



# ประสิทธิภาพของจิตสังคมนาบำบัดในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

## Efficacy of Psychosocial Intervention for Preventing Depression In Older Adult Patients with Cancers Undergoing Chemotherapy Treatment

จามรี ณ บางช้าง\*, วริญญา อรรถยุกติ\*

Jammaree Na Bangxang\*, Varinya Arthayukti\*

\* โรงพยาบาลราชวิถี 2 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

\* Rajavithi Hospital 2 Rajavithi Hospital, Rajavithi Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลทางจิตสังคมนาบำบัดในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**วิธีการศึกษา** การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เปรียบเทียบกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้แก่ เป็นผู้มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม ที่เคยผ่านการได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 ครั้ง โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 90 ราย ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ในช่วง กุมภาพันธ์ 2561-มกราคม 2562 กลุ่มควบคุม จำนวน 90 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเก็บข้อมูลในช่วง พฤษภาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 และมีการประเมินภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบกันทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) ที่สัปดาห์ที่ 0 3 และ 6

**ผลการศึกษา** ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 180 ราย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง 102 ราย ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 67.07 ได้รับการส่งตัวมารักษาจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด 156 ราย ร้อยละ 86.7 มีโรคประจำตัวอื่นๆ รวมด้วย 114 ราย ร้อยละ 63.3 การดำเนินโรคเป็นระยะที่ 4 จำนวน 76 ราย ร้อยละ 42.2 พบว่าที่สัปดาห์ที่ 6 กลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้า 70 ราย ร้อยละ 77.8 และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า 76 ราย ร้อยละ 84.4 และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

**สรุป** ไม่พบว่าการดูแลทางจิตสังคมนาบำบัดมีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยรูปแบบของการศึกษาที่ทำต่อไปอาจพิจารณาประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่การบำบัดโดยจิตแพทย์และนักจิตวิทยา ให้มีการบำบัดในระยะเวลาที่นานมากกว่า 6 สัปดาห์

**คำสำคัญ** จิตสังคมนาบำบัด ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ เคมีบำบัด

Corresponding author: จามรี ณ บางช้าง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(4): 299-308

## ABSTRACT

**Background** : Older adults diagnosed with cancer has grown in prevalence with serious and chronic disease a common factor of mental health problems. Depression among older patients with cancers affects the prognosis and compliance of cancer treatments. Psychosocial intervention is the option for supporting and encouraging patients to have healthy coping skills and good quality of life.

**Methods** : A quasi-experimental study was conducted on two groups. Subjects were over 60 years old with diagnosed breast, lung and colorectal cancer and each group was consisting of 90 patients for the control group and 90 patients for the experimental group. During a six-week period, the control group received normal care while the trial group received the multidisciplinary care, including psychosocial intervention. The primary mental health issue measured was depression (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15). Data analysis used independent t-test, fisher's exact test, and chi-square at 0 3 and 6 weeks to compare difference in both groups.

**Results** : 180 patients total were enrolled into the study with mean aged of 67.07 years old (60-81), female (56.7%) which basic characteristics not found to be significantly different between the control and experimental groups. Depression was also not found be significantly different in both groups.

**Conclusion** : Psychosocial intervention not shown to be significantly effective for preventing depression in older patients with cancers undergoing chemotherapy treatment over the course of six weeks, but further study should screen for depression and enroll patients in treatment for a length longer than the 6 weeks of this study.

**Keywords** : psychosocial intervention, depression, elderly, chemotherapy

---

Corresponding author: Jammaree Na Bangxang

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(4): 299-308

## บทนำ

รายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2547 พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง เป็นลำดับที่ 3 ของโรคที่คุกคามคนทั่วโลก (Global burden of diseases) และคาดการณ์ว่าในอนาคตอีก 18 ปีข้างหน้า ความเป็นไปได้ที่โรคมะเร็งอาจกลายเป็นโรคที่คุกคามคนทั่วโลกอันดับหนึ่ง<sup>1</sup> โรคมะเร็งมีความสำคัญในแง่ของการเป็นโรคที่คุกคามคนทั่วโลก และมีผลกระทบต่อสังคม โดยโรคมะเร็งนั้นจะลดระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำงานหรือการเข้าสังคม ภาวะซึมเศร้ามีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้โรคมะเร็งอาจส่งผลกระทบต่อสังคมได้มากกว่าที่คิด ดังนั้น การมุ่งเน้นให้ระบบสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของโรคมะเร็งจึงมีความจำเป็น<sup>2</sup>

ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของความทุกข์ทางอารมณ์ในผู้สูงอายุ โดยพบความชุกร้อยละ 14.7<sup>3</sup> ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงพบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 13.5<sup>4</sup> และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะพบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้สูงขึ้นเป็น ร้อยละ 25<sup>5</sup> ผู้สูงอายุมีอาการแสดงภาวะซึมเศร้าให้เห็นได้น้อย เช่น อารมณ์โศกเศร้า ไม่นอนดี ยืนร้าย และมีความคิดไร้ค่า ซึ่งมีแนวโน้มที่แพทย์จะสรุปว่าเป็นอาการที่เป็นลักษณะของผู้สูงอายุ ซึ่งผลกระทบของภาวะซึมเศร้าไม่ควรมองข้ามอย่างยิ่งโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการมีสุขภาพไม่ดีตามมา ผลลัพธ์ที่ได้คือค่าใช้จ่ายในการดูแลในระบบสุขภาพมากขึ้น<sup>6</sup>

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง ซึ่งมีอุบัติการณ์เกิดถึงร้อยละ 25<sup>7</sup> ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นเป็นได้ยากลำบากมากขึ้น ทำให้เกิดความผิดปกติในการนอนหลับ และทำให้การดำเนินของโรคมะเร็งเป็นไปอย่างรวดเร็ว

มากขึ้น<sup>8</sup>

อาการซึมเศร้าเป็นความท้าทายในการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง การหาจุดเริ่มต้นของการดำเนินโรคค่อนข้างลำบาก เนื่องจากมักจะเกิดในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคมะเร็ง หรือเกิดในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งอาจเกิดจากโรคมะเร็ง หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยทราบว่าตัวเองเป็นโรคมะเร็ง หรือ เกิดจากผลกระทบของการรักษา หรือ จากทั้งสามส่วนรวมกัน<sup>9</sup> และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินโรคที่แย่ลงในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย<sup>10</sup>

โรคมะเร็งพบสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ผู้ที่มีอายุ 40-44 ปี พบความชุกของโรคมะเร็งร้อยละ 1.4 ในขณะที่กลุ่มอายุที่มากขึ้น คือ 80-84 ปี จะพบความชุกของโรคมะเร็งได้สูงขึ้นเป็นร้อยละ 19.3<sup>11</sup> เป็นที่ประมาทการได้ว่าจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นในปัจจุบัน จะทำให้มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นวัยสูงอายุมากขึ้นกว่าในอดีต

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ มีความน่าสนใจหลายประการ ทั้งในแง่มุมมองของการเป็นโรคมะเร็ง หรือการเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม อาการสำคัญในการวินิจฉัยคือ อารมณ์เศร้าและความรู้สึกสิ้นยินดี (anhedonia) นั้น ผู้สูงอายุมักจะให้ข้อมูลได้ไม่ตรงไปตรงมา อาการอื่นๆ ที่ปรากฏมักจะเป็นในส่วนของอาการอ่อนเพลีย หรือไม่สุขสบาย อาการทางกาย อาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความรู้สึกสิ้นหวัง ความผิดปกติของการนอนหลับ ในรูปแบบที่ตื่นเร็วกว่าปกติ (late insomnia) การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระหว่างวัน รวมถึงความต้องการทางเพศที่ลดลง<sup>12</sup>

ในด้านการรักษาแบบจิตสังคมบำบัด สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า นั้น จากข้อมูล meta-analysis ทั้งสิ้น 17 การศึกษา พบว่าการรักษาด้านจิตสังคมบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีประโยชน์ชัดเจน<sup>13</sup> นอกจากนี้การรักษาจำเป็นต้องอาศัยการประเมิน และให้การบำบัดรักษาในหลายด้าน

