



ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในคลินิกระงับปวด โรงพยาบาล ศิริราช

นันทวิช สิริธรรักษ์ พบ.*, เอ็มน์สรี มินทรศักดิ์ พบ.**, ศุภโชค สิงห์กันต์ พบ.*,
กอบหทัย สิทธิรัตนฤทธิ พบ.*, วรภัทร รัตอาภา พบ.*, ณัฐฐา สายเสวย พบ.*,
พรจิรา ปรีวัชรากุล พบ.*, นราทิพย์ สงวนพานิช วทบ.*, พงศ์ภรณ์ เจาทะเกษตริน พบ.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและลักษณะปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกระงับปวดเนื่องจากภาวะปวดในโรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะปวดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกระงับปวดโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 200 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินภาวะซึมเศร้า Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย ทำการศึกษาหาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าโดยใช้จุดตัดของ MADRS ที่ ≥ 10 คะแนนบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า (depression) และ MADRS ที่ ≥ 21 คะแนนบ่งชี้ถึงโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ logistic regression

ผลการศึกษา ผู้ป่วย 101 รายจาก 200 ราย มีค่าคะแนน MADRS ≥ 10 ถือเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าคิดเป็นค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.5 โดยมีผู้ป่วย 21 รายจาก 200 ราย มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีค่าคะแนน MADRS ≥ 21 ถือเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) คิดเป็นค่าความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 10.5 ค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการปวดของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอยู่ที่ 4.6 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.6) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีเพียงสองปัจจัยคือภาวะว่างงานและระดับความรุนแรงของอาการปวด

สรุป ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกระงับปวดโรงพยาบาลศิริราชด้วยภาวะปวด มีค่าร้อยละ 50.5 โดยที่ผู้ป่วยร้อยละ 10.5 เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ภาวะว่างงานและระดับความรุนแรงของอาการปวดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและบำบัดอาการปวด

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า ภาวะปวด ความชุก ปัจจัยเสี่ยง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(2): 191-201

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี

*** ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



The Prevalence of Depression among the Pain Patients at the Pain Clinic, Siriraj Hospital

Nantawat Sitdhiraksa M.D., Em-nasree Mintrasak M.D.**,
Supachoke Singhakant M.D.*, Gobhathai Sittironnarit M.D.*,
Woraphat Ratta-apha M.D.*, Nattha Saisavoey M.D.*, Pornjira Pariwatcharakul M.D.*,
Naratip Sanguanpanich B.S.c*, Pongparadee Chaudakshetrin M.D.****

Abstract

Objectives: To study the prevalence and associated factors of depression among patients attending the Pain Clinic at Siriraj Hospital.

Method: Two hundred patients at the Pain Clinic, Siriraj Hospital were assessed by clinicians using the Thai version of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS-T). The prevalence of depression and major depressive disorder was determined by using the MADRS-T at the cut-off point of ≥ 10 for depression, and ≥ 21 for major depressive disorder. Data analysis used percentage, mean and standard deviations, and tested for association between depression and risk factors by logistic regression.

Results: There were 101 patients from the total of 200 patients with the MADRS-T score ≥ 10 , which met the criteria for depression. The prevalence of depression was 50.5%. There were 21 patients from the total of 200 patients with the MADRS-T score ≥ 21 , which met the criteria for major depressive disorder. The prevalence of major depressive disorder was 10.5%. The mean of the pain score assessed by the Visual Analog Scale (VAS) was 4.6 (SD = 2.6). Loss of job and severity of pain were the only two factors associated with depression ($p < 0.05$).

Conclusion: The prevalence of depression, determined by the MADRS-T, among patients attending the Pain Clinic at Siriraj Hospital was 50.5%, and 10.5 % of the patients met the criteria for major depressive disorder. Loss of job, and pain severity were the risk factors for development of depression. Evaluation and screening for depression should be routinely administered for the benefit of patients with pain.

