

ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวรัชฎา วรรณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE OF COMPLICATED GRIEF AND ASSOCIATED FACTORS IN PSYCHIATRIC
OUTPATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

Miss Ratchanoo Wanna



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	นางสาวรัชฎา วรรณนา
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุวัชชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุวัชชัย)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

รัชну วรณา : ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (PREVALENCE OF COMPLICATED GRIEF AND ASSOCIATED FACTORS IN PSYCHIATRIC OUTPATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปริภาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. นพ.พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 132 หน้า.

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา ศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 843 คน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน-กันยายน 2557 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทุกคน ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและคำถามคัดกรองประวัติการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการสูญเสียให้ทำแบบสอบถามต่อทั้งหมดอีก 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินประสบการณ์การสูญเสีย 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG) 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory-II - BDI-II) และ 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) นำเสนอความชุกของการสูญเสียและอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ด้วย ค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

ผลการศึกษา จากผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวน 843 คน พบผู้มีประสบการณ์การสูญเสียทั้งสิ้น 535 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63) มีอายุเฉลี่ย 42.57 ปี กว่าครึ่งเป็นโสด (ร้อยละ 51.6) เป็นผู้ป่วยด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) คิดเป็นร้อยละ 33 พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด ร้อยละ 16.6 และคิดเป็นร้อยละ 26.2 ในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การสูญเสีย เกี่ยวกับประสบการณ์การสูญเสีย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่คือ บิดามารดา (ร้อยละ 56.6) พบภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11.8 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 15 และ ซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 9.8 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.7) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ได้แก่ การเป็นเพศหญิง อายุน้อยกว่า 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตกึ่งวง มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน ผู้ที่เสียชีวิตคือ บิดามารดา คู่ครองและบุตร การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ผูกพันกับผู้เสียชีวิต การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต การสูญเสียที่ไม่ทันคาดคิด ไม่มีญาติช่วยเหลือ มีภาวะซึมเศร้า และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ($p < 0.05$) ปัจจัยที่ทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ได้แก่ การเป็นเพศหญิง มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน ผู้ที่เสียชีวิตคือ บิดามารดา คู่ครองหรือบุตร การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต การสูญเสียที่ไม่ทันคาดคิด ไม่มีญาติช่วยเหลือ มีภาวะซึมเศร้า และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

สรุป อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียจะพบได้มากในผู้ป่วยนอกจิตเวช พบได้มากในการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันของบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับประสบการณ์การสูญเสีย รวมถึงอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ที่มีความเกี่ยวข้องกัน

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ปีการศึกษา 2557

5674110530 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: SIGNIFICANT LOSS / ABNORMAL / PATHOLOGICAL / OR COMPLICATED GRIEF / PSYCHIATRIC OUTPATIENTS / DEPRESSION

RATCHANOO WANNA: PREVALENCE OF COMPLICATED GRIEF AND ASSOCIATED FACTORS IN PSYCHIATRIC OUTPATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. ADVISOR: ASSOC. PROF. PEERAPHON LUEBOONTHAVATCHAI, M.D., 132 pp.

Objectives: To study prevalence of significant loss, complicated grief and associated factors of complicated grief in psychiatric outpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Method: Eight hundred and forty – three patients were recruited from Psychiatric Outpatient Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital during June - September 2014. All samples completed Demographic data form and Screening question about significant loss experience. Only the participants who had significant loss would complete further 4 questionnaires; 1) Loss Experience Questionnaires, 2) Thai version of Inventory of Complicated Grief (ICG), 3) Thai version of Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and 4) Social Support Questionnaire. The prevalence of significant loss and complicated grief were presented by proportion and percentage. The associated factors were analyzed by chi-square test. Logistic regression was used to identify the predictors of complicated grief in psychiatric outpatients.

Results: In 843 psychiatric outpatients reported significant loss 535 (63.5%). Most of them were female (63%) with the average age of 42.57 years. More than half (51.6%) were single. About one third was diagnosed with mood disorders (33%). The prevalence of complicated grief was 16.6% in psychiatric outpatients and 26.6% in the bereaved psychiatric outpatients. About the history of significant loss, most of the deceased person was parents (56.6%) and 11.8% of patients had mild depression, 15% had moderate depression and 9.8% had severe depression. Most of psychiatric outpatient (69.7%) had moderate level of social support. The associated factors of complicated grief were being female, age below 60 years, being diagnosed with anxiety, history of psychiatric hospitalization, loss of more than 1 person, sudden death, overdependence with the dead person, unexpected death, absence of relatives support, having depression, and low level of social support ($p < 0.05$). Logistic regression showed that the remaining predictors of complicated grief were being female, loss of more than 1 person, loss of parents/spouse or child, sudden death, overdependence with the dead person, unexpected death, absence of relatives support, having depression, and low level of social support ($p < 0.05$).

Conclusion: Complicated grief was commonly found in psychiatric outpatients. Complicated grief is usually found in sudden death, having depression, and low level of social support. Therefore, significant loss and complicated grief should be focused to prevent psychiatric disorders, especially depression disorders.

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2014

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ของผู้วิจัยสามารถสำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือของบุคคลต่างๆ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในการให้ความรู้และความช่วยเหลือไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ความรู้และช่วยแนะนำการใช้สถิติในการวิจัย พร้อมทั้งช่วยตรวจทานแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ประธานกรรมการ และศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้เกียรติสละเวลามาเป็น ประธานกรรมการและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้ความรู้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ คุณอรสา ไยยอง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้แบบสอบถาม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ช่วยเหลือเพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บิดามารดา ครอบครัวและเพื่อนๆที่ให้ความรักและการสนับสนุนผู้วิจัยในทุกเรื่องต่างๆตลอดมา

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ในด้านต่างๆในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยศึกษา และขอบคุณเพื่อนระดับบัณฑิตศึกษาทุกคน ที่ให้การดูแลช่วยเหลือกันและมิตรภาพที่ดีตลอดมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหาและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	4
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework).....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief).....	9
1.1 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ (Normal grief)	9
1.2 อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (abnormal, pathological or complicated grief).....	11
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย	14

การรักษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย	15
การศึกษาเกี่ยวกับผลการรักษาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย	20
2. ภาวะซึมเศร้า (Depression).....	22
ประเภทของโรคซึมเศร้าและการวินิจฉัย.....	26
ความแตกต่างของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียกับภาวะซึมเศร้า	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้า	30
3. ผู้ป่วยนอกจิตเวช (Psychiatric outpatients).....	32
งานวิจัยที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยจิตเวช.....	36
4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	38
ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม.....	39
แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและการสนับสนุนทาง สังคม.....	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	43
ประชากร (Population).....	43
กลุ่มตัวอย่าง (Population samples).....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	48
ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical considerations).....	49
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	50
ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย ความชุกของการ สูญเสีย ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด 843 ราย.....	51

ตอนที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย ลักษณะของ ประสบการณ์การสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยนอกจิต เวชที่มีการสูญเสียทั้งหมด 535 ราย.....	58
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยของโรคทางจิตเวช ปัจจัย ของประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทาง สังคม กับ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย	67
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วย นอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	85
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	87
สรุปผลการวิจัย.....	87
อภิปรายผล.....	91
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	99
การนำผลวิจัยไปประยุกต์	100
ข้อเสนอแนะ	100
รายการอ้างอิง	102
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	132

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงความแตกต่างของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและภาวะซึมเศร้า	29
ตาราง 2	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	51
ตาราง 3	แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของ ผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	54
ตาราง 4	แสดงประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิตที่ผ่านมา และอารมณ์ เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	57
ตาราง 5	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีการสูญเสีย(n=535).....	58
ตาราง 6	แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีการสูญเสีย (n=535).....	60
ตาราง 7	แสดงลักษณะของประสบการณ์การสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์(n=535).....	63
ตาราง 8	แสดงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535).....	65
ตาราง 9	แสดงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)	66
ตาราง 10	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ จากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)	67
ตาราง 11	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย กับอารมณ์เศร้าโศก ที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535).....	69
ตาราง 12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย กับอารมณ์ เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)	71

ตาราง 13	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)	74
ตาราง 14	แสดงการเปรียบเทียบระหว่างภาวะซึมเศร้า กับคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติทดสอบ one-way ANOVA (n=535).....	74
ตาราง 15	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของภาวะซึมเศร้ากับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535)	75
ตาราง 16	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535).....	76
ตาราง 17	แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance - ANOVA) (n=535)	76
ตาราง 18	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535)	77
ตาราง 19	แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยประสบการณ์การสูญเสีย กับคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance - ANOVA) (n=535)	78

ตาราง 20	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535).....	80
ตาราง 21	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของความผูกพันกับผู้เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535).....	81
ตาราง 22	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของการที่ต้องพึ่งพาผู้เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535).....	82
ตาราง 23	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของการเตรียมใจกับการสูญเสียกับคะแนนเฉลี่ยของ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535).....	83
ตาราง 24	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's correlation).....	84
ตาราง 25	แสดงปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression).....	85

สารบัญภาพ

หน้า

รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 7



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาและที่มาของปัญหาการวิจัย

ปัญหาทางสุขภาพจิต ถือเป็นปัญหาที่สามารถพบได้ทุกช่วงวัยของชีวิต และพบว่ามีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่มากขึ้น จากสถิติในปัจจุบันเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยทางจิตพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556 รวมทั้งสิ้น 1,109,183 ราย เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2555 พบเพียง 1,076,155 ราย⁽¹⁾ แสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้น โดยโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีงบประมาณ 2556 อันดับ 1 คือ โรคจิต 7,572 ราย รองลงมาคือโรควิตกกังวล 6,262 ราย และโรคซึมเศร้า 6,168 ราย⁽²⁾ สอดคล้องกับสถิติของทางกรมสุขภาพจิตที่พบว่าโรคจิตเป็นโรคที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้าตามลำดับ ทำให้สังคมหันมาให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น เพราะสังคมทุกวันนี้เต็มไปด้วยเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดต่อการเจ็บป่วยได้ทั้งสิ้น หลายคนจึงพยายามหาสาเหตุตัวกระตุ้นหรือปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งสาเหตุของการเกิดการเจ็บป่วยทางจิตนั้นต่างมีปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน ทั้งจากทางพันธุกรรม ทางจิตวิทยาและทางสังคม

การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิต ดังเช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท ย่อมนำมาซึ่งความเศร้าโศกเสียใจรวมทั้งยังสามารถส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้อีกด้วย⁽³⁾ เพราะอารมณ์เศร้าโศกนั้นจะส่งผลต่อบุคคลทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม จากสถิติที่ผ่านมาจะพบว่า ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดหรือความเครียดต่อการเกิดโรคทางจิตเวชได้ ซึ่งพบว่าร้อยละ 10 – 15 ของผู้ที่ประสบกับการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักจะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง^(4, 5)

แต่โดยทั่วไปแล้วการสูญเสียนับเป็นประสบการณ์พื้นฐานที่ทุกคนต้องประสบ เช่นเดียวกับการเกิด การเจ็บป่วย การแก่ชรา ดังนั้นอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสียจึงถือเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนสามารถมีได้ ไม่ถือเป็นเรื่องผิดปกติ แต่หากอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นยาวนานเกิน 6 เดือน ขึ้นไปพร้อมความรุนแรงที่เกินกว่าปกติ จะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการ

สูญเสีย โดยส่งผลให้บุคคลนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ซึ่งจะรบกวนต่อการดำเนินชีวิต และการทำงาน⁽⁶⁾

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าในจำนวนผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์สูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักประมาณร้อยละ 10-20 สามารถพัฒนาไปเป็น อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้⁽⁷⁾ ดังนั้นไม่ใช่ทุกคนที่ประสบกับเหตุการณ์สูญเสียที่จะมีอาการเจ็บป่วยทางจิตหรือมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ มีเพียงร้อยละ 10-20 เท่านั้นที่จะพัฒนาไปเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ดังเช่นการสนับสนุนทางสังคม ที่พบว่าในผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกตินั้นจะรายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติ⁽⁸⁾

โดยปกติ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จะพบได้มากในผู้ป่วยจิตเวช และผู้สูงอายุ โดยในผู้สูงอายุจะพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียประมาณ ร้อยละ 16.2⁽⁹⁾ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช ที่พบร้อยละ 19⁽³⁾ ซึ่งพบได้น้อยในประชากรทั่วไป ที่พบเพียงร้อยละ 3.7⁽¹⁰⁾ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยจิตเวชมักจะพบร่วมกับโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลและการใช้แอลกอฮอล์⁽¹¹⁾ ทั้งนี้หากผู้ป่วยทางจิตเวชมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติร่วมด้วยนั้น จะยิ่งทำให้อาการของโรคทางจิตเวชมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังเช่นผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหากมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติร่วมด้วย จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้า มีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ร่วมอยู่ด้วย⁽¹²⁾

ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่าอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย อาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชได้ ซึ่งความเกี่ยวข้องกันนั้นอาจจะเป็นในลักษณะของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือการเจ็บป่วยทางจิตเวชอาจส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติก็เป็นได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยมีน้อยมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเข้าใจสาเหตุ หรือความเป็นไปได้ของที่มาของการเจ็บป่วยทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เพื่อนำความรู้ที่ได้

จากการศึกษานี้ไปช่วยในการค้นหา ป้องกัน ดูแลรักษาและให้การช่วยเหลือ ผู้ที่กำลังเผชิญกับการสูญเสียหรือผู้ที่กำลังมีอาการเศร้าโศกที่ผิดปกติ

คำถามของการวิจัย

1. ความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมติฐานการวิจัย

ไม่มี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross – sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ลักษณะทั่วไปและปัจจัยต่างๆของกลุ่มตัวอย่างนี้อาจจะส่งผลต่ออารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียที่พบในการศึกษานี้ ดังนั้นผู้ที่นำไปใช้ในการอ้างอิงอาจต้องพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนั้นๆด้วยความเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่ นอกจากนั้นแล้ว การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัย ที่เป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้ เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (Complicated grief) หมายถึง อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงหรือเรื้อรังเกินกว่าปกติ จากการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก อันได้แก่มีความคิดเกี่ยวกับการสูญเสีย โหยหาผู้ที่จากไปแล้ว ยอมรับการตายจากได้ยาก หมดเรื้อยวแรงหรือความสนใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ไม่มีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตว่างเปล่า ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน⁽¹³⁾ ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในการศึกษานี้คือผู้ที่ได้คะแนนในประเมินผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief -ICG)⁽⁹⁾ ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป

ผู้ป่วยนอกจิตเวช (Psychiatric outpatients) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือมีโรคทางจิตเวช อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบทางด้านสังคม หรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บซึมและสมรรถภาพในการทำงานลดลง ซึ่งอาการต่างๆที่เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์⁽¹⁴⁾ ในการศึกษา⁽¹⁴⁾ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย⁽¹⁵⁾ ตั้งแต่ 14 คะแนน ขึ้นไป โดยคะแนน 14–19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 20–28 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 29–63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น ในการศึกษา⁽¹⁶⁾ วัดระดับของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากคะแนนรวมของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ฉบับภาษาไทย⁽¹⁶⁾ การแปลผลจะพิจารณาด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (normal distribution) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือคะแนนน้อยกว่า 42.3 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือคะแนนระหว่าง 42.3 – 67.5 คะแนน และการสนับสนุนทางสังคมสูงคือคะแนนมากกว่า 67.5 คะแนนขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ช่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการสูญเสีย และอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีการสูญเสีย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับการรักษามากขึ้น
3. ข้อมูลที่ได้การศึกษานี้ น่าจะมีส่วนช่วยในการค้นหา เยียวยา ผู้ที่กำลังเผชิญกับการสูญเสีย ให้ได้เข้าสู่การบำบัดเกี่ยวกับการสูญเสีย เพื่อเข้าใจและก้าวข้ามผ่านอารมณ์เศร้าโศกได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวน เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ต่างๆ ดังนี้

1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief or Bereavement)
 - อารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติจากการสูญเสีย (Normal grief)
 - อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (Complicated grief)
2. ภาวะซึมเศร้า (Depression)
 - ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
 - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้า
3. ผู้ป่วยนอกจิตเวช (Psychiatric outpatients)
 - คำจำกัดความโรคทางจิตเวช
 - สาเหตุ
 - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติในผู้ป่วยนอกจิตเวช
4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)
 - ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและการสนับสนุนทางสังคม

1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief)

การสูญเสียนับเป็นประสบการณ์พื้นฐานที่ทุกคนต้องประสบ เช่นเดียวกับการเกิด การเจ็บป่วย ซึ่งการสูญเสียนั้นจะนำมาซึ่งความเศร้าโศกในระดับที่มากขึ้นแตกต่างกันไป ซึ่งบางครั้งความเศร้าโศกที่มากและรุนแรงอาจส่งผลให้เกิดเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้ ดังนั้นเราจึงควรทำความเข้าใจว่าอารมณ์เศร้าโศกที่ปกติแตกต่างจากอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติอย่างไร

1.1 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ (Normal grief)

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief) คืออารมณ์หรือปฏิกิริยาทางจิตที่ตอบสนองต่อการสูญเสียที่มีความสำคัญ ซึ่งไม่จำกัดอยู่แค่การสูญเสียโดยการตายจาก การสูญเสียอวัยวะสำคัญในร่างกาย ก็ถือเป็นการสูญเสียเช่นกัน⁽¹⁷⁾ แต่สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อารมณ์เศร้าโศกคืออารมณ์เศร้าโศกที่ตอบสนองต่อการเสียชีวิต การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก ส่วนความจริงของการการสูญเสีย (bereavement) หมายถึง ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักหรือความจริงของการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งนำมาซึ่งความเจ็บปวดทั้งทางกายและจิตใจ^(5, 18) ดังนั้นกล่าวได้ว่า bereavement คือประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง ส่วนอารมณ์เศร้าโศก (grief) คือปฏิกิริยาทางจิตที่ตอบสนองต่อการสูญเสียนั้น ส่วนการไว้ทุกข์ (mourning) หมายถึงการแสดงออกทางสังคมเกี่ยวกับการสูญเสีย เพื่อผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรม ดังเช่นงานศพ

ปฏิกิริยาทางอารมณ์จากการสูญเสีย (Five stages of grief)

Elisabeth (1969)^(19, 20) ระยะเวลาของอารมณ์เศร้าโศก มีทั้งหมด 5 ระยะ ด้วยกัน

1) ปฏิเสธ (denial) เมื่อเกิดการสูญเสีย บุคคลจะปฏิเสธทั้งจากจิตสำนึกหรือจิตใต้สำนึกของตนเอง ไม่ยอมรับความจริง ข้อมูล หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียนั้นๆ เป็นกลไกการป้องกันตนเองตามธรรมชาติของมนุษย์ บางคนทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสีย ก็จะติดอยู่ที่ขั้นนี้

2) โกรธ⁽²¹⁾ เมื่อบุคคลรู้สึกไม่ได้ รู้สึกเศร้าต่อการสูญเสีย ก็จะตอบสนอง ทางอารมณ์ ด้วยการหันมารู้สึกโกรธต่อเหตุการณ์นั้นๆแทน โดยอาจจะโกรธตนเอง คิดว่าตนเองมีความผิดบางอย่างต่อผู้ตาย หรือโกรธผู้อื่น บุคคลในขั้นนี้จะมีอาการว่าวุ่น ไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ แสดงอาการไม่พอใจผู้อื่นที่เป็นคนใกล้ชิดได้ ซึ่งบุคคลใกล้ชิด ควรจะเข้าใจ และไม่ตัดสินผู้ที่มีอารมณ์โกรธเนื่องมาจากการสูญเสีย

3) ต่อรอง (bargaining) การต่อรองจะกระทำต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่บุคคลนั้นนับถือ มักทำในเหตุการณ์ที่ไม่รุนแรงมาก ดังเช่นการสูญเสียแบบการแยกจาก ก็อาจจะขอต่อรองเพื่อให้ความสัมพันธ์นั้นยังคงอยู่ แต่ในสถานภาพอื่นแทน เพื่อยืดเวลาให้ตัวเองเผชิญความจริงที่จะเกิดขึ้น โดยซ้ำที่พูดเท่าที่จะทำได้ การต่อรองเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมนักหากเป็นเรื่องของการสูญเสียจากการตาย

4) ซึมเศร้า (depression) บุคคลจะรู้สึกเศร้า เสียใจ กลัว คิดทบทวนต่อสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นสัญญาณของการเริ่มยอมรับการสูญเสีย ว่ามีการสูญเสียเกิดขึ้นจริง และยังมีอารมณ์ที่ผูกพันอยู่กับสิ่งที่สูญเสียไปอยู่ จึงอาลัยอาวรณ์ รู้สึกว่าสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมได้

5) ยอมรับ (acceptance) ระยะเวลาสุดท้ายของอารมณ์เศร้าโศก บุคคลจะยอมรับการสูญเสียได้ ว่าเป็นเรื่องจริง อารมณ์เศร้าต่างๆจะดีขึ้น และสามารถกลับมาสนใจสิ่งแวดล้อม คนรอบข้างได้มากขึ้น โดยทั้งนี้ ระยะเวลาต่างๆทั้ง 5 ระยะเวลา ของแต่ละบุคคล อาจจะไม่เรียงตามลำดับดังนี้ หรือบางคน เมื่อผ่านระยะหนึ่งไปแล้วก็อาจกลับมาเป็นระยะเดิมได้อีก ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

ปฏิกิริยาต่อประสบการณ์การสูญเสีย (Three stages of bereavement) ประกอบด้วย 3 ระยะได้แก่^(5, 17)

1) ระยะแรก ซึ่งเรียกว่า ระยะมึนชา (numbness) ซึ่งจะยาวนานเพียง 2-3 ชั่วโมง หรืออาจยาวนานเป็นสัปดาห์หลังจากเกิดการสูญเสีย ในระยะนี้จะเกิดความรู้สึกตกใจ (shock) ไม่เชื่อ (disbelief) และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น (denial) จะกระทำสิ่งต่างๆด้วยความเคยชินหรือเป็นไปโดยอัตโนมัติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำสิ่งต่างๆได้ แต่ความจำเกี่ยวกับสิ่งรอบๆตัวจะลดลงชั่วคราว

2) ระยะซึมเศร้า (depression) ในระยะนี้จะมีอารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญร้องไห้บ่อยๆ ฉุนเฉียวโมโหง่าย ย้ำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ฝันถึงหรืออาจเห็นภาพบุคคลที่เสียชีวิต ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ ซึ่งมีอาการคล้ายกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาการที่กล่าวข้างต้นอาจเป็นหนักในช่วงไกล้ววันครบรอบต่างๆ ซึ่งระยะนี้ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ หรืออาจนานเป็นปี มีการศึกษาพบว่าในบุคคลที่ประสบกับการสูญเสีย จะพบภาวะซึมเศร้าในบุคคลกลุ่มนี้ได้ถึงร้อยละ 42 หลังจากการสูญเสียผ่านไป 1 เดือน และจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 16 เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี⁽⁵⁾

3) ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) โดยผู้ที่สูญเสียจะยอมรับการสูญเสีย และสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้เท่ากับที่เคยทำได้ก่อนเกิดการสูญเสีย บุคคลที่เกิดการสูญเสียสามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้า และหายเป็นปกติได้ แต่ก็ยังมีบางรายที่ไม่สามารถผ่านพ้นไปได้จึงเกิดเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ

ปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าโศก^(22, 23)

1) ความหมายของสิ่งที่สูญเสีย (meaning of loss) การสูญเสียที่มีความสำคัญ ดังเช่นการสูญเสียสิ่งของ ของรัก อวัยวะ หรือการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักที่ใกล้ชิด ก็จะทำให้อารมณ์เศร้าโศกมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

2) ลักษณะของสัมพันธภาพ (qualities of relationship) ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ผูกพันกันมากดังเช่น บิดามารดา บุตร คู่ครอง ย่อมส่งผลให้อารมณ์เศร้าโศกมากขึ้น

3) อายุของผู้ที่ประสบกับการสูญเสีย⁽²⁴⁾ ผู้สูญเสียที่มีอายุน้อยจะจัดการ ปรับตัว ปรับอารมณ์ได้แย่งกว่าผู้สูญเสียที่มีอายุมากกว่า

4) การเผชิญกับประสบการณ์การสูญเสียในครั้งก่อน หากประสบกับการสูญเสียหลายครั้ง และสามารถผ่านพ้นมาได้ เมื่อประสบกับการสูญเสียอีกครั้งก็จะสามารถปรับตัวและทำใจได้ง่ายขึ้น

5) การสูญเสียหัวหน้าครอบครัว เป็นการสูญเสียเสาหลักของครอบครัวไป ทำให้ภาระตกอยู่ที่คนข้างหลัง สมาชิกที่เหลือต้องปรับตัวต่อหน้าที่ บทบาทใหม่ ก็ทำให้การปรับตัวต่ออารมณ์เศร้าโศกทำได้ยากขึ้น

6) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากคนรอบข้างก็จะทำให้อารมณ์เศร้าโศกลดลงได้

7) ลักษณะการสูญเสีย หากเป็นการเสียชีวิตที่ฉับพลัน กะทันหัน จะพบอารมณ์เศร้าโศกได้มากกว่าการเสียชีวิตที่ได้ทำใจไว้แล้ว

1.2 อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (abnormal, pathological or complicated grief)

Prigerson (1995)⁽²⁵⁾ ให้คำนิยามว่า อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ คืออารมณ์เศร้าโศกที่ไม่สามารถผ่านพ้น หรือดีขึ้นได้ และยังส่งผลกระทบต่อ ชัดขวางการใช้ชีวิตประจำวัน ให้แย่งลง

Shear (2015)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียหมายถึง อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรง ยาวนานเกินกว่าเวลาที่บุคคลส่วนใหญ่ในสังคมจะประสบกัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ การใช้ชีวิตประจำวันมีปัญหา