ร่วมกัน จากทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสิทธิภาพ  
สูงสุดจากการบำบัดรักษา<sup>14</sup> การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์  
เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลทางจิตสังคมนาบำบัด  
ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่  
ได้รับยาเคมีบำบัด

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-  
experimental research) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่ม  
ควบคุม และกลุ่มทดลอง

กลุ่มประชากรเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่  
มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค  
มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม  
ที่เคยผ่านการได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 ครั้งจากการ  
ศึกษา Wangnum et al. (2013) พบว่ากลุ่มทดลองที่ศึกษา  
30 ราย มีค่าคะแนนเฉลี่ย  $\pm$  SD ของคะแนนความเหนื่อย  
ล้าที่เปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ  $2.98 \pm 1.96$  และกลุ่มควบคุม  
ที่ศึกษา 30 ราย มีค่าคะแนนเฉลี่ย  $\pm$  SD ของคะแนนความ  
เหนื่อยล้าหลังการทดลองเท่ากับ  $3.99 \pm 1.64$  เมื่อนำค่า  
แทนในสมการ จะได้ขนาดตัวอย่างดังนี้

$$S_p^2 = \frac{(30-1)(1.96^2) + (30-1)(1.64^2)}{(30+30-2)}$$

$$\text{ดังนั้น } n = \frac{(1.96 + 1.282)^2 \times (2 \times 2.542)}{(1.01)^2}$$

$$n = 26$$

กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องใช้อย่างน้อย 26 ราย  
และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึง  
เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 ราย

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดย  
เก็บข้อมูลในช่วง พฤษภาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561  
และมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 0 3 และ 6

กลุ่มทดลอง จะเริ่มเก็บข้อมูลก่อนในช่วง  
กุมภาพันธ์ 2561-มกราคม 2562 โดยจะได้รับการ  
โทรศัพท์เยี่ยมติดตามจากผู้จัดการรายกรณีก่อนวันนัด  
ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษา

จากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา และจะมีการประเมิน  
ภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 0 3 และ 6

**คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษา  
(Inclusion criteria)**

1. เป็นผู้มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่  
ทวารหนัก มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม ที่เคยผ่านการ  
ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 ครั้ง

**เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion  
criteria)**

1. โรคหัวใจขาดเลือด ที่มีอาการหัวใจเต้น  
ผิดปกติ และต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง
2. มีปัญหาการทรงตัวผิดปกติ ที่เสี่ยงต่อการ  
หกล้ม เช่น ช้อเข้าเสื่อมรุนแรง หรือมีอาการปวดมาก  
ผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ประกอบ  
ด้วยผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก มะเร็งปอด  
และมะเร็งเต้านม ประเภทละ 30 ราย ต่อกลุ่มทำ 3 รอบ

## ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อสารถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
ราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และ  
ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัด
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดย
  - 2.1 สัมภาษณ์รายชื่อผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องให้  
ยาเคมีบำบัด ตามวันนัดตรวจ ของคลินิกอายุรศาสตร์  
โรคมะเร็ง โรงพยาบาลราชวิถี
  - 2.2 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่  
กำหนด ในวันที่มีคลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง ผู้ที่ยินดี  
เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของ  
การวิจัย และลงนามในหนังสือยินยอม

**วิธีดำเนินการ**  
**กลุ่มควบคุม** จะได้รับการพยาบาลตามปกติ  
**ครั้งที่ 1 :** สัปดาห์ที่ 0 พบพยาบาล ให้ผู้ป่วยเล่า  
ประสบการณ์หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมา  
ให้ความรู้โรคมะเร็งที่เป็นและการดูแลตนเองเมื่อได้รับ  
การรักษาด้วยเคมีบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

ให้เอกสารแผ่นพับที่สร้างขึ้นตามมาตรฐานการพยาบาล ไปทบทวนอ่านที่บ้าน หากมีข้อสงสัยให้สอบถามได้ทาง โทรศัพท์หรือเมื่อมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

**ครั้งที่ 2 :** สัปดาห์ที่ 3 พบพยาบาลทบทวนความรู้จากครั้งที่แล้ว ตอบข้อซักถามต่างๆ ให้คำแนะนำตามปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น และประเมินภาวะซึมเศร้า

