



ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์

จุฑามาศ โกสียะกุล พบ.*, อ้นธิมา สายบุญศรี พย.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์

วิธีการศึกษา ศึกษาหาภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 68 รูป โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินภาวะซึมเศร้า Thai version Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ทำการศึกษาหาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า โดยใช้จุดตัดของ PHQ-9 ≥ 9 คะแนนบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า (depression) และใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า Thai version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ส่วนที่ A,B,C ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ logistic regression

ผลการศึกษา พระสงฆ์อาพาธโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 68 รูป อายุเฉลี่ย 46.88 ปี จากการประเมินโดยใช้ PHQ-9 พบว่ามีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 29 รูป คิดเป็น ร้อยละ 42.6 และเมื่อประเมินโดยใช้ M.I.N.I. พบว่าเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 10 รูป คิดเป็น ร้อยละ 14.7 ซึ่งจำแนกเป็น Major depressive episode, suicidal risk current 5 รูป (ร้อยละ 7.35) และ Major depressive episode, with melancholic feature, suicidal risk current 5 รูป (ร้อยละ 7.35) และพบว่าปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยทางสถิติ ($P \leq 0.05$) ได้แก่ ระดับฮีมาโตคริต และระดับอัลบูมินในเลือด

สรุป ในพระสงฆ์อาพาธโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ร้อยละ 42.6 และ 14.7 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยทางสถิติ ได้แก่ ระดับฮีมาโตคริตและระดับอัลบูมินในเลือด ดังนั้นการเฝ้าระวังและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า ความชุก ปัจจัยทำนาย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(1): 81-90

* กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสงฆ์

** กลุ่มการกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์



The Prevalence of Depression State and Major Depressive Episode and Associated Factors in Hemodialytic Priest, Priest Hospital

Jutamas Kosiyakul M.D., Unticha saiboonsri RN.***

Abstract

Objectives: To study the prevalence and associated factors of depression state and major depressive episode in hemodialytic priest at the Priest Hospital.

Method: Sixty- eight hemodialytic priests were assessed by psychiatric nurses using the Thai version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). The Prevalence of depression was determined by using PHQ-9 at the cut- off point of ≥ 9 for depression and assessed by the Thai version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) to diagnose Major depression episode (part A,B,C). Data analysis used percentage mean and standard deviation and tested for association between depression and risk factors by logistic regression.

Results: There were 29 patients (42.6%) from a total of 68 patients (mean age 46.88 years), who met the criteria for depression from PHQ-9. From M.I.N.I., the prevalence of major depressive episode was 10 patients (14.7%): major depressive episodes, with current in suicidal risk in 5 patients (7.35 %) and major depressive episodes, with melancholic features, and current suicidal risk in 5 patients (7.35 %). Hematocrit level and albumin level in blood were the only two factors associated with depression. ($p < 0.05$)

Conclusion: The prevalence of depression states and major depressive episode in hemodialytic priest were 42.6 % and 14.7 %. Hematocrit level and albumin level in blood were the associated factors for development of depression. Evaluation and screening for depression should be routinely administered for the benefit of hemodialytic patients.

Keywords: depression, major depressive episode, prevalence, risk factors

J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(1): 81-90

* Psychiatric unit, Priest Hospital

** Educational health service, department of Priest Hospital

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ใช้ข้อมูลจาก The Third National Health and Nutrition Examination on Survey (HHANES III) ในการประเมินความชุกของ CKD (Chronic Kidney Disease) ในประชากรทั่วไปของ USA ทั้งหมด พบว่าความชุกของ CKD โดยรวมเท่ากับ ร้อยละ 11¹ (19.2 ล้านคน) ในประเทศออสเตรเลียได้มีการศึกษาถึงความชุกของ CKD พบว่ามี ร้อยละ 16² สำหรับข้อมูลของประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการศึกษาในประชากรของประเทศสิงคโปร์พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 10.1³ ส่วนในประเทศไทยได้มีการลงทะเบียนเฉพาะผู้ป่วยที่มีการรักษาทดแทนไตมีผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,802 ราย ในปี พ.ศ. 2540⁴ และรายงานล่าสุดในปี พ.ศ. 2548 มีความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทดแทนไตทั้งสิ้น 13,597 ราย คิดเป็น 236.3 คนต่อล้านประชากรโดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 120.8 คนต่อล้านประชากรต่อปี⁵ จะเห็นว่าความชุกและอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาทดแทนไตมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่สามารถรับการรักษาทดแทนไตได้ แม้จะยังไม่ทราบถึงความชุกและอุบัติการณ์ที่แท้จริงของโรคไตระยะสุดท้ายในประเทศไทย เนื่องจากการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย ไม่ได้รวมเอาผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการรักษาทดแทนไตไว้ด้วย

