ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

นางปรียนันท์ สละสวัสดิ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2546
ISBN 974-17-4394-7
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE OF DEPRESSION AND RELATED FACTORS AMONG OUT - PATIENTS CHRONIC SCHIZOPHRENIC OF SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Mrs.Preeyanun Salasawadi

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2003

ISBN 974-17-4394-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท เรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
โดย	นางปรียนันท์ สละสวัสดิ์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ : ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
(PREVALENCE OF DEPRESSION RELATED FACTORS AMONG OUT-PATIENTS CHRONIC SCHIZOPHRENIC OF SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY)
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล
อาจารย์ที่ปรึกษา (ร่วม) : รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ; 109 หน้า
ISBN : 974-17-4394-7

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale) แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Events Scale) และแบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Zung (The Zung Self-Rating Depression Scale) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, t-test, One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient และการพยากรณ์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.0 อายุและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<.05 และ .001 ตามลำดับ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่P<.05 การสนับสนุนทางสังคมน้อย อายุน้อย และมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2546	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม).....

##4575364430 MAJOR : MENTAL HEALTH
KEY WORDS : DEPRESSION / CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS / OUT-PATIENT :
PREEYANUN SALASAWADI : PREVALENCE OF DEPRESSION AND RELATED FACTORS AMONG OUT-PATIENTS CHRONIC SCHIZOPHRENIC OF SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY.
THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. PUANGSOY WORAKUL.
THESIS CO-ADVISOR : SSO. PROF. NANTIKA THAVICHACHAT, MD ; 109 pp.
ISBN : 974-17-4394-7

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to examine the prevalence of depression and associated factors of 150 Chronic ambulatory Schizophrenic patients of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. The interview was used for demographic data, Brief Psychiatric Rating Scale, Social Support Rating Scale, Life Stress Event Scale while self reported questionnaires was used for The Zung Self-Rating Depression Scale. The SPSS for Windows was used for descriptive and inferential Statistical analysis. Descriptive statistics were presented as percentage, mean, standard deviation, while Inferential Statistics were done for Chi-square test, t-test, One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient. Stepwise multiple regression analysis was performed to determine for significant predictive factors.

The result of this study was found that prevalence of depression was 36%. Age and social support were negatively correlated to depression ($p<.05$ and $p<.001$ respectively). On the other hands, life stress events was positively correlated to depression ($p<.05$). In conclusion, lack of social support, young age and extrapyramidal side effects are significantly factors in prediction of depression for these studied sample.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department	Psychiatry	Student's Signature.....….
Field of study	Mental health	Advisor's Signature.....…..
Academic year	2003	Co- Advisor's Signature……..

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้คอยให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ตลอดจนข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตาและเอาใจใส่ตลอดการทำวิจัย รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้วิจัยรู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยใช้เหตุผลและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ได้ให้การสนับสนุนในการศึกษา บุคลากรทุกท่านในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้เชี่ยวชาญ 8 ท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้คำแนะนำ ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาจารย์นายแพทย์ชัยฤทธิ์ กฤษณะ อาจารย์นายแพทย์วสุ จันทรศักดิ์ อาจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ สกาว์วัฒนานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ กุลจนะพงษ์พันธ์

ขอขอบคุณ คุณวสันต์ ปัญญาแดง คุณกิ่งดาว ศรีวรนันท์ ที่ช่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้จะไม่ประสบความสำเร็จลงได้เลยถ้าปราศจากความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณบุคลากรตึกเฟื่องฟ้าและบุคลากรของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยเหลือในการทำวิจัย และเพื่อนนิสิตร่วมชั้นที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือจนปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิประสาทความรู้และอบรมสั่งสอนผู้วิจัยด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้เสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ
กิตติกรรมประกาศ..... ฉ
สารบัญ..... ช
สารบัญตาราง..... ญ

บทที่

1 บทนำ..... 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1
คำถามการวิจัย..... 4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 4
ขอบเขตการวิจัย..... 4
ข้อจำกัดของการวิจัย..... 5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 5
กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย..... 7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 8
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท..... 8
ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง..... 18
ภาวะซึมเศร้า 22
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต..... 25
การสนับสนุนทางสังคม..... 29
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 32

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
	รูปแบบการวิจัย.....	44
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	51
	1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	51
	1.2 ประวัติการเจ็บป่วย	53
	1.3 ประวัติครอบครัว.....	54
	1.4 การสนับสนุนทางสังคม.....	56
	1.5 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต.....	56
	ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง.....	57
	ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง	58
	3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า.....	58
	3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม	62
	3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม	68
	3.4 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า.....	69

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	70
	สรุปผลการวิจัย.....	70
	อภิปรายผลการวิจัย.....	72
	ข้อเสนอแนะ.....	83
	รายการอ้างอิง.....	84
	ภาคผนวก.....	92
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	109

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีอาการทางจิต คือ มีความผิดปกติในการรับรู้สภาพความเป็นจริง (Impairment of Reality testing) หรือไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (Out of Reality) ซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องในความสามารถทางหน้าที่ต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีลักษณะแสดงถึง ความผิดปกติทางความคิด มีความผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และทางพฤติกรรม อาการของโรคมักดำเนินไปช้า ๆ[1] โรคจิตเภทเมื่อป่วยแล้วมีแนวโน้มจะกลับเป็นซ้ำหรือกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง[2] โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุด และมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมดคือ พบประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวช ประชาชนทั่วไปมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ1-1.5 [3,4]

จากการศึกษาถึงภาระโรค(Burden of disease)[5] โดยหน่วยงานของ Disability Adjusted year ในปี ค.ศ. 1999 แสดงให้เห็นว่า ภาระโรคทางจิต โดยโรคจิตเภทเป็นปัญหาอยู่ 1ใน10โรคแรกที่เป็นสาเหตุของความพิการมากที่สุด มีการคาดการณ์ว่า ภาระโรคของโรคทางจิตจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 15.0 ของ DALYs LOST ภายในปี พ.ศ. 2563 และจะพบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากกลุ่มประชากรจะเข้าสู่อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วย กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง เด็กและวัยรุ่นซึ่งเกิดจากปัญหาในการเลี้ยงดู ผู้ที่ไม่มีงานทำ ยากจนหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยากลำบาก ผู้หญิงที่เป็นเหยื่อของความรุนแรง และผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง จากภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอยในหลายประเทศ มีผลต่อสุขภาพจิตอย่างมาก โดยมีผลต่อบริการทางด้านสุขภาพ สังคม ครอบครัว และการดูแลผู้ป่วย โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาความผิดปกติทางจิตประสาทจะเป็นสัดส่วนถึง ร้อยละ20.0 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด

ตารางที่ 1 สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

จำนวนผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2540-2545 (จำนวนรายต่อปี)			**ยอดผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังปี พ.ศ. 2546 (จำนวนคนต่อเดือน)**			
ปีพ.ศ.	ยอดผู้ป่วยทั้งหมด	ป่วยโรคจิตเภท	เดือน	ป่วยโรคจิตเภท	เพศชาย	เพศหญิง
2540	87,845	40,432	มกราคม	2,683	1,526	1,157
2541	91,045	41,371	กุมภาพันธ์	1,365	739	626
2542	94,889	44,332	มีนาคม	951	529	422
2543	93,120	40,530	เมษายน	605	334	271
2544	99,037	42,110	พฤษภาคม	446	243	203
2545	95,174	39,933	มิถุนายน	326	186	140

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจะเห็นว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวนมาก โดยยอดจำนวนผู้ป่วยเริ่มจากปี พ.ศ.2540- 2544 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แต่พอถึงปี พ.ศ.2545 ตั้งแต่เดือนมกราคม เป็นต้นไป แนวโน้มของผู้ป่วยกลับลดลง โดยสถิติรายเดือนคิดเป็นจำนวนคน ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2546 ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจำนวนลดน้อยลงจากเดิมทุกเดือน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไปตรวจรักษาต่อที่สถานบริการตามโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (หากผู้ป่วยสมัครใจมาตรวจรักษาต่อที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถ้าไม่มีใบส่งตัวจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง) ประกอบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเป็นๆ หายๆ และร้อยละ80ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะกลายเป็นเรื้อรัง [6] ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิตามบัตรจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

โรคจิตเภทเมื่อป่วยแล้วมักจะเป็นเรื้อรัง ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายด้าน ซึ่งStrauss (อ้างใน สิรพัชร รัตแพทย์)[7] กล่าวว่า ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วยได้แก่