**ครั้งที่ 3 :** สัปดาห์ที่ 6 พบพยาบาลทบทวนความรู้จากครั้งที่แล้ว ประเมินภาวะซึมเศร้าและแจ้งสิ้นสุดเข้าร่วมโครงการ

**กลุ่มทดลอง**

**ครั้งที่ 1** สัปดาห์ที่ 0 พบพยาบาล ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมา ให้ความรู้โรคมะเร็งที่เป็นและการดูแลตนเองเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามให้เอกสารแผ่นพับที่สร้างขึ้นตามมาตรฐานการพยาบาล ไปทบทวนอ่านที่บ้าน หากมีข้อสงสัยให้สอบถามได้ทาง โทรศัพท์หรือเมื่อมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

**ครั้งที่ 2** สัปดาห์ที่ 3 พบพยาบาลเพื่อประเมินและติดตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ทบทวนการดูแล

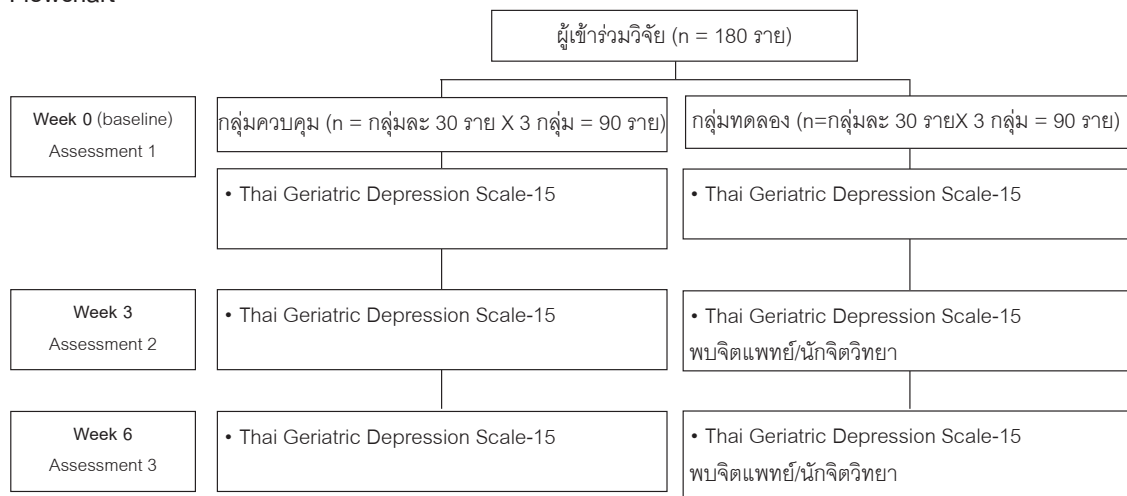
ตนเอง ให้ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นพบจิตแพทย์/นักจิตวิทยา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างเจ็บป่วย รวมทั้งความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

**ครั้งที่ 3 :** สัปดาห์ที่ 6 พบพยาบาลเพื่อประเมินและติดตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ทบทวนการดูแลตนเอง ให้ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นพบจิตแพทย์/นักจิตวิทยา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างเจ็บป่วยและประเมินผลครั้งสุดท้าย และแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการโครงการ

**การประเมินภาวะซึมเศร้า**

เปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่สัปดาห์ที่ 0 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS-15) ที่พัฒนาโดย Wongpakaran N, Wongpakaran T. (2012) ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน ถ้าคะแนน 0-5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้า 6-10 คะแนนมีภาวะซึมเศร้า และ 11-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์

**Flowchart**



## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล**  
การประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค สูตรยาเคมีที่ได้รับ รอบของการได้รับยา ยาต้านอาเจียนที่ได้รับ โรคประจำตัว ยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว การนอนหลับ

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบบ Short Version (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15)** ที่พัฒนามาจาก Shiekh, Yesavage (1986) โดย Wongpakaran N, Wongpakaran T. (2012) ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน ถ้าคะแนน 0-5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้า 6-10 คะแนนมีภาวะซึมเศร้า และ 11-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์ โดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 0 3 และ 6 โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินก่อนพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ในกรรายงานผลจะรวมกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้าแน่นอนเป็นกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นจึงรายงานผลเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทาง

