKU-DI มีความสัมพันธ์กันปานกลาง ($r = 0.684$, $P < 0.001$) แต่กลับพบความแตกต่าง

ระหว่างความชุกของภาวะซึมเศร้าเมื่อประเมินจากการคัดกรองที่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ มีขนาดตัวอย่างน้อย อีกทั้งไม่ได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระยะเวลาที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นตัวแปรที่อาจส่งผลกระทบต่อความชุกของภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรทำการศึกษาด้วยขนาดตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น และ แบ่งระยะเวลาของการเจ็บป่วยให้ชัดเจน นอกจากนี้ การสอบถามภาวะรายได้ที่ลดลงเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นปัญหา ควรสอบถามเรื่องความพอเพียงกับค่าใช้จ่ายด้วย

กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีความชุกของภาวะซึมเศร่าร้อยละ 5.6 และ 22.2 จากการใช้แบบประเมิน Thai HADS และ KGU-DI ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าความชุกของการศึกษาอื่น แต่ยังคงสูงกว่าประชากรทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร่าคือสาเหตุของรอยโรคไขสันหลัง และเนื่องจากภาวะซึมเศร่ามีผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร่า และให้การดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่สละเวลาให้, รศ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, ผศ.นพ.ณัฐเศรษฐ์ มนินนากร และ รศ.เจียมจิต แสงสุวรรณ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำการวางแผนการทำการวิจัย และการคำนวณทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. de Carvalho SA, Andrade MJ, Tavares MA, de Freitas JL. Spinal cord injury and psychological response. Gen Hosp Psychiatry 1998; 20(6): 353-9.
2. Bombardier CH, Richards JS, Krause JS, Tulsy D, Tate DG. Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: implications for screening. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85(11): 1749-56.
3. วิไล คุปต์นิตติชัยกุล, อรวรรณ เสมรสุต, พวงทอง กล่อมใจเย็น. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร่าในผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง. สารศิริราช 2543; 52(1): 23-9.

4. Bhalla RN, Aronson SC, Lisskpw BI, Talavera F, Ahmed T. Depression updated 2006 Oct 30; [cited 2007 Mar 25]. Available from: <http://www.emedicine.com/med/topic532.htm>.
5. Hartkopp A, Bronnum-Hansen H, Seidenschnur AM, Biering Sorensen F. Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79(11): 1356-61.
6. Krause JS, Kemp B, Coker J. Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81(8): 1099-109.
7. Kalpakjian CZ, Albright KJ. An examination of depression through the lens of spinal cord injury. Comparative prevalence rates and severity in women and men. Womens Health Issues 2006; 16(6): 380-8.
8. Cairns DM, Adkins RH, Scott MD. Pain and depression in acute traumatic spinal cord injury: origins of chronic problematic pain? Arch Phys Med Rehabil 1996; 77(4): 329-35.
9. Hildingh C, Luepker RV, Baigi A, Lidell E. Stress, health complaints and self-confidence: a comparison between young adult women in Sweden and USA. Scandinavian J Caring Sci 2006; 20(2): 202-8.
10. Kennedy P, Rogers B, Speer S, Frankel H. Spinal cord injuries and attempted suicide: a retrospective review. Spinal Cord. 1999; 37(12): 847-52.
11. Catz A, Itzkovich M, Agranov E, Ring H, Tamir A. SCIM—spinal cord independence measure: a new disability scale for patients with spinal cord lesions. Spinal Cord 1997; 35(12): 850-6.
12. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หลอดตระกูล, อูมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(1): 18-30.
13. สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, พูนศรี รังสีขจี, นิรมล พัจนสุนทร, สุรพล วีระศิริ, สุชาติ พหลภาคย์. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร่าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(4): 330-48.
14. รัชนีวรรณ หมั่นพันธ์ . สังคมชนบทและเมือง. [monograph on the Internet][cited 2008 Oct 28]. Available from : http://www.courseware.ssru.ac.th/151/subject/2500102/2500102_N1_3.html

ภาคผนวก แบบสอบถาม KKU-DI

แบบสอบถาม KKU-DI

ชื่อ.....นามสกุล.....

ข้อแนะนำ โปรดอ่านอย่างรอบคอบ แบบสอบถามนี้ต้องการรู้ว่าคุณในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ด้วย
ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

โปรดตอบคำถามทั้งหมดโดยกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ	อาการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ด้วย	ไม่เป็นเลย	เป็นนาน ๆ ครั้ง (1-3วัน)	เป็นบ่อย (4-7วัน)	เป็นเกือบทุกวัน (เกิน 7 วัน)
1.	นอนหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับไม่สนิท				
2.	ท้องอืด แน่นท้อง				
3.	ปวดเมื่อยทั้งตัว				
4.	สมองตื้อคิดอะไรไม่ออก				
5.	ทำอะไรรู้สึกอึดอัดเชิงซ้ำ				
6.	อ่อนเพลีย ไม่มีแรง				
7.	ผอมลง (จ้อยลง)				
8.	เหนื่อยง่าย (เมื่อยไว)				
9.	ใจลอย ขาดสมาธิในการทำงาน/เรียน				
10.	ลืมง่าย หรือหลงๆ ลืมๆ				
11.	ตัดสินใจลำบากแม้แต่เรื่องง่าย ๆ				
12.	ต้องฝืนใจทำงาน				
13.	อยากอยู่เงียบๆ คนเดียว				
14.	รู้สึกเหงา ว่าเหว้อย่างมาก				
15.	รู้สึกเศร้า/สะท้อนใจร้องไห้ง่าย				
16.	กระวนกระวายนั่งอยู่ไม่ติด (บ่เป็นตาอยู่)				
17.	หงุดหงิด (หนอย)โกรธง่าย(ใจ้าย)				
18.	รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ (เซ็ง)				
19.	รู้สึกไม่อยากทำอะไรเลย (อยากอยู่ซื่อ ๆ)				
20.	ไม่อยากพูดไม่อยากจะคุยกับใครทั้งนั้น				
21.	รู้สึกว่าคนรอบข้างไม่เข้าใจไม่เห็นใจ				
22.	ไม่สดชื่นไม่ร่าเริงสนุกสนาน (บ่ม่วนชื่น)				
23.	รู้สึกผิดและโทษตัวเองตลอดเวลา				
24.	รู้สึกหมดหวังกับอนาคต				
25.	รู้สึกหวังกังวลไปเสียหมดทุกเรื่อง				
26.	คิดฟุ้งซ่าน/คิดวนเวียนอยู่แต่เรื่องเดิม ๆ				
27.	คิดอยากตาย				
28.	กินข้าวไม่อร่อย (กินบ่แซบ)				
29.	เบื่ออาหาร (บ่อยากข้าวอยากน้ำ)				
30.	คนอื่นทักว่าซีมีลง/หน้าตาหมองคล้ำ				