จากข้อมูลดังกล่าวคาดว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะสูงขึ้นเรื่อยๆ และเนื่องจากเป็นโรคทางกายที่เรื้อรัง รักษาไม่หาย จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตหลายด้าน เช่น ความถี่ในการที่ต้องมา รับการล้างไต การควบคุมอาหารและน้ำ การที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ปัญหาการเงิน รวมทั้งความวิตกกังวล ความกลัวต่อ

การดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาที่ผ่านมามีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในผู้ป่วยที่ต้องทำการฟอกเลือด⁶⁻¹⁰ โดยพบได้ถึงร้อยละ 20-30 ใน ESRD (End stage renal disease)¹¹⁻¹⁵ ได้มีการศึกษาของ Cukors และคณะ¹¹ พบว่าในผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือด พบโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 20 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hedayati และคณะ¹⁴ พบโรคซึมเศร้า ร้อยละ 21 และพบว่าระยะเวลาในการมาฟอกเลือดและการมีโรคร่วมทางกายอื่นๆ โดยเฉพาะเบาหวานยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น สำหรับในประเทศไทย รัศมี บัณฑิตสิทธิ์ และคณะ³³ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบอาการซึมเศร้า ร้อยละ 16.2 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากสถิติพระสงฆ์อาพาธที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่ามีพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดมีจำนวนมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2552 และ 2553 มีจำนวน 83 และ 84 ราย ตามลำดับ จากข้อจำกัดด้วยจำนวนอุปกรณ์ฟอกเลือดและบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง จึงทำให้มีพระสงฆ์อาพาธที่จำเป็นต้องรับการฟอกเลือด ต้องถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลเครือข่าย และบางรูปต้องให้การรักษาด้วยยาไปก่อนเพื่อรอลำดับการฟอกเลือด^{16,17} ดังนั้นจึงมีพระสงฆ์อาพาธจำนวนมากที่ต้องเผชิญกับผลแทรกซ้อนจากอาการของโรค เช่น ภาวะซ็อค ภาวะติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวาย ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะซีด และภาวะ uremia เป็นต้น ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเป็นระยะ ซึ่งทั้งปัจจัยจากตัวโรคเอง และจากภาวะแทรกซ้อนของโรคส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ท้อแท้ในชีวิต เมื่อหน่วยต่อภาวะของโรคที่ไม่สามารถ

รักษาให้หายได้ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจที่รุนแรงตามมา ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับตัวได้ไม่ดี หรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา¹⁶ ดังนั้นการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มพระสงฆ์อาพาธโรคไตเรื้อรังที่มารับการฟอกเลือด ซึ่งมีลักษณะเฉพาะกลุ่ม เช่น สถานภาพ ความเป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงสถานะการเงิน ฯลฯ ที่แตกต่างจากฆราวาส ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลรักษา ส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูพระสงฆ์อาพาธกลุ่มนี้ให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์
2. เพื่อศึกษาลักษณะปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional survey) โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลสงฆ์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ พระสงฆ์อาพาธโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 68 ราย ในช่วงตั้งแต่ 1 ตุลาคม - 30 พฤศจิกายน 2553

เกณฑ์ในการเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion Criteria)

1. พระสงฆ์อาพาธโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลสงฆ์มีอายุมากกว่า 20 ปี โดยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

2. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร

3. ได้รับการฟอกเลือดอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. พระสงฆ์อาพาธโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับมีภาวะสมองเสื่อม จากการทำ cognitive screening test : Montreal cognitive assessment (MOCA) คะแนน < 25
2. มีปัญหาในการสื่อสาร
3. พระสงฆ์อาพาธโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จะได้รับการเปลี่ยนไต ในอีก 4 สัปดาห์ข้างหน้า
4. พระสงฆ์อาพาธโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชมาก่อน