คลินิก และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ แล้วลงบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS version 22.0 วิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) รายงานด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05 มีความสำคัญอย่างเป็นนัยสำคัญทางสถิติ

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 1) ผู้เข้าร่วมการศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 180 ราย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง 102 ราย ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 67.07ปี ส่วนใหญ่ได้รับการส่งตัวมารักษาจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด 156 ราย ร้อยละ 86.7 มีโรคประจำตัวอื่นๆ รวมด้วย 114 ราย ร้อยละ 63.3 การดำเนินโรคเป็นระยะที่ 4 จำนวน 76 ราย ร้อยละ 42.2 โดยผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าที่ 0 3 และ 6 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มมะเร็งเต้านม (ตารางที่ 2) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ตารางที่ 3) และมะเร็งปอด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	จำนวนทั้งหมด (n = 180)	กลุ่มควบคุม (n = 90)	กลุ่มทดลอง (n=90)	p-value
<b>อายุเฉลี่ย (ปี)</b>				
Mean ± SD	67.07	67.62 ± 5.23	66.51 ± 5.51	0.17
Min-max	60-81	60-81	60-80	
<b>เพศ จำนวน (ร้อยละ)</b>				
ชาย	78 (43.30)	44 (48.90)	34 (37.80)	0.13
หญิง	102 (56.70)	46 (51.70)	56 (62.20)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	106 (58.80)	50 (47.20)	56(52.80)	0.43
มัธยมศึกษา	53 (29.40)	30 (56.60)	23(43.40)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	21(11.60)	10(47.60)	11(52.40)	
<b>ระบบส่งต่อ</b>				
ส่งต่อจากที่อื่นๆ	156 (86.70)	77 (85.60)	79 (87.80)	0.66
ไม่ได้ส่งต่อ	24 (13.30)	13 (14.40)	11 (12.20)	
ความดัน	27 (15.00)	10 (11.10)	17 (18.90)	
ความดัน + เบาหวาน	14 (7.80)	9 (10.00)	5 (5.60)	
ความดัน + ไชมันสูง	11 (6.10)	5 (5.60)	6 (6.70)	
โรคอื่นๆ	128 (71.11)	66 (73.33)	62 (68.89)	
<b>ไม่มียาประจำตัว</b>	74 (41.10)	36 (40.00)	38 (42.20)	0.26
ใช้ยาประจำตัว 1 ชนิด	23 (12.80)	12 (13.30)	11 (12.20)	
ใช้ยาประจำตัว 2 ชนิด	23 (12.80)	12 (13.30)	11(12.20)	
ใช้ยาประจำตัว 3 ชนิด	20 (11.10)	9 (10.00)	11 (12.20)	
ใช้ยาประจำตัว 4 ชนิด	17 (9.40)	9 (10.00)	8 (8.90)	
ใช้ยาประจำตัว 5 ชนิด	12 (6.70)	9 (10.00)	3 (3.30)	
อื่นๆ (ตั้งแต่ 6-15 ชนิด)	11(6.20)	8 (8.80)	3 (3.0)	
<b>ระยะของโรค</b>				0.75
ระยะ 1	4 (2.30)	1 (1.20)	3 (3.30)	
ระยะ 2	43 (24.40)	22 (24.40)	21 (23.90)	
ระยะ 3	57 (31.10)	30 (33.30)	27 (30.00)	
ระยะ 4	76 (42.20)	37(41.10)	39 (43.30)	

Significant at p < 0.05, F = Fisher's exact test

ตารางที่ 2 แสดงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	จำนวนทั้งหมด (n =60) n(%)	กลุ่มควบคุม (n =30) n(%)	กลุ่มทดลอง (30) n(%)	p-value
<b>สัปดาห์ที่ 0</b>				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	8(13.30)	6(20.00)	2(6.70)	0.25
มีภาวะซึมเศร้า	52(86.70)	24(80.00)	28(93.3)	
<b>สัปดาห์ที่ 3</b>				0.49
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	2(3.30)	2(6.70)	0(0.00)	
มีภาวะซึมเศร้า	58(96.70)	28(93.3)	30(100.00)	
<b>สัปดาห์ที่ 6</b>				1.00
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	5(8.30)	3(10.00)	2(6.70)	
มีภาวะซึมเศร้า	55(91.70)	27(90.00)	28(93.30)	