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2550)⁽⁵⁾ ให้คำนิยามอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียคือ อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงและนานเกินกว่าปกติต่อการสูญเสีย จนส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจอันได้แก่โรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยของสรุปว่า อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียหมายถึง การปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก โดยจะมีอารมณ์เศร้าโศกที่

รุนแรงและเรื้อรัง ไม่สามารถผ่านพ้นระยะของปฏิกิริยาทางจิตของการสูญเสียตามปกติได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม จนส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของคุณ

บุคคลที่เกิดการสูญเสียแต่ไม่สามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกเหล่านี้ไปได้ จะยังคงมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการสูญเสียนั้นร้องไห้คร่ำครวญเมื่อนึกถึงหรือพูดถึง โหยหาผู้ที่จากไปแล้ว ยอมรับการตายจากได้ยาก หดเหี่ยวหรือความสนใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ไม่มีเป้าหมายในชีวิต มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด มีความคิดฆ่าตัวตาย มีการใช้บุหรี่แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดเพิ่มขึ้น⁽¹³⁾ อาจพัฒนากลายเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ ดังเช่นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ซึ่งในคนปกติทั่วไปอาการเหล่านี้จะดีขึ้นได้เองภายใน 6 เดือน หลังการสูญเสีย

สำหรับการประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกตินั้นควรจะเริ่มประเมินหลังจากมีการสูญเสียไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน⁽¹³⁾ เพราะในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ยังเป็นช่วงของการปรับตัวต่อการสูญเสียตามปกติ โดยที่ภายในระยะเวลา 6 เดือนนี้ผู้ที่สูญเสียโดยทั่วไปจะสามารถฟื้นตัวและกลับมาใช้ชีวิตได้เกือบเหมือนปกติก่อนที่จะมีการสูญเสีย แต่หากผ่านพ้นหกเดือนแล้วยังคงมีอาการเศร้าโศกต่อไปอีกอย่างน้อย 1 เดือน^(5, 13) และมีการปรับตัวต่อการสูญเสียได้น้อยมาก⁽²⁶⁾ จะได้รับการประเมินว่าเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ซึ่งอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสียพบได้หลายรูปแบบได้แก่^(5, 27)

1. อารมณ์เศร้าโศกที่เรื้อรังต่อการสูญเสีย (chronic grief) เป็นปฏิกิริยาผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดโดยเกิดขึ้นนานกว่า 6 เดือน บุคคลจะมีความเศร้าที่เรื้อรังและยาวนาน มักจะรู้สึกผิดและโทษตนเองตลอดเวลา

2. อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงต่อการสูญเสีย (hypertrophic grief) มีอารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงเกินกว่าปกติ จนทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลตามมา (depressive or anxiety disorder)

3. อารมณ์เศร้าโศกที่ยับยั้งไว้ (inhibited grief) หมายถึง การที่ไม่พบปฏิกิริยาการสูญเสีย บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อการสูญเสียน้อยมากกว่าที่ควรจะเป็น มักจะพบได้บ่อยในเด็กหรือผู้สูงอายุ อย่างเช่น พ่อแม่ที่สูญเสียลูกจากการฆ่าตัวตาย มักจะไม่แสดงอาการเศร้า เพราะกลัวว่าเมื่อแสดงแล้ว บุคคลรอบข้างจะแสดงความเห็นใจแล้วทำให้บุคคลนั้น เศร้ามากขึ้นกว่าเดิม หรือแสดงปฏิกิริยาต่อการสูญเสียช้ามาก หลังจากเกิดการสูญเสีย (delayed grief) อาการมินชาต่อการสูญเสีย ที่ควรจะเกิดขึ้นหลังจากเกิดการสูญเสียทันที กลับเกิดขึ้นหลังจากนั้นนานมาก หรือไม่เกิดขึ้นเลย

4. อารมณ์เศร้าโศกที่ไม่สามารถผ่านพ้น (unresolved grief) หมายถึง การไม่สามารถก้าวข้ามผ่านอารมณ์เศร้าโศกได้ โดยบุคคลจะเศร้าอยู่ตลอดเวลา ไม่แตกต่างจากช่วงหลังเกิดการสูญเสียใหม่ๆ ยังคงยึดติดต่อการสูญเสียนั้น

5. อารมณ์เศร้าโศกที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic grief) มักพบในผู้ที่รอดชีวิต หรือผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์ จากภัยพิบัติที่รุนแรงทางธรรมชาติ เหตุการณ์สะเทือนขวัญ อุบัติเหตุ สงครามหรือการถูกทำร้ายที่รุนแรง โดยจะส่งผลต่อสภาพจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งอาจจะพบร่วมกับโรคความเครียดทางจิตใจจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (posttraumatic stress disorder) ก็ได้

เกณฑ์การวินิจฉัยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียนั้นได้รับการบรรจุอยู่ในคู่มือการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 ในหัวข้อ “Conditions for further study” โดยใช้ชื่อว่า “Persistent complex bereavement disorder” เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต สำหรับผู้ที่สนใจ แต่ในขณะนี้ได้มีผู้เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไว้ดังนี้⁽¹³⁾

1. บุคคลที่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

2. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ปรากฏอยู่ในช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ได้แก่

2.1 โหยหาหรือปรารถนาถึงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว

2.2 มีความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว หรือชีวิตไร้ซึ่งความหมาย หากปราศจากผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว

2.3 มีความคิดซ้ำไปซ้ำมาเกี่ยวกับความไม่ยุติธรรมที่ตนยังคงได้มีชีวิตอยู่ ทนไม่ได้ หรือคิดอยากตายตามผู้ที่จากไปแล้ว

2.4 หมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วอย่างสม่ำเสมอจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

3. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ ปรากฏอยู่อย่างน้อย 1 เดือน ได้แก่

3.1 ใคร่ครวญเกี่ยวกับเหตุการณ์ สาเหตุ ของการสูญเสีย เช่นทำไม เพราะอะไรจึงต้องตาย

3.2 ไม่เชื่อหรือทำใจยอมรับเรื่องการสูญเสียได้ยาก

3.3 มีอาการตกตะลึง ซ็อก มึนงง มึนชาตั้งแต่เกิดการสูญเสีย

3.4 รู้สึกโกรธหรือขมขื่นเกี่ยวกับการสูญเสีย

3.5 เชื่อใจหรือใส่ใจผู้อื่นได้ยาก มีความอิจฉาบุคคลอื่นที่ไม่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียที่คล้ายคลึงกับตนเอง

3.6 มีการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว ได้ยินหรือเห็นผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว

3.7 จะเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์หรือทางร่างกายที่รุนแรงหากนึกถึงผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว

3.8 มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการหลีกเลี่ยง (หรือในทางตรงกันข้าม อาจจะทำให้เข้าหามากเกินไป) ต่อสถานที่ กิจกรรม หรือสิ่งต่างๆที่จะทำให้นึกถึงผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว ทั้งสองอาการคือทั้งหลีกเลี่ยงและเข้าหาสามารถเกิดขึ้นได้ในคนคนเดียว

4. ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่นการทำงาน การเรียน การเข้าสังคม

ลักษณะทั่วไปของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

จากการศึกษาความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย พบว่า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 3.3 เท่า^(4, 10) พบได้มากในผู้สูงอายุ พบในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต มากกว่าบุคคลที่สุขภาพจิตปกติ^(12, 28) อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพทางกาย ได้แก่ ปัญหาการนอนไม่หลับ การใช้สารเสพติด มีความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ปัญหาทางระบบภูมิคุ้มกัน ปัญหาโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง⁽²⁹⁾ จากงานวิจัยของ Prigerson (1997)⁽⁶⁾ พบว่า อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เป็นปัจจัยทำนายการมีสุขภาพที่แย่งลงได้แก่ การป่วยเป็นโรคมะเร็ง ปัญหาทางโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มีความคิดฆ่าตัวตาย และคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

ผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์สูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักที่มีอารมณ์เศร้าโศกโดยประมาณร้อยละ 10-20 จะพัฒนาไปเป็น อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ⁽⁷⁾ โดยจะพบได้มากในผู้ที่มีการสูญเสียคู่ครองและบุตร⁽³⁰⁾ ความชุกในประชากรทั่วไปอยู่ที่ ร้อยละ 2-3^(10, 31) ทั้งนี้ในบุคคลที่ประสบกับการสูญเสียจะสามารถปรับตัวได้ภายใน 3 - 18 เดือน แต่สำหรับผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกตินั้น แม้เวลาจะผ่านไปนานเพียงใด อารมณ์เศร้าโศกก็จะไม่ดีขึ้น⁽³²⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

สาเหตุของการเสียชีวิตที่รุนแรงดังเช่น อุบัติเหตุ⁽³³⁾ การสูญเสียจากการฆ่าตัวตาย เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดจากการฆ่าตัวตาย พบอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ถึงร้อยละ 43⁽³⁴⁾ การเสียชีวิตอย่างกะทันหันของบุคคลสำคัญในชีวิต พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่

ผิดปกติจากการสูญเสียถึงร้อยละ 56⁽⁸⁾ เมื่อทำการเปรียบเทียบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียกับสาเหตุการเสียชีวิตพบว่า การเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายและอุบัติเหตุ จะพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติสูงที่สุดถึง 78%⁽²¹⁾ รองลงมาคือเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เช่น เหตุการณ์ก่อการร้ายที่ประเทศอเมริกา 11 กันยายน⁽³⁵⁾

การอยู่กับผู้ตายขณะเสียชีวิต พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียถึงร้อยละ 67 และในผู้ที่รายงานว่ามึอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย พบว่าร้อยละ 44 จะรายงานว่ามีการสนับสนุนทางสังคมที่ค่อนข้างต่ำ⁽¹²⁾ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ระยะเวลาการสูญเสียที่ผ่านมา $r = -0.182$ ($p = 0.133$) และ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูญเสียบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิด เช่น บิดามารดา $r = 0.365$ ($p = 0.002$) และ ภาวะซึมเศร้า $r = 0.364$ ($p = 0.002$) ซึ่งภาวะซึมเศร้าและการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต สามารถทำนายความแปรปรวนในอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้ถึง 60%⁽³⁶⁾ นอกจากนี้ บุคคลที่มี รูปแบบความผูกพันที่ไม่มั่นคง (insecure attachment) ก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติตั้งเช่นบุคคลที่มีความวิตกกังวลต่อการแยกจากในวัยเด็ก (separation anxiety in childhood) จะมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติมากกว่าบุคคลที่ไม่มีความวิตกกังวลต่อการแยกจากในวัยเด็ก⁽³⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Johnson และคณะ (2007)⁽³⁸⁾ ที่ทำการศึกษากับหญิงม่ายที่สูญเสียสามีจำนวน 192 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าพ่อแม่เลี้ยงดูแบบควบคุมในวัยเด็กสูง จะพบระดับการพึ่งพาคุ้มครองเมื่อแต่งงานสูง รวมถึงจะพบอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติสูงด้วย

การรักษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

อารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติสามารถหายได้เอง แต่อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกตินั้นต้องได้รับการรักษา ได้แก่การใช้ยาและการบำบัด การบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติมีหลายหลายวิธีด้วยกันได้แก่ การบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (complicated grief treatment-CGT) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy - IPT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy-CBT)

1) การบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (complicated grief treatment-CGT) เป้าหมายคือเพื่อลดความเศร้าโศก และช่วยให้มีการก้าวผ่านความโศกเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบำบัดอาศัยทฤษฎีความผูกพัน ที่กล่าวว่ามันุษย์นั้นถูกสร้างมาเพื่อให้แสวงหาและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง⁽³⁹⁾ การที่บุคคลรู้สึกว่ามี ความผูกพันที่มั่นคงกับผู้อื่นก็จะสามารถมีพลัง มีความเชื่อมั่น มีความกล้าที่จะเผชิญหรือออกไปสำรวจโลกภายนอกได้ แต่

ในขณะที่เกิดการสูญเสีย ระบบของความผูกพันนั้นจะถูกรบกวน ทำให้บุคคลรู้สึกไม่เชื่อใจ มีแต่ความเจ็บปวด มีแต่ความคิดในแง่ร้าย และหยุดที่จะสนใจสิ่งรอบข้าง⁽⁴⁰⁾ แต่ถ้าหากบุคคลสามารถผ่านการไวทุกข์ได้อย่างสำเร็จลุล่วง ไม่มีอะไรติดค้าง บุคคลก็จะปรับตัวยอมรับกับการสูญเสีย ความเศร้าก็จะคลี่คลายได้⁽⁴¹⁾ เป็นไปตาม The Dual Process Model⁽⁴²⁾ อธิบายถึงกระบวนการที่บุคคลที่มีการสูญเสียต้องรับมือกับภาวะการสูญเสียและชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอันเป็นผลมาจากการสูญเสียนั้น โดยประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ องค์ประกอบแรกคือ ภาวะของการสูญเสีย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย ได้แก่ อารมณ์เศร้าโศก การคร่ำครวญ โหยหา ความโกรธ การปฏิเสธ ที่เกี่ยวกับการสูญเสีย และองค์ประกอบที่สองคือ การฟื้นตัวจากการสูญเสีย เป็นการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นผลมาจากการสูญเสีย ได้แก่ การปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ จัดการกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆพัฒนาแนวทางในการติดต่อกับครอบครัวหรือเพื่อนฝูง⁽⁴³⁾ ซึ่งบุคคลที่มีการสูญเสีย จะเผชิญกับทั้งสององค์ประกอบ สลับไปมาตลอดเวลา เพื่อก้าวข้ามผ่านความโศกเศร้านั้นไปได้ การบำบัดจึงต้องให้บุคคลสามารถจัดการความสมดุลระหว่างการคิดถึงการสูญเสียโดยจะต้องไม่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงและการพยายามสร้างเป้าหมายใหม่ในชีวิตให้ได้ การบำบัดจะเกิดขึ้นประมาณ 16 ครั้ง ภายใน 4 เดือน ซึ่งกรอบของการบำบัดมีดังนี้

- 1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศก อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ
- 2) ให้จดบันทึกประจำวันเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกของตนเอง
- 3) ให้นึกถึงและให้ความสำคัญกับบุคคลสำคัญในชีวิตคนอื่นที่เหลือนอยู่
- 4) ช่วยให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้น
- 5) ตั้งเป้าหมายในชีวิตและรู้จักดูแลตนเอง
- 6) ให้ทบทวนเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น ให้นึกถึงผลที่เกิดขึ้น
- 7) ให้ทบทวนถึงสถานที่หรือกิจกรรมที่คอยหลีกเลี่ยง

8) ให้ทบทวนความทรงจำเกี่ยวกับคนที่เสียชีวิตไปแล้ว ทั้งรูปร่าง หน้าตา และบทสนทนา

กระบวนการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ จะแบ่งเป็น 3 ระยะด้วยกัน⁽⁴¹⁾

1.1) ระยะแนะนำทำความเข้าใจ (introductory phase) จะใช้เวลาช่วง 1-3 สัปดาห์แรกของการบำบัด เป็นระยะของการทำความเข้าใจในตัวผู้รับการบำบัด เกี่ยวกับลักษณะสัมพันธ์ภาพที่มีกับคนรอบข้าง รูปแบบความสัมพันธ์ รวมถึงให้ความรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเศร้าโศกที่ผิดปกติ และให้รายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด

1.2) ระยะกลาง (intermediate phase) คือช่วงการบำบัดครั้งที่ 4 -9 โดยจะให้ผู้รับการบำบัดได้ทำกิจกรรมเกี่ยวกับการสูญเสียและการฟื้นตัวจากการสูญเสีย ให้มองเห็นถึงความสุขเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต

1.3) ระยะสุดท้าย (final phase) คือการบำบัดครั้งที่ 10 – 16 ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะร่วมกันทบทวนถึงกระบวนการที่ผ่านมาพร้อมทั้งร่วมกันตั้งเป้าหมายว่าทิศทางควรจะไปต่ออย่างไร เพื่อให้สำเร็จลุล่วงและได้ผลประโยชน์มากที่สุด โดยรวมการบำบัดจะมีความคล้ายคลึงกับจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอยู่บ้าง

2) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy-IPT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้น มีการกำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจนและมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในที่นี้คืออารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยจะช่วยให้บุคคลยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น สามารถก้าวข้ามผ่านอารมณ์เศร้าโศก สามารถจัดการกับความรู้สึกค้างคาที่มีต่อผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วให้ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ก็จะช่วยบรรเทาอารมณ์เศร้าโศกและโรคซึมเศร้าได้^(5, 17, 44)

ลักษณะของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

ระยะเวลาในการรักษาใช้ เวลา สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที นานประมาณ 12-16 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

1) ระยะเริ่มต้น (initial phase) เป็นระยะที่ผู้บำบัดจะทบทวนอาการและให้การวินิจฉัยว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดเป็นอะไร ประเมินปัญหาสัมพันธภาพว่าเป็นเรื่องใด อธิบายกระบวนการบำบัดที่จะเกิดขึ้นทั้งหมดให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดทราบ

2) ระยะกลาง (intermediate phase) เป็นระยะของการค้นหาและทำความเข้าใจปัญหา ทำการเชื่อมโยงปัญหากับอาการของผู้ที่ได้รับการบำบัด

3) ระยะสิ้นสุด (termination phase) ทบทวนการรักษาว่ามีความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ช่วยให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดตระหนักถึงการที่จะต้องเผชิญกับปัญหาต่อไปด้วยตนเองในอนาคต หากการบำบัดไม่ดีขึ้นอาจต้องพิจารณาการรักษาต่อเนื่องต่อไป

เทคนิควิธีการของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่

1) เทคนิคการหาข้อมูล (exploratory techniques) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจผู้ที่ได้รับการบำบัดมากยิ่งขึ้น เข้าใจปัญหาที่แท้จริง และเป็นการเพิ่มความร่วมมือในการบำบัดด้วย

2) การวิเคราะห์การสื่อสาร (communication analysis) เป็นการชี้ให้ผู้ได้รับการบำบัดเข้าใจวิธีการสื่อสารของตนว่าจุดอ่อน อย่างไร เพื่อช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาศัยจากการฟังการเล่าเรื่องของผู้ที่ได้รับการบำบัด

3) การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์และจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (encouragement of affect) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดเข้าใจ ตระหนักถึงอารมณ์ของตนเองต่อเหตุการณ์นั้นๆ เพื่อแสดงออกอย่างเหมาะสม

4) การแสดงบทบาทสมมุติ (role playing) เป็นการจำลองสถานการณ์ให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดได้ลองมีปฏิสัมพันธ์ก่อนจะนำไปปฏิบัติจริง เพื่อทำความเข้าใจปัญหาการสื่อสารของตนเองมากยิ่งขึ้น แล้วจึงนำมาปรับปรุง เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5) การแก้ปัญหา (problem solving) ร่วมมือกันในการหาวิธีแก้ปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น โดยกระตุ้นให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดร่วมคิดหาวิธี รวมถึงผู้บำบัดก็จะร่วมเสนอแนะด้วยเพื่อวิธีที่เหมาะสมที่สุด

6) การมอบหมายงานหรือการให้บ้าน (task assignment or homework) เป็นการมอบหมายงานให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดไปทำนอกเหนือจากช่วงเวลาการบำบัด โดยส่วนใหญ่งานที่มอบหมายมักเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้อื่น เพื่อเป็นการพัฒนาผู้ที่ได้รับการบำบัด

7) การใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (use of therapeutic relationships) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ที่ได้รับการบำบัดที่ดีส่งผลต่อการบำบัด โดยจะช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริง รักษาได้ตรงจุดและสร้างความร่วมมือในการบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียโดยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

1) ชี้ให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดเห็นถึงประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนั้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ที่ผู้ที่ได้รับการบำบัดเป็นอยู่

2) ช่วยให้ผู้สูญเสียได้รับรู้และแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อการสูญเสีย ได้เล่าถึงประสบการณ์การสูญเสีย

3) ผู้บำบัดต้องให้ผลป้อนกลับว่าอารมณ์เศร้าโศก หรือความรู้สึกต่างๆต่อการสูญเสียเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ สามารถจัดการและควบคุมได้

4) ให้ผู้สูญเสียได้มีมุมมองต่อผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วตามความเป็นจริง โดยให้เล่าทั้งด้านลักษณะนิสัยหรือความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ทั้งในด้านที่ดีและด้านที่มีปัญหา

5) ช่วยให้ผู้ประสบกับการสูญเสีย เริ่มต้นพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีต่อครอบครัว และคอยส่งเสริม สนับสนุนให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น

3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy-CBT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมคือ การการรักษาโดยการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม โดยผู้ที่รักษา โดยจะให้ผู้ได้รับการบำบัดมุ่งเน้นไปที่อาการ ต่างๆของความทรงจำที่เจ็บปวดเกี่ยวกับการสูญเสีย โดยการปล่อยให้แสดงความรู้สึกเศร้าโศก ในขณะที่เดียวกันก็จะคอยสนับสนุนและแนะแนวทางในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ที่ปราศจากบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว ทำให้ผู้สูญเสียเข้าใจประสบการณ์

การสูญเสียของตนเองได้เห็นถึงอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในการก้าวผ่านความเศร้าโศก รวมถึงช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองให้มากขึ้นด้วย⁽⁴⁵⁾

หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม⁽⁴⁶⁾

- 1) การบำบัดมุ่งเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นไปที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพื่อปรับความคิดโดยไม่เน้นลงไปที่ต้นตอ หรือที่มาของปัญหาที่มาจากระดับจิตไร้สำนึก
- 2) เน้นความร่วมมือของผู้รับบำบัด การบำบัดจะต้องได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้รับการบำบัดเพื่อประสิทธิภาพสูงสุด
- 3) ผู้บำบัดต้องมีความจริงใจ ต้องแสดงออกถึงความจริงใจ ความอบอุ่น ความเข้าใจ เห็นใจอย่างจริงแท้ ไม่เสแสร้งแกล้งทำ

กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

- 1) ชั้นประเมินความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หาจุดแข็งจุดอ่อนของผู้รับการบำบัด
- 2) ชั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยจะวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นก่อนเกิดพฤติกรรม (antecedent) วิเคราะห์พฤติกรรม (behavior) และผลที่ตามมา (consequence) หรืออาจประเมินประสบการณ์ของบุคคล 3 ด้านคือ การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective) ด้านพฤติกรรม สิ่งที่แสดงออกมาให้เห็น (behavior) และ ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์นั้น (cognitive)
- 3) ชั้นปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เน้นให้เพิ่มการมีกิจกรรม สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้กระทำมากขึ้น ลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ เพิ่มความพึงพอใจ และเพิ่มทักษะทางสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับผลการรักษาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย

จากงานวิจัยของ Shear และคณะ (2014)⁽⁴⁷⁾ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ ในนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่มีการสูญเสียคู่สมรส จำนวน 151 คน ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด และมีคะแนนอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการ

สูญเสีย มากกว่า 30 คะแนน ขึ้นไป โดยใช้แบบประเมิน Inventory of Complicated Grief (ICG) ทำการสุ่มให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดที่ต่างกัน คือการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ (complicated grief therapy) 74 คน และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) 77 คน ทำการบำบัด 20 สัปดาห์โดยจะนำผลการประเมินในสัปดาห์สุดท้ายมาวิเคราะห์ ผลพบว่า ทั้งสองการบำบัด ทำให้อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติดีขึ้น แต่ในกลุ่มที่บำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติโดยตรง จะตอบสนองได้ดีกว่า จะรายงานว่ายากมาบำบัดมากกว่า รายงานความรุนแรงของอารมณ์เศร้าโศกลดลงมากกว่า ($p < 0.01$) และสามารถปรับตัวต่อสังคมได้มากกว่า การบำบัดด้วยสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ($p < 0.05$)

Shear และคณะ (2005)⁽⁴⁰⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนแอฟริกันอเมริกัน ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2544 – เมษายน 2548 เป็นหญิง 83 คน เป็นชาย 12 คน อายุ ตั้งแต่ 18 – 85 ปี ทำการคัดเลือกจากการแนะนำจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา การลงข่าวโฆษณาตามสื่อต่างๆ คัดเลือกเฉพาะผู้ที่อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติเท่านั้น ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 46 คน และการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย 49 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการบำบัด 16 ครั้งเท่าๆกัน ผลพบว่าทั้งสองกลุ่มมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติลดลง อัตราการตอบสนองต่อการบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีอัตราการตอบสนองที่ดีกว่า 51% มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 28% ($p=0.02$) และระยะเวลาในการตอบสนองเร็วกว่า

Supiano (2014)⁽⁴⁸⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ (CGT)กับการบำบัดอารมณ์เศร้าด้วยกลุ่มสนับสนุน (grief support groups)ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 55 คน ที่มีการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก ภายในระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอาการเศร้าโศกที่ผิดปกติดีขึ้นทั้งคู่ แต่การบำบัดด้วยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ (CGT) นั้นมีการตอบสนองต่อการบำบัดที่สูงกว่าอีกกลุ่ม รวมถึงกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ (CGT) รายงานว่ามีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Glickman (2014)⁽⁴⁹⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จำนวน 69 คน ทำการสุ่มเข้าสู่การบำบัดด้วยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ (CGT) 35 คน และ

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (IPT) 34 คน ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ (CGT) จะช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าการบำบัดด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพ

2. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

Beck (1967)⁽⁵⁰⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ้างว้างโดดเดี่ยว เฉื่อยชา มีมุมมองเกี่ยวกับตนเองในแง่ลบ อยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หหมดความสนใจทางเพศ เป็นต้น

ดวงใจ กษานติกุล(2542)⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลใน ภาวะที่ไม่ปกติ มีอารมณ์เศร้า ทุกข์ หงุดหงิด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ส่งผลกระทบใน ด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึม และ สมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2553)⁽⁴⁶⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็น กลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หหมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้าย ตนเองหรือการฆ่าตัวตายในที่สุด