2. เครื่องมือในการศึกษา

2.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษาที่บวช ที่อยู่ ระยะเวลาการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยโรคทางกายที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวการมีญาติดูแลใกล้ชิดยามเจ็บป่วย ระดับฮีมาโตคริตเฉลี่ย และระดับอัลบูมินในเลือด

2.2 แบบสัมภาษณ์เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้า โดยใช้ Thai version patient health questionnaire (PHQ-9) ซึ่งมีคะแนน 0-27 คะแนน โดยใช้จุดตัดคะแนน ≥ 9 เป็นเกณฑ์ตัดสินว่ามีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีค่าความไวร้อยละ 84 และความจำเพาะ ร้อยละ 77 ซึ่ง PHQ-9 จำนวนข้อในการประเมินค่อนข้างสั้น ไม่เสียเวลาในการประเมินเมื่อเปรียบเทียบกับ screening test อื่น¹⁸

2.3 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช ตามเกณฑ์ DSM-IV โดยใช้ Mini international neuropsychiatry interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย 19 part A, B, C

3. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ตรวจสอบข้อมูลและนำมาบันทึกใส่โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 14 ข้อมูลที่เป็นปริมาณจะใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความชุกคำนวณจากความถี่คิดเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ binary logistic regression โดยผลการทดสอบ ถือว่ามีนัยทางสถิติเมื่อค่า $p < 0.05$

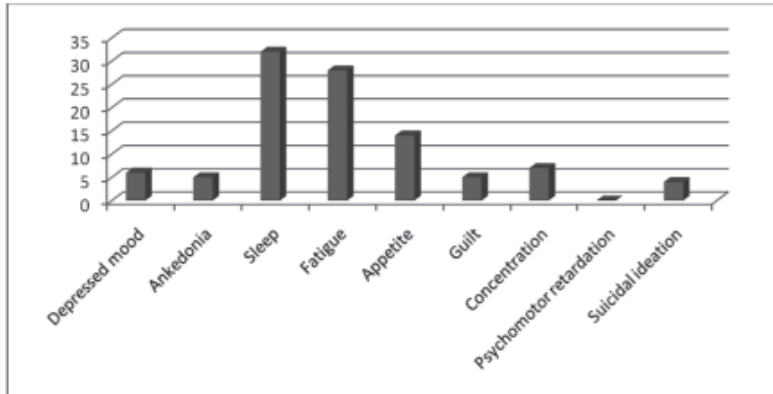
ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่ามีพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดทั้งหมด 68 ราย อายุเฉลี่ย 46.88 ± 13.55 ปี มีจำนวนพรรษาที่บวชเฉลี่ย 13.13 ± 8.01 พรรษา ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 8.18 ± 3.84 ปี ระยะเวลาที่อาพาธด้วยโรคไตวายเฉลี่ย 4.66 ± 4.11 ปี ที่อยู่ในกทม. และบริเวณต่างจังหวัด ร้อยละ 45.6 ต่างจังหวัด ร้อยละ 54.4 มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 79.4 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 7.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 33.8 โรคหัวใจ ร้อยละ 25 สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ร้อยละ 19.1 ไม่มีญาติดูแลยามอาพาธ ร้อยละ 29.4 ระดับฮีมาโตคริตเฉลี่ย 27.72 ± 5.18 % ระดับอัลบูมินในเลือดเฉลี่ย 2.78 ± 0.64 gm% และพบว่ามีภาวะซึมเศร้าจาก PHQ-9 29 ราย (ร้อยละ 42.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 46.28 ± 14.91 ปี มีจำนวนพรรษาที่บวชเฉลี่ย 11.72 ± 7.43 พรรษา พักอาศัยในกรุงเทพฯ และบริเวณต่างจังหวัด 10 ราย (34.5%) ส่วนที่เหลืออยู่ต่างจังหวัด 19 ราย (65.5%) มีช่วงระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 7.10 ± 3.00 ปี และมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังเฉลี่ย 3.79 ± 3.47 ปี โดยมีโรคความดันโลหิตสูง 22 ราย (ร้อยละ 75.9) โรคไขมันในเลือดสูง 2 ราย (ร้อยละ 6.9) โรคเบาหวาน 13 ราย (ร้อยละ 44.8) และโรคหัวใจ 7 ราย (ร้อยละ 24.1) ในเรื่องของสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี 8 ราย (ร้อยละ