Significant at p < 0.05, F = Fisher's exact test



ตารางที่ 3 แสดงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	จำนวนทั้งหมด (n =60) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n =30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (30) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สัปดาห์ที่ 0				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	2(3.30)	2(6.70)	0(0.00)	0.49
มีภาวะซึมเศร้า	58(96.7)	28(93.30)	30 (100.00)	
สัปดาห์ที่ 3				1.00
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	4(6.70)	2(6.70)	2(6.70)	1.00
มีภาวะซึมเศร้า	56(93.30)	28(93.3)	28(93.30)	
สัปดาห์ที่ 6				1.00
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	1(1.70)	1(3.30)	0(0.00)	1.00
มีภาวะซึมเศร้า	59(98.30)	29(96.70)	30(98.30)	

ตารางที่ 4 แสดงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มมะเร็งปอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	จำนวนทั้งหมด (n =60) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n =30) n(%)	กลุ่มทดลอง (30) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สัปดาห์ที่ 0				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	7(11.70)	3(10.00)	4(13.30)	1.00
มีภาวะซึมเศร้า	53(88.30)	27(90.00)	26(86.70)	
สัปดาห์ที่ 3				1.00
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	3(5.00)	1(3.30)	2(6.70)	1.00
มีภาวะซึมเศร้า	57(95.00)	29(96.70)	28(93.30)	
สัปดาห์ที่ 6				1.00
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	3(5.00)	3(3.30)	0(0.00)	1.00
มีภาวะซึมเศร้า	57(95.00)	27(90.00)	30(100.00)	

Significant at  $p < 0.05$ , F = Fisher's exact test

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการดูแลรักษาทางจิตสังคมบำบัดในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่นั่นจะเป็นรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (collaborative care) โดยมีจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาอยู่ในทีม มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกัน มีผู้จัดการรายเคส (case manager) ช่วยให้การปรึกษา (brief counseling, problem-solving therapy) และการติดตามการรักษา<sup>15</sup> การศึกษานี้จึงพัฒนารูปแบบใน

การดูแลให้ใกล้เคียงกับ collaborative care มากที่สุด โดยมีผู้จัดการรายเคสในการติดตามอาการและประเมินก่อนเข้าพบจิตแพทย์/นักจิตวิทยา สำหรับผลการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสำหรับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนั้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ<sup>16</sup> ที่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ การดูแลจากทีมสหวิชาชีพช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chong Guan และคณะ<sup>17</sup> ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสำหรับจิตบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้า แต่พบว่าช่วยลดภาวะวิตกกังวลในช่วงระยะเวลา 2 และ 4 เดือน ได้อย่างมีนัยสำคัญ



สำหรับรูปแบบของการดูแลทางจิตสังคมบำบัด ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งนั้น พบว่าการบำบัดในรูปแบบ อื่นๆ ที่ลดภาวะซึมเศร้าได้แก่ mindfulness-based intervention หรือ mindfulness-based cognitive therapy<sup>18</sup> รวมถึงรูปแบบของการใช้โทรศัพท์หรือเทคโนโลยีในการติดตามอาการก็พบว่าช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน<sup>19</sup> นอกจากนี้ Crystal และคณะ<sup>20</sup> พบว่ารูปแบบที่มีประโยชน์ชัดเจน คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจ ความหมายของชีวิตและหาเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ (life narrative) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปรารถนาที่จะมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดีต่อไปแม้ว่าต้องรับมือกับการดำเนินโรคที่มีอยู่ก็ตาม โดยผ่าน narrative process ซึ่งเป็นกระบวนการรับรู้ของมนุษย์ที่ใช้สร้างความหมายต่อเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิต กระบวนการนี้ จึงเกิดได้อย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อผู้ป่วยได้เปลี่ยนมุมมองของการเจ็บป่วยที่จากเดิมเป็นอุปสรรคของชีวิตกลายเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ทำหาย