มาโนช หล่อตระกูล (2548)⁽⁵¹⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า จะมีอาการสำคัญคือ อารมณ์เศร้า หด หู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย เป็นติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ มักอยากอยู่คนเดียว

ศิริลักษณ์ ปัญญา (2556)⁽⁵²⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้าน อารมณ์ โดยมีความรู้สึกเสียใจ หิดหวัง หุดหู่ รู้สึกไม่มีคุณค่า โดยจะมีอาการทางกายร่วมด้วยคือการ เคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมทางผู้วิจัยขอให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงความ เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทางด้านความคิด พฤติกรรม โดยจะมีอาการ เศร้า หุดหู่ มีความคิดด้านลบ ต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้หหมดหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำ กิจกรรมต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หหมดอารมณ์สนุกสนานจากสิ่งที่เคยทำแล้วมีความสุข

กลับไม่มีความสุข หรือหมดอาลัยตายอยาก ไม่มีเป้าหมายของชีวิต รู้สึกชีวิตมีแต่ความทุกข์ มีความคิดอยากตาย จนมีผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง การทำงาน การเรียน ทางสังคม

โรคซึมเศร้าจะพบได้ในวัยรุ่น อายุ 18-29 ปี มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และพบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 1.5-3 เท่า⁽⁵³⁾

อาการของภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็นด้านต่างๆดังนี้^(46, 51)

1. อาการทางกาย (Vegetative symptoms) โดยส่วนใหญ่จะพบว่านอนไม่หลับแบบ middle และ terminal insomnia ที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคซึมเศร้า เบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมากกว่าปกติ น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นอย่างมาก รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงทั้งวัน ไม่มีความสนใจทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย ผู้หญิงอาจมีประจำเดือนที่ผิดปกติ

2. อาการทางอารมณ์ (Mood symptoms) ได้แก่ การมีอารมณ์เศร้า ภาวะสิ้นยินดี เคยชอบทำอะไรใดกลับกลายเป็นไม่ชอบ รู้สึกสนใจสิ่งต่างๆรอบข้างลดลง ไม่อยากทำอะไร บางครั้งอาจมีวิตกกังวล หงุดหงิด ร่วมด้วย

3. อาการทางจิตใจการเคลื่อนไหว (Psychomotor symptoms) อาจมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า เหม่อลอย พุดช้า เคลื่อนไหวช้า คิดนาน อยู่เฉยๆ นิ่งๆนานๆ (psychomotor retardation) หรือผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ต้องลุกเดินไปมา (psychomotor agitation)

4. อาการทางความคิด (Cognitive symptoms) มองโลกในแง่ลบ ขาดสมาธิเหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้าลง และขาดความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้ บางรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเอง รู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า ไม่มีทางออก ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

5. อาการทางสัมพันธภาพ (Interpersonal symptoms) บุคคลจะมีปัญหาสัมพันธภาพ ชอบแยกตัว ไม่เข้าสังคม ไม่พยายามสร้างสัมพันธภาพกับใคร

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

1.1 พันธุกรรม (Genetics) พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้า พบได้ถึงร้อยละ 40 จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า หากบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึง ร้อยละ 10 – 20⁽⁴⁶⁾ กล่าวได้ว่า สมาชิกในครอบครัวลำดับแรก หากเป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้คนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึง 2-4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป⁽⁵³⁾

1.2 ระบบสารสื่อประสาท (Neurotransmitter system) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท จะพบว่า มีระดับของ norepinephrine และ serotonin ต่ำลง^(46, 51) รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของ receptors ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)^(46, 54)

ปัจจัยทางจิตสังคมประกอบไปด้วย ปัจจัยภายในหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic) ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors)

2.1) ปัจจัยภายในหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic) เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในวัยเด็ก การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ทำให้พัฒนาเป็นบุคลิกภาพที่ผิดปกติได้ ซึ่งบุคลิกภาพที่ผิดปกติ อันได้แก่ บุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2) ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) ความคิดและกระบวนการคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (distortion of cognitive or thinking) การคิดในแง่ร้ายต่อตนเอง การมองตนเองในทางลบเกินความเป็นจริง จะส่งผลให้บุคคลเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ เช่นการมองว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพมากพอ ไม่มีคุณค่า เป็นต้น

2.3) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) ผู้ที่ประสบกับความผิดหวังหรือล้มเหลวในหน้าที่การงานหรือการเรียนซ้ำๆ จะทำให้บุคคลเกิดความท้อแท้และสิ้นหวัง ทำให้ตนเองรู้ว่าไม่มีความหวัง ไม่มีความสามารถต่อให้พยายามแค่ไหนก็ไม่มีทางประสบความสำเร็จได้ รวมทั้งการเฝ้าครุ่นคิดถึงเรื่องที่ผิดหวังในอดีตบ่อยครั้ง ก็ทำให้เสียเวลาในการที่จะได้ทำกิจกรรมอื่นๆ ที่มีประโยชน์ซึ่งจะช่วยสร้างอารมณ์ทางบวกให้มากขึ้น

2.4) ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) ปัจจัย

ทางเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ดังเช่นการเปลี่ยนแปลงต่างๆในช่วงชีวิต ความเครียดจากการทำงาน หรือความเครียดจากสถานภาพต่างๆ เช่นสถานภาพสมรส การเป็นพ่อแม่ ล้วนแล้วแต่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพทั้ง 4 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้ามีดังนี้

2.4.1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated grief) จะเกิดขึ้น เมื่อมีการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก ได้แก่ บิดามารดา คู่ครอง บุตร เป็นต้น

2.4.2) ความขัดแย้งในสัมพันธภาพ (interpersonal role dispute) คือความขัดแย้งในความสัมพันธ์ ความไม่เข้าใจกัน อันได้แก่ คู่ครอง บิดามารดา บุตร เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา

2.4.3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transition) คือการเปลี่ยนแปลงในบทบาท จากเดิมที่มีอยู่หรือเคยเป็น ดังเช่นการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ จากเด็กเป็นผู้ใหญ่ จากวัยรุ่นเป็น วัยผู้ใหญ่ หรือการเปลี่ยนงาน เปลี่ยนสถานภาพ จากการแต่งงาน การหย่าร้าง การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2.4.4) ความบกพร่องในสัมพันธภาพ (interpersonal deficits) คือการขาดทักษะทางสังคม ทักษะในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้บุคคลเก็บตัว ไม่ติดต่อกับคนรอบข้าง ทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม และเกิดการแยกตัวทางสังคม

โดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมาหาหมอด้วยอาการทางกายอื่นๆ โดยแพทย์มักจะ ละเลยอาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้เกิดการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนไม่ ครบคลุม อาการจึงไม่หาย ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของ ตนเอง โดยวิธีรักษาได้แก่การให้ยาซึ่งต้องทานอย่างต่อเนื่องแม้อาการจะไม่มีแล้วยังคงต้องทานต่อไป อีกสักระยะเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และการให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจควบคู่กันไปเสมอ

ประเภทของโรคซึมเศร้าและการวินิจฉัย

1) โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder)

อาศัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fifth edition – DSM-5)^(46, 55) ดังนี้

1.1) ต้องมีอาการประกอบด้วยอาการอย่างน้อย 5 อาการขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน นาน 2 สัปดาห์ โดยอาการดังกล่าวอย่างน้อย 1 ข้อจะต้องเป็นอารมณ์ เศร้า (depressed mood) หรือ ความรู้สึกหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ (loss of interest or pleasure)

1.1.1) อารมณ์เศร้า (depressed mood) มีอารมณ์เศร้าส่วนใหญ่เกือบทั้งวันหรือ เป็นแทบทุกวัน โดยรับรู้ได้จากการรายงานของตนเอง หรือจากการสังเกตของผู้อื่น ในเด็กหรือวัยรุ่น อาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดได้

1.1.2) หมดความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ (marked diminished interest or pleasure in all or almost activities) หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคย ชอบทำเกือบทุกกิจกรรม เป็นแทบทุกวัน

1.1.3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (significant weight loss or weight gain) น้ำหนักมีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวต่อเดือน

1.1.4) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนหลับมากเกินไป (hypersomnia)

1.1.5) จิตใจการเคลื่อนไหวหงุดหงิดกระสับกระส่าย (psychomotor agitation) มี อาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย หรือ เชื่องช้า (retardation) อาจมีอาการเชื่องซึม เคลื่อนไหว ช้า เป็นแทบทุกวัน

1.1.6) เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หมดแรงเกือบทุกวัน (fatigue or loss of energy)

1.1.7) รู้สึกไร้ค่า (feeling of worthlessness) หรือรู้สึกผิดเกินกว่าปกติ (excessive guilt)

1.1.8) ไม่ค่อยมีสมาธิ หรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ยากกว่าปกติ (indecisiveness)

1.1.9) มีคิดเกี่ยวกับการตายซ้ำๆ ที่ไม่ใช่ความกลัวต่อความตาย ทั้งการวางแผนในการฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หรือการพยายามที่จะฆ่าตัวตาย (suicidal attempt)

1.2) อาการดังกล่าวต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของช่วงระยะอารมณ์ผสม (mixed episode)

1.3) อาการดังกล่าวต้องก่อให้เกิดความทุกข์หรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม การงาน การเรียน ที่สำคัญ

1.4) อาการดังกล่าวไม่ใช่อารมณ์เศร้าจากการสูญเสีย (bereavement) เช่นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งอาจเกิดลักษณะคล้ายกับโรคซึมเศร้าหลักได้ แต่หากอาการนั้นเกิดขึ้นติดต่อกันเป็นเวลานานเกินกว่า 2 เดือน และมีความรุนแรง จนสูญเสียหน้าที่หลักสำคัญอย่างชัดเจน จะจัดว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก

1.5) อาการดังกล่าวต้องไม่เป็นผลมาจากการใช้สารเสพติดหรือยาบางชนิด

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดภายในระยะ 2 เดือน แรกหลังจากเกิดการสูญเสีย จะได้รับการยกเว้นจากการถูกวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าหลัก (ที่เรียกว่า Bereavement Exclusion) ในคู่มือการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 ได้นำข้อยกเว้นนี้ออกไป เนื่องจาก การละเลยการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการได้รับการรักษาในทันที โดยข้อแตกต่างของอารมณ์เศร้าโศกที่เป็นปกติและโรคซึมเศร้าคือ อารมณ์เศร้าโศก จะมีความรู้สึกหลักคือรู้สึกว่างเปล่าและรู้สึกสูญเสีย ในขณะที่โรคซึมเศร้าหลักจะเด่นในเรื่องของอารมณ์เศร้าที่มีอยู่โดยเกือบตลอดเวลา และไม่สามารถแสวงหาความสุขหรือความพึงพอใจได้

2) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง(Dysthymic disorder)

อาศัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fifth edition – DSM-V)^(46, 55) ดังนี้

2.1) อารมณ์เศร้า (depressed mood) มีอารมณ์เศร้าส่วนใหญ่เกือบทั้งวันหรือเป็นแทบทุกวัน โดยรับรู้ได้จากการรายงานของตนเอง หรือจากการสังเกตของผู้อื่น อย่างน้อย 2 ปี ในเด็กหรือวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดได้ มีอาการอย่างน้อย 1 ปี

2.2) ณะที่มีอารมณ์เศร้า ต้องมีอาการดังต่อไปนี้ร่วมด้วย ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป

2.2.1) ความอยากอาหารลดลง (poor appetite) หรือรับประทานมากเกินไป (overeating)

2.2.2) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนหลับมากเกินไป (hypersomnia)

2.2.3) เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (low energy)

2.2.4) เห็นคุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem)

2.2.5) ไม่ค่อยมีสมาธิ (poor concentration) หรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ยาก

2.2.6) รู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness)

2.3) ในช่วงเวลา 2 ปี (หรือ 1 ปีสำหรับเด็กหรือวัยรุ่น) บุคคลนั้นจะไม่มีอาการดังเกณฑ์การวินิจฉัย ข้อ 2.1) และข้อ 2.2) ได้ไม่เกินกว่า 2 เดือน

2.4) ไม่มีโรคซึมเศร้าหลัก ปรากฏในช่วงเวลา 2 ปี (หรือ 1 ปีสำหรับเด็กหรือวัยรุ่น)

2.5) ไม่เคยมีช่วงระยะครื้นเครงเกินปกติ (manic episode) หรือช่วงอารมณ์ผสม (mixed episode) หรือช่วงครื้นเครงเกินปกติที่ไม่รุนแรง (hypomania episode) และไม่เข้ากับอารมณ์แปรปรวนที่ไม่รุนแรง

2.6) อาการดังกล่าวไม่ได้ เกิดขึ้นเฉพาะขณะที่เป็นโรคจิตเรื้อรัง

2.7) อาการดังกล่าวต้องไม่เป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด ยาบางชนิดหรือภาวะทางร่างกาย

ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าหลักเรื้อรัง

มักจะเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อย หรือช่วง 20 ปี โดยจะมีอาการที่ตนเองเป็นผู้สังเกตเด่นชัดกว่าการสังเกตจากผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยมักจะรายงานว่าตนเองนั้นเศร้าอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอาการทางจิตใจการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้าหรือกระสับกระส่ายจะไม่ค่อยพบ อาการอ่อนล้า ไม่มีแรงก็ไม่ค่อยพบเช่นกัน อาการเด่นคือผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ไม่ค่อยอยากทำอะไร รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า เป็นต้น

ความแตกต่างของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียกับภาวะซึมเศร้า

จะเห็นได้ว่า อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและภาวะซึมเศร้า มีลักษณะของอาการบางอย่างที่คล้ายคลึงกัน แต่งานวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ของข้อคำถามเพื่อตรวจสอบดูว่ากลุ่มอาการของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้า มีความเกี่ยวข้องกันหรือไม่ ซึ่งผลพบว่า กลุ่มอาการของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ เป็นกลุ่มอาการที่อยู่กันคนละองค์ประกอบกับกลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้า^(56, 57) ดังนั้นการวินิจฉัย ควรวินิจฉัยแยกโรคอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ออกจากภาวะซึมเศร้า^(25, 58) ดังที่ Shear (2015)⁽¹⁸⁾ ได้จำแนกแนวทางการวินิจฉัยของ 2 กลุ่มอาการไว้ดังนี้

ตาราง 1 แสดงความแตกต่างของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและภาวะซึมเศร้า

ลักษณะอาการ	อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย	ภาวะซึมเศร้า
อาการทางด้านอารมณ์		
อารมณ์เศร้า (depressed mood)	มีอาการเด่นชัดมาก	มีอาการเด่นชัด(ตรงตามเกณฑ์วินิจฉัย)
ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia)	ไม่ค่อยปรากฏ	มีอาการเด่นชัด
วิตกกังวล (anxiety)	อาจพบได้ มักกังวลเกี่ยวกับความไม่มั่นคงเมื่อเกิดการสูญเสีย	อาจพบได้บ้าง
คิดถึงโยเยหา	มีอาการเด่นชัด พบได้บ่อยและรุนแรง	ไม่ค่อยพบ
รู้สึกผิด	พบได้มาก แต่ความรู้สึกผิดจะเกี่ยวกับผู้ที่เสียชีวิต	พบได้มาก ความรู้สึกเกี่ยวกับการที่รู้สึกว่าคุณเองไม่มีค่า
อาการทางความคิดและพฤติกรรม		
ไม่ค่อยมีสมาธิ	อาจพบได้บ้าง	พบได้บ่อย (ตามเกณฑ์วินิจฉัย)
คิดหมกมุ่น	พบได้บ่อย คิดเกี่ยวกับคนที่เสียชีวิตไปแล้ว	อาจพบได้บ้าง เป็นความคิดแง่ลบ เกี่ยวกับตนเอง คนอื่น หรือสังคม

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ลักษณะอาการ	อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ จากการสูญเสีย	ภาวะซึมเศร้า
เห็นภาพหรือคิดซ้ำไปซ้ำมา	พบได้บ่อย คิดหรือเห็นภาพคนที่ เสียชีวิตไปแล้ว	อาจพบได้บ้าง
หลีกเลี่ยงที่จะนึกถึงการสูญเสีย	พบได้บ่อย พยายามไม่นึกถึงการ สูญเสีย	อาจพบได้บ้าง โดยจะ เกี่ยวกับการแยกตัวจาก สังคมทั่วไป
พยายามหาทางไกล่ชดกับผู้ที่ เสียชีวิตไปแล้ว	พบได้บ่อย โดยเป็นความพยายาม ที่จะรู้สึกว่าได้ไกล่ชดผู้ที่ เสียชีวิตไปแล้ว	ไม่ค่อยพบ
มีความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับ การฆ่าตัวตาย	พบได้มาก	พบได้มาก (ตรงตามเกณฑ์ วินิจฉัย)
พฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ	หลีกเลี่ยงมื้ออาหาร เพราะจะทำ ให้นึกถึงการทานอาหารร่วมกับผู้ ที่เสียไปแล้ว หรือทำให้นึกถึง อาหารที่ผู้เสียชีวิตชอบ	มีความเปลี่ยนแปลงใน ความอยากอาหาร (ตรง ตามเกณฑ์วินิจฉัย)
การนอนหลับ		
การนอนผิดปกติ	หลีกเลี่ยงเตียงนอน ทำให้นอน ไม่ได้เพราะแม้แต่ครุ่นคิดเกี่ยวกับ การสูญเสีย	พบได้มาก (ตรงตามเกณฑ์ วินิจฉัย)
ฝันร้าย	ไม่ค่อยพบ	พบได้บ้าง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้า

Sung (2011)⁽¹²⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) จำนวน 111 ราย กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 142 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรายงานการสูญเสียบุคคลที่สำคัญในชีวิตที่ไม่ต่างกัน โดยรายงานระยะเวลาของการสูญเสียที่

ผ่านมาเฉลี่ยคือ 13-15 ปี แต่พบความแตกต่างในระดับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในกลุ่มควบคุมที่พบเพียงร้อยละ 11.92 น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) ที่พบถึงร้อยละ 38.09 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยและมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียจะมีอัตราการใช้อัลกอฮอล์ในระยะยาวสูงกว่าร้อยละ 40.9 มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 มีคะแนนการเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่สูงกว่าร้อยละ 4.40 มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และมีการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 41.64 มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

Kim และ Jacobs (1991)⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กับโรคทางจิตเวช ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงที่สูญเสียคู่สมรสจากการเสียชีวิต จำนวน 25 คน ผลพบว่า ร้อยละ 64 มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียรวมทั้งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 94 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ที่พบเพียงร้อยละ 33 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสาเหตุการตายของคู่สมรสที่พบมากที่สุดคือคือการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ

Kersting และคณะ (2009)⁽³⁶⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น unipolar affective disorder จำนวน 73 ราย อายุเฉลี่ยคือ 46.7 ปี เพศหญิง 47 ราย (64%) เพศชาย 26 ราย (36%) มีประสบการณ์สูญเสีย 70 ราย (96%) ระยะเวลาการสูญเสียผ่านมาแล้วโดยเฉลี่ย 16.4 ปี แสดงให้เห็นถึงการเผชิญกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติมาอย่างยาวนาน บุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิตที่สูญเสียคือพ่อแม่คิดเป็นร้อยละ 48 คู่ครองคิดเป็นร้อยละ 4 พี่น้องคิดเป็นร้อยละ 4 และลูกคิดเป็นร้อยละ 2 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแบ่งเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย 13 ราย และที่เหลืออีกจำนวน 60 ราย ไม่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างในเรื่องของระยะเวลาการสูญเสียที่ผ่านมา ช่วงอายุที่เกิดการสูญเสีย ส่วนระดับความรุนแรงของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการสูญเสียที่ผ่านมา $r = -0.182$ $p = 0.133$ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิต $r = 0.365$ $p = 0.002$ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า $r = 0.364$ $p = 0.002$ ซึ่งภาวะซึมเศร้า และการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต สามารถทำนายความแปรปรวนในอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้ถึงร้อยละ 60

Mash (2014)⁽⁵⁹⁾ ทำการศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างระดับการพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต กับอาการซึมเศร้าที่ผิดปกติจากการสูญเสียและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นตอนปลายและวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 157 คน อายุระหว่าง 17-29 ปี ซึ่งมีประสบการณ์การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา ระยะเวลาการสูญเสียเฉลี่ย 1.74 ปี พบความชุกของอาการซึมเศร้าที่ผิดปกติจากการสูญเสีย 16% และ 34% มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง พบว่าการพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมากจะทำให้มีอาการซึมเศร้าที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้าสูง

3. ผู้ป่วยนอกจิตเวช (Psychiatric outpatients)

โรคทางจิตเวชหมายถึงกลุ่มอาการทางจิตที่มีความสำคัญทางคลินิก มีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติทางจิตใจ ทางชีวภาพหรือกระบวนการปรับตัว ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดหรือความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันอันได้แก่การเรียน การทำงาน การเข้าสังคม ความเบี่ยงเบนเหล่านี้จะไม่นับรวมพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางสังคมบางประการอันได้แก่ ทางการเมือง ศาสนา ทางเพศ ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดจากความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับสังคมไม่ถือว่าเป็นอาการของโรคทางจิตเวช⁽⁵⁵⁾ ซึ่งการวินิจฉัยแยกโรคตาม DSM-5 ได้ระบุหลักการพิจารณาการเป็นโรคทางจิตเวชดังนี้⁽⁵¹⁾

1) มีลักษณะหรือกลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่มีความสำคัญทางการแพทย์

2) อาการเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมาน (distress) ส่งผลกระทบต่อบุคคล (disturbance) หรือมีความบกพร่องในกิจวัตรประจำวันต่างๆ (disabilities) หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะถึงแก่ชีวิต

3) อาการที่เกิดขึ้นนั้นต้องไม่เป็นสิ่งที่สังคมยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติ

กลุ่มโรคทางจิตเวช แบ่งออกเป็นกลุ่มหลักๆ ตาม DSM-5 ดังนี้⁽⁵¹⁾

1) กลุ่มโรคทางจิตเวชที่เกิดจากพยาธิสภาพทางร่างกาย (organic mental disorders) คือ ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นมาจากสาเหตุของการเจ็บป่วยทางร่างกาย มีดังนี้

1.1) กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากความผิดปกติของสมอง ได้แก่

1.1.1) โรคสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติในโครงสร้างของสมองหรือการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของสมอง โดยมีผลต่อความจำ ความคิด

ความเข้าใจ การรับรู้เวลาสถานที่ แบบค่อยเป็นค่อยไป มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน

1.1.2) โรคทางจิตเวชเนื่องจากความผิดปกติอื่น ๆ ของสมอง (other mental disorders due to brain damage and dysfunction to physical disease) คือ โรคจิตที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บทางสมอง หรือการผิดปกติทางสมอง

2) กลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิตหลงผิด (schizophrenia, delusional disorders)

2.1) โรคจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ป่วยจะไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (out of reality) ผู้ป่วยจะแสดงอาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) มีพฤติกรรมและการพูดที่ไม่ปะติดปะต่อเป็นเรื่องเป็นราว (disorganization behavior or speech) พูดน้อย ไม่ค่อยแสดงความรู้สึก ไม่ค่อยสบตา มีพฤติกรรมที่แปลก ไม่สมเหตุสมผล (grossly disorganized behavior)

2.2) โรคจิตหลงผิด (delusional disorder)

ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิดที่ไม่มีลักษณะแปลก หรือไม่สมเหตุสมผล เนื้อหาของอาการหลงผิดมักมีความเกี่ยวข้องไปในแนวทางเดียวกัน การแสดงออกเหมาะสมกับเรื่องราว ดังเช่น การหลงผิดว่าคนอื่นมาหลงรักตนเอง (erotomanic type) หลงผิดว่าตนเองมีความสามารถเหนือกว่าคนอื่น มีความสามารถพิเศษ (grandiose type) หลงผิดว่าคู่อริใจ (jealous type) หลงผิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง หรือทำร้าย (persecutory type) และ หลงผิดเกี่ยวกับร่างกายตนเอง (somatic type)

2.3) โรคจิตเฉียบพลัน (brief psychotic disorder)

จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มักเกิดจากการประสบกับอุบัติเหตุหรือการกดดันทางจิตใจที่รุนแรง โดยจะเกิดได้ง่ายในบุคคลที่มีบุคลิกภาพเดิมที่ไม่มั่นคง ประกอบด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการเกิดขึ้นภายในเวลา 1 วันไม่เกิน 1 เดือน อาการจะดีขึ้นภายใน 1-2 วัน

2.4) โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder)

ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทร่วมกับอาการของโรคทางอารมณ์ โดยมีอาการของโรคจิต (psychosis) ที่คล้ายคลึงกับโรคจิตเภท ร่วมกับมีช่วงของอารมณ์ที่ผิดปกติไม่ว่าจะเป็นช่วงอาการของโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive episode) หรือช่วงความครื้นเครงเกินปกติ (manic episode)

3) กลุ่มโรคจิตที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ (mood disorders)

จะเป็น โรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นหลัก มีอารมณ์ที่ผิดปกติ เศร้าหรือครื้นเครงมากเกินไป โดยอาจมีทั้งสองอารมณ์หรืออารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง

3.1) โรคซึมเศร้า (depressive disorders) เป็นกลุ่มอาการที่มีอารมณ์ผิดปกติทางด้านอารมณ์เศร้า แบ่งออกเป็น โรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder)

3.2) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ผู้ป่วยมีอาการของ mania สลับกับ depression บางครั้งมีเพียงแค่อารมณ์ mania เพียงอารมณ์เดียว ผู้ป่วยจะรู้สึกคึกคัก มีความสุขเกินกว่าปกติ ขยัน ชอบทำกิจกรรม มีความคิดวางแผนมากมาย เชื่อมมั่นในตนเองมาก มีการใช้จ่ายสูงขึ้น และมีการแสดงออกทางเพศค่อนข้างเยอะ