27.6) ไม่มีญาติดูแลยามเจ็บป่วย 9 ราย (ร้อยละ 31) ระดับฮีมาโตคริตเฉลี่ย 26.91 ± 4.96 % ระดับอัลบูมินในเลือดเฉลี่ย 2.97 ± 0.81 gm% ดังตารางที่ 1, 2

เมื่อพิจารณาตามรายชื่อของแบบสอบถาม PHQ-9 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะตอบในหมวดอาการทางกายค่อนข้างสูง ตามแผนภูมิกราฟแท่งที่ 1 และเมื่อนำกลุ่มพระสงฆ์อาพาธที่มีภาวะซึมเศร้ามาสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM-IV โดยใช้ M.I.N.I. จะพบว่า เข้าได้กับ Major depressive episode, suicidal risk current ถึง 5 ราย (ร้อยละ 7.35) และ Major depressive episode, with melancholic feature, suicidal risk current 5 ราย (ร้อยละ 7.35) เมื่อนำกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้ามาหาความสัมพันธ์กับปัจจัยทำนาย โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติก พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 13 ตัวแปรนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ใช้สัญลักษณ์ *) มีเพียง 2 ตัวแปรคือ ระดับฮีมาโตคริตและอัลบูมินในเลือด โดยมีค่า p -value 0.03 และ 0.02 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่เหลืออีก 11 ตัวนั้นเป็นตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษาที่บวช ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา ระยะเวลาที่อาพาธ ที่อยู่อาศัย โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ รวมทั้งด้านความสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวไม่ดีและไม่มีญาติดูแลยามอาพาธ (ตารางที่ 1, 2)

หมายเหตุ จำนวนพระสงฆ์อาพาธที่ทำการศึกษาทั้งหมด เป็นพระสงฆ์อาพาธโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สามารถได้คิวการฟอกเลือดทั้งหมด ซึ่งจำกัดด้วยเครื่องฟอกเลือดที่มีอยู่ทั้งหมด 14 เครื่อง ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษา จำนวน n ทั้งหมด = 68 รูป แม้จะมีตัวแปรอิสระ 13 ตัว ก็สามารถใช้ในการวิเคราะห์แบบ parametric คือ binary logistic regression ได้



แผนภูมิที่ 1 ข้อมูลรายข้อของแบบสัมภาษณ์ PHQ-9

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ binary logistic regression

คุณลักษณะ	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (n=68)				ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (n=29)				P
	Min	Max	\bar{X}	SD	Min	Max	\bar{X}	SD	
อายุ (ปี)	24	78	46.88	13.55	24	78	46.28	14.911	0.166
จำนวนพรรษาที่บวช (พรรษา)	2	34	13.13	8.011	2	30	11.72	7.425	0.557
ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา (ปี)	1	18	8.18	3.836	2	12	7.1	3.004	0.11
ระยะเวลาที่อาพาธ (ปี)	4/12	14	4.66	4.109	4/12	11	3.79	3.468	0.429
ระดับฮีมาโตคริต (%)	17.4	41.9	27.72	5.184	19.5	35.2	26.91	4.96	0.033*
ระดับอัลบูมินในเลือด (mg%)	1.9	5.1	2.78	0.642	1.9	5.1	2.97	0.813	0.015*

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ binary logistic regression

คุณลักษณะ	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (n=68)		ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (n=29)		P
	จำนวน (รูป)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (รูป)	จำนวน (ร้อยละ)	
ที่อยู่ - กรุงเทพฯ	31	45.6	10	34.5	0.761
- ต่างจังหวัด	37	54.4	19	65.5	
โรคความดันโลหิตสูง	54	79.4	22	75.9	0.227
โรคไขมันในเลือด	5	7.4	2	6.9	0.756
โรคเบาหวาน	23	33.8	13	44.8	0.152
โรคหัวใจ	17	25	7	24.1	0.616
สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี	13	19.1	8	27.6	0.217
มีญาติดูแลยามอาพาธ	20	29.4	9	31	0.328