ในประเทศไทยนั้น มีการใช้ PSU model ที่ใช้การเล่าเรื่องใน narrative therapy ร่วมกับการค้นหาความหมายในระดับบุคคลตามหลักของ individual meaning-centered brief therapy และนำไปสู่การมีบทบาททางออกของชีวิตตามแนวทาง solution-focus brief therapy ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (palliative care psychiatry)<sup>21</sup> จากการศึกษาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นมาจากความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่าจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ดังนั้นการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าจึงอาจไม่เพียงพอ สิ่งที่ช่วยผู้ป่วยได้มากกว่าคือการทบทวนและค้นหาเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ (life narrative) ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายนี้ต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

รูปแบบของการศึกษาที่ทำต่อไปอาจปรับให้ผู้จัดการรายเคส มีการประเมินและคัดเลือกเฉพาะรายที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่การบำบัดโดยจิตแพทย์และนักจิตวิทยา ให้มีการบำบัดในระยะเวลาที่นานมากกว่า

6 สัปดาห์ โดยรูปแบบของการบำบัดมุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจความหมายของชีวิตและหาเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ (life narrative) รวมถึงมีการติดตามจากผู้จัดการรายเคสเป็นระยะเพื่อช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สำหรับในรายที่อาการยังไม่รุนแรงจนเกิดภาวะซึมเศร้าก็อาจให้มีการติดตามจากผู้จัดการรายเคสเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคตต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. World Federation for Mental Health. Depression a global crisis World Mental Health day October 10 2012. [Accessed 2012 September 10]. Available from: <http://www.wfmh.com/2012DOCS/WMHDay%202012%20SMALL%20FILE%20FINAL.pdf>
2. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS. The prevalence, clinical relevance, and public health significance of sub threshold depressions. *Psychiatric Clinics of North America* 2002; 25: 685-98.
3. Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 439-44.
4. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307-11.
5. Lyness JM. Treatment of depressive conditions in later life: Real-world light for dark (or dim) tunnels. *JAMA* 2004; 291: 1626-8.
6. Langa KM, Valenstein MA, Fendrick AM, Kabeto MU, Vijan S. Extent and cost of informal caregiving for older Americans with symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 857-63.
7. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32: 32-39.

8. Hopko DR, Bell JL, Armento ME, Robertson SM, Hunt MK, Wolf NJ, Mullane C. The phenomenology and screening of clinical depression in cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 2008; 26: 31-51.
9. Nelson CJ, Cho C, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *J Clin Oncol* 2010; 28: 348-56.
10. Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, Dennis M. Depression--an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord* 2009; 113: 127-32.
11. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Press; 2007. From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition. Weinberger MI, Roth AJ, Nelson CJ. Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist* 2009; 14: 60-6.
12. Scogin F, McElreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 69-74.
13. Frederick JT, Steinman LE, Prohaska T, Satariano WA, Bruce M, Bryant L, et al. Late Life Depression Special Interest Project Panelists. *Am J Prev Med.* 2007; 33: 222-49.
14. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Gourley C, Wall L, Weller D, Murray G, Sharpe M, SMaRT (Symptom Management Research Trials) Oncology-3 Team: Integrated collaborative care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT Oncology-3): a multicentre randomised controlled trial in patients with lung cancer. *Lancet Oncol* 2014; 15: 1168-76.
15. Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Symeonides S, Gourley C, Wall L, Weller D, Murray G, SMaRT (Symptom Management Research Trials) Oncology-2 Team: Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. *Lancet* 2014; 384: 1099-108.
16. Li M, Kennedy EB, Byrne N et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psychooncology.* 2017 May; 26(5): 573-587.
17. Chong Guan N, Mohamed S, Kian Tiah L et al. Psychotherapy for cancer patients. *Int J Psychiatry Med* 2016; 51: 414-30.
18. Piet J, Würtzen H, Zachariae R: The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 1007-20.
19. Kroenke K, Theobald D, Wu J, Norton K, Morrison G, Carpenter J, Tu W: Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial. *JAMA* 2010; 304: 163-71.
20. Park CL, Pustejovsky JE, Trevino K et al. Effects of psychosocial interventions on meaning and purpose in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer* 2019; 125: 2383-93.
21. Jarurin Pitanupong. Narrative therapy, brief individual meaning-centered psychotherapy and solution-focus brief therapy in palliative care. *Songkla Med J* 2015; 33: 305-13.