1. ด้านร่างกาย มักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ จนถึงการเสียอวัยวะนั้นๆ ไปเลย ทำให้เสียบุคลิกภาพที่ดี และอาจต้องทนทุกข์กับความเจ็บป่วยและอาการของโรค

2. ด้านจิตใจ มีการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย ขาดความมั่นใจของตนเอง สูญเสียเสถียรภาพทางจิตใจ คุณค่าในตัวเองลดลง เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง เพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น กลัวการตีจากของบุคคลรอบข้างหรือคนที่เป็นที่รัก กลัวเสียความรักจากครอบครัว และหมดหวังในที่สุด

3. ด้านอาชีพ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานที่ผู้ป่วยเคยทำอยู่ ผู้ป่วยบางคนต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนงานอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ถ้าผู้ป่วยต้องขาดงานบ่อย ๆ หรือเกษียณก่อนเวลา ก็จะส่งผลต่อรายได้ของครอบครัวอย่างมาก

4. ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียภาพลักษณ์และฐานะการเงินลดลง จะลดบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัวในฐานะสามี หรือภรรยา พ่อหรือแม่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และความรู้สึกออกมาในลักษณะของ ความวิตกกังวล โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เสียใจ เคียดแค้น และความรู้สึกสูญเสีย ซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังแม้ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแล้ว หากไม่ได้รับการต้อนรับที่ดีจากสังคม เช่น ไม่ได้รับการยอมรับ ถูกรังเกียจ ถูกล้อเลียน ไม่มีใครเป็นมิตร จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ปลอดภัย และไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตนต่อผู้อื่นอย่างไร ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วๆไป[8] ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเรื้อรังของ Katon W (อ้างในสิรพัชร รัตแพทย์) [7] พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเรื้อรัง คือ ความวิตกกังวล เศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่พบร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทต่ำสุดร้อยละ 7 ถึงสูงสุดร้อยละ 75 [9] ภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังจะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและเพิ่มอัตราการตายอีกด้วย [10]

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่สำคัญ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น[11] ภายในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น[12] ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของอัตราการป่วย อัตราการตาย ตลอดจนช่วยให้มีภาวะจิตใจที่เป็นสุข[13] ได้มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อลดการหลั่งสารแคทธิโคลามีน(Catecholamine) ทำให้ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้น[14] เป็นตัวป้องกัน และลดความเครียด (Buffer) ที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีการแยกตัวออกจากสังคม โอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็มีน้อย เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งเกิดจาก สาเหตุทางร่างกาย ทางจิตใจ รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ นอกตัว ผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด เช่น การสูญเสียสิ่งที่รัก การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ภัยอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิตและทรัพย์สิน ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยากจน เป็นหนี้สิน ชีวิตครอบครัวไม่อบอุ่น ต่างคนต่างอยู่ จะส่งผลต่อภาวะทางจิตใจ ทำให้เกิดความอ่อนแอไม่มั่นคงทางจิตใจ รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย สำหรับ ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม มีการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม

ตลอดจนได้รับข้อมูลต่างๆที่สามารถเลือกปฏิบัติได้ ก่อให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้อง[15] ช่วยเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา เพิ่มความภาคภูมิใจ เพิ่มการควบคุมตนเอง และความมั่นใจในตนเอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนรับรู้และเข้าใจความเครียดที่เกิดขึ้น [16]

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย แต่ในต่างประเทศได้มีผู้ศึกษาพอสมควร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยคาดว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพจิต ในการวางแผนการให้การดูแลป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Question)

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรังเป็นเท่าใด
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรังเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ คือ

เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้จากการทำงาน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ตัวแปรตาม คือ

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

เนื่องจากการศึกษาวิจัยทำในเวลาจำกัด และเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่มีลักษณะทางอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ จิตใจกระวนกระวาย ความรู้สึกสับสน การตัดสินใจยาก บุคลิกภาพเปลี่ยน และมีอาการแสดงออกทางกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้าหมดแรงโดยไม่มีเหตุผล ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคจิตเภทตาม ICD 10 ป่วยมาเป็นเวลานาน 2 ปี ขึ้นไป

3. ผู้ป่วยนอก (Out patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยไม่ได้อยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

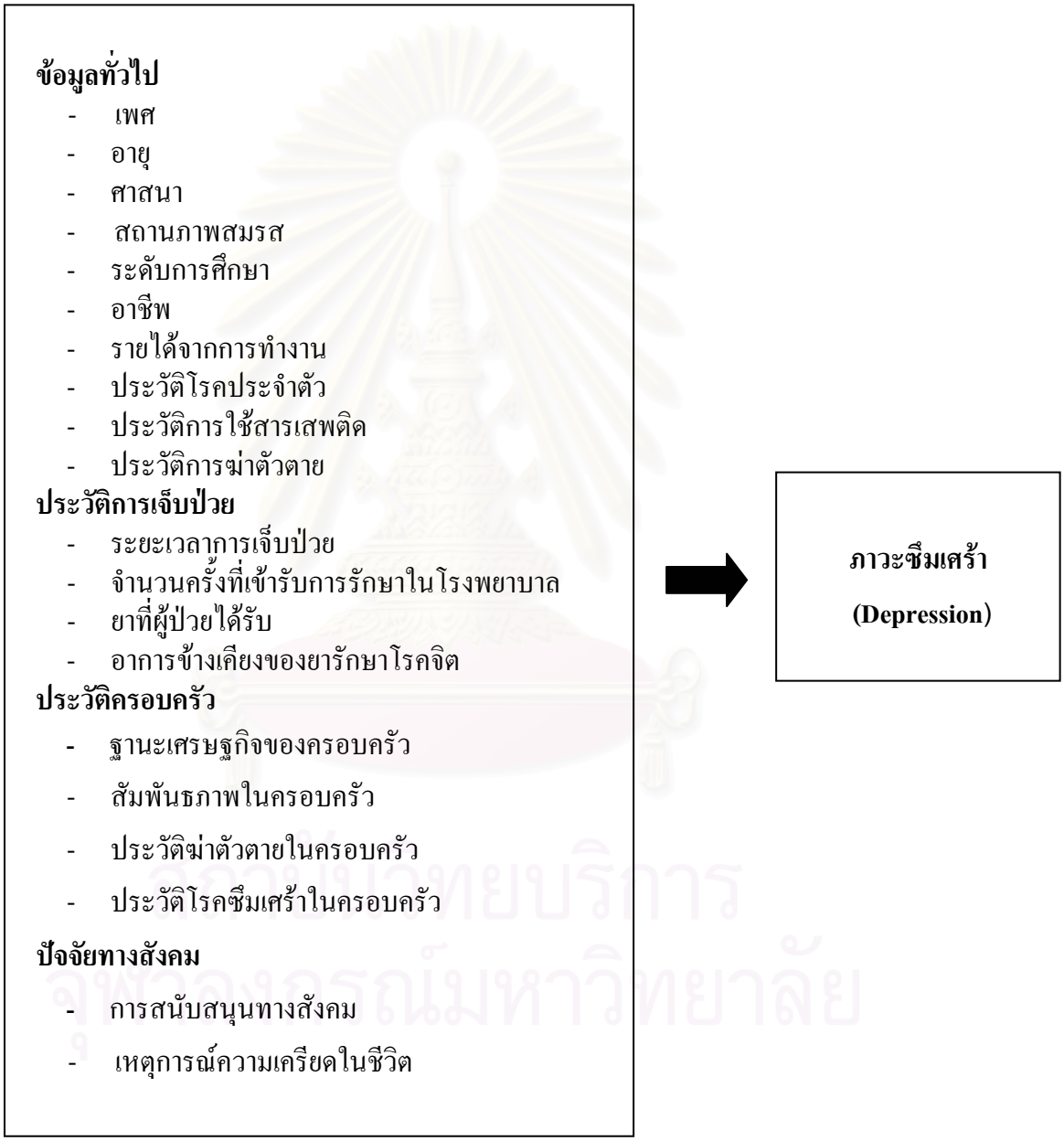
4. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีต่อการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากครอบครัวและบุคคลอื่นๆ ในด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ ด้านข่าวสารข้อมูล ตามที่ผู้ป่วยต้องการมากน้อยอย่างไร

5. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตซึ่งก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยโดยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมาแบ่งเป็น ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านการงาน ด้านสังคม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ **ตัวแปรตาม**



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefits and Application)

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารและทีมสุขภาพจิตในการจัดให้บริการและกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ในการพัฒนาการบริการทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

3. สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. ภาวะซึมเศร้า
3. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
4. การสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบได้ในประชากรทุกกลุ่ม และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอสรุปได้ดังนี้

โรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักดีอยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) [17] เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1-1.5 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการป่วยในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง

ระบาดวิทยา[18,19]

การศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคจิตเภทเป็นเรื่องยาก และไม่อาจได้ตัวเลขที่แท้จริง เนื่องจากมีความแตกต่างของหลักเกณฑ์ แต่พอที่จะสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. อุบัติการณ์ของโรค (incidence)จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกได้รายงานเกี่ยวกับองค์ประกอบที่วัดผลโรคทางจิตที่รุนแรง พบว่ามี อุบัติการณ์ ในช่วงระหว่างร้อยละ 0.016 – 0.042 ต่อปีในโรคจิตเภท ขณะที่ความชุกอยู่ในช่วงระหว่าง 0.06 – 1.7 โดยจะพบว่ามีอัตราต่ำในประเทศที่กำลังพัฒนา เมื่อพิจารณาถึงอุบัติการณ์จำเพาะอายุและเพศ จะพบว่า เพศชายจะเริ่มป่วยเร็วกว่า ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา และพัฒนาแล้ว มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะ

ยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล [20]

2. อายุและเพศ โรคจิตเภทพบได้ทั้งชายและหญิง จากการศึกษาในระยะแรกเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มป่วยทั้งในเพศชายและเพศหญิงอยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 45 ปี จากการศึกษาของ Epidemiologic Catchment Area Program พบว่าโรคจิตเภทยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากการแสดงอาการของโรคจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่ในเพศชายจะพบว่าอายุที่เริ่มมีอาการอยู่ในระหว่าง 15 – 25 ปี ส่วนเพศหญิงจะพบสูงในระหว่างอายุ 25 – 35 ปี โดยความแตกต่างนี้ยังไม่เป็นที่แน่ชัด โดยอาจจะมีปัจจัยในเรื่องฮอร์โมน หรือ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ที่ทำให้เพศชายพบอาการป่วยได้เร็ว มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และพิการมากกว่าเพศหญิง

3. การเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการตายสูงจากอุบัติเหตุและสาเหตุจากธรรมชาติของโรค มากกว่าประชากรโดยทั่วไป จากหลายการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีความเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญ และจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ของอาการที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้

4. การฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายพบว่า เป็นสาเหตุสำคัญของการตายในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากมีความผิดปกติของโรคทางอารมณ์มากกว่าโรคทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ50 พยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงเวลาที่ป่วย และร้อยละ 10 – 15 ของผู้ป่วยจิตเภทจะตายด้วยการฆ่าตัวตายในช่วงระยะเวลา 20 ปีต่อมา ผู้ป่วยโรคจิตเภทชายและหญิงมักจะฆ่าตัวตายสำเร็จได้เท่ากัน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ อาการซึมเศร้า อายุน้อย และผู้ป่วยเหล่านั้นเคยมีระดับการงานก่อนป่วยที่มักอยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับวิทยาลัย ซึ่งผู้ป่วยที่มีปัจจัยเหล่านี้มักจะตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนและได้เลือกทางออกโดยวิธีการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของสุดสบาย จุลกทัพพะ และคณะ[21] ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 พบว่าในจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 154 คน เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติและพยายามฆ่าตัวตาย 49 คน (ร้อยละ 31.8) และพบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน (ร้อยละ 0.6) ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยจึงควรเน้นในการรักษาอาการซึมเศร้า โดยการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิต และการหากลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยไปในทิศทางที่เหมาะสม

5. การใช้ยาและสารเสพติด

5.1 การสูบบุหรี่ พบว่าจะมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท หลายการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านโรคจิตในขนาดที่สูง เนื่องจากพบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มอัตราการเผาผลาญของยาเหล่านี้ ในทางกลับกันพบว่าการสูบบุหรี่ก็ลดการเกิดอาการพาร์คินสันซึ่งเกิดจากการใช้ยาต้านโรคจิต ที่อาจจะเป็นไปได้เพราะสารนิโคตินไปมีผลต่อระบบโดปามีน

จากการศึกษาพบว่าสารนิโคตินเพิ่มอาการทางจิตเชิงบวก ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากสารนิโคตินไปลดการรับรู้จากสิ่งกระตุ้นภายนอก

5.2 การใช้สารอื่น ๆ พบว่า ร้อยละ 30 – 50 ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีเกณฑ์การวินิจฉัยว่า มีการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 15 – 25 มีการใช้กัญชา และใช้โคเคน ร้อยละ 5 – 10 จากรายงาน พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ ภายหลังจากการใช้สารเสพติดจะทำให้รู้สึกมีความสุข ช่วยลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล และ มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดมักจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี

6. ความหนาแน่นของประชากร ตามความชุกของโรคจิตเภทจะสัมพันธ์กับความหนาแน่นในเมืองมากกว่า 1 ล้านคน โดยเฉพาะอัตราการเกิดโรคจิตเภทในเด็กที่พ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือเป็นทั้งคู่ จะพบได้สูงในเมืองหรือชุมชน และภาวะตึงเครียดทางสังคมในถิ่นที่อยู่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทในประชากรกลุ่มเสี่ยง

7. วัฒนธรรม และเศรษฐกิจทางสังคม ในประเทศอุตสาหกรรมมักพบผู้ป่วยในกลุ่มผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า เพราะอาการป่วยทำให้เศรษฐานะต่ำลง หรือทำให้ไม่สามารถมีเศรษฐานะในระดับที่สูงขึ้นได้ หรือในอีกแง่หนึ่งคือ ความเครียดของผู้ที่มีเศรษฐานะต่ำอาจทำให้เกิดโรคจิตเภท การอพยพย้ายถิ่น (immigration) หรือการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมที่เป็นไปอย่างรวดเร็วเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดโรคจิตเภทได้มากขึ้น นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคยังขึ้นอยู่กับสภาพสังคมหรือวัฒนธรรมที่จะเป็นตัวตัดสินว่าพฤติกรรมนั้นผิดแปลกไปจากสังคมหรือไม่

สาเหตุของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทที่สำคัญได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาพบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวนั้นมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป[22] มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าร้อยละ 20 – 50 ของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง และบางรายงานมีความเชื่อว่าอาการบ่งชี้ทางลบ มีความสัมพันธ์กับการขยายตัวของ Ventricles และมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า[23]

1.2 สารเคมีในสมอง (Biochemical factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อนำประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคมนับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ [17,23]

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท มีการศึกษาพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคทางจิตเภท นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน [17]

อาการและการแสดง

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ [23,24] คือ อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms / Type I Syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัดคือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือ หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน และอาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms / Type II syndrome) คือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดียวนาน ๆ โดยไม่มีปฏิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยเมย (Blunt or Flattening) ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ [17,23]

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม ICD 10[25] แบ่งอาการต่าง ๆ ออกเป็นกลุ่มเพื่อการวินิจฉัย ดังนี้

1. ความคิดก้องสะท้อน(Thought echo) ความคิดถูกสอดแทรกถูกดึงออกจากตน หรือถูกส่งกระจาย

2. ความคิดหลงผิดว่าถูกควบคุมโดยอิทธิพลภายนอก มีแนวคิดการกระทำ หรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะและมีการรับรู้ที่ผิดปกติ

3. หูแว่วเป็นเสียงแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกี่ยวกับผู้ป่วย หรือได้ยินเสียงจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

4. ความคิดหลงผิดฝังแน่นซึ่งไม่เข้ากับวัฒนธรรมความเชื่อของคนทั่วไป หรือไม่มีความเป็นไปได้ เช่น ความคิดหลงผิดเกี่ยวกับศาสนา การเมือง อำนาจ และความสามารถเหนือมนุษย์

5. ประสาทหลอน มีความคิดหลงผิด อาการนี้มีทุกวันอยู่หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน

6. ความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็น หรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง

7. มีพฤติกรรมทรงท่าเป็นเวลานาน เช่น งุ่นง่านผิดปกติ วางท่าแปลก ๆ คงท่าตามที่ถูกจัด ต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด

8. อาการแง่ลบ เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมยหรือไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

9. มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน คิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

การวินิจฉัยต้องอาศัยอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน (ถ้าอาการไม่ชัดเจนนัก ต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่า) ตามข้อต่าง ๆ ดังกล่าวจาก 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการ จากข้อ 5 ถึงข้อ 8 และมีอาการอยู่เกือบตลอดเวลานาน 1 เดือนหรือมากกว่า ถ้าน้อยกว่า1 เดือน (ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่) ควรให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Acute schizophrenia – like psychotic disorder เมื่อมีอาการคงอยู่นานกว่านี้จึงเปลี่ยนเป็นโรคจิต