4) โรควิตกกังวล (anxiety disorder)

มีอาการกังวลเป็นอาการเด่น กลัวเกินความเป็นจริง แม้สถานการณ์นั้นอาจจะไม่ได้ก่อให้เกิดอันตราย

4.1) โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorders) มีลักษณะสำคัญ 2 ประการคือ อาการย้ำคิด (obsession) คือมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งซ้ำๆ โดยที่ผู้ป่วยก็รู้ตัวว่าความคิดนั้นไม่มีประโยชน์ แต่ก็หยุดคิดไม่ได้ อาการย้ำทำ (compulsion) เป็นการกระทำเพื่อลดความคิด ความกังวลใจที่ตนมี แม้การกระทำนั้นจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด

4.2) โรคตื่นตระหนกแพนิก (panic disorder) ผู้ป่วยจะมีอาการตื่นกลัวต่อบางสิ่งบางอย่าง แม้จะไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น ผู้ป่วยจะมีความกังวลอยู่ตลอดเวลา มีอาการใจสั่น หายใจไม่ทั่วท้อง มึนงง เหงื่อแตก กลัวว่าตนเองจะตาย กลัวว่าจะเป็นโรคหัวใจ

4.3) โรคคลัว (phobia) แตกต่างจากความกลัวโดยทั่วไป เพราะเป็นความกลัวต่อบางสิ่งอย่างมากที่ไม่สมเหตุสมผล ดังเช่นการกลัวสัตว์ สิ่งของหรือสถานการณ์ต่างๆ

4.4) โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder-GAD) ผู้ป่วยมีความกังวลในเรื่องต่างๆไป หลายๆเรื่องพร้อมกัน มีความกังวลเกินกว่าเหตุ โดยจะสัมพันธ์กับระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น กระสับกระส่าย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ตื่นตกใจง่าย

4.5) โรคความเครียดทางจิตใจจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post - traumatic stress disorder) จะเกิดขึ้นจากการที่ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือเหตุการณ์ที่รุนแรง ซึ่งเหตุการณ์เหล่านั้น อาการมักจะเกิดขึ้นในช่วง 2-3 สัปดาห์ จนถึงเป็นเดือน มีเพียงบางส่วนที่ไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะคิดถึงเหตุการณ์นั้น ๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีก ฝันร้าย นอนไม่หลับ มักพบอาการกังวลใจและอาการซึมเศร้าร่วมด้วยได้บ่อย

5) กลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติเบี่ยงเบนไปจากพฤติกรรมปกติที่คนส่วนใหญ่ในสังคมประพฤติกัน

5.1) บุคลิกภาพผิดปกติแบบขี้ระแวง (paranoid personality disorder) ผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองจะถูกเอาเปรียบหรือถูกปองร้าย จึงคอยระแวงระวัง สงสัยอยู่ตลอดเวลา ไม่ค่อยเชื่อใจ

5.2) บุคลิกภาพผิดปกติแบบแยกตัว (schizoid personality disorder) ผู้ป่วยมักจะแยกตัวไม่ค่อยสูงส่ง หรือเข้าสังคม ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ มักอยู่ในโลกส่วนตัวของตนเอง

5.3) บุคลิกภาพผิดปกติแบบเชื่อถือโศกลาง (schizotypal personality disorder) ผู้ป่วยมักจะเชื่อเรื่องโศกลาง ผีสาว หรือสิ่งเร้นลับเหนือธรรมชาติ

5.4) บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) มักมีบุคลิกที่ดูมีเสน่ห์ แต่มักจะก้าวร้าว มีนิสัยชอบโกหก ลักขโมย หรือทำสิ่งผิดกฎหมาย ใจร้อน หุนหันพลันแล่น ไม่รู้สึกเสียใจต่อการกระทำของตนเอง

5.5) บุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) ผู้ป่วยมีอารมณ์แปรปรวนอย่างมาก คาดเดาไม่ได้สามารถเปลี่ยนจากรักไปเป็นเกลียดได้ไวมาก อยู่คนเดียวไม่ได้ ใครดีด้วยก็จะรักคนนั้นมากๆ

5.6) บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเรียกร้องความสนใจจากคนรอบข้างสูงมาก จะแสดงอาการที่เกินจริง มีลักษณะยั่ววนทางเพศ ทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ได้

5.7) บุคลิกภาพผิดปกติแบบหลงตนเอง (narcissistic personality disorder) ผู้ป่วยมีความหลงตนเอง คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่น่าชื่นชม ดูดี มีความสามารถเหนือคนอื่น และมักจะไม่สนใจความรู้สึกของคนรอบข้าง

5.8) บุคลิกภาพผิดปกติแบบหลีกเลี่ยง (avoidant personality disorder) ผู้ป่วยอยากเข้าสังคม อยากมีปฏิสัมพันธ์ แต่กลัวการปฏิเสธจึงไม่กล้าเข้าไปพูดคุยกับผู้อื่น ซ้ำๆ มองตนเองในแง่ร้าย เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

5.9) บุคลิกภาพผิดปกติแบบพึ่งพา (dependent personality disorder) ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถใช้ชีวิตโดยคนเดียวได้โดยลำพัง จะทำหรือตัดสินใจในสิ่งใดต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเสมอ กลัวการถูกทอดทิ้ง

5.10) บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) ผู้ป่วยจะมีลักษณะคล้ายกับคนรักความสมบูรณ์แบบ คือจะทำทุกอย่างเพื่อความสมบูรณ์แบบ เรียบร้อยไม่มีที่ติ ไม่มีความยืดหยุ่น ยึดถือกฎระเบียบ กฎเกณฑ์ต่างๆ อย่างเคร่งครัด

6) ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation)

คือ ภาวะที่สมองพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะต่างๆ เช่น ด้านสติปัญญา ภาษา ทางสังคม ความสามารถทางสติปัญญา และการปรับตัวทางสังคมอาจเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากการฝึกสอน แต่ในรายที่รุนแรง ต้องได้รับการดูแลตลอดเวลา เพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

งานวิจัยที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยจิตเวช

Piper และคณะ (2001)⁽³⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยนอกจิตเวชในประเทศอเมริกา ทั้งหมด 938 คน แต่มีผู้ที่ยอมเข้าร่วมการวิจัยเพียง 862 ราย และมีผู้ที่ถูกถามถึงประวัติการสูญเสียทั้งสิ้น 729 ราย พบ 403 ราย ที่มีการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต คิดเป็น 50% แต่มีผู้ที่ยอมเข้าร่วมวิจัยต่อเพียง 235 คน บุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิตที่เสียชีวิต ได้แก่ พ่อแม่ ร้อยละ 47 เพื่อนสนิท ร้อยละ 14 ญาติ

ผู้ใหญ่ ร้อยละ 10 พี่น้อง ร้อยละ 6 คู่ครอง ร้อยละ 4 และลูก ร้อยละ 3 ในกลุ่มตัวอย่าง 230 คนที่ได้รับการวินิจฉัยตาม Axis I พบโรคซึมเศร้าร้อยละ 50 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ร้อยละ 18 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 15 และอารมณ์ 2 ขั้ว (bipolar) ร้อยละ 11 ส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน ได้รับการวินิจฉัยตาม Axis II พบบุคลิกภาพย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 20 บุคลิกภาพแบบพึงพิง ร้อยละ 15 บุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) ร้อยละ 6 พบความซุกของอารมณ์เศร้า โศกที่ผิดปกติร้อยละ 19 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน (10%) มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 คน (9%) มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในระดับรุนแรง ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติในระดับรุนแรงจะรายงานความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน และความซึมเศร้า ที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติในระดับปานกลาง ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

จากงานวิจัยของ Prigerson(2002)⁽⁴⁾ ศึกษาความซุกของความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวชจำนวน 151 คน กลุ่มตัวอย่างคือเพศหญิงร้อยละ 53 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 34.9 ปี ที่รายงานการสูญเสียเฉลี่ย 6 คน ระยะเวลาเฉลี่ยของการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตคือ 5 เดือน ความซุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียคือร้อยละ 34 พบบุคคลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรายงานความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้แก่ คู่ครองร้อยละ 71 พ่อแม่ร้อยละ 63 ลูกร้อยละ 23 และพี่น้องพบร้อยละ 16 ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตในงานนี้ไม่พบว่าส่งผลต่อความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

Macias (2004)⁽⁸⁾ ศึกษาอารมณ์เศร้าโศกในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 148 คน แต่พบว่าไม่มีผู้ป่วยที่รายงานการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตจำนวน 33 ราย อายุเฉลี่ยคือ 44 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติมีทั้งสิ้น 18 ราย (12%) ระยะเวลาผ่านการสูญเสียมาแล้วโดยเฉลี่ย 10 ปี การเจ็บป่วยทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 7 ราย (39%) บุคลิกภาพที่ผิดปกติ 3 ราย (16%) การใช้สารเสพติด 12 ราย (67%)

Simon และคณะ (2007)⁽²⁶⁾ ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสบการณ์การสูญเสียผ่านมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนจำนวน 417 คน มีเพียง 206 คน ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย อายุเฉลี่ย 46.5 ปี เป็นเพศหญิง 168 ราย (81.6%) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยโรคทางจิตอื่น

ร่วมอยู่ด้วยอันได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จะรายงานคะแนนความบกพร่องทางสังคมและหน้าที่ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย

การศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกลุ่มวิตกกังวลของ Marques (2013)⁽²⁸⁾ อันได้แก่ anxiety disorders, generalized anxiety disorders (GAD), posttraumatic stress disorders (PTSD) จำนวน 242 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มวิตกกังวล 155 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางกลุ่มวิตกกังวลมีอาการเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมากถึงร้อยละ 12 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่พบเพียงร้อยละ 0.65 รวมทั้งอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียยังเป็นตัวทำนายการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ($\beta = -0.140, p = 0.023$) และมีการสูญเสียการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่มากกว่า ($\beta = 0.141, p = 0.035$)

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคม หรือ Social support คือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมทั้งในด้านต่างๆ โดยที่ผู้รับจะได้ประโยชน์จากการช่วยเหลือหรือปฏิสัมพันธ์นั้น อันได้แก่ การช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น^(3, 60)

⁶¹⁾ โดยมีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Cobb (1976)⁽⁶²⁾ ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมว่า คือข้อมูลต่างๆ ที่นำไปสู่การทำให้บุคคลเหล่านั้นเชื่อว่าเขาได้รับการดูแล เป็นห่วง และได้รับความรัก มีความเชื่อมั่นและมีคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีภาระหน้าที่ร่วมกัน

Lazarus และ Folkman (1984)⁽⁶³⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงทำให้ได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

House (1981)⁽⁶⁴⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของบุคคล ประกอบด้วยความรักใคร่ ช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร โดยนำไปสู่การช่วยเหลือกัน

พลอยวไล ไกรนรา (2548) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ ช่วยให้คุณรับรู้ว่าคุณเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้คุณจะสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

จากนิยามดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ให้ความหมายไว้ใกล้เคียงกันและสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ ที่ช่วยส่งเสริมให้คุณรับรู้ว่าคุณเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

Schaefer, Coyne และ Lazarus⁽⁶¹⁾ แบ่งประเภทของการสนับสนุนออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึงแรงสนับสนุนด้านความผูกพันความมั่นใจ ความรู้สึกเชื่อถือ ความใกล้ชิด ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนประเภทนี้จะช่วยให้คุณรู้สึกว่ายังเป็นที่รักและได้รับการใส่ใจจากผู้อื่น

2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารหรือการแนะนำ ซึ่งช่วยให้คุณแก้ไขปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของคุณเพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม

3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (tangible support) หมายถึงการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของเงินทองหรือบริการอย่างเช่นการช่วยเหลือดูแลผู้อื่น

ใกล้เคียงกับ Will และ Uchino^(65, 66) ที่ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นมาเป็น 4 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) คือการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย ความรัก ความเชื่อใจ การยอมรับ ความผูกพันใกล้ชิด หรือการดูแลใส่ใจ จากคนรอบข้าง การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จะช่วยให้ผู้ที่ได้รับรู้สึกว่ามีคุณค่า รวมทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเครียดด้วย

2) การสนับสนุนทางด้านวัตถุ (Tangible support) คือการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน หรือวัสดุสิ่งของเครื่องใช้ หรือการบริการช่วยเหลือต่างๆ เป็นการสนับสนุนที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน และผู้รับสามารถรับรู้ได้โดยตรง

3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือการให้คำแนะนำ แนวทาง ข้อเสนอแนะ หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ได้รับ ซึ่งการสนับสนุนทางด้านข้อมูลนี้จะช่วยส่งเสริมในการแก้ไขปัญหาของบุคคล

4) การสนับสนุนทางการเป็นสมาชิกกลุ่ม (Companionship support) คือการทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม หรือสังคม ซึ่งได้แก่การให้เข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มเป็นต้น

House⁽⁶⁴⁾ ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ซึ่งนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

2. การสนับสนุนทางการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมกับคนในสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจในการอยู่ในสังคมมากขึ้น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะแนวทาง ข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ซึ่งจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือสิ่งของ (Instrumental support) หมายถึงการช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในเรื่องของเงินทอง แรงงาน เวลา

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

Hogan (2002)⁽⁶⁷⁾ กล่าวว่า แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลายได้แก่ จากครอบครัว เพื่อนฝูง คู่ครอง สัตว์เลี้ยง หรือเพื่อนร่วมงาน ครูอาจารย์ ผู้บังคับบัญชา ผู้ให้คำปรึกษา จิตแพทย์ เป็นต้น

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531)⁽⁶⁸⁾ ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตามความใกล้ชิดของความสัมพันธ์ออกเป็น 2 แหล่ง คือ

1) กลุ่มปฐมภูมิ (Primary Group) เป็นกลุ่มขนาดเล็ก ซึ่งสมาชิกภายในกลุ่มมีความผูกพันใกล้ชิดกันค่อนข้างมาก มีการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการเน้นความแนบแน่นทางสัมพันธ์มากกว่าประสิทธิภาพของการทำงาน เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เป็นต้น

2) กลุ่มทุติยภูมิ (Secondary Group) ขนาดของกลุ่มจะใหญ่หรือเล็กก็ได้ ซึ่งสมาชิกมีความผูกพันกันไม่มากนัก มีการติดต่อกันอย่างเป็นทางการมากกว่ากลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งมักเกิดจากการที่บุคคลมาอยู่รวมกันเพื่อเหตุการณ์เฉพาะกิจ เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียน สมาคมต่างๆ เป็นต้น

ซึ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวตัดสินถึงควมมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ดังเช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่ครอง คู่รัก มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพกายที่ดี⁽⁶⁹⁾ ในขณะที่แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนจะช่วยลดความเครียดจากสถานภาพการสมรสและสถานภาพการเป็นพ่อแม่ได้ดีกว่า การได้รับการสนับสนุนจากคู่ครอง⁽⁷⁰⁾

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคม

Ott (2003)⁽³²⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในกลุ่มตัวอย่างที่คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 112 คน พบอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติร้อยละ 29 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ มีการปรับตัวต่อการโศกเศร้าได้ในช่วง 3 – 6 เดือน หลังการสูญเสีย และจะสามารถปรับตัวจนเกือบเข้าสู่ภาวะปกติได้เมื่อผ่านไป 15 เดือน เช่นการสามารถกลับมาทำงานได้ดังเดิม มีการใช้ชีวิตได้ในระดับเดียวกับก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย ในขณะที่

กลุ่มตัวอย่างที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจะมีการปรับตัวได้น้อยกว่า และมีถึงร้อยละ 21 ที่ไม่มีสัญญาณการฟื้นตัวที่ดีขึ้นเลย รวมทั้งจะรายงานความเครียดมากกว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

Sung (2011)⁽¹²⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorders) จำนวน 111 ราย กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลทั่วไปที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชเลย 142 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรายงานการสูญเสียบุคคลที่สำคัญในชีวิตที่ไม่ต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าหลักและมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติร่วมด้วยจากการสูญเสียจะรายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 41.64 มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

Macias (2004)⁽⁸⁾ ศึกษาอารมณ์เศร้าโศกในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 148 คน แต่พบว่าผู้ป่วยที่รายงานการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตจำนวน 33 ราย อายุเฉลี่ยคือ 44 ปี พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้แก่ การเสียชีวิตโดยกะทันหันของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท การใช้เวลากับผู้ที่เสียชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิต มีภาวะความเครียด และขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

Allen (2013)⁽⁷¹⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้มีการเสียชีวิตไปแล้วจำนวน 188 คน ผลพบว่า ภายใน 1 ปี หลังจากผู้ป่วยที่ดูแลได้เสียชีวิตลงไปภายใน มากกว่า 50% มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ จะเป็นตัวทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross - sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ประชากร
2. กลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประชากร (Population)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง (Population samples)

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคเกี่ยวกับทางจิตเวช จำนวน 843 ราย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size determination) โดยคำนวณจากสูตรหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน กำหนดที่ร้อยละ 15 ของค่า p

$$\text{คำนวณจากสูตร} \quad n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

z = ค่า z จากตาราง z เมื่อ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

p = ค่าความชุกของความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีประวัติการสูญเสีย = 0.31⁽³⁾

d = ความคลาดเคลื่อน = 0.05

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.31) (0.69)}{(0.05)^2}$$

$$= 329 \text{ คน}$$

และเพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณ 20% ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยนอกที่มีการสูญเสียคือ 395 คน เนื่องจากต้องมีการคัดกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูญเสียเท่านั้นเข้าสู่การวิจัยในขั้นต่อไป และเพื่อให้พบกับความชุกดังกล่าวจึงต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมดเป็น 843 ราย

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (Purposive sampling) ซึ่งในที่นี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกจิตเวชทุกรายที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2557 จนถึง เดือน กันยายน 2557 โดยเข้าตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

2. สามารถอ่านออก เขียน หรือ สื่อสารภาษาไทยได้

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกรอก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของสมองบกพร่องรุนแรง เช่น ไม่รู้เวลาสถานที่ หรือไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นให้เข้าใจได้

2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยประเมินโดยการพูดคุย สัมภาษณ์ ก่อนการเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิต

ส่วนที่ 2 ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ด้วยกัน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบประเมินภาวะการสูญเสีย มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ บุคคลที่เสียชีวิต ลักษณะการเสียชีวิต ระยะเวลาที่เสียชีวิต ความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิต การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต การเตรียมความพร้อม บุคคลที่ให้การสนับสนุน

ตอนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG) มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งแปลและพัฒนาโดย อรสา ไยยอง และพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย⁽⁹⁾ โดยได้รับอนุญาตจาก Prigerson⁽⁴⁾ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาดำเนินการด้วยตนเอง ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97⁽⁹⁾ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย และ 4 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ และแปลผลโดยคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของ เครื่องมือ ในผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวน 30 ราย โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.95

ตอนที่ 3 แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory-II – BDI-II) ฉบับภาษาไทย มีจำนวน 21 ข้อ พัฒนา โดย นันทิกา ทวิชาชาติ ความ แม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี มี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II นี้กับ The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เท่ากับ 0.71⁽¹⁵⁾

โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของ เครื่องมือ ในผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวน 30 ราย โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96 สำหรับเกณฑ์กำหนดคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ตามตัวเลขคะแนนหน้าข้อที่เลือก

โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน เทียบความรุนแรงตามค่าคะแนน โดย 0-13 คะแนน คือไม่มี ภาวะซึมเศร้า 14-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 20-28 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปาน กลาง และ 29-63 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ตอนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer⁽⁷²⁾ โดย พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย⁽¹⁶⁾ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่ง การสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 7 ข้อ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ 3) ด้าน ทรัพยากร 5 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ พบความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ ในด้านอารมณ์เท่ากับ 0.91 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.88 และด้านทรัพยากรและวัตถุเท่ากับ 0.87

โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ ในผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวน 30 ราย โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ ในด้านอารมณ์เท่ากับ 0.92 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.98 และด้านทรัพยากรและวัตถุเท่ากับ 0.94

การแปลผล เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ จึงพิจารณาแปลผลแบ่งกลุ่มตามค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation,SD) โดยค่า $mean \pm SD = 54.9 \pm 12.6$ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือค่าคะแนนที่ต่ำกว่า 42.3 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือคะแนนตั้งแต่ 42.3 – 67.5 คะแนน และการสนับสนุนทางสังคมสูง คือคะแนนที่มากกว่า 67.5 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับการพิจารณาทางจริยธรรม
2. หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะแพทยศาสตร์ จึงทำหนังสือขออนุญาตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ทำการขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บแบบสอบถาม
4. เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยจะเก็บข้อมูลในช่วงเข้าระหว่างเวลาที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์

4.1) กระบวนการขอความยินยอม ผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำหน้าที่ขอความยินยอมจากผู้ป่วยจิตเวช ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภปร. ชั้น 12 โดยมีการให้ข้อมูลคำอธิบายขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ รวมไปถึงตอบข้อสงสัยจนผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการศึกษา และใช้เวลาในการตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนการลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมใน

การศึกษาโดยสมัครใจ รวมทั้งมีการพิจารณาขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีที่ผู้ป่วยมี ปัญหาทางจิตเวชที่มีผลต่อการตัดสินใจที่ไม่สามารถให้การยินยอมได้ด้วยตนเอง

4.2) ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ซึ่งแบ่งการเก็บข้อมูลเป็นสองขั้นตอนด้วยกัน

ขั้นที่ 1 ใช้แบบสอบถามส่วนที่ 1 เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและ ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญในช่วงชีวิต กับผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเอง เฉพาะผู้ป่วยที่มีการสูญเสียเท่านั้นที่จะได้ทำแบบสอบถามในส่วนที่เหลือต่อไป ส่วนผู้ที่ไม่ มีการสูญเสีย ให้ถือว่าเป็นอันสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

ขั้นที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างที่มีการสูญเสีย ทำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ซึ่ง ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะการสูญเสีย 2) แบบประเมิน อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย 3) แบบวัดภาวะซึมเศร้า และ 4) แบบสอบถามการ สนับสนุนทางสังคม

5. ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามที่ได้รับ

6. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ทำ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม Statistics Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows version 20 นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านปัจจัยต่างๆ และความชุกของ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เป็นค่าสัดส่วนและร้อยละ (proportion and percentage) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการ สูญเสีย โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงลักษณะ (categorical data) ใช้การทดสอบที (independent t-test) หรือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance - ANOVA) และ Pearson's correlation ในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$) หลังจากนั้น ทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (binary logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนาย

อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical considerations)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรมตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน 3 ข้อ คือ

1. หลักเคารพในตัวบุคคล ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้ขอความยินยอม และอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ให้เวลาในการตัดสินใจ สามารถให้การปฏิเสธการตอบคำถามใดๆที่ไม่อยากตอบ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

2. หลักในการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย การศึกษานี้อาศัยวิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ไม่ได้ให้สิ่งทดลองแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยเอง แต่จะมีส่วนช่วยในการสร้างองค์ความรู้ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปต่อยอดในการวางแผนบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ รวมทั้งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นความลับ ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมการศึกษาวินิจฉัยไว้ และทำการวิเคราะห์นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมโดยไม่มีระบุหรือเจาะจงถึงตัวบุคคล ในกรณีที่ผู้ร่วมการวิจัยได้รับผลกระทบจากการตอบแบบสอบถาม ทางผู้วิจัยจะทำการแจ้งให้แพทย์ผู้ทำการรักษารับทราบ

3. หลักความยุติธรรม การศึกษานี้มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคัดออกชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการสูญเสีย อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 843 ราย ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยของโรคทางจิตเวชและปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคม ทำการเก็บข้อมูลระหว่าง มิถุนายน – กันยายน 2557 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย ความชุกของการสูญเสีย ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด 843 ราย

ตอนที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย ลักษณะของประสบการณ์การสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีการสูญเสียทั้งหมด 535 ราย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยของโรคทางจิตเวช ปัจจัยของประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย ความชุกของการสูญเสีย
ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด 843 ราย

ตาราง 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 843)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	528	62.6
	ชาย	315	37.4
อายุ	18-30 ปี	202	24.0
	31-40 ปี	229	27.2
	41-50 ปี	192	22.8
	51-60 ปี	135	16.0
	61 ปี ขึ้นไป	85	10.0
Mean±SD = 41.33±13.75 ปี , Min = 18 ปี , Max = 86 ปี			
สถานภาพสมรส	โสด	447	53.0
	คู่อยู่ด้วยกัน	299	35.5
	คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	42	5.0
	หย่าร้าง	30	3.5
	หม้าย	25	3.0
ระดับการศึกษาสูงสุด			
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	373	44.2
	ปริญญาตรี	344	40.8
	สูงกว่าปริญญาตรี	90	10.7
	ไม่ได้รับการศึกษา	36	4.3
การประกอบอาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	287	33.9
	ประกอบอาชีพ	554	66.1

ตาราง 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 843)	ร้อยละ
ประเภทของอาชีพ		(n=554)	ร้อยละ
	ลูกจ้าง พนักงาน	228	40.9
	ธุรกิจส่วนตัว	149	26.8
	รับราชการ	95	17.1
	เกษียณอายุ	52	9.3
	รัฐวิสาหกิจ	18	3.2
	อาชีพอิสระ/รับจ้าง	15	2.7
การมีรายได้	มีรายได้	583	69.2
	ไม่มีรายได้	260	30.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n=583)			
	น้อยกว่า 5,000 บาท	47	8.1
	5,001 – 10,000 บาท	117	20.0
	10,001 – 20,000 บาท	193	33.1
	20,001 บาท ขึ้นไป	226	38.8
Mean±SD = 23,133.16 ± 20,806.64 บาท , Min = 700 บาท , Max = 250,000 บาท			
ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
	บิดา มารดา	354	42.0
	คู่สมรส หรือแฟน	291	34.5
	พี่น้อง	252	29.9
	บุตร	201	23.8
	ญาติอื่นๆ	102	12.1
	อยู่คนเดียว	73	8.7