p < 0.05

วิจารณ์

จากการศึกษาในกลุ่มพระสงฆ์อาพาธโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด ทั้งหมด 68 รูป พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับความรุนแรงแตกต่างกันถึง ร้อยละ 42.6 สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบภาวะซึมเศร้าจากการประเมินตนเองสูงถึงร้อยละ 20-40²¹⁻²³ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคทางกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า^{13,24,25} และจากการประเมินด้วย PHQ-9 พบว่ากลุ่มพระสงฆ์อาพาธมักจะให้คะแนนในหมวดอาการทางกายสูงกว่าหมวดอื่น ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความอยากอาหารลดลง มีปัญหาในการนอน สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าอาการทางกายพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย²⁴⁻²⁶ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไตในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 3.79 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lopes และคณะ³⁰ ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีอาการมากกว่า 1 ปี และยังพบว่า³¹ ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตนานๆ ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการสูญเสียชีวิตมากขึ้น และต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี สูงถึง 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีข้อมูล³² บ่งบอกว่าภาวะซึมเศร้าไม่ใช่แค่ปฏิกิริยาตอบสนองชั่วคราวต่อความเครียดในการเผชิญกับการต้องได้รับการล้างไต แต่เป็นความตึงเครียดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวโรค โดยผู้ป่วยที่มีโรคไตวายจะต้องเผชิญกับความตึงเครียดหลายอย่าง²⁶⁻²⁸ เช่น การสูญเสียสมดุลของชีวเคมีในร่างกายจากการเป็นโรคไต ความไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทของตนในสังคม ประสิทธิภาพของร่างกายและการรับรู้แย่งลง การรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น การต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การต้องควบคุมด้านโภชนาการ การขาดกำลังใจจากคนรอบข้าง การที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากการต้องมาล้างไต จากการใช้

เป็นสมณเพศ ต้องมีกิจสงฆ์ที่ต้องกระทำในหมู่สงฆ์ด้วยกัน การที่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ต้องขาดการปฏิบัติกิจสงฆ์ไม่สามารถออกบิณฑบาต ไม่สามารถรับกิจนิมนต์หรือทำวัตรได้เช่นเดิม ซึ่งจะส่งผลให้สัมพันธภาพในหมู่พระสงฆ์ด้วยกันบดบังรองลง การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนวัดมีน้อยต่างคนต่างอยู่ ต้องพึ่งตนเองเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้การที่มาอยู่ในสมณเพศแล้ว การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวจะค่อนข้างน้อยร่วมกับการต้องเผชิญกับภาวะทางอารมณ์จากความโกรธ ความกลัว กังวลจากโรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่มีชีวิตที่ยืนยาว ต้องเข้าโรงพยาบาลหลายๆครั้ง จากผลแทรกซ้อนของโรค ด้วยเหตุเหล่านี้จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่ากลุ่มฆราวาส โดยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์³³ พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.5 มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 16.2 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญคือสถานภาพสมรส ซึ่งไม่ปรากฏในสมณเพศ นอกจากนี้จากการใช้ DSM-IV diagnostic interview (M.I.N.I.) ยังพบว่าโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึง ร้อยละ 14.7 (Major depressive episode, suicidal risk current ร้อยละ 7.35 และ Major depressive episode, with melancholic feature, suicidal risk current ร้อยละ 7.35) ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคซึมเศร้า²⁶⁻²⁸ โดยมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความคิดฆ่าตัวตายมักจะมีอาการต่อต้านการฟอกเลือด ไม่ยอมรับการรักษา ไม่ควบคุมอาหารและปริมาณน้ำดื่ม โดยจะพบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงกว่าในประชากรทั่วไปถึง ร้อยละ 84^{29,30}

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์อาพาธที่มีภาวะซึมเศร้ากับระดับอัลบูมินในเลือดกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามักจะมีความอยากอาหารต่ำ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ในผู้ป่วย