โรคจิตเภทแบ่งตามระยะเวลาที่ป่วยได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute schizophrenia) : เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนถึง 2 ปี

2. ระยะเรื้อรัง (Chronic schizophrenia) : เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

การดำเนินโรค[26]

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแย่ลงเรื่อย ๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

การรักษา [27]

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัย การรักษาจึงมักใช้วิธีการหลายอย่างรวมกันไป ซึ่งอาจประกอบด้วย การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การใช้ยารักษาโรคจิต การรักษาทางจิตสังคม เช่น พฤติกรรมบำบัด การฝึกพฤติกรรมทางสังคม ครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัด จิตบำบัดประคับประคอง และการรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยที่แต่ละวิธีก็มีส่วนช่วยรักษาและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน

การรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล [28] พิจารณาเฉพาะราย กรณีมีข้อบ่งชี้ เช่น เพื่อเป้าหมายในการวินิจฉัยโรคในบางรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัย เพื่อควบคุมอาการที่ยังรุนแรงระหว่างให้ยา เพื่อความปลอดภัยกรณีผู้ป่วยมีความคิดหรือพฤติกรรมที่บ่งถึงการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างมาก เช่น ไม่ดูแลตนเอง ไม่กินอาหาร เป็นต้น

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต [29, 17]

ยาต้านโรคจิตมีชื่อเรียกหลายอย่างได้แก่ neuroleptic drugs, major transquilizers รักษาที่อาการของโรคและไม่สามารถรักษาโรคจิตเภทได้ ยาต้านโรคจิตที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันแบ่งออกตามโครงสร้างทางเคมีเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด เพราะมีคุณสมบัติในการรักษาโรคจิตได้ดีและมีราคาถูก ยาในกลุ่มนี้มีอยู่หลายชนิด มีสูตรโครงสร้างที่เหมือนกัน คือมี nucleus เป็น phenothiazine ซึ่งเป็น 3 rings และมี side chain แตกต่างกันเป็น 3 แบบทำให้มีการออกฤทธิ์แตกต่างกัน คือ

1.1 Aliphatics เป็นกลุ่มที่มี side chain ตรง มีฤทธิ์ sedative สูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine, Trifluprомazine

1.2 Piperidines มีฤทธิ์ sedative ปานกลาง มีข้อดีคือมีฤทธิ์ Extrapyramidal side effect น้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ คือ Thioridazine, Mesolidazine, Piperacetazine

1.3 Piperazines เป็นยากลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มีExtrapyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ คือ Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine, Prochlorperazine, Pipothiazine

2. Thioxanthines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แตกต่างกันตรงที่มี nucleus เป็น thioxanthine เท่านั้น มี side chain ที่แตกต่างกันทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกันไปด้วย ชื่อของยาก็ล้อเลียนกับกลุ่ม Phenothiazines เช่นChlorprothixene, Thiothixene, Flupenthixol และ Clopenthixol

3. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อยและมี Extrapyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines กลุ่ม Piperazines side chain ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ คือ Haloperidol, Triperidol, Bromperidol, Benperdol

4. Dibenoxazepines ยากลุ่มนี้ มีใช้ในบ้านเราตัวเดียวคือ Loxapine

5. Diphenbutyipiperidines ยากลุ่มนี้มีใช้ในบ้านเรา 2 ตัวคือ Pimozide, Penfluridol มีรายงานว่า Extrapyramial side effect ค่อนข้างสูง

6. Dihydroindolones ยังไม่มีใช้ในบ้านเรา ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้คือ Molindone

7. Benzamides ใช้บ่อยในยุโรปมากกว่าในสหรัฐอเมริกา ตัวอย่าง เช่น Sulpiride, Remoxipride (ถูกถอนจากตลาดไปแล้ว เนื่องจากผลข้างเคียงกดไขกระดูก) และ Amisulpride

8. Benzisoxazoles เป็นยาชนิดใหม่เช่นกัน ที่มีใช้ในปัจจุบัน คือ Risperidone

9. Dibenzodiazepines เป็นยาที่เคยใช้ในเมืองไทย แล้วมีบริษัทหยุดขายไประยะหนึ่ง ต่อมานำกลับมาใช้ใหม่ ได้แก่ Clozapine มีข้อดี คือ ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาท และอาจได้ผลในการช่วยลด negative symptoms ในโรคจิตเภท

10. Dibenzothiazepines ได้แก่ Clotiapine, Quetiapine

11. Indole derivatives ได้แก่ Sertindole, Ziprasidone

หรืออาจแบ่งยาต้านโรคจิต เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 2 กลุ่ม[30] คือ

1. ยากลุ่มดั้งเดิม (conventional antipsychotics หรือ dopamine antagonists : DA) ที่มีฤทธิ์ปิดกั้น dopamine D_2 receptors ในสมองด้วย affinity ที่แตกต่างกันและความสามารถในการปิดกั้น dopamine D_2 receptors นี้ จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา ซึ่งทฤษฎีนี้ได้รับการยอมรับมาตั้งแต่เริ่มมีการค้นพบ “ Dopamine hypothesis of Schizophrenia” เมื่อ 30 ปีที่แล้ว เช่น chlorpromazine, haloperidol, sulpiride

2. ยากลุ่มใหม่ (novel antipsychotics หรือ serotonin – dopamine antagonists : SDAs) เป็นยาที่แตกต่างจาก conventional antipsychotics คือ เป็นยาที่ถูกออกแบบขึ้นมาให้มีฤทธิ์ปิดกั้นทั้ง D_2 และ 5-HT $_{2A}$ receptors ในโมเลกุลเดียวกัน และจะต้องมีฤทธิ์ในการปิดกั้น 5-HT $_{2A}$ receptors มากกว่า D_2 receptor ตัวอย่างเช่น clozapine, risperidone, olanzapine ซึ่งองค์การอาหารและยาได้รับรองแล้ว และยังมียาตัวใหม่อีก 3 ชนิด คือ sertindole, quitiapine และ Ziprazidone

ยาอื่น ๆ ที่อาจใช้ร่วมเพื่อรักษาที่มีข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ Lithium ยากันชัก เช่น Carbamazepine, Valproate เป็นต้น benzodiazepine เช่น alprazolam, diazepam ขนาดสูงตัวเดียว แต่กรณีหลังนี้ต้องระวังอาจมีอาการถอนยา

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) มีประโยชน์ในบางกลุ่มของผู้ป่วย มักใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ชัดเจน โดยทั่วไปข้อบ่งชี้ในโรคจิตเภท ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง และมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวหรือรุนแรง จนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือบุคคลอื่น ผู้ป่วยที่มีอาการ catatonia รุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางอารมณ์รุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ยาได้ หรือที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น

พฤติกรรมบำบัด เช่น Token economy, social skill training ทั้งนี้เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมพฤติกรรมที่ต้องการ เพื่อเพิ่มทักษะในการเข้าสังคม การฝึกทักษะต่าง ๆ การพูดคุยสื่อสารกับผู้อื่น เป็นต้น

จิตบำบัด มีขีดจำกัด และไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรค ส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นที่สร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยบางครั้งเป็นการให้คำแนะนำ ให้ความมั่นใจ ให้ความรู้ความเข้าใจ ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่โลกของความเป็นจริงช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่บกพร่องเสริมสร้าง ego ที่อ่อนแอให้เข้มแข็งขึ้น ให้รู้จักใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง

ครอบครัวบำบัด มีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย แพทย์ต้องให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ญาติผู้ป่วยนอกจากให้ประวัติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนพยาธิสภาพของครอบครัวในขณะเดียวกันผู้รักษาก็ทำให้ญาติเข้าใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งคำแนะนำส่วนใหญ่มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วย ให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสมสร้างสรรค์ แก้ไขปัญหาหรือความสัมพันธ์อันผิดปกติ ช่วยให้ได้ระบายความรู้สึกต่อกันโดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

กลุ่มบำบัด มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ต่าง ๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง

การฟื้นฟูจิตใจ ได้แก่ Milieu therapy ซึ่งเป็นการรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจ การงาน และสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันการเสื่อมของบุคลิกภาพ

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา [17,31]

ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก จนบางครั้งต้องให้ผู้ป่วยกินยาแก้ฤทธิ์ข้างเคียงร่วมไปด้วย ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตมีดังนี้

1. ฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทอิสระ (autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยา นานๆร่างกายมักปรับตัวได้ ฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดตัว หรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ (postural hypotension) ในผู้ชายอาจมีอาการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งน้ำกามเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ฤทธิ์ยาข้างเคียงเหล่านี้เกิดขึ้นจากคุณสมบัติที่เป็นทั้ง anticholinergic และ antiadrenergic ของยากลุ่มนี้ ฤทธิ์ต่อต้าน adrenaline ที่มีต่อ α - adrenergic โดยไม่มีผลต่อ β - adrenergicเลย เราจึงไม่สามารถใช้ adrenaline ในการแก้ไขความดันโลหิตต่ำจากการรักษาโรคจิตได้ อาการความดันโลหิตต่ำพบบ่อยที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วนฤทธิ์ anticholinergic พบมากที่สุดจากยา Thioridazine ซึ่งไม่ควรใช้ในผู้ป่วย benign prostatic hypertrophy และผู้ป่วย closed angle glaucoma

2. Extrapyramidal effects เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง อาจแบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ

2.1 Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยมีอาการสั่น (tremor) ที่มือ แขน ขา ลำตัว มีอาการแข็ง (rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน เดินช้า เคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึกเหมือนใส่หน้ากาก (mask – like facies)

2.2 Acute dystonia มีอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) ตาเหลือก (oculogyri crisis) หลังแอ่น (opisthotonos) ขากรรไกรแข็งและน้ำลายไหล

2.3 Akathisia ผู้ป่วยรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาโดยที่ไม่ได้มีอารมณ์วิตกกังวลเหมือนอย่างพบในผู้ป่วยที่ agitated

2.4 Tardive dyskinesia เป็นอาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ โดยที่ผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัวหรือควบคุมไม่ได้ของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและลำคอ เช่น มีอาการเคี้ยวปาก ดูดลิ้น แลบลิ้น เลีย

ริมฝีปาก แสยะใบหน้า ฯลฯ อาการเหล่านี้ไม่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยหลับ ฤทธิ์ยาข้างเคียงทางระบบประสาทส่วนกลางเกิดมากที่สุดจากยาในกลุ่ม Potent neuroleptics

3. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้เช่น T- wave กว้างหรือแบนลง และอาจมี QR intervalยาวขึ้น ยาที่รายงานว่ามีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อย คือ Thioridazine แต่ก็ไม่ค่อยเป็นปัญหาในการรักษา

4. Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญมี agitation สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงถึงขั้นโคม่าได้

5. Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือมีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้อันตรายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบแก้ไข โดยหยุดการใช้ยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

6. อาการชัก อาจเกิดได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดสูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ได้โดยการลดขนาดของยาลง และในบางรายอาจให้ยากันชัก เช่น Phenytonin ร่วมด้วย ซึ่งจะป้องกันการชักได้ แม้จะเพิ่มขนาดของยาขึ้น

7. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ทำให้ง่วงของยามักมีเพียง 2 – 3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวัน เราจึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

8. อาการดีซ่าน (jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น โดยเฉพาะยา Chlorpromazine พบมากที่สุด การแก้ไขควรหยุดยากลุ่มนี้และเปลี่ยนไปใช้ยากลุ่มอื่น

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเม็ดเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มากคือ Agranulocytosis, Leukopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenic purpura

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบ skin eruptions ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ photosensitivity หรืออาการแพ้แสงแดด มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น บางทีพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่ถูกแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแดดอาจเปลี่ยนแปลงเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ อาการ Contact dermatitis อาจพบได้ในผู้ที่สัมผัสกับยาฉีด Chlorpromazine โดยตรง เช่น ขณะดูดยา Chlorpromazine ชนิดฉีดจากหลอดยาแล้วถูกมือ

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วยเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด การให้Thioridazineในขนาดสูงอาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้และอาจไม่หาย แม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazineเกินวันละ 800 กม.

12. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ การเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มีนมคัดและบางรายก็มีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน ๆ หรือตลอดระยะที่กินยารักษาโรคจิต

13. การตายอย่างปัจจุบันทันด่วน (Sudden Death) สมมติฐานอธิบายสาเหตุกลไกที่อาจเป็นไปได้โดยผ่านระบบหัวใจ และหลอดเลือดซึ่งเป็นผลจากจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ (arrhythmia) และความดันโลหิตต่ำ และโดยผ่านทางระบบหายใจ ซึ่งเป็นผลจากการสำลักเข้าปอดและขาดออกซิเจน (aspiration with asphyxia) การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนของยาต้านโรคจิต และการตายอย่างปัจจุบันทันด่วน และไม่พบหลักฐานที่สนับสนุนสมมติฐานที่อธิบายกลไกดังกล่าวพบว่า ตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านโรคจิตไม่ได้มีผลต่ออัตราการตายอย่างปัจจุบันทันด่วนในผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ที่เสียชีวิตนั้นมีทั้งผู้ที่ได้รับยาที่มีความแรงในการออกฤทธิ์ต่ำและสูง

14. ยาต้านอาการทางจิต เมื่อผู้ป่วยรับประทานแล้วจะมีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ยากลุ่ม Benzodiazepines, Amphetamine, Phenothiazine

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังมีต่อผู้ป่วย

Surauss (อ้างใน สิรพัชร รัตแพทย์) [7] ได้กล่าวถึง ปัญหาที่พบเสมอในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่

1. การป้องกันและการเผชิญกับภาวะวิกฤติของโรค
2. การควบคุมอาหาร
3. การปฏิบัติตามแผนการรักษา
4. การพยายามป้องกันการแยกตัวจากสังคม หรือเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับการแยกตัวจากสังคม ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง
5. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะต่างๆ ของโรค ทั้งในระยะสงบและกำเริบ
6. การพยายามที่จะมีชีวิตอย่างปกติ ทั้งในวิถีการดำเนินชีวิต และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
7. การต้องเตรียมงบประมาณ หาเงินให้เพียงพอกับค่ารักษา หรือเพื่อความอยู่รอดในขณะที่ไม่มีงานทำ หรือทำงานได้เพียงครึ่งเวลาเท่านั้น

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วย

ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทุก ๆ ด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมดังนี้

1. **ด้านร่างกาย** ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จนถึงการเสียอวัยวะนั้น ๆ ไปเลย ทำให้เสียภาพลักษณ์ เสียบุคลิกภาพที่ดี และอาจต้องทนทุกข์กับความเจ็บป่วยและอาการของโรค

2. **ด้านจิตใจ** จากการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย พยายามแยกตัว ขาดความมั่นใจของตนเอง สูญเสียเสถียรภาพทางจิตใจ คุณค่าในตัวเองลดลง เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง เพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการตีจากของบุคคลรอบข้างหรือคนที่เป็นที่รัก หรือสูญเสียสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย กลัวเสียความรักจากครอบครัว และหมดหวังในที่สุด อารมณ์และความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะแสดงออกมาก็คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เสียใจ เคียดแค้น และความรู้สึกสูญเสีย

3. **ด้านอาชีพ** ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ต้องการการพักฟื้นหรือฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ ผู้ป่วยบางราย ต้องออกจากงาน หรือเปลี่ยนงานอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ถ้าผู้ป่วยต้องขาดงานบ่อย ๆ หรือเกษียณก่อนเวลา ก็จะส่งผลต่อรายได้ของครอบครัวอย่างมาก

4. **ด้านสังคม** ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียภาพลักษณ์ และฐานะการเงินลดลง จะลดบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัวในฐานะสามี หรือภรรยา พ่อหรือแม่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ เนื่องจาก อัตมโนทัศน์ถูกรบกวน มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป สังคมจะไม่ยอมรับ และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อสังคม

เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหา และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมากมายเช่นนี้ ย่อมจะต้องส่งผลกระทบถึงสังคมรอบข้างด้วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นในทางสังคมสามารถแบ่งเป็น 2 ประการ คือ

1. **ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว** เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1.1 ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าอาหารพิเศษ เครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น ต้องแยกห้องเพื่อป้องกันโรค หรือเพิ่ม

สิ่งแวดล้อมเฉพาะโรค เป็นต้น หากผู้ป่วยเป็นผู้เลี้ยงครอบครัว ต้องหยุดพักรักษาตัว จะทำให้ขาดรายได้ และผู้ป่วยจะถูกมองเป็นภาระ นำความยุ่งยากมาสู่ครอบครัว

1.2 มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ต้องแยกห้อง หรือเครื่องใช้บางอย่างเป็นต้น

1.3 มีการเปลี่ยนสถานภาพ บทบาท และหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป เช่น ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยลง ต้องหยุดพักรักษาตัว ทำให้ครอบครัวมีปัญหา แม่บ้านจำเป็นต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนสภาพและบทบาทในครอบครัว

1.4 เกิดปัญหาด้านอารมณ์ ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้น แต่สมาชิกในครอบครัวก็อาจมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดบ่อย ทำอะไรไม่ถูกต้องไม่ถูกใจ มีความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกกระทบ ฉะนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงสวัสดิการในครอบครัวเพื่อผ่อนคลายให้สมาชิกในครอบครัวถูกกระทบกระเทือนน้อยที่สุด

2. ผลกระทบที่มีต่อชุมชนและสังคม

2.1 ต้องมีงบประมาณค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ โดยรัฐจัดบริการแพทย์และสาธารณสุข ประชาชนอาจต้องเสียภาษีเพิ่มขึ้น เพื่อจัดสร้างสถานบริการตามความเหมาะสม

2.2 ความเจ็บป่วยหรือพิการทำให้บุคคล ไม่อาจทำหน้าที่ทางสังคมตามปกติได้ เป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เพื่อรักษาโรคและความพิการ

2.3 ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากเดือดร้อนแก่ครอบครัว ครอบครัวไม่มีความสุขตามปกติ ทำให้ชุมชนไม่มีความสุขและขาดความมั่นคงด้วย ความสุขและความมั่นคงของครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นเอง ชุมชนหรือสังคมจึงต้องหาทางให้ความเจ็บป่วยหมดสิ้นไป หรือลดน้อยลงโดยเร็ว

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิตใจ

ความกลัวตาย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง และกลัวตายจากภาวะของโรค ความกลัวตายนี้จะมีผลกระทบกระเทือนไปถึงบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย รวมทั้งการทำงานด้วย ผู้ป่วยจึงควรจะได้รับคำอธิบายให้ทราบว่าโรคเรื้อรังส่วนมากมิได้มีอันตรายร้ายแรงจนถึงแก่ชีวิต ในระยะเวลาอันสั้น หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขพอสมควร

ความกลัวความพิการไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังมักจะกลัวเป็นคนพิการไร้สมรรถภาพ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลควรสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดีที่สุด จะช่วยให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

ความกลัวความเจ็บป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน ความเจ็บปวดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย สำหรับบางโรคที่ทราบถึงระยะการดำเนินของโรคอย่างแน่ชัด แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะเวลาที่อาจเกิดความเจ็บปวด และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยทันทีที่มีอาการเจ็บปวด

ความกลัวการแพร่เชื้อโรค ผู้ป่วยอาจกลัวว่า จะเป็นผู้แพร่เชื้อโรคให้กับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว แพทย์หรือพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนว่า โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้น สามารถติดต่อได้ทางใดบ้าง สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่ ควรมีบุตรหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

ความกลัวความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะมีอาการเลวลง แพทย์ผู้ให้การรักษาควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนั้น อยู่ในระยะใดของการดำเนินของโรค หรือมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง และควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับอาการของโรค

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะต้องออกจากงานหรือไม่สามารถทำงานได้เท่าเดิม หรืออาจมีหนี้สินจากภาวะความเจ็บป่วย

ภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยและไร้สมรรถภาพ นอกจากจะมีผลกระทบกระเทือนต่อระบบต่างๆของร่างกายแล้ว จะมีผลกระทบกระเทือนต่อภาวะทางด้านจิตใจในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- อัตมโนภาพ (Body image) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ที่ได้รับอิทธิพลมาจากความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่นด้วย บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นมักจะมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น ความรู้สึก เช่นนี้บางส่วน อาจเป็นผลจากอิทธิพลของการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ พบว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจะแสดงความรังเกียจและไม่พอใจที่จะต้องทำความสะอาดให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการดูถูกเหยียดหยาม นอกจากนี้ปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัว และอิทธิพลของสังคมก็จะมีผลต่ออัตมโนภาพของผู้ป่วยเช่นกัน

- ความละอาย (Shame) เป็นความรู้สึกทางด้านลบที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย หรือต่อการที่ต้องการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต สาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความรู้สึกละอาย อาจเกิดจากสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ในขณะที่แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วย หรือ พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย

ไม่ปกปิดร่างกายของผู้ป่วยให้มิดชิด หรือเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยมากเกินไป หรือ ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะได้ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกละอาย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยหรือด้อยกว่าผู้อื่น และผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสงสารตัวเอง

- ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อต้องสูญเสียหรือต้องจากกับบุคคลที่ตนรัก หรือต้องสูญเสียทรัพย์สิน หน้าที่การทำงาน หรืออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยปกติบุคคลจะสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การเดิน การนั่ง การพูดคุย การอาบน้ำ แต่งตัว หรือ การรับประทานอาหาร แต่ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย หรือมีความพิการเกิดขึ้นผู้ป่วยก็จะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น สูญเสียการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น สูญเสียความมั่นใจในตัวเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือดำเนินตามบทบาทต่าง ๆ ของตนเองได้ เช่น การเป็น พ่อ แม่ และการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

- ความเศร้าโศกเสียใจ (Grief) มิใช่จะเกิดขึ้นเฉพาะในกรณีที่บุคคลซึ่งเป็นที่รักต้องสูญเสียชีวิตจากไปเท่านั้น แต่อาจเกิดขึ้นเมื่อต้องสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อชีวิต เช่น ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคจิตเภทซึ่งเมื่อป่วยแล้วมักจะเป็นเรื้อรังและต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก เบื่อ ท้อแท้ ซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า

มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลายความหมายด้วยกัน ได้แก่

ภาวะซึมเศร้า (Depression) [32] หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เซื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลดลง หมดอารมณ์เพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรม หรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

ภาวะซึมเศร้า (Depression) [33] หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระและความสำคัญอื่น ๆ ทำให้มีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย ล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วครู่หรือคงอยู่นานขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม

ภาวะซึมเศร้า อาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ [34]

1. เป็นอารมณ์ปกติ (affect of state) ซึ่งใครๆ ก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงอยู่นาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or strait) คือ คงอยู่นานและระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกาย และโรคทางจิตต่าง ๆ (secondary depression)

3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติคงอยู่นาน (mood disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้าหรือ hypomania ถึง mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่

- อาการทางจิต (psychophysiologic หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น
- อาการทางความคิด (cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ขี้หลงขี้ลืม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น
- อาการทางพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (psychomotor) เช่น เซื่องซึม กระสับกระส่าย หรือนั่งไม่ติด เป็นต้น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ คือ [32,35]

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่างตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (primitive)ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

2. สาเหตุมีความคิดแง่ลบ (Negative Cognition)

Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ว่าเกิดจากมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) โดยมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อมก็รู้สึกกดดันบีบบังคับและคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจน รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลวและหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models)

โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย หมดกำลังใจใจ ไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและความผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า ภาวะหมดกำลังใจ เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใด ๆ เลย จึงขาดแรงจูงใจ และขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุด้านชีวภาพ (Biological models)

1. พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรค major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression

2. Neurotransmitter system เชื่อว่าผู้ป่วยมีสารสื่อประสาทประเภท norepinephrine และ serotonin ต่ำลงรวมทั้งอาจมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง

3. Neuroendocrine systems พบว่ามีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ Cortisolหลั่งมากและตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย Dexamethasone, Growth hormone หลั่งน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย Clonidine,Thyroid - stimulating hormone (TSH) หลั่งน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย Thyrotropin - releasing hormone (TRH)

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในหลาย ๆ แง่มุม ทำให้คาดว่าน่าจะมีความผิดปกติในบริเวณ Limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด hypothalamus ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมน ตลอดจน biological pattern และ basal ganglion ซึ่งเกี่ยวข้องกับ psychomotor activity

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depression Symptoms) [36]

1. อารมณ์เศร้าโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกที่แสดงอาการได้หลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบานหรือใจคอเศร้าหมอง ลักษณะอารมณ์บางเวลาเศร้ามาก บางเวลาเศร้าน้อยหรืออาจมีอยู่ตลอดเวลา

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว

3. รู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง

4. เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่อาหารที่ตนเองเคยชอบ

5. นอนไม่หลับ อาจนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อย

6. รู้สึกอ่อนเพลีย อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขนขา

7. ความคิดเชื่องช้า การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชื่องช้า ความสนใจต่าง ๆ ลดลง เงียบและซึมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่าง ๆ เป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว หรือการอ่านหนังสือ

8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดี ลืมง่าย อ่านหนังสือแล้วไม่จำ

9. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา

10. รู้สึกมีความผิด คิดว่าเป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่

11. ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานมีมาก ความคิดอยากตายรุนแรงขึ้น

12. ความกลัวจะวนเวียนอยู่ในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียว ไม่อาจทำใจให้สงบได้

13. อาการทางกาย มักมีอาการทางกายเกิดร่วมด้วยเสมอและเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress event)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง สถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไปได้