Key words: depression, pain, prevalence, risk factor

J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55(2): 191-201

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

** Psychiatry Unit, Pattanee Hospital, Pattanee

*** Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depression) ตามคำจำกัดความ โดยองค์การอนามัยโลก หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการซึมเศร้าหรือความรู้สึกเบื่อ หดความสนใจในสิ่งต่างๆ ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง โดยอาการดังกล่าวอาจเป็นๆ หายๆ หรือเรื้อรัง และก่อให้เกิดการสูญเสียหรือบกพร่องในหน้าที่การงานตลอดจนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยบางรายมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงถึงขั้นเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV-TR)¹ โรคซึมเศร้าเป็นภาวะทางคลินิกที่สำคัญมากในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในขณะปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึง 121 ล้านคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งยังเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของภาวะทุพพลภาพในประชากรโลกอีกด้วย² ในประเทศไทยมีการประเมินว่าในระยะเวลา 1 ปีจะมีประชาชนร้อยละ 9 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า³ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากรายงานการศึกษาของธนาคารโลกร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดได้คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด⁴

องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพแบบใหม่ เรียกหน่วยวัดนี้ว่า “การสูญเสียปีสุขภาวะ” หรือ DALYs (Disability Adjusted Life Years) ซึ่งเป็นค่าที่บ่งถึงจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด จากการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2549 สำหรับโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศชาย โรคซึมเศร้า

อยู่ในลำดับที่ 15 ขณะที่ในกลุ่มเพศหญิงโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 4 รองจากโรคเอดส์ หลอดเลือดสมอง และเบาหวาน อีกทั้งเมื่อพิจารณาโดยภาพรวมเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของโรคซึมเศร้ามีค่าสูงที่สุด⁴

ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย ภาวะซึมเศร้าถือเป็นภาวะทางคลินิกที่สำคัญเช่นกัน⁵⁻¹⁰ จากการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 36⁶ สอดคล้องกับผู้ป่วยมะเร็งซึ่งพบภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 15-25⁷⁻¹⁰ และในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังอาจพบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 62¹¹ เห็นได้ชัดว่าภาวะทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมาก ดังนั้นการประเมินค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะทางกาย พบว่าอาการปวดเป็นภาวะที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้สูง ดังเช่นการศึกษาของ Kramlinger¹² ที่ศึกษาในผู้ป่วยปวดเรื้อรัง (chronic pain) พบภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 25-39 จากการศึกษาของ Breslau¹³ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนพบว่าผู้ที่มีอาการปวดอย่างรุนแรงด้วยไมเกรนจะพบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ยังชี้ให้เห็นอีกว่าอาการปวดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในอัตราสูง เช่น ในผู้ป่วย chronic low back pain มีความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ร้อยละ 32¹⁴ ในผู้ป่วยปวดศีรษะเรื้อรัง (migraine headache) มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ที่ร้อยละ 17.6¹⁵ ในผู้ป่วยปวดเรื้อรัง (chronic pain) ในกลุ่มสูงวัยมีความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ร้อยละ 56.5 ในกลุ่มวัยกลางคนมีความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ร้อยละ 62¹¹ และในกลุ่มผู้ป่วยปวดจากโรคมะเร็ง (cancer pain) มีความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ร้อยละ 13⁹ การทบทวนวรรณกรรมของ Bair ในปี ค.ศ.

2003 พบความแตกต่างของความชุกของภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากการศึกษาวิจัยต่างๆ ตั้งแต่
ร้อยละ 1.5 ถึง 100¹⁶

พบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร่ายังสัมพันธ์
กับความรุนแรงจากอาการปวดได้อีกด้วยนอกเหนือจาก
ปัจจัยระดับภาวะทุพพลภาพทางกาย และความรุนแรง
ของโรค¹⁷⁻¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ของ
Spiegel, Currie, และ Gore¹⁸⁻²⁰ ที่พบว่าอัตราความชุก
ของภาวะซึมเศร้าจะพบมากขึ้นด้วยหากผู้ป่วยมีอาการ
ปวดรุนแรงมากขึ้น ซึ่งหากภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นแล้วจะ
ส่งผลให้ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ยาวนานขึ้น อัตราการหายจากโรคช้าลง และการดูแล
รักษาเบื้องต้นของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องอาการ
ความเจ็บปวดทางกายทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง
รวมถึงการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม

การศึกษาในครั้งนี้เพื่อค้นหาความชุกของภาวะ
ซึมเศรารวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ
ปวด โดยได้เลือกกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิก
ระดับปวดของภาควิชาวิสัญญีวิทยา เป็นการเริ่มต้น
เพื่อให้เกิดความตระหนักในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า
และเพื่อวางแผนทางในการป้องกันและรักษาภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะปวดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและ
โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะปวดในคลินิกระดับปวด
โรงพยาบาลศิริราช
2. เพื่อศึกษาลักษณะปัจจัยต่างๆ ในกลุ่มที่มี
ภาวะซึมเศร้าและไม่ซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะปวด

วิธีการศึกษาและเครื่องมือ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-
sectional survey) โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะปวดที่
เข้ารับการรักษา ในคลินิกระดับปวด โรงพยาบาลศิริราช
จำนวน 200 ราย ในช่วงตั้งแต่ 1 เมษายน 2550 ถึง
31 สิงหาคม 2550

**เกณฑ์ในการเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion
criteria)**

ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ยินดีให้ความ
ร่วมมือในการสัมภาษณ์ มีความรู้สึกตัวดีและสามารถ
สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

2. เครื่องมือในการศึกษา

2.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย
ข้อมูลของผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัย รายได้เฉลี่ย
สถานภาพสมรส ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคจนถึงวันที่
ทำการทดสอบ ระดับการศึกษา อาชีพเดิมก่อนเข้ารับ
การรักษา การวินิจฉัย

2.2 แบบสอบถามระดับอาการปวดใช้ Visual
Analog Scale (VAS) ซึ่งมีคะแนน 0 - 10 คะแนนตาม
ความรุนแรงของระดับความปวด ซึ่งเป็นแบบประเมิน
อาการปวดที่ใช้โดยทั่วไปในคลินิกระดับปวด โรงพยาบาล
ศิริราช

2.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใช้ Montgomery-
Asberg Depression Rating Scale (MADRS)²¹ ฉบับ
ภาษาไทย (MADRS-T)²²⁻²³ โดยใช้จุดตัดที่คะแนน ≥ 10 ²⁴
เป็นเกณฑ์ตัดสินว่ามีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความแม่นยำ
ในการแยกภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 96.9²⁴ และจุดตัด
ที่คะแนน ≥ 21 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive
disorder)²⁵⁻²⁶

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเบื้องต้นจากแฟ้ม
ประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลลงในแบบบันทึกประวัติ
ผู้ป่วย

3.2 แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ตาม
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า MADRS-T

4. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ตรวจสอบข้อมูลและนำมาบันทึกใส่โปรแกรม
สำเร็จรูป SPSS Version 17 ข้อมูลที่เป็นปริมาณจะใช้
สถิติเชิงพรรณนา ค่าความชุกคำนวณจากความถี่
คิดเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัย
ที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ logistic regression โดยผลการทดสอบ
ถือว่ามีความนัยทางสถิติเมื่อค่า $p < 0.05$ คำนวณค่า odds
ratio (OR) และ 95% confidence interval (95% CI) เพื่อ
ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา

มีอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 200 ราย
เป็นเพศชาย 71 ราย (ร้อยละ 35.5) หญิง 129 ราย
(ร้อยละ 64.5) (ตารางที่ 1) อายุเฉลี่ย 54.7 ± 15.7 ปี
อายุน้อยสุด 18 ปี สูงสุด 86 ปี ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวด
จนเริ่มมารับการรักษาที่คลินิกจะงับปวดศิริราชเฉลี่ย
 3.1 ± 4.3 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 10 วัน สูงสุด 30 ปี ระดับ
ความรุนแรงของอาการปวดเฉลี่ย 4.6 ± 2.6 ระดับ
ความปวดต่ำสุด 0 สูงสุด 10 ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาใน
กรุงเทพฯ 111 ราย (ร้อยละ 55.5) ต่างจังหวัด 89 ราย
(ร้อยละ 44.5) สิทธิการรักษาเป็นผู้ใช้สิทธิต้นสังกัด
98 ราย (ร้อยละ 49) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(สิทธิ 30 บาท) 45 ราย (ร้อยละ 22.5) จ่ายค่ารักษาเอง
30 ราย (ร้อยละ 15.0) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา
(ร้อยละ 89) โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ
39.5 ระดับอนุปริญญา ปวส.หรือปริญญาตรีขึ้นไป
ร้อยละ 28 เป็นผู้ว่างงานร้อยละ 33.5 มีอาชีพรับจ้าง
ร้อยละ 23.5 รับราชการร้อยละ 18 มีคู่สมรสร้อยละ 58.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| ลักษณะของประชากร | จำนวน (ร้อยละ) |
|--|--------------------|
| เพศ | |
| ชาย | 71 (35.5) |
| หญิง | 129 (64.5) |
| ภูมิลำเนา | |
| กรุงเทพมหานคร | 111 (55.5) |
| ต่างจังหวัด | 89 (44.5) |
| สิทธิการรักษา | |
| 30 บาท | 45 (22.5) |
| จ่ายเอง | 30 (15.0) |
| ประกันสังคม | 21 (10.5) |
| ต้นสังกัด | 98 (49.0) |
| อื่นๆ | 6 (3.0) |
| ระดับการศึกษา | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 11 (5.5) |
| ประถมศึกษา | 79 (39.5) |
| มัธยมต้น/มัธยมปลาย/ปวช. | 54 (27.0) |
| อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป | 56 (28.0) |
| อาชีพขณะรับการรักษา | |
| ว่างงาน | 67 (33.5) |
| รับราชการ | 36 (18.0) |
| ค้าขาย | 33 (16.5) |
| รับจ้าง | 47 (23.5) |
| อื่นๆ | 17 (8.5) |
| สถานภาพสมรส | |
| โสด | 27 (13.5) |
| คู่ | 117 (58.5) |
| หย่า/หม้าย | 56 (28.0) |
| รวม | 200 (100) |
| อายุเฉลี่ย (Mean±SD) | |
| อายุน้อยสุด 18 ปี สูงสุด 86 ปี | 54.7 ± 15.7 ปี |
| ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนเริ่มมารับการรักษาที่ คลินิกจะงับปวด (Mean±SD) | |
| เวลาต่ำสุด 10 วัน สูงสุด 30 ปี | 3.1 ± 4.3 ปี |
| ระดับความรุนแรงของอาการปวด (Mean±SD) | |
| ระดับอาการปวด 0 จนถึง 10 | 4.6 ± 2.6 |

เมื่อจำแนกผู้ป่วยเป็น cancer และ non-cancer pain พบว่าเป็นผู้ป่วย non-cancer pain 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.5 และเป็นผู้ป่วย cancer pain 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.5 (ตารางที่ 2) ระดับความรุนแรงของอาการปวด พบได้ตั้งแต่ระดับอาการปวด 0 จนถึง 10 โดยค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการปวดของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดอยู่ที่ 4.6 ± 2.6 และค่าคะแนน MADRS เฉลี่ยอยู่ที่ 10.8 ± 6.6

เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า พบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (depression) โดยถือเกณฑ์ค่าคะแนน MADRS-T ≥ 10 ป่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้าจำนวน 101 รายจากจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 200 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.5 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีผู้ป่วยจำนวน 21 รายมีค่าคะแนน MADRS-T ≥ 21 ซึ่งถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) คิดเป็นร้อยละ 10.5 จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่าคะแนน MADRS-T < 10 ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรง

ของอาการปวดอยู่ที่ 4.0 ± 2.6 และมีค่า MADRS-T เฉลี่ยอยู่ที่ 5.4 ± 2.4 กลุ่มที่เข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการปวดอยู่ที่ 5.2 ± 2.6 และมีค่า MADRS-T เฉลี่ยอยู่ที่ 16.0 ± 5.1 และกลุ่มที่เข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการปวดอยู่ที่ 6.0 ± 2.5 และมีค่า MADRS-T เฉลี่ยอยู่ที่ 24.0 ± 3.1