ไตวายเรื้อรัง^{34,35} โดยเฉพาะในสมณเพศ ซึ่งการเลือก
โภชนาการให้เหมาะสมกับโรคไตวายเรื้อรังทำได้ลำบาก
เพราะเมื่อรับโภชนาการมาแล้วจะไม่สามารถเลือกชั้น
โภชนาการได้ ซึ่งอาหารบางชนิดไม่เหมาะกับตัวโรค
นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง³⁶ ซึ่ง
พบว่าจะมีการหลั่งของ proinflammatory cytokine
เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทำงานผิดปกติของ
noradrenergic และ serotonergic neurotransmission ใน
สมองซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคซีมเศร้า และยังพบว่า³⁷
proinflammatory cytokine จะส่งผลให้มีการสลายโปรตีน
ในร่างกายมากขึ้น ความอยากอาหารลดลง ก่อให้เกิด
ภาวะทุพโภชนาการได้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้มีอัตรา
เสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น^{38,39}

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดด้วยจำนวน
กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษายังมีจำนวนน้อย และ
การวินิจฉัยโรคซีมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับ
การฟอกเลือดต่อเนื่องอาจจะมาด้วยภาวะ uremia
เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร การนอนผิดปกติ หรือ
การทำงานของระบบทางเดินอาหารแปรปรวน ซึ่งก็
สามารถพบได้สำหรับการวินิจฉัยกลุ่มอาการของ
โรคซีมเศร้า ดังนั้นผู้ศึกษาจึงพยายามแยกอาการ
ทางกายที่เกิดจากภาวะ uremia ออกโดยการให้ทำ
แบบสอบถามหลังจากฟอกเลือดร่วมกับผลการตรวจ
ร่างกายระบบประสาทอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุป

การศึกษาค่าความชุกของภาวะซีมเศร้าและ
โรคซีมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไตวายระยะ
สุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด ในโรงพยาบาลสงฆ์
จำนวน 68 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ PHQ-9 และ
M.I.N.I พบความชุกของภาวะซีมเศร้า ร้อยละ 42.6 และ
โรคซีมเศร้าที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 14.7
และจากการศึกษาถึงปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้า
พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างพระสงฆ์อาพาธที่มี
ภาวะซีดและระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าภาวะซีมเศร้า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นอายุรแพทย์
หน่วยไตและพยาบาลในทีมควรให้ความสำคัญในเรื่อง
ของการประเมินภาวะซีมเศร้า เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ใน
การร่วมให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษา นอกจากนี้
บทบาทของนักโภชนาการก็มีส่วนสำคัญในการดูแล
แบบองค์รวม ซึ่งจะส่งเสริมให้พระสงฆ์อาพาธโรคไตวาย
เรื้อรังมีคุณภาพชีวิตและผลการรักษาที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพระครูไพฑูริย์สรกิจ ผู้ช่วย
เจ้าอาวาสวัดเบญจมบพิตรดุสิตวนาราม เจ้าคณะแขวง
ดุสิต พระวินยาธิการส่วนกลางและ แพทย์หญิงวารภรณ์
ภูมิสวัสดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ ที่ได้ให้
ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า

เอกสารอ้างอิง

1. Josef Coresh, Brad C. Astor, Tom Greene, Garabed Elenoyan, Andrew S. Levey. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population; Third National Health and Nutrition Examination Survey. J Am Kidney Dis 2003; 41:1-12.
2. Steven J. Esther M, Peter G. David W, Timsthy A. Paul Z, Robert C. Prevalent of kidney damage in Australian Adults : The Ausdiab kidney disease. J Am Soc Nephrol 2003; 14:S131-8.
3. Ramiry SPB, McClellan W, Port FK, Hsu SIH. Risk factors for proteinuria in a large, Multiracial, Southeast Asian Population. J Am Soc Nephrol 2002; 13:1907-17.
4. อนุตตร จิตตินันท์. โครงการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย. การลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย. (Thailand Renal Replacement Therapy Registry) รายงานปีแรก. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 1998; 4 :188-201.