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 843 คน พบว่า ร้อยละ 62.6 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 37.4 เป็นเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 18 – 86 ปี มีอายุเฉลี่ย 41.33 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.75 ปี) กว่าครึ่งเป็นโสด (ร้อยละ 53.0) การศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมาคือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ

33.9 สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพ อาชีพส่วนใหญ่คือลูกจ้างหรือพนักงาน (ร้อยละ 40.9) รองลงมาคือธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 26.8) และรับราชการ (ร้อยละ 17.1) ส่วนใหญ่มีรายได้ (ร้อยละ 69.2) โดยรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 23,133 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 20,806.64 บาท) กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบิดามารดา เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมาคือคู่สมรสหรือแฟน คิดเป็นร้อยละ 34.5 พี่น้อง ร้อยละ 29.9) บุตร (ร้อยละ 23.8) ญาติอื่นๆ (ร้อยละ 12.1) และอยู่คนเดียว (ร้อยละ 8.7) ตามลำดับ



ตาราง 3 แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช		จำนวน(n = 843)	ร้อยละ	
โรคทางจิตเวช	Mood disorders	290	34.4	
	Anxiety disorders	265	31.4	
	Schizophrenia and other psychotic disorders	209	24.8	
	Adjustment disorders	36	4.4	
	Alcohol and substance use disorders	15	1.8	
	Autistic and Asperger's syndrome	12	1.3	
	Dementia	6	0.7	
	Personality disorders	6	0.7	
	Dissociative disorders	3	0.4	
	Eating disorders : Bulimia nervosa	1	0.1	
	ประวัติการใช้สารเสพติด			
	การใช้แอลกอฮอล์	ไม่ใช้	673	79.8
ใช้เป็นครั้งคราว		161	19.1	
ใช้เป็นประจำ		9	1.1	
การสูบบุหรี่	ไม่ใช้	741	87.9	
	ใช้เป็นครั้งคราว	46	5.5	
	ใช้เป็นประจำ	56	6.6	
ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง				
	ไม่ใช้	841	99.8	
	ใช้เป็นครั้งคราว	2	0.2	
	ใช้เป็นประจำ	0	0	

ข้อมูลของโรคทางจิตเวช เป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาจากแหล่งทุติยภูมิ จากบัตรบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (OPD Card)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์(ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	จำนวน(n = 843)	ร้อยละ
ชนิดของการรักษาโรคทางจิตเวช (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยา	776	92.1
จิตบำบัด	115	13.6
การรักษาด้วยไฟฟ้า	35	4.2
ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช		
ไม่เคย	745	88.4
เคย	98	11.9
จำนวนครั้งนอนโรงพยาบาล (n=98)		
1 ครั้ง	71	72.4
2 ครั้งขึ้นไป	27	27.6
Median = 1 ครั้ง, Mode = 1 ครั้ง, Min = 1 ครั้ง, Max = 6 ครั้ง		
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	518	61.4
มี	325	38.6
ชนิดของโรคประจำตัวทางกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคไขมันในเลือดสูง	114	13.5
โรคความดันโลหิตสูง	108	12.8
โรคกระเพาะ	61	7.2
โรคเบาหวาน	54	6.4
โรคข้อเสื่อม	54	6.4
โรคมะเร็งและเนื้องอกในสมอง	25	3
โรคหัวใจ	21	2.5
โรคไตและต่อมลูกหมากโต	15	1.8
โรคทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่	14	1.7
ไซนัส, หอบหืด		
โรคตับอักเสบ	13	1.5

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์(ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย	จำนวน(n = 843)	ร้อยละ
ชนิดของโรคประจำตัวทางกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไมเกรน	8	0.9
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง Acquired immune deficiency syndrome (AIDS)	7	0.8
โรคเส้นเลือดในสมองตีบและอัม พฤกษ์	2	0.2

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 88.4) ที่เคยมีประวัติการนอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เคยนอน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.4 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1 ครั้ง จำนวนครั้งมากที่สุดคือ 6 ครั้ง ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) คิดเป็นร้อยละ 34.4 รองลงมาคือโรควิตกกังวล (anxiety disorders) คิดเป็นร้อยละ 31.4 โรคจิตเภท (schizophrenia and other psychotic disorders) คิดเป็นร้อยละ 24.8 โรคการปรับตัวที่ผิดปกติ (adjustment disorders) คิดเป็นร้อยละ 4.4 การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด (alcohol and substance use disorders) คิดเป็นร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

ประวัติการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีการใช้แอลกอฮอล์เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 1.1 ใช้เป็นครั้งคราวคิดเป็นร้อยละ 19.1 กลุ่มตัวอย่าง ใช้น้ำหรือเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 6.6 ใช้เป็นครั้งคราวร้อยละ 5.5 สำหรับยานอนหลับนอกเหนือจากแพทย์สั่ง กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นครั้งคราวคิดเป็นร้อยละ 0.2

ชนิดของการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 92.1) รองลงมาคือได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด (ร้อยละ 13.6) และ รักษาด้วยไฟฟ้า (ร้อยละ 4.2)

ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช 98 คน (ร้อยละ 11.6)

สำหรับโรคประจำตัวทางกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 61.4) และมีโรคประจำตัวทางกายคิดเป็น ร้อยละ 38.6 ซึ่งโรคทางกายที่พบมากได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 13.5) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 12.8) โรคกระเพาะ (ร้อยละ 7.2) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 6.4) โรคข้อเสื่อม (ร้อยละ 6.4) โรคมะเร็งและเนื้องอกในสมอง (ร้อยละ 3) โรคหัวใจ (ร้อยละ 2.5) และโรคไต (ร้อยละ 1.8)ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิตที่ผ่านมา และอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิตที่ผ่านมา	จำนวน (843)	ร้อยละ
ไม่มี	308	36.5
มี	535	63.5
อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (จากผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด n=843)	140	16.6
อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (จากผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีการสูญเสีย n=535)	140	26.2

Mean±SD = 15.65 ±13.86 , Min = 0 คะแนน , Max = 68 คะแนน

จากตารางที่ 4 แสดงประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิตที่ผ่านมา พบกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การสูญเสีย 535 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 โดยพบอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด (n=843) คือ 140 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.6 หรือ ร้อยละ 26.2 ในผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีการสูญเสีย (n=535) โดยค่าคะแนนที่ถือว่ามึอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียคือ 25 คะแนน ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 15.65 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 68 คะแนน

ตอนที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย ลักษณะของประสบการณ์การสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีการสูญเสียทั้งหมด 535 ราย

ตาราง 5 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีการสูญเสีย (n=535)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 535)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	337	63
	ชาย	198	37
อายุ	18-30 ปี	111	20.7
	31-40 ปี	135	25.2
	41-50 ปี	131	24.5
	51-60 ปี	103	19.3
	61 ปี ขึ้นไป	55	10.3
Mean±SD = 42.59±13.57 ปี , Min = 18 ปี , Max = 86 ปี			
สถานภาพสมรส	โสด	276	51.6
	คู่อยู่ด้วยกัน	195	36.5
	คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	29	5.4
	หย่าร้าง	21	3.9
	หม้าย	14	2.6
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่าปริญญาตรี	235	43.9
	ปริญญาตรี	226	42.2
	สูงกว่าปริญญาตรี	56	10.5
	ไม่ได้รับการศึกษา	18	3.4
การประกอบอาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	180	33.6
	ประกอบอาชีพ	355	66.4

ตาราง 5 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีการสูญเสีย (n=535) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 535)	ร้อยละ
ประเภทของอาชีพ		(n=355)	ร้อยละ
	ลูกจ้าง พนักงาน	157	44.2
	ธุรกิจส่วนตัว	86	24.2
	รับราชการ	59	16.6
	เกษียณอายุ	36	10.1
	รัฐวิสาหกิจ	9	2.6
	อาชีพอิสระ/รับจ้าง	8	2.3
การมีรายได้	มีรายได้	383	71.6
	ไม่มีรายได้	152	28.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n=383)			
	น้อยกว่า 5,000 บาท	36	9.4
	5,001 – 10,000 บาท	74	19.3
	10,001 – 20,000 บาท	127	33.2
	20,001 บาท ขึ้นไป	146	38.1
Mean±SD = 22,089.66 ± 20,000 บาท , Min = 700 บาท , Max = 100,000 บาท			
ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
	บิดา มารดา	210	39.3
	คู่สมรส หรือแฟน	186	34.8
	พี่ น้อง	172	32.1
	บุตร	136	25.4
	ญาติอื่นๆ	57	10.7
	อยู่คนเดียว	50	9.3

จากตารางที่ 5 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูญเสีย 535 คน พบว่า ร้อยละ 63 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 37 เป็นเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 18 – 86 ปี มีอายุเฉลี่ย 42.59 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.57ปี) กว่าครึ่งเป็นโสด (ร้อยละ 51.6) การศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.9 รองลงมาคือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 42.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 33.6 สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพ อาชีพส่วนใหญ่คือลูกจ้างหรือพนักงาน (ร้อยละ 44.2) รองลงมา

คือ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 24.2) และรับราชการ (ร้อยละ 16.6) ส่วนใหญ่มีรายได้ (ร้อยละ 71.6) โดยรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 22,089.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 20,000 บาท) กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบิดามารดา เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 39.3 รองลงมาคือคู่สมรสหรือแฟน คิดเป็นร้อยละ 34.8 พี่น้อง ร้อยละ 32.1 บุตร คิดเป็นร้อยละ 25.4 ญาติอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 10.7) และอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 9.3 ตามลำดับ

ตาราง 6 แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีการสูญเสีย (n=535)

ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช		จำนวน (n = 535)	ร้อยละ	
โรคทางจิตเวช	Mood disorders	177	33.1	
	Anxiety disorders	175	32.7	
	Schizophrenia and other psychotic disorders	134	25.0	
	Adjustment disorders	25	4.7	
	Alcohol and substance use disorders	10	1.9	
	Autistic and Asperger's syndrome	5	0.9	
	Dementia	5	0.9	
	Personality disorders	2	0.4	
	Dissociative disorders	1	0.2	
	Eating disorders : Bulimia nervosa	1	0.2	
	ประวัติการใช้สารเสพติด			
	การใช้แอลกอฮอล์	ไม่ใช้	429	80.2
ใช้เป็นครั้งคราว		103	19.3	
ใช้เป็นประจำ		3	0.6	
การสูบบุหรี่	ไม่ใช้	469	87.7	
	ใช้เป็นครั้งคราว	31	5.8	
	ใช้เป็นประจำ	35	6.5	

ตาราง 6 แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีการสูญเสีย (n=535) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	จำนวน(n = 535)	ร้อยละ
ชนิดของการรักษาโรคทางจิตเวช (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยา	499	93.3
จิตบำบัด	75	14.0
การรักษาด้วยไฟฟ้า	22	4.1
ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช		
ไม่เคย	481	89.9
เคย	54	10.1
จำนวนครั้งนอนโรงพยาบาล (n=54)		
1 ครั้ง	40	74.1
2 ครั้งขึ้นไป	14	25.9
Median = 1 ครั้ง, Mode = 1 ครั้ง, Min = 1 ครั้ง, Max = 5 ครั้ง		
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	306	57.2
มี	229	42.8
ชนิดของโรคประจำตัวทางกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคไขมันในเลือดสูง	78	14.6
โรคความดันโลหิตสูง	73	14.2
โรคกระเพาะ	47	8.8
โรคข้อเสื่อม	40	7.5
โรคเบาหวาน	32	6.0
โรคหัวใจ	17	3.2
โรคมะเร็งและเนื้องอกในสมอง	16	3.0
โรคไตและต่อมลูกหมากโต	12	2.2
โรคทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่	12	2.2
ไซนัส, หอบหืด		
โรคตับอักเสบ	11	2.1

ตาราง 6 แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีการสูญเสีย (n=535) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย	จำนวน(n = 535)	ร้อยละ
ชนิดของโรคประจำตัวทางกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไมเกรน	6	1.1
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง		
Acquired immune deficiency syndrome (AIDS)	5	0.9

จากตารางที่ 6 แสดงข้อมูลโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 89.9) กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติการนอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เคย นอน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 74.1 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1 ครั้ง จำนวนครั้งมากที่สุดคือ 5 ครั้ง ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) คิดเป็นร้อยละ 33.1 รองลงมาคือ โรควิตกกังวล (anxiety disorders) คิดเป็นร้อยละ 32.7 โรคจิตเภท (schizophrenia and other psychotic disorders) คิดเป็นร้อยละ 25 โรคการปรับตัวที่ผิดปกติ (adjustment disorders) คิดเป็นร้อยละ 4.7 การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด (alcohol and substance use disorders) คิดเป็นร้อยละ 1.9 ตามลำดับ ประวัติการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีการใช้แอลกอฮอล์เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 0.6 ใช้เป็นครั้งคราวคิดเป็นร้อยละ 19.3 กลุ่มตัวอย่างใช้บุหรี่เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 6.5 ใช้เป็นครั้งคราวร้อยละ 5.8 ชนิดของการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 93.3) รองลงมาคือได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด (ร้อยละ 14) และ รักษาด้วยไฟฟ้า (ร้อยละ 4.1) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช 98 คน (ร้อยละ 11.6) สำหรับโรคประจำตัวทางกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 57.2) และมีโรคประจำตัวทางกายคิดเป็น ร้อยละ 42.8 ซึ่งโรคทางกายที่พบบ่อยได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 14.6) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 14.2) โรคกระเพาะ (ร้อยละ 8.8) โรคข้อเสื่อม (ร้อยละ 7.5) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 6) โรคหัวใจ (ร้อยละ 3.2) โรคมะเร็งและเนื้องอกในสมอง (ร้อยละ 3) และโรคไต (ร้อยละ 2.2)ตามลำดับ

ตาราง 7 แสดงลักษณะของประสบการณ์การสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)

ลักษณะของประสบการณ์การสูญเสีย	จำนวน (n = 535)	ร้อยละ
จำนวนบุคคลที่เสียชีวิต		
1 คน	234	43.7
มากกว่า 1 คน ขึ้นไป	301	56.3
Median = 2 คน Mode = 1 คน, Min = 1 คน, Max = 9 คน		
ระยะเวลาของการเสียชีวิตที่ผ่านมา		
<1 ปี	69	12.9
1- 3 ปี	114	21.3
3 ปี 1 เดือน – 5 ปี	66	12.3
5 ปี 1 เดือน – 10 ปี	154	28.8
10 ปี 1 เดือน – 20 ปี	100	18.7
> 20 ปี	32	6.0
Mean±SD = 7 ปี 11 เดือน ±7 ปี 1 เดือน, Min = 6 เดือน, Max = 47 ปี		
ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต		
พ่อแม่	303	56.6
ญาติพี่น้อง	184	34.4
คู่สมรส	22	4.1
เพื่อน	17	3.2
บุตร	9	1.7
สาเหตุของการเสียชีวิต		
เสียชีวิตตามอายุขัย	185	34.6
โรคเรื้อรัง	139	26.0
โรคเฉียบพลัน	133	24.9
อุบัติเหตุ	67	12.5
ฆ่าตัวตาย	5	0.9
ถูกทำร้าย	4	0.7
ภัยพิบัติ	2	0.4

ตารางที่ 7 แสดงลักษณะของประสบการณ์การสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ (n=535) (ต่อ)

ลักษณะของประสบการณ์การสูญเสีย	จำนวน(n = 535)	ร้อยละ
ความผูกพันกับผู้เสียชีวิต		
มาก	367	68.6
ปานกลาง	143	26.7
น้อย	25	4.7
การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต		
ต้องพึ่งพามาก	237	44.3
ต้องพึ่งพาน้อย	203	37.9
ไม่ต้องพึ่งพา	95	17.8
การเตรียมใจกับการสูญเสีย		
ไม่ทันคาดคิด	207	38.7
พอรับรู้ เตรียมใจไว้บ้าง	186	34.8
เตรียมใจไว้อยู่แล้ว	142	26.5
การได้รับความช่วยเหลือ/สนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง		
มีตลอดเวลา	182	34.0
มีพอสมควร	169	31.6
มีบ้าง	143	26.7
ไม่มีเลย	41	7.7
บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนเมื่อเผชิญการสูญเสีย (ตอบได้มากกว่า 1 คน)		
ญาติพี่น้อง	299	55.9
พ่อแม่	209	39.1
เพื่อน	136	25.4
คู่สมรส	114	21.3
บุตร	86	16.1
ผู้รับจ้างดูแล	8	1.5

จากตารางที่ 7 แสดงลักษณะของประสบการณ์การสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตในช่วงชีวิตที่ผ่านมาโดยเฉลี่ยคือ 2 คน ตลอดช่วงชีวิต ระยะเวลาของการเสียชีวิตที่ผ่านมาโดยเฉลี่ย คือ 7 ปี 11 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7 ปี 1 เดือน) บุคคลที่เสียชีวิตส่วนใหญ่คือ บิดามารดา (ร้อยละ 56.6) รองลงมาคือญาติพี่น้อง (ร้อยละ 34.4) คู่สมรส (ร้อยละ 4.1) เพื่อน (ร้อยละ 3.2) และ บุตร (ร้อยละ 1.7) ตามลำดับ สาเหตุของการเสียชีวิตได้แก่ เสียชีวิตตามอายุขัย (ร้อยละ 34.6) โรคเรื้อรัง (ร้อยละ 26.0) โรคเฉียบพลัน (ร้อยละ 24.9) อุบัติเหตุ (ร้อยละ 12.5) ฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 0.9) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความผูกพันกับผู้เสียชีวิตมาก (ร้อยละ 68.6) ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต (ร้อยละ 82.2) ทั้งที่ต้องพึ่งพามาก (ร้อยละ 44.3) และ ทั้งที่ต้องพึ่งพาน้อย (ร้อยละ 37.9) เกี่ยวกับการเตรียมใจต่อการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างไม่ทันคาดคิดต่อการสูญเสีย คิดเป็นร้อยละ 38.7 พอรับรู้เตรียมใจไว้บ้าง คิดเป็นร้อยละ 34.8 และ เตรียมใจไว้อยู่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 26.5 การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ส่วนใหญ่ได้รับตลอดเวลาคิดเป็นร้อยละ 34 บุคคลส่วนใหญ่ที่ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนเมื่อเผชิญการสูญเสียคือ ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 55.9)

ตาราง 8 แสดงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (n = 535)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 13 คะแนน)	339	63.4
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (14 – 19 คะแนน)	63	11.8
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (20 – 28 คะแนน)	80	15.0
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (29 – 63 คะแนน)	53	9.8
Mean±SD = 10.8 ±12.6 , Min = 0 คะแนน , Max = 45 คะแนน		

จากตารางที่ 8 แสดงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกจิตเวช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 63.4) กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนน ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 36.6 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แบ่งเป็นมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.8 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 15.0 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 9.8 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าคือ 10.8 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 45 คะแนน

ตาราง 9 แสดงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)

การสนับสนุนทางสังคม		จำนวน (n = 535)	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	(น้อยกว่า 42.3 คะแนน)	81	15.2
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	(ระหว่าง 42.3 – 67.5 คะแนน)	373	69.7
การสนับสนุนทางสังคมสูง	(มากกว่า 67.5 คะแนน)	81	15.1
Mean±SD = 54.9 ±12.6 , Min = 19 คะแนน , Max = 80 คะแนน			

จากตารางที่ 9 แสดงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกจิตเวช กลุ่มตัวอย่างรายงานการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.2 การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.7 และ การสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 15.1 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมคือ 54.9 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 19 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 80 คะแนน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยของโรคทางจิตเวช ปัจจัยของประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)

ปัจจัยส่วนบุคคล	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p-value
	ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	232	68.8	105	31.2	11.73	<0.001**
ชาย	163	82.3	35	17.7		
อายุ						
< 60 ปี	352	73.3	128	26.7	0.600	0.438
60ปี ขึ้นไป	43	78.2	12	21.8		
สถานภาพสมรส						
คู่อยู่ด้วยกัน	138	70.8	57	29.2	1.490	0.222
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	257	75.6	83	24.4		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ไม่ได้รับการศึกษา	13	72.2	5	27.8	0.025	8.874
ได้รับการศึกษา	382	73.9	135	26.1		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	140	74.5	48	25.5	0.061	0.805
ประกอบอาชีพ	255	73.5	92	26.5		
รายได้						
ไม่มีรายได้	113	74.3	39	25.7	0.029	0.866
มีรายได้	282	73.6	101	26.4		

*p<0.05, **p<0.01

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p-value
	ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้เฉลี่ย						
< 5,000 บาท	25	69.4	11	30.6	0.385	0.535
≥ 5,000 บาท	370	74.1	129	25.9		
พักคนเดียว						
พักคนเดียว	358	73.8	127	26.2	0.001	0.977
พักกับคนอื่น	37	74.0	13	26.0		
บิดามารดา						
ไม่ได้พักกับบิดามารดา	232	71.4	93	28.6	2.588	0.109
พักกับบิดามารดา	163	77.6	47	22.4		
คู่สมรส						
ไม่ได้พักกับคู่สมรส	261	74.8	88	25.2	0.472	0.492
พักกับคู่สมรส	134	72.0	52	28.0		
บุตร						
ไม่ได้พักกับบุตร	303	75.9	96	24.1	3.610	0.057
พักกับบุตร	92	67.6	44	32.4		
พี่น้อง						
ไม่ได้พักกับพี่น้อง	266	73.3	97	26.7	0.179	0.672
พักกับพี่น้อง	129	75.0	43	25.0		
ญาติ						
ไม่ได้พักกับญาติ	349	73.0	129	27.0	1.558	0.212
พักกับญาติ	46	80.7	11	19.3		

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ได้แก่ การเป็นเพศหญิง ($p < 0.01$)

ตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ($n=535$)

ปัจจัยของโรคทางจิตเวช/ โรคทางกาย	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p-value
	ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
Mood disorders						
ไม่เป็น	270	75.4	88	24.6	1.411	0.235
เป็น	125	70.6	52	29.4		
Anxiety disorders						
ไม่เป็น	257	71.4	103	21.1	3.399	0.065
เป็น	138	78.9	37			
ประวัติการใช้แอลกอฮอล์						
ไม่ใช้	318	74.1	111	25.9	0.097	0.756
ใช้	77	72.6	29	27.4		
ประวัติการใช้บุหรี่						
ไม่สูบ	347	74.0	122	26.0	0.048	0.827
สูบ	48	72.7	18	27.3		
ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช						
ไม่เคย	364	75.7	117	24.3	8.386	0.004*
เคย	31	57.4	23	42.6		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย กับอารมณ์เศร้าโศก ที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535) (ต่อ)

ปัจจัยของโรคทางจิตเวช/ โรคทางกาย	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p-value
	ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช						
1 ครั้ง	21	52.5	19	47.5	1.520	0.218
2 ครั้งขึ้นไป	10	71.4	4	28.6		
โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี	223	72.9	83	27.1	0.338	0.561
มี	172	75.1	57	24.9		

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย กับ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่าปัจจัยของโรคทางจิตเวชและโรคทางกายที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ การมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช (p<0.05)

นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยของโรคทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ด้วยสถิติทดสอบที (independent t-test) พบว่า อายุที่น้อยกว่า 60 ปี (t= 2.259, p=0.024) และการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล (t= 3.153, p=0.002) มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)

ประสบการณ์/ลักษณะการสูญเสีย	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p-value
	ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนบุคคลที่เสียชีวิต						
1 คน	183	78.2	51	21.8	4.117	0.042*
มากกว่า 1 คน	212	70.4	89	29.6		
ระยะเวลาของการสูญเสียที่ผ่านมา						
≤1 ปี	46	66.7	23	33.3	2.105	0.147
มากกว่า 1 ปี ขึ้นไป	349	74.9	117	25.1		
ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต						
บิดามารดา/คู่ครอง/บุตร	232	69.5	102	30.5	8.790	0.003*
ญาติพี่น้อง/เพื่อนสนิท	163	81.1	38	18.9		
สาเหตุของการเสียชีวิต						
เสียชีวิตตามอายุขัย/โรคเรื้อรัง	263	81.2	61	18.8	22.915	<0.001**
เสียชีวิตฉับพลัน กะทันหัน (ได้แก่ โรคเฉียบพลัน อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย ถูกทำร้าย ภัยพิบัติ)	132	62.6	79	37.4		
ความผูกพันกับผู้เสียชีวิต						
น้อย	23	92.0	2	8.0	11.359	0.03*
ปานกลาง	116	81.1	27	18.9		
มาก	256	69.8	111	30.2		
การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต						
ไม่พึ่งพาเลย	84	88.4	11	11.6	20.141	<0.001**
พึ่งพาน้อย	156	76.8	47	23.2		
พึ่งพามาก	155	65.4	82	34.6		

*p<0.05, **p<0.01

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535) (ต่อ)

ประสบการณ์/ลักษณะการสูญเสีย	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p-value
	ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเตรียมใจกับสูญเสีย						
เตรียมใจไว้อยู่แล้ว	131	92.3	11	7.7	47.57	<0.001**
เตรียมใจไว้บ้าง	141	75.8	45	24.2		
ไม่ได้คาดคิด	123	59.4	84	40.6		
การได้รับความช่วยเหลือ/สนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง						
ไม่มีเลย	31	75.6	10	24.4	0.073	0.788
มีตลอดเวลา/พอสมควร/มีบ้าง	364	73.7	130	26.3		
บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนเมื่อเผชิญการสูญเสีย						
ญาติพี่น้อง						
ไม่มีญาติช่วยเหลือ	162	68.6	74	31.4	5.882	0.015*
มีญาติช่วยเหลือ	233	77.9	66	22.1		
พ่อแม่						
ไม่มีพ่อแม่ช่วยเหลือ	244	74.8	82	25.2	0.445	0.505
มีพ่อแม่ช่วยเหลือ	151	72.2	58	27.8		
เพื่อน						
ไม่มีเพื่อนช่วยเหลือ	296	74.2	103	25.8	0.102	0.750
มีเพื่อนช่วยเหลือ	99	72.8	37	27.2		