เมื่อนำปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นอายุ เพศ ภูมิลำเนา สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะว่างงาน ปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ลักษณะอาการป่วยที่เป็น ระยะเวลาที่มีอาการปวด ประเภทของอาการปวด และระดับความรุนแรงของอาการปวด มาหาความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (ตารางที่ 3) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงสองปัจจัยคือ ภาวะว่างงาน (OR: 2.320; 95%CI: 1.029, 5.232) และระดับความรุนแรงของอาการปวด (OR: 1.241; 95%CI: 1.096, 1.406)

ตารางที่ 2 จำแนกผู้ป่วยตามประเภทของการปวดและตามเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า ระดับอาการปวด คะแนน MADRS-T

| | จำนวน (ราย) | ระดับอาการปวด (mean \pm SD) | คะแนน MADRS-T (mean \pm SD) |
|---|----------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ประเภทของการปวด | | | |
| Non-cancer pain | | | |
| acute | 11 | 4.9 ± 2.9 | 8.6 ± 4.2 |
| chronic | 116 | 4.8 ± 2.7 | 10.3 ± 6.7 |
| Cancer pain | 73 | 4.4 ± 2.5 | 11.8 ± 6.7 |
| รวม | 200 | 4.6 ± 2.6 | 10.8 ± 6.6 |
| จำแนกตามเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า | | | |
| กลุ่มไม่เข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า (MADRS-T < 10) | 99 | 4.0 ± 2.6 | 5.4 ± 2.4 |
| กลุ่มเข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้า (MADRS-T ≥ 10) | 101 | 5.2 ± 2.6 | 16.0 ± 5.1 |
| กลุ่มเข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้า (MADRS-T ≥ 21) | 21 | 6.0 ± 2.5 | 24.0 ± 3.1 |

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ค่า regression coefficient และ odds ratio ตามสถิติ logistic regression

| ปัจจัย | B value | P value | Odds ratio(95%CI) |
|--|---------|---------|----------------------|
| อายุ | -0.019 | 0.150 | 0.981 (0.956,1.007) |
| เพศหญิง ¹ | 0.003 | 0.993 | 1.003 (0.488,2.059) |
| ภูมิลำเนา ² | 0.025 | 0.939 | 1.026 (0.500,1.949) |
| สิทธิการรักษา | | | |
| 30 บาท | 1.194 | 0.222 | 3.299 (0.486,22.415) |
| จ่ายเอง | 0.005 | 0.996 | 1.005 (0.136,7.410) |
| ประกันสังคม/ต้นสังกัด | 1.066 | 0.276 | 2.903 (0.427,19.743) |
| ระดับการศึกษา | | | |
| ประถมศึกษา | 0.668 | 0.355 | 1.951 (0.473,8.052) |
| มัธยมต้น/มัธยมปลาย/ปวช. | 0.063 | 0.937 | 1.065 (0.227,5.000) |
| อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป | -0.180 | 0.824 | 0.836 (0.172,4.057) |
| สถานภาพสมรส ³ | 0.091 | 0.789 | 1.095 (0.565,2.123) |
| ภาวะว่างงาน ⁴ | 0.842 | 0.042* | 2.320 (1.029,5.232) |
| ปัญหาทางการเงิน ⁵ | 0.629 | 0.197 | 1.876 (0.721,4.880) |
| ระยะเวลาที่มีอาการปวด | 0.003 | 0.381 | 1.003 (0.996,1.010) |
| ประเภทของอาการปวด (cancer pain) ⁶ | 0.536 | 0.142 | 1.709 (0.836,3.493) |
| ระดับความรุนแรงของอาการปวด | 0.216 | 0.001* | 1.241 (1.096,1.406) |

¹หญิง = 1; ชาย = 0 ²ภูมิลำเนา ต่างจังหวัด = 1; กรุงเทพมหานคร = 0 ³สถานภาพสมรส โสด = 1; คู่ = 0