5. TRT registry sob. Committee, The Nephrology Society of Thailand. Thailand Renal Replacement Therapy Registry : Annual Report 2005. Available www.Nephrothai.org.
6. Son YJ, Choi KS, Park YR., Bae JS. Depression, Symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end stage renal disease. *Am J Nephrol* 2009; 29:36-42.
7. Kimmel PL, Peterson RA.. Depression in end stage renal disease patient. Treated with hemodialysis : tools, correlates, outcome, and needs. *Semin Dial* 2005:91-7.
8. Kimmel PL, Cukor D, Cohen SD, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients: a critical review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007; 14:328-34.
9. Cohen SD, Norris L, Acquaviv K, Peterson RA, Kimmel PL. Screening diagnosis, and treatment of depression in patients with end stage renal disease. *Chin J Am Soc Nephrol* 2007; 2:1332-42. Epub 2007 Oct 17.
10. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Depression in end-stage renal disease: current advances and research. *Semin Dial* 2010; 74-82.
11. Cukors D, Coplan J, Brown C., Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA, KimmelP L, Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Chin J Am Soc Nephrol* 2007; 2:484-90.
12. Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeth K, Kopple JD, Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iran J Kidney Dis* 2010; 4:173-80.
13. Hedayati SS, Minhajuddin AT, Afshar M, Toto RD, Trivedi MH, Rush AJ. Association between major depression episode in patients with chronic kidney disease and Initiation of dialysis, hospitalization or death. *JAMA* 2010; 303:1946-53.
14. Hedayati SS, Minhajuddin AT, Toto RD, Morris DW, Rush AJ. Prevalence of major depression episode in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2009; 54:424-32.
15. Park HC, Yoon HB, Son MJ, Jung ES, Joo KW, Chin HJ, et al. Depression and health- related quality of life in maintenance hemodialysis in patients. *Clin Nephrol* 2010; 73:374-80.
16. เกียรติยง ตั้งสง่า, โสภณ นภากร, สมชาย เอี่ยมอ่อง. Conservative management สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. ใน : สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกียรติยง ตั้งสง่า, (บรรณาธิการ). *โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538.*
17. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease : evaluation classification and Stratification. *Am J Kidney Dis* 2002 : 39 (2suppl1) : S1-S266.
18. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8:46.
19. พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548; 13.
20. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J . The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003; 41:105-10.
21. Walters BA, Hays RD, Sritzer KL, Fridman M, Carter WB. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis* 2002; 40:1185-94.

22. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease : Comparative analysis . Am J Med 1985; 79:160-6.
23. Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. Iran J Kidney Dis 2010; 4:173-80.
24. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF 3rd, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients : symptoms, quality of life and mortality risk. Gen Hosp Psychiatry 2006; 128:306-12.
25. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Depression in medically ill hospitalized older adults : prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. Am J Psychiatry 1977; 154:1376-83.
26. Kimmel PL, Weihs KL, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients : The role of depression. J Am Soc Nephrol 1993 4:12-27.
27. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease : what we know and what J Psychom Res 2002; 53:951-6.
28. Abram HS, Moore GL, Wertervelt BF Jr. Suicidal behavior in chronic dialysis patients. Am J Psychiatry 1971;127:1199-204.
29. Kurella M, Kimmel PL, Yong BS, chertow GM. Suicide in the US End-stage renal disease program. J Am Soc Nephrol 2005; 16:774-81.
30. Lopes AA, Bragg J, Yong E, et al. Dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS) : Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. Kidney Int 2002; 62:199.
31. Hedayati SS, Bosworth HB, Briley LP, Sloane RJ, Pieper CF, Kimmel PL, et al. Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. Kidney Int 2008; 74:930-6.
32. Kimmel PL. Towards a development view of end-stage renal disease. Am J Kidney Dis 1990; 15:191-3.
33. รัศมี บัณฑิตสิทธิ์รัตน์, พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย. ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2010; 55:203-11.
34. Maes M. Major depression and activation of the inflammatory response system. Adv Exp Med Biol 1999; 461:25-46.
35. Seidel A, Arolt V, Hunstiger M, Rink L, Behnisch A, Kirchner H. Cytokine production And serum proteins in depression. Scand J Immunol 1995; 41:534-8.
36. Leonard BE. The immune system, depression and the action of antidepressant. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2001; 25:767-80.
37. Slenvinkel P, Barany P, Heinburger Q, Pecoits-Filho R, Lindholm B. Mortality, malnutrition and atherosclerosis in ESRD : What is the role of interleukin -6 ?. Kidney Int 2002; 80 (suppl):103-8.
38. Koo JR, Yoon JW, Kim SG, Lee YK, Oh KH, Kim GH, et al. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2003; 41:1037-42.
39. Friend R, Hatchett L, Wadhwa NK, Suh H. Serum albumin and depression in end-stage renal disease. Adv Perit Dial 1997; 13:155-7.