*p<0.05, **p<0.01

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535) (ต่อ)

ประสบการณ์/ลักษณะการสูญเสีย	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p-value
	ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คู่สมรส						
ไม่มีคู่สมรสช่วยเหลือ	316	75.1	105	24.9	1.541	0.214
มีคู่สมรสช่วยเหลือ	79	69.3	35	30.7		
บุตร						
ไม่มีบุตรช่วยเหลือ	344	74.1	120	25.9	0.170	0.680
มีบุตรช่วยเหลือ	51	71.8	20	28.2		
ผู้รับจ้างดูแล						
ไม่มีผู้รับจ้างดูแลช่วยเหลือ	391	74.2	136	25.8		0.216 ^a
มีผู้รับจ้างดูแลช่วยเหลือ	4	50.0	4	50.0		

*p<0.05, **p<0.01, a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย พบว่าปัจจัยของประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย ที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน (p<0.05) ผู้ที่เสียชีวิตคือบิดามารดา/ คู่ครองหรือบุตร (p<0.05) เสียชีวิตกะทันหัน (p<0.01) ผูกพันกับผู้เสียชีวิตปานกลางถึงมาก (p<0.05) ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต (p<0.01) การสูญเสียที่ไม่ทันคาดคิด (p<0.01) ไม่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือ (p<0.05)

ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)

ภาวะซีมเศร้า	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p-value
	ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีภาวะซีมเศร้า	294	86.7	45	13.3	110.43	<0.001**
มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย	48	76.2	15	23.8		
มีภาวะซีมเศร้าปานกลาง	35	43.8	45	56.2		
มีภาวะซีมเศร้ารุนแรง	18	34.0	35	66.0		

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่าภาวะซีมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (p<0.01)

ตาราง 14 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างภาวะซีมเศร้า กับคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติทดสอบ one-way ANOVA (n=535)

ภาวะซีมเศร้า	n	อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย		Welch	p-value
		Mean	SD		
ไม่มีภาวะซีมเศร้า	339	10.65	0.55	53.678	<0.001**
มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย	63	15.19	1.35		
มีภาวะซีมเศร้าปานกลาง	80	26.69	1.67		
มีภาวะซีมเศร้ารุนแรง	53	31.23	2.09		

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างภาวะซีมเศร้า กับคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยนอกจิตเวช เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาวะซีมเศร้า กับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ด้วยสถิติ one-way ANOVA พบว่า ภาวะ

ซิมเศร่าแต่ละระดับ มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร่าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย แตกต่างกัน ($p < 0.01$)

ตาราง 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของภาวะซิมเศร่ากับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร่าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535)

ภาวะซิมเศร่า	ไม่มีภาวะซิมเศร่า	ซิมเศร่าเล็กน้อย	ซิมเศร่าปานกลาง	ซิมเศร่ารุนแรง
ไม่มีภาวะซิมเศร่า	-	-4.54*	-16.04**	-20.58**
ซิมเศร่าเล็กน้อย	-	-	-11.49**	-16.04**
ซิมเศร่าปานกลาง	-	-	-	-4.54
ซิมเศร่ารุนแรง	-	-	-	-

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของภาวะซิมเศร่ากับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร่าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ภาวะซิมเศร่ากับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร่าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีความแตกต่างกันของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการไม่มีภาวะซิมเศร่ามีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร่าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย น้อยกว่าซิมเศร่าเล็กน้อย ($p < 0.05$) ซิมเศร่าปานกลาง ($p < 0.01$) และซิมเศร่ารุนแรง ($p < 0.01$)

ภาวะซิมเศร่าเล็กน้อย มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร่าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย น้อยกว่า ซิมเศร่าปานกลาง ($p < 0.01$) และซิมเศร่ารุนแรง ($p < 0.01$) โดยที่ ภาวะซิมเศร่าปานกลางไม่มีความแตกต่างกับภาวะซิมเศร่ารุนแรง

ตาราง 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=535)

การสนับสนุนทางสังคม	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p - value
	ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	42	51.9	39	48.1	24.577	<0.001**
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	287	76.9	86	23.1		
การสนับสนุนทางสังคมสูง	66	81.5	15	18.5		

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 16 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (p<0.01)

ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance - ANOVA) (n=535)

การสนับสนุนทางสังคม	n	อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย		Welch	p-value
		Mean	SD		
		ต่ำ	81		
ปานกลาง	343	14.67	12.68		
สูง	81	12.43	11.61		

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 17 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ด้วยสถิติ one-way ANOVA พบว่า การสนับสนุนทางสังคมแต่ละระดับ มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย แตกต่างกัน (p<0.01)

ตาราง 18 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535)

การสนับสนุนทางสังคม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	-	8.53**	10.77**
ปานกลาง	-	-	2.24
สูง	-	-	-

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 18 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของการสนับสนุนทางสังคมกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย มีความแตกต่างกันของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย มากกว่ากว่าการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ($p < 0.01$) และสนับสนุนทางสังคมสูง ($p < 0.01$) โดยการสนับสนุนทางสังคมปานกลางไม่มีความแตกต่างกับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ตาราง 19 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยประสบการณ์การสูญเสีย กับคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance - ANOVA) (n=535)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย		Welch	p-value
		Mean	SD		
ความสัมพันธ์กับผู้ที่เสียชีวิต					
บิดามารดา	303	16.91	14.155	6.127	0.001*
ญาติพี่น้อง	184	11.94	11.87		
คู่ครอง	22	22.50	17.10		
เพื่อน	17	21.0	15.26		
บุตร	9	20.56	14.45		
ความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิต					
น้อย	25	6.28	8.8	21.97	<0.001**
ปานกลาง	143	12.19	11.44		
มาก	367	17.59	14.49		
การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว					
ไม่ต้องพึ่งพาเลย	95	10.20	10.88	19.89	<0.001**
ต้องพึ่งพาน้อย	203	13.85	12.73		
ต้องพึ่งพามาก	237	19.30	14.86		
การเตรียมใจกับการสูญเสีย					
ไม่ทันคาดคิด	207	20.67	15.34	37.676	<0.001**
พอรับรู้ เตรียมใจไว้บ้าง	186	14.99	12.51		
เตรียมใจไว้อยู่แล้ว	142	9.1	9.87		

*p<0.05, **p<0.01

ตารางที่ 19 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยประสบการณ์การสูญเสีย กับคะแนนเฉลี่ยอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance - ANOVA) (n=535)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย		Welch	p-value
		สูญเสีย			
		Mean	SD		
การได้รับความช่วยเหลือ/สนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง					
มีตลอดเวลา	182	14.46	12.54	0.710	0.547
มีพอสมควร	169	15.92	14.47		
มีบ้าง	143	16.39	14.18		
ไม่มีเลย	41	16.86	15.82		

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 19 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยประสบการณ์การสูญเสีย กับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ด้วยสถิติ one-way ANOVA พบว่า ความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิต สาเหตุของการเสียชีวิตความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิต การที่ต้องพึ่งพาผู้เสียชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย แตกต่างกัน (p<0.01)

ตาราง 20 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535)

ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต	บิดามารดา	ญาติพี่น้อง	คู่ครอง	เพื่อน	บุตร
บิดามารดา	-	4.967**	-5.592	-4.09	-3.648
ญาติพี่น้อง	-	-	10.559	-9.06	8.62
คู่ครอง	-	-	-	1.50	1.94
เพื่อน	-	-	-	-	0.444
บุตร	-	-	-	-	-

**p<0.01

จากตารางที่ 20 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีความแตกต่างกันของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การสูญเสียบิดามารดา มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย มากกว่าการสูญเสียญาติพี่น้อง (p<0.01) โดยที่ความสัมพันธ์อื่นๆ อันได้แก่ บิดามารดา คู่ครอง เพื่อน และบุตร ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อทำการเปรียบเทียบรายคู่

ตาราง 21 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535)

ความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิต	น้อย	ปานกลาง	มาก
น้อย	-	-5.9*	-11.31**
ปานกลาง	-	-	-5.4**
มาก	-	-	-

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 21 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีความแตกต่างกันของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความผูกพันน้อย มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย น้อยกว่าผูกพันปานกลาง ($p < 0.05$) และมาก ($p < 0.01$) ความผูกพันปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย น้อยกว่าผูกพันมาก ($p < 0.01$)

ตาราง 22 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของการที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535)

การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต	ไม่พึ่งพาเลย	พึ่งพาน้อย	พึ่งพามาก
ไม่พึ่งพาเลย	-	-3.66*	-9.11**
พึ่งพาน้อย	-	-	-5.45**
พึ่งพามาก	-	-	-

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 22 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีความแตกต่างกันของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตเลย มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย น้อยกว่าการที่ต้องพึ่งพาน้อย ($p < 0.05$) และพึ่งพามาก ($p < 0.01$) การที่ต้องพึ่งพาน้อย มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย น้อยกว่าการที่ต้องพึ่งพามาก ($p < 0.01$)

ตาราง 23 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc Comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของการเตรียมใจกับการสูญเสียกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (N=535)

การเตรียมใจกับการสูญเสีย	ไม่ทันคาดคิด	พอรับรู้ เตรียมใจไว้บ้าง	เตรียมใจไว้อยู่แล้ว
ไม่ทันคาดคิด	-	5.67**	11.58**
พอรับรู้ เตรียมใจไว้บ้าง	-	-	5.91**
เตรียมใจไว้อยู่แล้ว	-	-	-

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 23 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ (Post hoc comparison) ด้วยวิธีการของ Games-Howell ของการเตรียมใจกับการสูญเสียกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การเตรียมใจกับการสูญเสียกับคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีความแตกต่างกันของคะแนนรวมเฉลี่ยรายคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการไม่ทันคาดคิดต่อการสูญเสีย มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย มากกว่าพอรับรู้ เตรียมใจไว้บ้างกับการสูญเสีย ($p < 0.01$) และเตรียมใจไว้อยู่แล้ว ($p < 0.01$) รวมถึงพอรับรู้ เตรียมใจไว้บ้างกับการสูญเสีย มีคะแนนเฉลี่ยของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย มากกว่าการที่เตรียมใจไว้อยู่แล้ว ($p < 0.01$)

ตาราง 24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation)

ปัจจัย	คะแนนอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ	
	Pearson's correlation coefficient	p - value
จำนวนบุคคลที่เสียชีวิต	0.230	<0.001**
ระยะเวลาของการเสียชีวิตที่ผ่านมา	-0.102	0.019*
คะแนนภาวะซึมเศร้า	0.595	<0.001**
คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	- 0.258	<0.001**

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 24 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่า จำนวนบุคคลที่เสียชีวิต มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ (Pearson's correlation coefficient) เท่ากับ 0.23 ($p<0.01$) โดยถือว่าค่าสหสัมพันธ์มีขนาดเล็ก มีความสัมพันธ์กันน้อย⁽⁷³⁾

ระยะเวลาของการเสียชีวิตที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ (Pearson's correlation coefficient) เท่ากับ -0.102 ($p<0.01$) โดยถือว่าค่าสหสัมพันธ์มีขนาดเล็ก มีความสัมพันธ์กันน้อย

คะแนนภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ (Pearson's correlation coefficient) เท่ากับ 0.595 ($p<0.01$) โดยถือว่าค่าสหสัมพันธ์มีขนาดใหญ่ มีความสัมพันธ์กันสูง

คะแนนการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ (Pearson's correlation coefficient) เท่ากับ -0.258 ($p<0.01$) โดยถือว่าค่าสหสัมพันธ์มีขนาดเล็ก มีความสัมพันธ์กันน้อย

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตาราง 25 แสดงปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression)

ปัจจัย	Adjusted Odd Ratio (OR)	95% CI of adjusted OR		p-value
		Lower	Upper	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศหญิง	1.745	1.047	2.910	0.033*
อายุน้อยกว่า 60 ปี	0.964	0.435	2.136	0.928
ปัจจัยของโรคทางจิตเวช				
ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวล	0.908	0.545	1.511	0.710
มีประวัติการนอน ร.พ.ด้วยโรคทางจิตเวช	1.578	0.803	3.100	0.185
ปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคม				
มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน	2.634	1.622	4.278	<0.001**
ผู้ที่เสียชีวิตคือบิดามารดา/คู่ครองหรือบุตร	4.883	2.863	8.328	<0.001**
เสียชีวิตกะทันหัน	2.085	1.196	3.635	0.010*
ผูกพันกับผู้เสียชีวิตปานกลางถึงมาก	3.647	0.619	21.485	0.153
ต้องพึ่งพาผู้เสียชีวิต	2.323	1.004	5.373	0.049*
การสูญเสียที่ไม่ทันคาดคิด	3.888	2.220	6.808	<0.001**
ไม่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือ	2.475	1.531	4.001	<0.001**
มีภาวะซึมเศร้า	5.53	3.198	9.564	<0.001**
มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ	2.131	1.146	3.962	0.017*

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 25 แสดงปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่าปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย มนผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ การเป็นเพศหญิง(p<0.05) มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน (p<0.01) ผู้ที่เสียชีวิตคือบิดา มารดา/บุตร (p<0.01) เสียชีวิตกะทันหัน (p<0.05) ต้องพึ่งพาผู้ที่

เสียชีวิต ($p < 0.05$) การสูญเสียที่ไม่ทันคาดคิด ($p < 0.01$) ไม่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือ ($p < 0.01$) มีภาวะซึมเศร้า ($p < 0.01$) และ มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ($p < 0.05$)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross - sectional descriptive study) โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ 843 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน จนถึงเดือน กันยายน 2557 ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคน ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามประวัติการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิตที่ผ่านมา หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการสูญเสียให้ทำแบบสอบถามต่อทั้งหมดอีก 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินประสบการณ์การสูญเสีย 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG) 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory-II - BDI-II) และ 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด 843 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 843 คน พบว่า ร้อยละ 62.6 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 37.4 เป็นเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 18 - 86 ปี มีอายุเฉลี่ย 41.33 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.75 ปี) กว่าครึ่งเป็นโสด (ร้อยละ 53.0) การศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมาคือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 33.9 สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพ อาชีพส่วนใหญ่คือลูกจ้างหรือพนักงาน (ร้อยละ 40.9) รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 26.8) และรับราชการ (ร้อยละ 17.1) ส่วนใหญ่มีรายได้ (ร้อยละ 69.2) โดยรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 23,133 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 20,806.64 บาท) กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบิดามารดา เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมาคือคู่สมรสหรือแฟน คิดเป็นร้อยละ 34.5 พี่น้อง (ร้อยละ 29.9) บุตร (ร้อยละ 23.8) ญาติอื่นๆ (ร้อยละ 12.1) และอยู่คนเดียว (ร้อยละ 8.7) ตามลำดับ

ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) คิดเป็นร้อยละ 34.4 รองลงมาคือ โรควิตกกังวล (anxiety disorders) คิดเป็นร้อยละ 31.4 โรคจิตเภท (Schizophrenia and other psychotic disorders) คิดเป็นร้อยละ 24.8 โรคการปรับตัวที่ผิดปกติ (adjustment disorders) คิดเป็นร้อยละ 4.4 การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด (alcohol and substance use disorders) คิดเป็นร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

ประวัติการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีการใช้แอลกอฮอล์เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 1.1 ใช้เป็นครั้งคราวคิดเป็นร้อยละ 19.1 กลุ่มตัวอย่าง ใช้บุหรี่เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 6.6 ใช้เป็นครั้งคราวร้อยละ 5.5 สำหรับยานอนหลับนอกเหนือจากแพทย์สั่ง กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นครั้งคราวคิดเป็นร้อยละ 0.2

ชนิดของการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 92.1) รองลงมาคือได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด (ร้อยละ 13.6) และ รักษาด้วยไฟฟ้า (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช 98 คน (ร้อยละ 11.6)

สำหรับโรคประจำตัวทางกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 61.4) และมีโรคประจำตัวทางกายคิดเป็น ร้อยละ 38.6 ซึ่งโรคทางกายที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 13.5) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 12.8) โรคกระเพาะ (ร้อยละ 7.2) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 6.4) โรคข้อเสื่อม (ร้อยละ 6.4) โรคมะเร็งและเนื้องอกในสมอง (ร้อยละ 3) โรคหัวใจ (ร้อยละ 2.5) และโรคไต (ร้อยละ 1.8)ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย ความชุกของการสูญเสีย ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ลักษณะของประสบการณ์การสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีการสูญเสียทั้งหมด 535 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูญเสีย 535 ราย พบร้อยละ 63 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 37 เป็นเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 18 – 86 ปี มีอายุเฉลี่ย 42.59 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.75 ปี) กว่าครึ่งเป็นโสด (ร้อยละ 51.6) การศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.9 รองลงมาคือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 42.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 33.6 สำหรับผู้ที่

ประกอบอาชีพ อาชีพส่วนใหญ่คือลูกจ้างหรือพนักงาน (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 24.2) และรับราชการ (ร้อยละ 16.6) ส่วนใหญ่มีรายได้ (ร้อยละ 71.6) โดยรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 22,089 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 20,000 บาท) กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบิดามารดา เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 39.3 รองลงมาคือคู่สมรสหรือแฟน คิดเป็นร้อยละ 34.8 พี่น้อง (ร้อยละ 32.1) บุตร (ร้อยละ 25.4) ญาติอื่นๆ (ร้อยละ 10.7) และอยู่คนเดียว (ร้อยละ 9.3) ตามลำดับ

ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยด้วยโรค ความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) คิดเป็นร้อยละ 33.1 รองลงมาคือ โรควิตกกังวล (anxiety disorders) คิดเป็นร้อยละ 32.7 โรคจิตเภท (Schizophrenia and other psychotic disorders) คิดเป็นร้อยละ 25.0 โรคการปรับตัวที่ผิดปกติ (adjustment disorders) คิดเป็นร้อยละ 4.7

ประวัติการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีการใช้แอลกอฮอล์เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 0.6 ใช้ เป็นครั้งคราวคิดเป็นร้อยละ 19.3 กลุ่มตัวอย่าง ใช้บุหรี่เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 6.5 ใช้เป็นครั้งคราว ร้อยละ 5.8

ชนิดของการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 93.3) รองลงมาคือได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด (ร้อยละ 14) และ รักษาด้วยไฟฟ้า (ร้อยละ 4.1) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช 54 คน (ร้อยละ 10.1)

สำหรับโรคประจำตัวทางกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 57.2) และมีโรคประจำตัวทางกายคิดเป็น ร้อยละ 42.8 ซึ่งโรคทางกายที่พบมากได้แก่ โรคไขมันใน เลือดสูง (ร้อยละ 14.6) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 14.2) โรคกระเพาะ (ร้อยละ 8.8) โรคข้อเสื่อม (ร้อยละ 7.5) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 6.0) โรคหัวใจ (ร้อยละ 3.2) โรคมะเร็งและเนื้องอกในสมอง (ร้อยละ 3.0) และโรคไต (ร้อยละ 2.2)ตามลำดับ

ความชุกของการสูญเสีย และความชุกของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย พบความชุก ของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ของผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวน 535 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียคิดเป็นร้อยละ 16.6 และคิดเป็นร้อยละ 26.2 ในผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีการสูญเสีย (n=535)

ลักษณะของประสบการณ์การสูญเสีย จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตในช่วงชีวิตที่ผ่านมาโดยเฉลี่ยคือ 2 คน ตลอดช่วงชีวิต ระยะเวลาของการเสียชีวิตที่ผ่านมาโดยเฉลี่ย คือ 7.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.1) บุคคลที่เสียชีวิตส่วนใหญ่คือ บิดามารดา (ร้อยละ 56.6) รองลงมาคือญาติพี่น้อง (ร้อยละ 34.4) คู่สมรส (ร้อยละ 4.1) เพื่อน (ร้อยละ 3.2) และ บุตร (ร้อยละ 1.7) ตามลำดับ สาเหตุของการเสียชีวิตได้แก่ เสียชีวิตตามอายุขัย (ร้อยละ 34.6) โรคระเร็ง (ร้อยละ 26.0) โรคเฉียบพลัน (ร้อยละ 24.9) อุบัติเหตุ (ร้อยละ 12.5) ฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 0.9) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความผูกพันกับผู้เสียชีวิตมาก (ร้อยละ 68.6) ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต ทั้งที่ต้องพึ่งพามาก (ร้อยละ 82.2) และ ทั้งที่ต้องพึ่งพาน้อย (ร้อยละ 37.9) เกี่ยวกับการเตรียมใจต่อการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างไม่ทันคาดคิดต่อการสูญเสีย คิดเป็นร้อยละ 38.7 พอรับรู้เตรียมใจไว้บ้าง คิดเป็นร้อยละ 34.8 และ เตรียมใจไว้อยู่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 26.5 การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ส่วนใหญ่ได้รับตลอดเวลาคิดเป็นร้อยละ 34 บุคคลส่วนใหญ่ที่ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนเมื่อเผชิญการสูญเสียคือญาติพี่น้อง (55.9%)

ความชุกของภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 36.6 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.8 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 15.0 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 9.8

การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างรายงานการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.2 การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.7 และ การสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 15.1

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยของโรคทางจิตเวช ปัจจัยของประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ได้แก่ การเป็นเพศหญิง ($p < 0.01$) และอายุที่น้อยกว่า 60 ปี ($p < 0.05$)

ปัจจัยของโรคทางจิตเวชและโรคทางกายที่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล และการมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช ($p < 0.05$)

ปัจจัยของประสบการณ์การสูญเสีย ลักษณะการสูญเสียที่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ได้แก่ มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน ($p < 0.05$) ผู้ที่เสียชีวิตคือบิดามารดา/ คู่ครองหรือบุตร ($p < 0.05$) เสียชีวิตกะทันหัน ($p < 0.01$) ผูกพันกับผู้เสียชีวิตปานกลางถึงมาก ($p < 0.05$) ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต ($p < 0.01$) การสูญเสียที่ไม่ทันคาดคิด ($p < 0.01$) ไม่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือ ($p < 0.05$)

รวมทั้งพบว่า ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ($p < 0.01$)

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ การเป็นเพศหญิง ($p < 0.05$) มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน ($p < 0.01$) ผู้ที่เสียชีวิตคือบิดา มารดา/บุตร ($p < 0.01$) เสียชีวิตกะทันหัน ($p < 0.05$) ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต ($p < 0.05$) การสูญเสียที่ไม่ทันคาดคิด ($p < 0.01$) ไม่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือ ($p < 0.01$) มีภาวะซึมเศร้า ($p < 0.01$) และ มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง พบความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิต คิดเป็น ร้อยละ 63.5 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวช อยู่ที่ร้อยละ 16.6 หรือคิดเป็นร้อยละ 26.2 ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสีย โดยใช้แบบประเมิน อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief – ICG) มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Piper และคณะ (2011)⁽³⁾ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด 729 คน พบความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิต คิดเป็น ร้อยละ

55.3 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติในผู้ป่วยนอกจิตเวช ร้อยละ 19 หรือคิดเป็นร้อยละ 31 ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสีย โดยใช้แบบประเมินเดียวกัน (ICG) รวมถึงงานของ Prigerson และคณะ (2002)⁽⁴⁾ ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชที่มีการสูญเสีย 151 คน ในประเทศปาเกีสถาน พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 34 โดยใช้แบบประเมิน Inventory of Complicated Grief – Revised (ICG-R) สำหรับความชุกของการสูญเสียในงานนี้ไม่ได้ระบุไว้ ทั้งนี้งานศึกษาในผู้ป่วยนอกโดยตรงมีน้อยมาก จึงขอยกตัวอย่างงานที่ทำการศึกษาในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่นงานของ Macias และคณะ(2004)⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาความเศร้าโศกที่ผิดปกติ ในผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรงจำนวน 148 คน พบผู้ป่วยที่รายงานการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตเพียง 33 คน คิดเป็นร้อยละ 22.3 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียร้อยละ 12 ซึ่งอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียประเมินด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเศร้าโศกที่ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นเอง สาเหตุที่พบความชุกของการสูญเสียน้อยเนื่องจาก การสูญเสียในงานวิจัยนี้กำหนดการสูญเสียในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี ต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่กำหนดระยะเวลาของการสูญเสียคือตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

ซึ่งความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวชนี้ จะพบในอัตราที่สูงกว่า การศึกษาความชุกดังกล่าวในชุมชน ดังเช่น การศึกษาของ Kersting (2011)⁽¹⁰⁾ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับประชากรในชุมชนของประเทศเยอรมนี จำนวน 2,520 คน พบความชุกของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วงชีวิต ร้อยละ 57.3 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เพียงร้อยละ 3.7เท่านั้น ประเมินโดยแบบประเมิน ICG-R และงานของ Fujisawa (2010)⁽³¹⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับประชากรในชุมชนของประเทศญี่ปุ่น จำนวน 1,970 คน พบความชุกของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 49 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเพียง ร้อยละ 2.4 ประเมินโดยแบบประเมิน Brief Grief Questionnaire (BGQ)

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จะพบว่ามีความชุกใกล้เคียงกับในผู้ป่วยนอกจิตเวช ดังเช่นงานของ Ott (2007)⁽⁷⁴⁾ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียคู่สมรสที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 141 คน พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 10.6 ประเมินโดยแบบประเมิน ICG-R และในการศึกษาในประเทศไทยของอรสา ไยยองและพี

รพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2554)⁽⁹⁾ ทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 16.2 ประเมินโดยแบบประเมิน ICG ฉบับภาษาไทย