⁴ภาวะว่างงาน = 1; มีงานทำ = 0 ⁵ปัญหาทางการเงิน มี = 1; ไม่มี = 0

⁶ประเภทของอาการปวด cancer pain = 1; non-cancer pain = 0

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกระงับปวดโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 200 ราย ความชุกของภาวะซึมเศร้า (depression) โดยถือเกณฑ์ค่าคะแนน MADRS-T ≥ 10 บ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้าพบความชุกของภาวะซึมเศร้าว้อยละ 50.5 โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าวรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) โดยถือเกณฑ์ค่าคะแนน MADRS-T ≥ 21 บ่งชี้ว่ามีโรคซึมเศร้าว้อยละ 10.5 จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด ค่าความชุกที่ได้หากเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศแล้วค่าความชุกที่ได้ค่อนข้างใกล้เคียง

กับการศึกษาในต่างประเทศ คือพบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าวอยู่ในช่วงร้อยละ 15 - 62^{9, 11-16} ทั้งนี้ความแตกต่างของค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าวอาจขึ้นอยู่กับประเภทของกลุ่มประชากรที่ศึกษา วิธีการและเครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้า เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ลักษณะและความรุนแรงของการปวดและสาเหตุของอาการปวด ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา¹⁶

ผู้ป่วยที่นำมาทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกซึ่งระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพน้อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาระดับอาการปวดเฉลี่ยกลุ่ม

ตัวอย่างรวม อยู่ที่ 4.6 ± 2.6 และเมื่อประเมินแยกย่อยในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละประเภทพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มผู้ป่วย non-cancer chronic pain ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรส่วนใหญ่สำหรับการศึกษานี้ หรือ กลุ่ม non-cancer acute pain และ cancer pain ล้วนแต่มีค่าระดับอาการปวดเฉลี่ย อยู่ในช่วง 4-5 เท่านั้น ซึ่งอาการปวดระดับนี้จะสามารถจัดอยู่ในกลุ่มอาการปวดระดับปานกลาง (ระดับอาการ 4-6) เท่านั้น²⁷ ค่าคะแนนของระดับอาการปวดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำหรับการศึกษานี้ ไม่ได้รุนแรงถึงระดับรุนแรง (ระดับอาการ 7-10)²⁷ อีกทั้งการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่นำมาศึกษามากเป็น ผู้ป่วยเก่าซึ่งผ่านการรักษามาแล้ว อาจส่งผลให้มีอาการปวดดีขึ้นกว่าช่วงแรกที่เข้ามาได้รับการรักษา

จากการศึกษาใช้ MADRS-T เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยถือเกณฑ์ค่าคะแนน MADRS-T ≥ 10 บ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า (depression)²⁴ ถือเกณฑ์ค่าคะแนน MADRS-T ≥ 21 ซึ่งถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)²⁵⁻²⁶ การวินิจฉัยภาวะหรือโรคซึมเศร้าจากคะแนน MADRS-T ซึ่งเป็น rating scale เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยอ้อมไม่ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องมือ เช่น semi-structure interview หรือการสัมภาษณ์ทางคลินิกโดยแพทย์แล้ววินิจฉัยหรือวินิจฉัยแยกโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับเช่นเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV-TR)¹ ค่าจุดตัดของการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าโดยการใช้เครื่องมือ MADRS-T ยังไม่แพร่หลายและยังมีการศึกษาจำกัด^{24, 28}

ส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วย non-cancer pain ซึ่งในกลุ่มนี้จะพบค่าคะแนน MADRS-T เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เป็น cancer pain ในประเด็นนี้อาจเกี่ยวข้องกับมุมมองและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อโรคที่เป็น การป่วยเป็นมะเร็งจะเปรียบเสมือนการเป็นโรคร้ายแรงและอาจตามด้วยการเสียชีวิตได้เร็วกว่าโรคในกลุ่ม

non-cancer pain ดังนั้นเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย non-cancer pain อาจทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนน MADRS-T ไม่สูงนัก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่นำมาทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหมายถึงผู้ป่วยมีอาการปวดติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน ไม่ว่าจะทั้งกลุ่ม cancer หรือ non-cancer ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ล้วนได้รับการรักษา มาก่อนแล้ว และยาที่ผู้ป่วยได้รับมักจะมียาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน ยาต้านเศร้า และยากันชักรวมอยู่ด้วย ซึ่งให้เพื่อรักษาอาการปวดหรือเป็นยาร่วมเพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งการได้ยากลุ่มดังกล่าวนั้นอาจเป็นปัจจัยรบกวนที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอาจดีขึ้นจากยากลุ่มนี้ หรือในรายผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วก็อาจมีอาการทุเลาได้ด้วยเช่นกัน

จากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงสองปัจจัยคือ ภาวะว่างงาน และระดับความรุนแรงของอาการปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spiegel, Currie และ Gore¹⁸⁻²⁰ ซึ่งพบว่าหากมีระดับความรุนแรงของอาการปวดมากขึ้นจะพบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงตามขึ้น ส่วนภาวะการว่างงานที่เกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะปวดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกับการศึกษาของ Kendler KS และธรรณินทร์ กองสุข ที่พบว่าภาวะการว่างงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า²⁹⁻³⁰ นอกจากนั้นทั้งภาวะการว่างงานและภาวะซึมเศร้ายังมีผลต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) และการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการปวดอีกด้วย¹⁹ ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยด้านอายุ เพศ ภูมิลำเนา สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ปัญหาทางการเงิน ระยะเวลาที่มีอาการปวด ประเภทของอาการปวดไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการ

ศึกษาของ Currie ที่ทำในเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะปวดหลังเรื้อรังซึ่งพบว่าปัจจัยในเรื่องเพศ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่มีอาการปวดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า¹⁹

ข้อจำกัดสำหรับการศึกษานี้อยู่ที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและผู้ป่วยเรื้อรังดังนั้นผลการศึกษาที่ได้จึงเป็นตัวแทนจากกลุ่มดังกล่าวเป็นหลัก การประเมินภาวะซึมเศร้าใช้ rating scale จากเครื่องมือ MADRS-T แต่เพียงอย่างเดียว รวมทั้งไม่ได้มีการเก็บข้อมูลในแง่ภาวะทุพพลภาพและคุณภาพชีวิต อีกทั้งไม่สามารถตัดปัจจัยรบกวนจากยาที่ผู้ป่วยได้รับมาก่อนหรือจากการรักษาทางจิตเวชที่ได้รับมาก่อน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีผลเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ทั้งปัจจัยด้านเพศ อายุ ลักษณะอาการป่วยที่เป็น ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนเข้ารับการรักษา ภูมิปัญญา สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพเดิมก่อนป่วย สถานภาพสมรส ปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือแม้แต่ระดับความรุนแรงของอาการปวดก็ดี ในกลุ่มประชากรอื่นๆ ต่อไป ทั้งนี้งานวิจัยด้านนี้ในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นการศึกษาเจาะลึกในประเทศนี้อาจจะช่วยในเรื่องการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่มีภาวะปวด หรือมีภาวะทางกายอื่นๆ ได้
2. ควรพัฒนาวิธีการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทางกายสำหรับประเทศไทยเพิ่มเติม เพื่อสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าได้แม่นยำรวมถึงใช้งานได้ง่ายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (กาย-จิต-สังคม) มากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดและมีภาวะซึมเศร้า หากมีการรักษาภาวะซึมเศร้าควบคู่กับกับอาการปวดจะสามารถลดภาวะทุพพลภาพ

ลดอาการปวด รวมถึงสามารถลดค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาโรคทางกายหรือสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้หรือไม่อย่างไร เพื่ออาจเป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนดนโยบายสำหรับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายหรือมีภาวะปวดต่อไป

4. แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะปวดควรให้ความสำคัญต่อภาวะซึมเศร้า และสามารถให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพระดับหนึ่งซึ่งน่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและได้รับการผลการรักษาที่ดีขึ้น

สรุป

การศึกษาหาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะปวดที่เข้ารับการรักษา ในคลินิกระงับปวดโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 200 ราย ในช่วงตั้งแต่ 1 เมษายน 2550 ถึง 31 สิงหาคม 2550 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินภาวะซึมเศร้า MADRS ฉบับภาษาไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.5 โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 10.5 จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด และจากการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงสองปัจจัยคือ ภาวะว่างงานและระดับความรุนแรงของอาการปวด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2005.