ดังนั้นจะพบว่าความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยจะพบในอัตราที่สูงใกล้เคียงกับในประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งต่างจากในประชากรทั่วไป เนื่องจากอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชได้ ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 10 – 15 ของผู้ที่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง⁽⁵⁾ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยจิตเวช เมื่อเผชิญการสูญเสีย จะเพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ มากกว่าคนทั่วไป^(12, 28) รวมไปถึงผู้ป่วยทางจิตเวชมักจะแยกตัว เก็บตัว และขาดสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง หรือสังคม⁽⁷⁵⁾ เมื่อผู้ป่วยเผชิญการสูญเสีย จึงมักปรับตัวได้ยากกว่า บุคคลทั่วไปหรือกลุ่มผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้แก่การเป็นเพศหญิง อายุ น้อยกว่า 60 ปี มีภาวะซึมเศร้า การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตตลอดช่วงชีวิต มากกว่า 1 คน ผู้ที่เสียชีวิตคือ บิดามารดา คู่ครองและบุตร เสียชีวิตอย่างกะทันหัน ความผูกพันกับผู้เสียชีวิต การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต การเสียชีวิตที่ไม่ทันคาดคิด ไม่มีญาติคอยช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kersting (2011)⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษากับประชากรในชุมชนของประเทศเยอรมนี จำนวน 2,520 คน อายุอยู่ระหว่าง 14 – 95 ปี พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เพียงร้อยละ 3.7 และปัจจัยเสี่ยงของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้แก่ การเป็นเพศหญิง การมีรายได้ต่อเดือนต่ำ และการสูญเสียบุตรหรือคู่ครอง หรือการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เช่นเดียวกับ Neria (2007)⁽³⁵⁾ ที่ทำการสำรวจผ่านทางเว็บไซต์ในกลุ่มตัวอย่างที่เผชิญกับการสูญเสียในเหตุการณ์ก่อการร้าย 11 กันยายน 2544 พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ร้อยละ 43 และพบว่าอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติมีความเกี่ยวข้องกับเพศหญิง การสูญเสียลูก และการติดตามข่าวคราวบนทีวี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen และ คณะ (1999)⁽⁷⁶⁾ ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีการสูญเสียคู่สมรส เพศชาย 58 คน เพศหญิง 92 คน โดยทำการประเมินอารมณ์เศร้า

โรคที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล พบว่าระดับต่างๆข้างต้นที่ได้รับการประเมินพบ ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าจะพบได้มากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^(77, 78) อันเป็นผลจากฮอร์โมน ตามช่วงวัยต่างๆ ความแตกต่างในเรื่องของเหตุการณ์ความเครียด การเผชิญและการปรับตัวต่อเหตุการณ์ความเครียดที่แตกต่างกัน โดยเพศชายมักจะเพิกเฉยกับปัญหาหรือจัดการปัญหาด้วยการมุ่งออกสู่ภายนอก (externalization) เช่นออกไปเล่นกีฬา ออกไปใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมากกว่าที่จะอยู่กับตนเอง ในขณะที่เพศหญิงมักจะจัดการปัญหาด้วยการเอาปัญหาเข้าสู่ตัวเอง (internalization) เช่นคิดหมกมุ่นเพียงคนเดียว เก็บตัวโทษหรือตำหนิตนเอง^(79, 80) จนทำให้อาการแสดงออกของอารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้ามีความชัดเจนมากกว่าในเพศชาย รวมไปถึง เมื่อเกิดการสูญเสียเพศชายมักจะพยายามปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ เช่น หากภรรยาเสียไปก็จะหัดทำกับข้าว ทำงานบ้าน ที่ตนเองไม่เคยทำมาก่อน หรือเริ่มความสัมพันธ์ใหม่ๆได้เร็วกว่าเพศหญิง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้เพศชายห่างไกลจากอารมณ์เศร้าโศกได้ ในขณะที่เพศหญิงนั้นมักจะอยู่กับอารมณ์เศร้า โดยการคิด ทบทวน ระลึก เกี่ยวกับการสูญเสียมากกว่า จนทำให้เริ่มต้นความสัมพันธ์ใหม่ได้ค่อนข้างช้า ก้าวข้ามผ่านความเศร้าได้ช้ากว่าชาย จึงจะพบว่าหญิงมีโอกาที่จะมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มากกว่าเพศชาย^(76, 81)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ น้อยกว่า 60 ปี เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ซึ่งจากการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติที่ผ่านมาไม่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวต่ออารมณ์เศร้าที่เป็นปกติพบว่า อายุมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกโดยที่ผู้สูญเสียที่มีอายุน้อย จะปรับตัวได้ยากกว่าผู้สูญเสียที่มีอายุมาก เนื่องจากผู้ที่เผชิญกับการสูญเสียที่มีอายุน้อย จะปรับตัวและจัดการกับอารมณ์เศร้าโศกได้ไม่ดีเท่าผู้ที่มีอายุมากกว่า⁽²²⁾ ดังเช่นงานวิจัยของ Carey (1997)⁽⁸²⁾ ทำการศึกษาการปรับตัวกับภาวะซึมเศร้า (adjustment-depression)กับกลุ่มตัวอย่างที่สูญเสียคู่สมรสไปแล้ว 13-16 เดือนจำนวนทั้งสิ้น 119 ราย อายุเฉลี่ย 57 ปี พบว่าอายุและการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวกับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อย จะปรับตัวได้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก โดยการปรับตัวต่อภาวะซึมเศร้านั้นจะค่อยๆดีขึ้นตามอายุที่มากขึ้น คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Morgan (1976)⁽⁸³⁾ ที่ทำการศึกษาระดับกำลังใจและความพึงพอใจในชีวิตของหญิงสูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสจำนวน 232 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยจะรายงานระดับกำลังใจและความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก ผ่านการสูญเสียมายาวนานกว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยทำให้ปรับตัวได้ดีกว่า รวมถึงการสูญเสียในช่วงอายุมาก เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงวัยนี้ ผู้ที่ประสบการสูญเสียจึงสามารถทำใจยอมรับต่อการสูญเสียได้มากกว่า⁽⁸³⁾ และอายุที่มากย่อมหมายถึงการมีภาระที่น้อยลง ดังเช่นการรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรหลาน ซึ่งมักจะเติบโตสามารถดูแลตนเองได้หมดแล้ว ภาระของผู้สูงอายุจึงลดลง รวมทั้งผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงินค่อนข้างมากจึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว ได้ดีกว่า จึงมีอารมณ์เศร้าโศกที่น้อย ในขณะที่ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่มีอายุน้อยนั้น มักทำใจยอมรับได้ยากกว่าเพราะอาจต้องรับภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อค่อนข้างมาก อันเป็นผลมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้น การเงินก็ยังไม่ค่อยมั่นคง จึงทำให้เมื่อเผชิญกับการสูญเสีย สิ่งเหล่านี้จึงเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวต่อการสูญเสีย ทำให้ปรับตัวและอารมณ์ได้ยากจึงประสบกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มากกว่า^(23, 84)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim และ Jacob (1991)⁽¹¹⁾ ที่ทำการศึกษาในผู้ที่สูญเสียคู่สมรส จำนวน 25 คน พบว่าอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า รวมไปถึงงานของ Kersting และคณะ (2009)⁽³⁶⁾ ที่ทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียร่วมด้วย จะมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติร่วมด้วย การที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติเนื่องจาก เมื่อเกิดการสูญเสียอารมณ์เศร้าโศกเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องพบจิตแพทย์ แต่หากผู้ที่สูญเสียไม่สามารถจัดการและผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกนั้นไปได้ รวมถึงมีอารมณ์เศร้าโศกที่ยาวนานและรุนแรง ก็จะก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าได้⁽⁵⁾ ซึ่งจะมีลักษณะคือ การโทษหรือตำหนิตนเองอย่างมาก รู้สึกผิดอย่างรุนแรง สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคิดหรือความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมีปัญหาทางสัมพันธภาพ ชอบแยกตัว ขาดการเข้าสังคม ดังนั้นเมื่อเกิดการสูญเสีย บุคคลจึงไม่สามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ ดังเช่นงานวิจัยของ Sung(2011)⁽¹²⁾ ที่ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปที่ไม่มีประวัติของการมีภาวะซึมเศร้า จะพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยภาวะซึมเศร้าอาจก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้ ในทางกลับกันอารมณ์เศร้า

โรคที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ก็อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน นอกเหนือจากอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติจากการสูญเสียที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังมีสาเหตุอีกหลายๆอย่าง ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ดังเช่นงานของ Marques (2013)⁽²⁸⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล จะมีคะแนนอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติจากการสูญเสียมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล ($p < 0.001$) รวมไปถึงการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวชก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติจากการสูญเสีย แสดงให้เห็นถึงอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติจากการสูญเสียเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง สอดคล้องกับงานของ Simon และคณะ (2007)⁽²⁶⁾ ที่ทำการศึกษากับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับความเศร้าโรคที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย จะพบความชุกของอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติจากการสูญเสีย มีปัญหาการนอนและ มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสูญเสียแต่ไม่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย จะเห็นได้ว่าโรคทางจิตเวช และอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีความเกี่ยวข้องกัน เนื่องจาก ผู้ป่วยทางจิตเวชโดยส่วนใหญ่ มักจะแยกตัว เก็บตัว และมีปัญหาหรือขาดสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง หรือสังคม⁽⁷⁵⁾ เมื่อผู้ป่วยเผชิญการสูญเสีย จึงไม่ค่อยมีผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือ คอยสนับสนุน ในด้านต่างๆ จึงทำให้ปรับตัวได้ยากกว่า บุคคลทั่วไป ที่มีความสามารถในการเข้าหาคนรอบข้าง ซึ่งเป็นแหล่งของการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่จะช่วยบรรเทาอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติได้ ในขณะที่ผู้ป่วย มีปัญหาทางสัมพันธภาพ ขาดทักษะทางสังคม จึงเข้าหาแหล่งช่วยเหลือได้ยากกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ยากต่อการสูญเสีย ยิ่งป่วยมากก็ยิ่งปรับตัวได้ยาก จึงทำให้พบอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้มากเช่นกัน

ปัจจัยด้านประสบการณ์การสูญเสีย ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติได้แก่ การสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน การเสียชีวิตที่ไม่ทันคาดคิด มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน และไม่มีญาติช่วยเหลือ ก็จะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโรคที่รุนแรง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Sung (2004), Neria (2011), Macias (2007)^(8, 12, 35) เนื่องจากบุคคลที่สูญเสีย มักจะทำใจไม่ได้กับการสูญเสียที่ฉับพลัน กะทันหัน บุคคลไม่ได้เตรียมใจไว้ล่วงหน้า จึงทำใจยอมรับได้ยากบุคคลจะปฏิเสธ ไม่ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นหนึ่งในระยะของอารมณ์เศร้าโรคที่ผิดปกติ คือระยะปฏิเสธ เมื่อเกิดการ

สูญเสีย บุคคลจะปฏิเสธทั้งจากจิตสำนึกส่วนตัวหรือจากจิตใต้สำนึกของตนเอง ไม่ยอมรับความจริง ข้อมูล หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียนั้นๆ เป็นกลไกการป้องกันตนเองตามธรรมชาติของมนุษย์ แต่สำหรับบุคคลที่เผชิญกับการสูญเสียกะทันหันนั้น ไม่มีเวลาเตรียมใจ ไม่ได้คาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดการสูญเสียขึ้น จึงทำให้ติดอยู่ที่ขั้นนี้นานกว่าปกติ⁽¹⁹⁾

รวมถึงการเผชิญกับการสูญเสียซ้ำๆ ทำให้บุคคลปรับตัวได้ยากกว่าเมื่อเกิดการสูญเสีย เมื่อบุคคลเผชิญการสูญเสียหลายครั้งจึงทำให้บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซ้ำๆ มีโอกาสเกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มาก ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะประสบกับจำนวนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มากกว่าผู้ที่ไม่ซึมเศร้า⁽⁸⁵⁾ รวมถึงการผูกพันกับผู้เสียชีวิตมาก โดยผู้ที่เสียชีวิตเป็นบุคคลใกล้ชิด เช่นบิดามารดาหรือบุตรเช่นเดียวกับงานของ Levav (1998)⁽⁸⁶⁾ และ Cleiren (1994)⁽⁸⁷⁾ ที่พบว่า การสูญเสียบิดามารดา และบุตร จะพบอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับญาติที่ไม่ใช่ญาติระดับแรก ดังเช่นเพื่อนหรือลูกพี่ลูกน้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Prigerson และคณะ (2002)⁽⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีการสูญเสียบิดามารดา จะพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียสูงที่สุด

และหากต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตมาก ทั้งในด้านอารมณ์ (เช่น เป็นที่ประคับประคองจิตใจยามเกิดปัญหา) ด้านความเป็นอยู่ (เช่น ทางด้านการเงิน สุขภาพทางกาย) ก็จะมีส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มากขึ้นเท่านั้น ดังเช่นงานวิจัยของ Mash (2014)⁽⁵⁹⁾ ที่ทำการศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างระดับการพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 157 คน อายุระหว่าง 17-29 ปี ซึ่งมีประสบการณ์การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา ระยะเวลาการสูญเสียเฉลี่ย 1.74 ปี พบว่าการพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมากจะทำให้มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้ามากสูง เนื่องจากเมื่อบุคคลที่ให้การพึ่งพาเสียชีวิตไป ผู้สูญเสียจะรู้สึกขาดที่พึ่ง หรือขาดความมั่นคงในชีวิต⁽⁸⁸⁾ บุคคลจะรู้สึกไร้หนทางที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยตนเอง รู้สึกไม่มั่นคง ไม่กล้าเผชิญกับโลกภายนอก⁽⁸⁹⁾ จนทำให้ไม่สามารถที่จะปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ที่ไม่มีผู้ที่เสียชีวิตอยู่ด้วยแล้ว รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้างก็จะแย่งลง⁽⁴³⁾

สำหรับการไม่มีญาติคอยให้ความช่วยเหลือ พบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติในงานนี้ อาจเป็นไปได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ที่ 41 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (ช่วงอายุ 40-60 ปี) เป็นระยะที่บุคคลมี

ครอบครัว มีบุตร และดูแลบิดามารดาที่เข้าสู่วัยสูงอายุ⁽⁹⁰⁾ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่คือบิดามารดา (ตารางที่ 5) รวมทั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือคือญาติพี่น้อง (ตารางที่ 5) จึงทำให้บุคคลญาติมีส่วนสำคัญต่ออารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติในการศึกษาครั้งนี้

นอกจากนั้นแล้ว การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Macias (2004)⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าผู้ที่ไม่ม้อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ott (2003)⁽³²⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในกลุ่มตัวอย่างที่คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 112 คน พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติร้อยละ 29 มีการปรับตัวได้น้อยกว่า และมีถึงร้อยละ 21 ที่ไม่มีสัญญาณการฟื้นตัวที่ดีขึ้นเลย รวมทั้งจะรายงานความเครียดมากกว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 เช่นเดียวกับ Sung (2011)⁽¹²⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorders) จำนวน 111 ราย กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยและมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียจะรายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยบรรเทาความรู้สึกสูญเสีย จากการได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างเช่นจากคู่ครอง เพื่อนสนิท จะทำให้รู้ว่าไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ช่วยลดความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัว พร้อมเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆหลังจากเกิดการสูญเสียได้ดียิ่งขึ้น^(91, 92) นอกเหนือจากสุขภาพจิตแล้วการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยทำให้สุขภาพกายดีขึ้นตามไปด้วย⁽⁶⁹⁾ ดังนั้นเมื่อบุคคลที่ประสบกับการสูญเสีย เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอทำให้บุคคลพัฒนาไปเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้

จากการศึกษานี้ปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้แก่ การเป็นเพศหญิง มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน ผู้ที่เสียชีวิตคือ พ่อแม่ คู่ครอง และลูก การเสียชีวิตเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน การสูญเสียที่ไม่ทันได้คาดคิด ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต ไม่มีญาติคอยช่วยเหลือในยามที่เกิด

การสูญเสีย มีภาวะซึมเศร้า และมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วทำให้มีความเสี่ยง ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวช

โดยสรุป ประสบการณ์การสูญเสียและอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จะพบใน อัตราที่สูงในผู้ป่วยนอกจิตเวช และพบได้มากใน เพศหญิง มีการสูญเสียมากกว่า 1 คน การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ที่ไม่ได้เตรียมใจไว้ล่วงหน้า การไม่มีญาติคอยให้ความช่วยเหลือ การมีภาวะซึมเศร้า และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช จึงควรให้ความสำคัญ กับประสบการณ์การสูญเสียของผู้ป่วย รวมถึงอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ที่อาจจะเกิดขึ้น เนื่องจาก จะสามารถช่วยลดโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้ โดยให้การประเมิน จัดการภาวะดังกล่าวในผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ โดยการช่วยให้บุคคลผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศก จัดการกับความรู้สึกค้างคาที่มีต่อผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว มองและเข้าใจประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น อย่างตรงไปตรงมา รวมถึงการช่วยให้บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม ก็จะช่วยให้บรรเทาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ และลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ลักษณะทั่วไปและปัจจัยต่างๆของกลุ่มตัวอย่างนี้อาจจะส่งผลต่ออารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียที่พบในการศึกษานี้ ดังนั้นผู้ที่นำไปใช้ในการอ้างอิงอาจต้องพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนั้นๆด้วยว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัย ที่เป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้ นอกจากนั้นแล้วภาวะซึมเศร้าที่พบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในการศึกษานี้ ไม่อาจบอกถึงเหตุและผลได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ไม่ใช่การศึกษาเชิงทดลอง

การนำผลวิจัยไปประยุกต์

1. ประสบการณ์การสูญเสียและอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จะพบในอัตราที่สูงในผู้ป่วยนอกจิตเวช เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุหรือในประชากรทั่วไป ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช จึงควรให้ความสำคัญ กับประสบการณ์การสูญเสียของผู้ป่วย รวมถึงอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ที่อาจจะเกิดขึ้น เนื่องจาก จะสามารถช่วยลดโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า

2. ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่ การดูแล ช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเวช โดยการประเมิน คัดกรองผู้ที่มีการสูญเสีย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้พบอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มากดังเช่นผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ลักษณะการเสียชีวิตที่กะทันหัน ไม่ได้เตรียมใจ เพื่อเป็นการป้องกันในกลุ่มที่ยังไม่พัฒนาไปเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ และเป็นการช่วยเหลือในกลุ่มที่พัฒนาไปเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติแล้วให้สามารถจัดการภาวะดังกล่าวได้ โดยการช่วยให้บุคคลผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศก จัดการกับความรู้สึกค้างคาที่มีต่อผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว อย่างเช่นการบำบัดต่างๆ อันได้แก่ การบำบัดอารมณ์เศร้าโศก (grief therapy) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy - IPT) และ การบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy-CBT) ก็จะช่วยให้บรรเทาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ และลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

3. บุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ก็มีส่วนสำคัญในการป้องกันและรักษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ควรตระหนักถึงความสำคัญของการสูญเสียที่เกิดขึ้น รวมถึง การสนับสนุนทางสังคม โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ การให้กำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ ก็จะช่วยบรรเทาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติให้ลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งต่อไปอาจทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีการสูญเสีย เนื่องจากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้า ที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อันได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพ ลักษณะการสูญเสีย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

2. จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ลักษณะการสูญเสีย การขาดการสนับสนุนทางสังคม สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมบำบัดเพื่อลดอารมณ์เศร้าโศกได้ ไปร่วมพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยช่วยให้ผู้ที่สูญเสีย มองภาพการสูญเสียตามความเป็นจริง สำรวจประสบการณ์การที่มีต่อผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วทั้งทางบวกและทางลบตรงตามความเป็นจริง รวมทั้งส่งเสริมการได้รับสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะทางด้านอารมณ์ ก็จะส่งผลให้อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติการสูญเสียดีขึ้นได้ โดยต้องทำการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดและกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดแล้วทำการเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อนำมาปรับปรุงโปรแกรมการบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรตระหนักถึงความสำคัญของการสูญเสีย และอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า โดยการซักประวัติเกี่ยวกับการสูญเสีย ได้รับการรักษาทั้งภาวะซึมเศร้า และการบำบัดรักษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ควบคู่กันไป เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันเป็นผลประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณพ.ศ 2552-2554. 2554.
2. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. แบบรายงานการให้บริการผู้ป่วยนอกจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2556 (ตุลาคม 2555 - กันยายน 2556). 2557.
3. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Azim HF, Weideman R. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychia Serv.* 2001; 52:1069-74.
4. Prigerson H, Ahmed I, Silverman GK, Saxena AK, Maciejewski PK, Jacobs SC, et al. Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death studies.* 2002; 26:781-92.
5. Lueboonthavatchai P. Grief and interpersonal psychotherapy: principle and management. *Journal of psychiatric association of Thailand.* 2007; 52:29-45.
6. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, 3rd, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry.* 1997; 154:616-23.
7. Middleton W, Burnett P, Raphael B, Martinek N. The bereavement response: a cluster analysis. *Br J Psychiatry.* 1996; 169:167-71.
8. Macias C, Jones D, Harvey J, Barreira P, Harding C, Rodican C. Bereavement in the context of serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2004; 55:421-6.
9. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and Grief of the Elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi Province. *Journal of psychiatric association of Thailand.* 2011; 56:117-28.
10. Kersting A, Braehler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord.* 2011; 131:339-43.
11. Kim K, Jacobs S. Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *J Affect Disord.* 1991; 21:257-63.
12. Sung SC, Dryman MT, Marks E, Shear MK, Ghesquiere A, Fava M, et al. Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. *J Affect Disord.* 2011; 134:453-8.

13. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *JDepreAnxiety*. 2011; 28:103-17.
14. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์; 2542.
15. Beck AT, Steer, R.A., & Brown, G. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: TX: Psychological Corporation.; 1996.
16. Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *J Med Assoc Thai*. 2006; 89:13-9.
17. Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J Affect Disord*. 2006; 92:117-24.
18. Shear MK. Complicated Grief. *N Engl J Med*. 2015; 372:153-60.
19. Spiess KE, McLemore A, Zinyemba P, Ortiz N, Meyr AJ. Application of the five stages of grief to diabetic limb loss and amputation. *J Foot Ankle Surg*. 2014; 53:735-9.
20. Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: MacMillan Publishing; 1969.
21. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death studies*. 2003; 27:143-65.
22. Hegge M, Fischer C. Grief responses of senior and elderly widows. Practice implications. *J Gerontol Nurs*. 2000; 26:35-43.
23. Maddison D, Viola A. The health of widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res*. 1968; 12:297-306.
24. Melhem NM, Rosales C, Karageorge J, Reynolds CF, 3rd, Frank E, Shear MK. Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62:884-7.
25. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, Reynolds CF, 3rd, Anderson B, Zubenko GS, et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:22-30.
26. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry*. 2007; 48:395-9.

27. Gort G. Pathological Grief: Causes, Recognition, and Treatment. *Can Fam Physician*. 1984; 30:914-24.
28. Marques L, Bui E, LeBlanc N, Porter E, Robinaugh D, Dryman MT, et al. Complicated grief symptoms in anxiety disorders: prevalence and associated impairment. *J Depress Anxiety*. 2013; 30:1211-6.
29. Buckley T, Sunari D, Marshall A, Bartrop R, McKinley S, Tofler G. Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012; 14:129-39.
30. Meert KL, Shear K, Newth CJL, Harrison R, Berger J, Zimmerman J, et al. Follow-Up Study of Complicated Grief among Parents Eighteen Months after a Child's Death in the Pediatric Intensive Care Unit. *J Palliat Med*. 2011; 14:207-14.
31. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord*. 2010; 127:352-8.
32. Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death studies*. 2003; 27:249-72.
33. Nakajima S, Masaya I, Akemi S, Takako K. Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012; 14:210-4.
34. Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, et al. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012; 14:177-86.
35. Neria Y, Gross R, Litz B, Maguen S, Insel B, Seirmarco G, et al. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *J Trauma Stress*. 2007; 20:251-62.
36. Kersting A, Kroker K, Horstmann J, Ohrmann P, Baune BT, Arolt V, et al. Complicated grief in patients with unipolar depression. *J Affect Disord*. 2009; 118:201-4.
37. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194:121-3.

38. Johnson JG, Zhang B, Greer JA, Prigerson HG. Parental control, partner dependency, and complicated grief among widowed adults in the community. *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195:26-30.
39. Shear MK. Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. *Bereavement care : for all those who help the bereaved.* 2010; 29:10-4.
40. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2005; 293:2601-8.
41. Wetherell JL. Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012; 14:159-66.
42. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies.* 1999; 23:197-224.
43. Buglass E. Grief and bereavement theories. *Nurs Stand.* 2010; 24:44-7.
44. Shear MK, Frank E, Foa E, Cherry C, Reynolds CF, 3rd, Vander Bilt J, et al. Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:1506-8.
45. MAPS SM. The psychology of grief – applying cognitive and behaviour therapy principle Boston: Dana-Farber Cancer Institute; [cited 2015 28]. Available from: <http://www.psychology.org.au/Content.aspx?ID=4088>.
46. อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย, พีระพนธ์ ลีบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด; 2553.
47. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014; 71:1287-95.
48. Supiano KP, Luptak M. Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *Gerontologist.* 2014; 54:840-56.
49. Glickman K, Shear MK, Wall M. Exploring Outcomes Related to Anxiety and Depression in Completers of a Randomized Controlled Trial of Complicated Grief Treatment. *Clinical psychology & psychotherapy.* 2014.
50. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber. Republished as Depression: Causes and treatment. Philadelphia University of Pennsylvania Press; 1967.

51. มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. 2 ed. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
52. ศิริลักษณ์ ปัญญา. ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
53. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
54. Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, et al. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:833-42.
55. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5, editor. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
56. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, Weideman R, McCallum M, Azim HF, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Can J Psychiatry*. 2003; 48:87-93.
57. Jacobsen JC, Zhang B, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients. *Death studies*. 2010; 34:257-73.
58. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, 3rd, Shear MK, Newsom JT, et al. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:1484-6.
59. Mash HB, Fullerton CS, Shear MK, Ursano RJ. Complicated grief and depression in young adults: personality and relationship quality. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202:539-43.
60. พลอยวไล ไกรนรา. การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัว ของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ภาคใต้, สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; (2548).
61. Schaefer C, Coyne J, Lazarus R. The health-related functions of social support. *J Behav Med*. 1981; 4:381-406.
62. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976; 38:300-14
63. Lazarus RS, & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.

64. HOUSE J. Work, stress, and social support. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing 1981.
65. Wills TA. Supportive functions of interpersonal relationships. Social support and health Orlando, FL: Academic Press. 1985:61–82.
66. Uchino B. Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships. Yale University Press. 2004:pp. 16–7.
67. Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support interventions: do they work? Clin Psychol Rev. 2002; 22:383-442.
68. จริยาวัตร คมพยัคฆ์. แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2531; 6:96-105.
69. Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health: his and hers. Psychological bulletin. 2001; 127:472-503.
70. Jackson PB. Specifying the buffering hypothesis: Support, strain, and depression. Soc Psychol Q. 1992; 55:363–78.
71. Allen JY, Haley WE, Small BJ, Schonwetter RS, McMillan SC. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. J Palliat Med. 2013; 16:745-51.
72. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J Behav Med. 1981; 4:381-406.
73. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd, editor. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
74. Ott CH, Lueger RJ, Kelber ST, Prigerson HG. Spousal bereavement in older adults: common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. J Nerv Ment Dis. 2007; 195:332-41.
75. Kawachi I, Berkman L. Social ties and mental health. J Urban Health. 2001; 78:458-67.
76. Chen JH, Bierhals AJ, Prigerson HG, Kasl SV, Mazure CM, Jacobs S. Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. Psychol Med. 1999; 29:367-80.
77. Tang TN, Tang CS. Gender Role Internalization, Multiple Roles, and Chinese Women's Mental Health. Psychol Women Q. 2001; 25:181-96.

78. Rungreangkulkij S, Chirawatkul S, Kongsuk T, Sukavaha S, Leejongpermpoon J, Y S. Sex or Gender Leading to a High Risk of Depressive Disorder in Women. *Journal of psychiatric association of Thailand*. 2012; 57:61-74.
79. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2002; 252:201-9.
80. Nolen-Hoeksema S. Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Sci*. 2001; 10:173-6.
81. Gender differences in grief. In: Good grief Center. 2010.
82. Carey RG. The widowed: A year later. *J Coun Psychol* 1997; 24:125-31.
83. Morgan LA. A re-examination of widowhood and morale. *J gerontol*. 1976; 31:687-95.
84. Parkes CM. Effects of Bereavement on Physical and Mental Health—a Study of the Medical Records of Widows. *BMJ*. 1964; 2:274-9.
85. Lueboonthavatchai P. Role of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder: a case-control study. *J Med Assoc Thai*. 2009; 92:1240-9.
86. Levav I, Friedlander Y, Kark JD, Peritz E. An Epidemiologic Study of Mortality among Bereaved Parents. *N Engl J Med*. 1988; 319:457-61.
87. Cleiren M, Diekstra RF, Kerkhof AJ, van der Wal J. Mode of death and kinship in bereavement: focusing on "who" rather than "how". *Crisis*. 1994; 15:22-36.
88. Prigerson HG, Shear MK, Frank E, Beery LC, Silberman R, Prigerson J, et al. Traumatic grief: a case of loss-induced trauma. *AmJPsychiatry*. 1997; 154:1003-9.
89. Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. *Dev Psychobiol*. 2005; 47:253-67.
90. พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2520.
91. เบญจมาศ นาควิจิตร. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
92. Chiu YW, Huang CT, Yin SM, Huang YC, Chien CH, Chuang HY. Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. *Support*


Care Cancer. 2010; 18:1321-7.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1 / 4</p>
---	---

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบ
ในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวรัชฎา วรรณมา

ที่อยู่ 100/313 ม.10 ต.บางเมือง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270

เบอร์โทรศัพท์ 086-7772601

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาถึงอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวช ท่านจึงได้รับเลือกให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่าน

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่าน และแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความเป็นมา

การสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รักในชีวิต ดังเช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ลูก พี่น้อง หรือเพื่อนสนิท จะนำมาซึ่งความเศร้าโศกเสียใจซึ่งถือเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนสามารถมีได้ ไม่ถือเป็นเรื่องผิดปกติ แต่หากอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นนั้นกินเวลายาวนานเกินไป บุคคลนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาทางอารมณ์ และการใช้ชีวิตประจำวันดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่าอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ

อาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยมีน้อยมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเข้าใจสาเหตุ หรือความเป็นไปได้ของที่มาของการเจ็บป่วยทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เพื่อนำความรู้ที่ได้ตรงนี้ไปช่วยเยียวยาป้องกัน บำบัดรักษา แก่ผู้ที่กำลังเผชิญกับการสูญเสียหรือผู้ที่กำลังมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2 / 4</p>
---	---

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 843 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการขอความยินยอมจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยโดยมีการให้ข้อมูลคำอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ รวมไปถึงตอบข้อสงสัยจนท่านเข้าใจกระบวนการวิจัย และให้เวลาท่านในการตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนการลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งมีการพิจารณาขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีที่ท่านไม่สามารถให้การยินยอมได้ด้วยตนเอง หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ด้วยกัน โดยส่วนที่ 1 คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามประวัติการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิตหากท่านไม่มีประสบการณ์การสูญเสีย ถือว่าการตอบแบบสอบถามของท่านสิ้นสุดลงแล้วขอให้ท่านส่งคืนแบบสอบถามแก่ผู้วิจัย แต่หากท่านเคยมีประสบการณ์การสูญเสียขอให้ท่านทำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ต่อ

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบประเมินภาวะการสูญเสีย จำนวน 8 ข้อ


ตอนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จำนวน 19 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบประเมินอาการซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ

และตอนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยประมาณ 25 – 30 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 3 / 4</p>
--	--

ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวของท่านเอง แต่ท่านจะได้มีส่วนช่วยในการสร้างองค์ความรู้ เพื่อเป็นวิทยาทาน แก่บุคคลากรทางวงการสุขภาพจิต เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปต่อยอดในการวางแผนบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ต่อไปในภายภาคหน้า

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านพบอันตรายเกิดจากการทำวิจัยท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันทีหากพิสูจน์ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวรัชช วรรณ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง


การเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หากท่านยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 4 / 4</p>
---	---


สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิในการตัดสินใจดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลข่มขู่

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการตึกชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1 / 2</p>
--	--

การวิจัยเรื่อง **ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าเข้าใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการทำวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่ผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>หน้า 2 / 2</p>
--	---

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....



แบบสอบถามส่วนที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ หญิง (1)

ชาย (2)

2. อายุปี

3. สถานภาพสมรส

โสด (1) หม้าย (4)

คู่ อยู่ด้วยกัน (2) หย่าร้าง (5)

คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน (3)

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้รับการศึกษา (1) ปริญญาตรี (3)

ต่ำกว่าปริญญาตรี (2) สูงกว่าปริญญาตรี (4)

5. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (1) รับราชการ (2)

รัฐวิสาหกิจ (3) ธุรกิจส่วนตัว (4)

ลูกจ้าง พนักงาน (5)

เกษียณอายุ (6) โปรตระบุอาชีพก่อนเกษียณอายุ.....

อาชีพอิสระ (7) โปรตระบุ

อื่นๆ (8) โปรตระบุ

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) ไม่มี (1)

มี (2)

โปตระบุบาท

7. ผู้ที่ท่านพักอาศัยอยู่ด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- บิดา มารดา (1) พี่ น้อง (4)
- คู่สมรส หรือแฟน (2)ญาติอื่นๆ (5)
- บุตร (3) ไม่มี (อยู่คนเดียว) (6)

8. ท่านมีการใช้สารต่อไปนี้บ้างหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

-แอลกอฮอล์ (1) ไม่ใช่ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ
-สูบบุหรี่ (1) ไม่ใช่ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ
-ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง (1) ไม่ใช่ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ
-อื่นๆ โปรดระบุ..... (1) ไม่ใช่ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ

9. ท่านมีโรคประจำตัวทางกายหรือไม่

ไม่มี (1)มี (2)

ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรคเบาหวาน (1) โรคความดันโลหิตสูง (2)
- โรคไขมันในเลือดสูง (3) โรคหัวใจ (4)
- โรคไต (5) โรคข้อเสื่อม (6)
- โรคมะเร็ง (7) โรคกระเพาะ (8)
- โรคอื่นๆ (9) อื่นๆโปรดระบุ.....

10. ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยมีประวัติการนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวชหรือไม่

ไม่เคย (1)เคย (2)

ถ้าเคย นอนโรงพยาบาล ครั้ง

11. ชนิดของการรักษาโรคทางจิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ยา (1) จิตบำบัด (2)การรักษาด้วยไฟฟ้า (3) อื่นๆ (4)

โปรดระบุ

12. ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านมีประสบการณ์การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักหรือไม่ โดยที่บุคคลสำคัญอันเป็นที่รักได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน

ไม่มี (1)มี (2)*

หากมี เสียชีวิตจำนวนทั้งหมด.....คน

**หากท่านมีประสบการณ์การสูญเสีย ขอให้ท่านเปิดไปหน้าที่ 26 เพื่อทำแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ต่อ แต่หากท่านไม่มีประสบการณ์การสูญเสียถือว่าการตอบแบบสอบถามของท่านได้สิ้นสุดลงแล้ว ขอบพระคุณในความร่วมมือค่ะ

แบบสอบถามส่วนที่ 2

(สำหรับผู้ที่มีการสูญเสีย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

***ในจำนวนบุคคลที่เสียชีวิตทั้งหมด โปรดจงนึกถึงบุคคลที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญต่อท่านหรือใกล้ชิดกับท่านมากที่สุดมาเพียง 1 ท่าน เพื่อตอบคำถามในข้อที่ 1 - 7

1. บุคคลท่านนั้นมีความสัมพันธ์อย่างไรกับท่าน(เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- | | | | |
|------------|------------------------------|-------------|------------------------------|
| บิดา มารดา | <input type="checkbox"/> (1) | คู่สมรส | <input type="checkbox"/> (2) |
| บุตร | <input type="checkbox"/> (3) | ญาติพี่น้อง | <input type="checkbox"/> (4) |
| เพื่อน | <input type="checkbox"/> (5) | อื่นๆ | <input type="checkbox"/> (6) |

โปรดระบุ.....

2. จากข้อที่ 1 บุคคลท่านนั้นได้เสียชีวิตไปด้วยสาเหตุใด

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| เสียชีวิตตามอายุขัย | <input type="checkbox"/> (1) |
| โรคเฉียบพลัน | <input type="checkbox"/> (2) |
| โรคเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> (3) |
| อุบัติเหตุ | <input type="checkbox"/> (4) |
| ฆ่าตัวตาย | <input type="checkbox"/> (5) |
| ถูกทำร้าย | <input type="checkbox"/> (6) |
| ภัยพิบัติ เช่น สึนามิ | <input type="checkbox"/> (7) |

3. จากข้อ 1 เสียชีวิตไปแล้วเป็นระยะเวลาานานเท่าไรปี.....เดือน

4. จากข้อ 1 บุคคลท่านนั้นผูกพันกับท่านมากน้อยเพียงใด

- | | |
|---------------|------------------------------|
| ผูกพันน้อย | <input type="checkbox"/> (1) |
| ผูกพันปานกลาง | <input type="checkbox"/> (2) |
| ผูกพันมาก | <input type="checkbox"/> (3) |

5. จากข้อ 1 ในขณะที่บุคคลท่านนั้นยังมีชีวิตอยู่ ท่านพึงพบบุคคลท่านนั้นหรือไม่อย่างไร

- | | |
|--------------|------------------------------|
| ไม่พึงพเลย | <input type="checkbox"/> (1) |
| พึงพเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> (2) |
| พึงพมาก | <input type="checkbox"/> (3) |

6. ท่านได้เตรียมใจกับการเสียชีวิตนั้นอย่างไร

ไม่ได้คิดถึง (1)

พอรับรู้ เตรียมใจไว้บ้าง (2)

เตรียมใจไว้อยู่แล้ว (3)

7. ช่วงที่ประสบกับเหตุการณ์การสูญเสีย ท่านมีบุคคลรอบข้างให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนอย่างไร

ไม่มีเลย (1)

มีบ้าง (2)

มีพอสมควร (3)

มีตลอดเวลา (4)

8. บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนเป็นส่วนใหญ่เมื่อเกิดอารมณ์เศร้าโศกคือใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

คู่สมรส (1)

บุตรหลาน (2)

พ่อแม่ (3)

ญาติพี่น้อง (4)

เพื่อน (5)

ผู้รับจ้างดูแล (6)

อื่นๆ (7)

โปรดระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (Inventory of Complicated Grief ICG)

คำชี้แจง โปรดอ่านคำถามในแต่ละข้อคำถามและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ในตัวเลือกที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้

1. ฉันคิดถึงบุคคลที่เสียชีวิตนี้มากจนกระทั่งรบกวนกิจวัตรที่ฉันเคยทำ
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
2. ภาพความทรงจำเกี่ยวกับบุคคลที่เสียชีวิตไปทำให้ฉันรู้สึกทุกข์ใจ (เสียใจ)
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
3. ฉันไม่สามารถทำใจยอมรับการเสียชีวิตของบุคคลผู้นั้น
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
4. ฉันรู้สึกอยากให้บุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วนั้นกลับคืนมา
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
5. ฉันยังรู้สึกยึดติดอยู่กับสถานที่และสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
6. ฉันรู้สึกโกรธในเหตุการณ์ ที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเสียชีวิต
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
7. ฉันไม่อยากจะเชื่อว่าบุคคลนั้นเสียชีวิตไปแล้ว
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
8. ฉันรู้สึกมีนงง และตกตะลึงกับการเสียชีวิตที่เกิดขึ้น
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
9. ตั้งแต่บุคคลนั้นเสียชีวิตไป ฉันรู้สึกว่า เป็นเรื่องยากลำบากสำหรับฉันที่จะเชื่อใจคนอื่น ๆ
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
10. ตั้งแต่บุคคลนั้นเสียชีวิตไป ฉันสูญเสียความหวังที่มีให้กับคนอื่น ๆ หรือรู้สึกว่าห่างเหินกับคนอื่น ๆ ที่ฉันเคยหวังไว้มากขึ้น
 ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

11. ฉันรู้สึกเหงา อ้างว้าง โดดเดี่ยวมาก และรู้สึกอยู่เกือบตลอดเวลาหลังจากที่บุคคลนั้นเสียชีวิตไป
- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
12. ฉันรู้สึกเจ็บปวดในบางส่วนของร่างกาย หรือมีอาการบางอย่างเช่นเดียวกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว
- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
13. ฉันหลีกเลี่ยงการดำเนินชีวิตเดิมๆเพื่อไม่ให้นึกถึงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว
- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
14. ฉันรู้สึกว่าชีวิตว่างเปล่า เมื่อขาดบุคคลที่เสียชีวิตนั้น
- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
15. ฉันได้ยินเสียงของบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วนั้นพูดกับฉัน
- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
16. ฉันเห็นบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วมายืนอยู่ตรงหน้าฉัน
- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
17. ฉันรู้สึกว่าไม่ยุติธรรมเลยที่ฉันยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่บุคคลนั้นต้องเสียชีวิตไป
- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
18. ฉันรู้สึกขมขื่นกับการเสียชีวิตของบุคคลนั้น
- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
19. ฉันรู้สึกอิจฉาคนอื่นๆที่ไม่ได้พบกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด
- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

ตอนที่ 3 แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง กรุณาอ่านประโยคเหล่านี้อย่างตั้งใจ แล้วเลือกประโยคหนึ่งประโยคในแต่ละหัวข้อ ที่บรรยายความรู้สึกของคุณได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้

โปรดทำเครื่องหมายเครื่องหมายถูก (✓) ลงใน ข้างหลังประโยคนั้น ในกรณีที่มีมากกว่าหนึ่งประโยคที่สามารถบรรยายความรู้สึกของคุณได้ดีเท่าๆกัน ให้เลือกประโยคที่ตัวเลขข้างหลังสูงกว่า กรุณาตรวจสอบให้แน่ใจว่าในแต่ละหัวข้อ คุณเลือกเพียงประโยคเดียวเท่านั้น (รวมทั้งข้อ 16 การนอนหลับ และข้อ 18 ความอยากอาหาร)

1. อารมณ์เศร้า

- ฉันไม่รู้สึกเศร้า (0)
- ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยๆ (1)
- ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา (2)
- ฉันรู้สึกเศร้าจนทนไม่ได้ (3)

2. การมองโลกในแง่ร้าย

- ฉันไม่รู้สึกหมดหวังกับอนาคต (0)
- ฉันรู้สึกท้อแท้ หมดหวังกับอนาคต มากกว่าที่เคยเป็น (1)
- ฉันไม่คิดว่าปัญหาของฉันจะได้รับการแก้ไข (2)
- ฉันรู้สึกสิ้นหวังกับอนาคต คิดว่าเรื่องทุกอย่างมีแต่จะแย่ลง (3)

3. ความล้มเหลว

- ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว (0)
- ฉันล้มเหลวมากกว่าที่ควร (1)
- ในอดีตที่ผ่านมา ฉันมีเรื่องที่ล้มเหลวมาก (2)
- ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว ไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลย (3)

4. ความรู้สึกเชิงหมดสนุก

- ฉันยังคงมีความสุข สนุกกับสิ่งที่ฉันชอบเหมือนเช่นเคย (0)
- ฉันไม่มีความสุข เท่าเดิม เวลาทำสิ่งที่ฉันเคยชอบ (1)
- ฉันมีความสุขน้อยมาก กับการทำในสิ่งที่ฉันเคยชอบ (2)

ฉันรู้สึกเชิง ไม่มีความสุขกับการทำสิ่งที่เคยชอบทำเลย

(3)

5. ความรู้สึกผิด

ฉันไม่รู้สีกว่าตนทำอะไรผิด

(0)

ฉันรู้สึกผิด ในเรื่อง หลายเรื่องที่ทำไปแล้ว หรือเรื่องที่ไม่ได้ทำทั้งที่ควรจะทำ

(1)

ฉันรู้สึกผิด โทษตนเอง อยู่เกือบตลอดเวลา

(2)

ฉันรู้สึกผิด โทษตนเองตลอดเวลา

(3)

6. ความรู้สึกที่ถูกลงโทษ

ฉันไม่รู้สีกว่าตนเองกำลังถูกลงโทษ

(0)

ฉันรู้สึกที่ตนเองอาจจะถูกลงโทษ

(1)

ฉันคาดว่าตนเองจะต้องถูกลงโทษ

(2)

ฉันรู้สึกที่ตนเองกำลังถูกลงโทษ

(3)

7. ความรู้สึกไม่ชอบตนเอง

ฉันรู้สึกที่ตนเองเหมือนอย่างที่เคย

(0)

ฉันเสียความมั่นใจในตนเอง

(1)

ฉันรู้สึกผิดหวังกับตนเอง

(2)

ฉันรู้สึกไม่ชอบตนเอง

(3)

8. การตำหนิตนเอง

ฉันไม่ได้ ตำหนิ หรือโทษตนเองมากขึ้นกว่าเดิม

(0)

ฉันตำหนิ หรือโทษตนเอง มากกว่าที่เคย

(1)

ฉันตำหนิตนเองในความผิดของฉันทุกเรื่อง

(2)

ฉันโทษตนเองในเรื่องไม่ดีทุกเรื่องที่เกิดขึ้น

(3)

9. ความคิดฆ่าตัวตาย

ฉันไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

(0)

ฉันมีความคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่คิดที่จะทำ

(1)

ฉันอยากฆ่าตัวตาย

(2)

ฉันจะฆ่าตัวตายถ้ามีโอกาส

(3)

10. การร้องไห้

ฉันไม่ได้ร้องไห้บ่อยมากขึ้นกว่าเดิม

(0)

ฉันร้องไห้บ่อยมากกว่าเคย

(1)

ฉันร้องไห้ง่าย แม้ในเรื่องเล็กๆน้อยๆ

(2)

ฉันอยากจจะร้องไห้ แต่ร้องไม่ได้

(3)

11. ความรู้สึกกระสับกระส่าย

ฉันไม่รู้สึกระสับกระส่าย หรือ ตึงเครียดมากกว่าที่เคยเป็น

(0)

ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย ตึงเครียดมากขึ้นกว่าเดิม

(1)

ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายมาก จนรู้สึกว่ายากที่จะอยู่นิ่งๆได้

(2)

ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายมาก จนต้องเดินไปมา หรือจะต้องหาอะไรทำ

(3)

12. ความสนใจในสิ่งต่างๆรอบตัว

ฉันยังคงสนใจ คนอื่นๆ หรือ กิจกรรมต่างๆ อยู่ตามปกติ

(0)

ฉันสนใจคนอื่น หรือ สิ่งต่างๆรอบตัว น้อยลงกว่าเดิม

(1)

ฉันแทบไม่สนใจคนอื่น หรือสิ่งต่างๆรอบตัว

(2)

ฉันไม่รู้สึกระสับกระส่ายอะไรเลย (เป็นการยากที่สิ่งต่างๆจะทำให้ฉันสนใจ)

(3)

13. ความลึกลับใจ

ฉันตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ดีเหมือนเดิม

(0)

ฉันตัดสินใจได้ยากขึ้นกว่าเดิม

(1)

ฉันพบว่า การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เป็นสิ่งที่ยากขึ้นอย่างมาก

(2)

ฉันมีปัญหาในการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตาม

(3)

14. ความรู้สึกไร้ค่า

ฉันไม่รู้สีกว่าตนเองไร้ค่า

(0)

ฉันไม่รู้สีกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์เหมือนอย่างที่เคย

(1)

ฉันรู้สีกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยกว่าคนอื่น

(2)

ฉันรู้สีกว่าตนเองไม่มีประโยชน์อะไรเลย

(3)

15. การเสียกำลังใจ

ฉันมีกำลังใจเหมือนๆเดิม

(0)

ฉันมีกำลังใจมากกว่าที่เคย

(1)

ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรมาก

(2)

ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรเลย

(3)

16. การนอนหลับ

การนอนหลับของฉันไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

(0)

ฉันนอนหลับมากขึ้นกว่าเดิม

(1a)

ฉันนอนหลับน้อยลงกว่าเดิม

(1b)

ฉันนอนหลับมากขึ้นกว่าเดิมอย่างมาก

(2a)

ฉันนอนหลับน้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก

(2b)

ฉันนอนหลับเกือบทั้งวัน

(3a)

ฉันตื่นเช้าขึ้นกว่าเดิม 1-2 ชั่วโมง แล้วนอนหลับต่อไม่ได้

(3b)

17. ความรู้สึกหงุดหงิด

ฉันไม่รู้สีกหงุดหงิดมากกว่าที่เคย

(0)

ฉันหงุดหงิดมากกว่าที่เคย

(1)

ฉันหงุดหงิดมากกว่าที่เคยอย่างมาก

(2)

ฉันหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา

(3)

18. ความอยากอาหาร

ความอยากอาหารของฉันไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

(0)

ความอยากอาหารของฉันลดลงจากเดิม

(1a)

ความอยากอาหารของฉันเพิ่มขึ้นจากเดิม

(1b)

ความอยากอาหารของฉันลดลงจากเดิมอย่างมาก

(2a)

ความอยากอาหารของฉันเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมาก

(2b)

ฉันไม่รู้สึกลอยอยากอาหารเลย

(3a)

ฉันรู้สึกลอยอยากอาหารอยู่ตลอดเวลา

(3b)

19. สมาธิไม่ดี

ฉันมีสมาธิ สามารถเพ่งความสนใจในเรื่องต่างๆ ได้เหมือนเคย

(0)

ฉันสมาธิแย่มาก ไม่สามารถจดจ่อความสนใจในเรื่องต่างๆ ได้เหมือนเคย

(1)

ฉันสมาธิไม่ดี ไม่สามารถจดจ่อให้ความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เป็นเวลานาน

(2)

ฉันไม่มีสมาธิ ไม่สามารถเพ่งความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เลย

(3)

20. ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย

ฉันไม่รู้สึกละเหนื่อยหรือ เพลียมากกว่าที่เคยเป็น

(0)

ฉันรู้สึกละอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย กว่าปกติ

(1)

ฉันรู้สึกละเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานหลายๆอย่างที่เคยทำไม่ได้

(2)

ฉันรู้สึกละเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานเกือบทุกอย่างที่เคยทำไม่ได้

(3)

21. ความสนใจเรื่องเพศ

ความสนใจในเรื่องเพศของฉันไม่เปลี่ยนแปลง

(0)

ฉันมีความสนใจในเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย

(1)

ฉันสนใจในเรื่องเพศน้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก

(2)

ฉันหมดความสนใจในเรื่องเพศอย่างสิ้นเชิง

(3)

ตอนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ด้านอารมณ์					
1) มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย					
2) มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขของท่าน					
3) ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว เมื่อท่านไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์					
4) บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน					
5) ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ปรึกษาได้ เมื่อไม่สบายใจ					
6) คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ					
7) เพื่อนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ					
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร					
1) มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ					
2) มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นอย่างดี					
3) มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย					
4) ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องที่ท่านอยากรู้					
3. ด้านทรัพยากรและวัตถุ					
1) เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ					
2) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน					
3) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน					
4) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน					
5) ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวรัชฎา วรรณมา

วัน เดือน ปี เกิด 20 มกราคม 2530 จังหวัดสมุทรปราการ ปัจจุบันอายุ 28 ปี

พ.ศ. 2553 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต คณะจิตวิทยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ. 2556 ทำงานในตำแหน่งเจ้าหน้าที่ธุรการ บริษัทแคปไวส์จำกัด กรุงเทพมหานคร

ปัจจุบันเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโทบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2556