2. WHO. Depression. [25 เมษายน 2550]; Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
3. Siamhealth. โรคซึมเศร้า. [25 เมษายน 2550]; Available from: <http://www.siamhealth.net/Disease/neuro/psy/depression/depression.htm>
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มา รู้จักโรคซึมเศร้า. [20 มีนาคม 2551]; Available from: <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1037>
5. วิไล คุณัตินิวัตติ์ศัยกุล. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง สารศิริราช 2553; 52:23-9.
6. มณี ภิญญพรพาณิชย์. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหออายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546; 48:147-54.
7. Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, Aro HM, Lonnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. J Affect Disord 1995; 36:11-20.
8. Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in palliative care patients'a prospective study. Eur J Cancer Care (Engl) 2001; 10:270-4.
9. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983 11; 249:751-7.
10. Bodurka-Bervers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, de Moor C, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol 2000; 78:302-8.
11. Ellis W MR, Gagliese L. Pain in the elderly: Assessment of anxiety and depression in young and elderly chronic pain patients. The Journal of Pain 2004; 5:Suppl 1:S43.
12. Kramlinger KG, Swanson DW, Maruta T. Are patients with chronic pain depressed? Am J Psychiatry 1983; 140:747-9.
13. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression: is the association specific to migraine? Neurology 2000; 54:308-13.
14. Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I, Garfin SR. Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study Pain 1991; 45:111-21.
15. Molgat CV, Patten SB. Comorbidity of major depression and migraine : Canadian population-based study. Can J Psychiatry 2005; 50:832-7.
16. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2003; 163:2433-45.
17. Lansky SB, List MA, Herrmann CA, Ets-Hokin EG, DasGupta TK, Wilbanks GD, et al. Absence of major depressive disorder in female cancer patients. J Clin Oncol 1985; 3:1553-60.
18. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. Cancer 1994; 74:2570-8.
19. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. Pain 2004 ;107:54-60.
20. Gore M, Brandenburg NA, Dukes E, Hoffman DL, Tai KS, Stacey B. Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. J Pain Symptom Manage 2005; 30:374-85.
21. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134:382-9.

22. รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตรร์รุ่งภาค, อวยชัย โรจนนรินทร์กิจ, อุไร บุรณเศรษฐ. การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546; 48:211-9.
23. Satthapisit S, Posayaanuwat N, Sasaluksananont C, Kaewpornsawan T, Singhakun S. The comparison of Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS thai) to diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) and to Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD): validity and reliability. J Med Assoc Thai 2007; 90:524-31.
24. Hawley CJ, Gale TM, Sivakumaran T, Hertfordshire Neuroscience Research g. Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. J Affect Disord 2002; 72:177-84.
25. Pellet J DM, Lang F, Chazot L, Tatu P, Blanchon Y. Description d'un échantillon de 300 échelles MADRS portant sur des sujets déprimés. Ann Medico Psychol 1987; 145:170-5.
26. Lecrubier Y SL, Lancrenon S, Lavoisy J. Les deprimes ambulatoires en pratique de ville: une enquet epidemiologique. Actualites Psychiat 1983(2A):19-26.
27. Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs* 1988; 14(1): 9-17.
28. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Implications of using different cut-offs on symptom severity scales to define remission from depression. *Int Clin Psychopharmacol* 2004; 19:215-20.
29. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156:837-41.
30. ธรณินทร์ กองสุข, พิเชฐ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนช หล่อตระกูล, ณรงค์ มณีทอง, นันทวิช สิริธิรักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53:61-8.