Holmes & Rahe. อ้างในสมจิตร์ นครพานิช [37] ให้ความหมายของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตว่าเป็นความเครียดทางสังคม (social stressors) ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ใด ๆ ที่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลแล้ว จะทำให้บุคคลนั้น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

Slavin. et al อ้างในภัทรสุดา ฮามคำไพ[38] ได้กล่าวถึงเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดว่า ความเครียดเป็นผลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมไปถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแก่บุคคลนั้นด้วย ดังนั้นเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นถือเป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทำให้เกิดความเครียดได้ และจะมีความหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคล เหตุการณ์ต่าง ๆที่ถือเป็นสิ่งเร้านี้จะหมายถึงเหตุการณ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต เช่น การหย่าร้าง หรือ การสูญเสียญาติพี่น้อง และการเป็นเหตุการณ์เล็ก ๆ เช่น การสอบตก หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในชีวิต เช่น อาการป่วยที่เรื้อรัง

ความเครียด

ชูทิตย์ ปานปรีชา [39] ให้ความหมายความเครียดไว้ดังนี้

1. ความเครียด เป็นภาวะทางจิตใจที่กำลังเผชิญปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในตัวตนหรือนอกตัวตนเป็นปัญหา ที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่า จะเกิดขึ้น เป็นปัญหามาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ

2. ความเครียด เป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งที่มากระตุ้นซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังเผชิญ

3. ความเครียด เป็นความรู้สึกไม่พอใจ ไม่สบายใจ เสมือนจิตใจถูกบังคับให้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้า ความรู้สึกดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ

Lazarus & Folkman [11] ให้ความหมาย ความเครียดว่า เป็น ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ความเครียด คือ การที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ทางด้านตัวบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคมที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด

Selye H. [40] กล่าวว่า ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตมนุษย์ มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ด้าน เช่น ความเครียดจากลักษณะงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะส่วนตัว รวมถึงภูมิหลังของบุคคล ผลของความเครียด ทำให้บุคคลเกิดความกลัว วิตกกังวล คับข้องใจ และรู้สึกไม่สบายใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น หวาดกลัว เชื่องช้า หลีกหนี หรือซึมเศร้า เป็นต้น[41]

ชูทิตย์ ปานปรีชา [39] กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดดังนี้

1. สาเหตุภายใน หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่มาจากตัวตน สามารถแยกสาเหตุในตัวคนได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 สาเหตุทางร่างกาย เป็นภาวะบางอย่างของร่างกาย ที่ทำให้เกิดความเครียด เนื่องจากร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ได้ เมื่อส่วนหนึ่งส่วนใดชำรุดหรือเจ็บป่วย จะทำให้อีกส่วนหนึ่งชำรุดหรือเจ็บป่วยไปด้วย ฉะนั้นเมื่อร่างกายเครียดจะทำให้จิตใจเครียดด้วย ภาวะต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของเครียดนี้ ได้แก่ ความเมื่อยล้าทางร่างกาย ร่างกายได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ภาวะติดสุราและยาเสพติด

1.2 สาเหตุทางจิตใจ สภาพทางจิตใจบางอย่างสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ คือ

1.2.1 อารมณ์ไม่ดีทุกชนิด ได้แก่ ความเศร้า อารมณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่สบายใจ โดยเฉพาะความเศร้า ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่คิด ต่อสู้ ความรู้สึกทั้งหมดนี้ทำให้เกิดความเครียด

1.2.2 ความคับข้องใจ เป็นภาวะของจิตใจเกิดขึ้นเมื่อความต้องการถูกขัดขวางทำให้มีปัญหาต้องเผชิญ เกิดความรู้สึกไม่พอใจ โกรธ วิตกกังวล จิตใจเหมือนถูกบีบคั้นเกิดความเครียดขึ้นมา

1.2.3 บุคลิกภาพบางประเภท ทำให้เกิดความเครียดได้ ได้แก่ เป็นคนจริงจังกับชีวิต เป็นคนใจร้อน รุนแรง ก้าวร้าว เป็นคนต้องพึ่งพาผู้อื่น

2. สาเหตุภายนอก หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆนอกตัวคนที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้แก่

2.1 การสูญเสียสิ่งที่รัก ได้แก่ การสูญเสียคนรัก ของรัก ทรัพย์สิน หน้าที่การงาน การตกงาน ถูกให้ออกจากงาน ถูกลดตำแหน่ง ย้ายงานหรือธุรกิจล้มละลาย

2.2 การเปลี่ยนแปลงในชีวิต พบว่า ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตทุกคนจะมีจิตใจแปรปรวน (Psychological Imbalance) ทำให้เกิดความเครียดไม่มากก็น้อย ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ได้แก่ เข้าโรงเรียนครั้งแรก ทำงานครั้งแรก สมรสใหม่ ๆ มีบุตรคนแรก วัยหมดประจำเดือน ปลดเกษียณอายุใหม่ ๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ทำให้ต้องปรับตัว ก็เป็นสาเหตุของความเครียดชนิดหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงอย่างกระทันหัน โดยไม่คาดคิด หรือไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน เช่น การย้ายโรงเรียน ย้ายงาน การย้ายที่อยู่ หรืออพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

2.3 ภัยอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิตและทรัพย์สิน ไม่ว่าจะเป็นภัยที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือภัยธรรมชาติ เช่น อยู่ในถิ่นที่มีโจรผู้ร้ายชุกชุม ถูกขู่จะทำร้ายร่างกาย อยู่ในสนามรบ น้ำท่วม ไฟไหม้ ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดความกดดันบีบคั้นจิตใจอย่างรุนแรง เกิดความเครียดอย่างรุนแรงได้

2.4 การทำงานชนิดที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ขาดความปลอดภัยในที่ทำงาน งานเสี่ยงอันตราย งานที่ตนเองไม่พึงพอใจ มองไม่เห็นความสำคัญของงานที่ทำอยู่

2.5 ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ จะมีผลกระทบไปเกือบทุกด้าน โดยทำให้ยากจน เป็นหนี้สิน ขาดโภชนาการที่ดี ทำให้ภาวะเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ทำให้สติปัญญาไม่ดี เรียนได้ไม่เต็มที่ อยู่ในชุมชนแออัด ไม่มีความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ทำให้เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว คิดมาก บีบคั้นจิตใจ เกิดความเครียดได้

2.6 สภาพของสังคมที่เปลี่ยนไป โดยมีแนวโน้มของการเป็นสังคมเมืองที่มากขึ้น มีคนหลั่งไหลเข้ามาอยู่หางานทำในเมืองมากขึ้นเรื่อย ๆ อยู่กันแออัดยัดเยียด ชีวิตต้องแข่งขัน ชิงดีชิงเด่น การเดินทางไปไหนมาไหนไม่สะดวกเพราะการจราจรติดขัด ชีวิตครอบครัวไม่อบอุ่น ต่างคนต่างอยู่ ขาดอากาศบริสุทธิ์หายใจ สภาพดังกล่าวทำให้เกิดความเครียดได้

ผลของความเครียด

ดวงใจ กสานติกุล [35]ได้กล่าวว่า เมื่อมีความเครียดสะสมอยู่นานๆ สารเคมีที่เป็นสารนำสุข เช่น เอนดอร์ฟิน ซีโรโตนิน ในร่างกายและสมองจะลดจำนวนลงหรือทำหน้าที่ไม่ปกติ และสารเคมีที่จัดเป็นสารนำทุกข์ ได้แก่ คอซิโซน และนอร์เอดรินาริน จะหลั่งออกมามากขึ้นส่งผลให้เป็นโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภูมิต้านทานของร่างกายลดลง ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยหรือติดเชื้อได้ง่าย ตามมาด้วยอารมณ์ท้อแท้ ซึมเศร้า สับสนหรือโรคสมองเสื่อม หลงๆ ลืมๆ ก่อนวัยอันควร

ความเครียดในระดับต่ำ หากเป็นความเครียดในระยะเวลาที่ไม่นานจนเกินไปนัก กลับจะเป็นผลดี โดยจะกลายเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกปรือที่จะแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ อวัยวะต่างๆในร่างกายได้มีโอกาสที่จะรับมือกับภาวะความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตน มีความรู้สึกเชื่อมั่น และภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ๆ ก็กลับจะก่อให้เกิดผลเสียต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลเสียทางด้านสรีระ

เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลงเนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน โดยที่ฮอร์โมนเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกายเป็นตัวทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดภาวะฮอร์โมนไม่สมดุลการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในก็จะบกพร่อง ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลังอ่อนเพลีย เจ็บตรงนั้นตรงนี้ หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก โรคหอบหืด โรคแพ้ต่าง ๆ โรคผิวหนัง ผมร่วง และโรคมะเร็ง หรือหากเป็นความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจมีผลทำให้บุคคลเสียชีวิตได้ หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมแล้วกำเริบขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคเริม

2. ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์

จิตใจของบุคคลที่เครียด จะเต็มไปด้วยการหมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ ลังเล ความระมัดระวังตัวในการทำงานเสียไป เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว หงุดหงิด ขี้โมโหโกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง ซึมเศร้า กระสับกระส่าย กระวนกระวาย คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเองหมดหวัง ท้อแท้ ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมาก ๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

3. ผลเสียทางด้านความคิด

ความเครียดนอกจากจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แล้ว ยังเป็นโทษกับตนเอง โดยหากเป็นความคิดย้อนกลับไปกลับมาจะเป็นผลให้ความเครียดยิ่งทับถมทวีคูณ ในกรณีที่ถูกคุกคามโดยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเหตุการณ์แรกผ่านไป แต่หากผู้ป่วยนำเหตุการณ์ความเครียดนั้นมาคิดซ้ำกลับไปมาอีก ความเครียดที่เกิดขึ้นในภายหลังนี้จะมีระดับความรุนแรงที่สูงขึ้นไป โดยระดับความเครียดในระยะแรก ยังไม่มากเท่ากับความเครียดที่เกิดจากความคิดต่อเนื่องมา ความคิดที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

4. ผลเสียทางด้านพฤติกรรม

บุคคลที่มีความเครียด จะเบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม ซึ่งจะทำให้ตนเองตกอยู่ในปัญหาและความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน พร้อมที่จะเป็นศัตรูกับผู้อื่นทำงานได้น้อยลง และบ่อยครั้งบุคคลจะมีการปรับตัวในทางที่ผิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ติดเหล้า ติดยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดผลร้ายตามมาอีก

5. ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวงจากการขาดงานผลของการทำงานน้อยลง และมีประสิทธิภาพด้อยลง เมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกระทบถึงฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว หากมองในแง่ของสังคม จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นย่อมหมายถึงจำนวนค่าใช้จ่ายของรัฐที่ต้องเสียเพิ่มขึ้นไปด้วย และสังคมที่เต็มไปด้วยผู้ป่วยย่อมทำให้สังคมนั้นๆอ่อนแอ

การสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้มีผู้สนใจศึกษาอย่างมากมาย เช่น นักมานุษยวิทยา แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น ทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมถูกมองได้หลายแนวคิดและมีความหมายแตกต่างกันออกไปดังต่อไปนี้

Tolsdorf (อ้างใน ดวงเดือน มูลประดับ)[42] ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความช่วยเหลือที่สม่ำเสมอในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่ได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งความช่วยเหลือนั้นได้ช่วยให้ได้ไปถึงซึ่งเป้าหมาย เฉพาะของตนหรือสามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

Cobb (อ้างในศุกร์ใจ เจริญสุข) [43] ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Thoits (อ้างใน จริยวัตร คมพยัคฆ์) [44] ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

จากความหมายข้างต้นพอสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย สิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือได้แก่ ด้านอารมณ์และสังคม ทางด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ความช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียด

ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

แม้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความแตกต่างกันไป แต่การศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ

Leiberman (อ้างใน ดวงเดือน มูลประดับ)[42] กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต ทำให้สามารถปรับ และเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะเครียด และสามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียด สามารถเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะเครียด กับระดับการเปลี่ยนแปลง บทบาทการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของบุคคล สามารถส่งเสริมการเผชิญภาวะเครียดของบุคคล และในทำนองเดียวกันก็สามารถลดความรุนแรงจากผลกระทบของภาวะเครียด หรือสามารถดูดซึมผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งถูกทำลายลงจากเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมนี้มีผลโดยตรงต่อการปรับตัวของบุคคล

Pender (อ้างใน ดวงเดือน มูลประดับ) [42] กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมการเจริญเติบโต และการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเองทำให้มีอารมณ์มั่นคง และมีความผาสุขในชีวิต ลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ มีการป้อนกลับ ยืนยัน รับรอง หรือทำให้เกิดความมั่นใจ และคาดการณ์การกระทำของบุคคลนั้นว่า เป็นที่ต้องการของสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกันชนหรือเบาะรองรับ เหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์ และการตอบรับทางอารมณ์ของบุคคลที่ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี จึงช่วยลดการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการป้องกันโรค

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (อ้างใน อารีรัตน์ อุลิศ)[45] แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ด้าน

1. การให้ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวม คือทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในคู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะมีความรู้สึกเกิดภาวะโดดเดี่ยวทางอารมณ์ (Emotional Isolation) หรือภาวะเหงา (Loneliness)

2. ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับตนว่ามีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกจากสังคม

3. การให้โอกาสที่จะเลี้ยงดูอุ้มชู (Opportunity for Nurturone) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโต และสุขภาพของผู้น้อย แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็น

ที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

3. การให้ความรู้สึกมีคุณค่า (Reassurance of Worth) เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในการเป็นมิตรที่ดี (A sense of Reliable Audience) การสนับสนุนนี้เริ่มจากความสัมพันธ์กับญาติใกล้ชิด ซึ่งคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือห่วงใยอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำชี้แนะ (The Obtaining of Guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจ การช่วยเหลือทางอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และคำพูดที่เชื่อถือได้ เมื่อเกิดความเครียด และภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนจะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ผิดหวัง

Cobb (อ้างในดวงเดือน มูลประดับ) [42] ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก เอาใจใส่ มีความผูกพัน และไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า (Esteem Support) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึก หรือทราบว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) หมายถึงข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าตนเองเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

Schaefer et al (อ้างใน จิรศักดิ์ เล่าศักดิ์กิติโบราณ) [46] แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด มีความมั่นใจ และความเชื่อมั่นว่าจะพึ่งพิงผู้อื่นได้เสมอ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักเป็นที่ใส่ใจ และเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม ไม่ใช่คนแปลกหน้า

2. การสนับสนุนทางวัตถุ (Tangible Support) หมายถึง เป็นการให้ความช่วยเหลือ หรือให้บริการต่าง ๆ เช่น ให้ยืมเงิน ให้ของขวัญ ช่วยดูแลในเวลาที่ต้องการ เป็นต้น

3. การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการกระทำของบุคคลด้วยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มคนที่มีการติดต่อ และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีการแบ่งแตกต่างกัน ตามวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษาที่ต้องการเน้นขนาดของกลุ่มบุคคล ความใกล้ชิด ลักษณะของความสัมพันธ์ และระยะเวลาของความสัมพันธ์ เช่น

จริยวัตร คมพยัคฆ์ [44] แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน หรือเรียกว่ากลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ

2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ หรือเรียกว่า กลุ่มช่วยเหลือในวิชาชีพ

Pender (อ้างในมธุริน คำวงศ์ปิน) [47] แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าสำคัญมากที่สุด เพราะมีบทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม และประสบการณ์ต่าง ๆ

2. กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

3. กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระ ผู้นำศาสนา หรือบุคคลอื่นในองค์กรศาสนาโดยยึดหลักคำสอนของศาสนาเป็นเป้าหมายในการสนับสนุน

4. กลุ่มบุคคลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง และผู้ใกล้ชิด

5. กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามมโนทัศน์ของ คอบบ์(Cobb) เชฟเฟอร์และคณะ (Schacefer et al) เนื่องจากมีความครอบคลุมการตอบสนองต่อ ความจำเป็นพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไปและในผู้ป่วยโรคจิตเภท พอสรุปถึงสาเหตุในทางระบาดวิทยา ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

สมภพ เรืองตระกูล[48] กล่าวว่า โรคซึมเศร้าพบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย เป็นอัตราส่วน 2:1 พบใน เพศหญิงร้อยละ 10-25 และเพศชาย ร้อยละ 5-12

เกษม ตันติผลาชีวะ[49] ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมีอายุ อยู่ในช่วง15-34 ปี

Kaplan HT, Sadock BJ. [18] ได้รายงานถึงอัตรา One month point prevalence ต่อประชาการสหรัฐอเมริกา 100 คน สำหรับผู้ป่วยโรคจิต (Functional psychosis and Organic psychosis) ในกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยๆคือโรคจิตเภท พบมากในกลุ่มอายุ 25-44 ปี รองลงมาอายุ 18-24 ปี

ดวงใจ กสานติกุล[35] กล่าวว่า หญิงมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้า 2 เท่าของผู้ชาย แม้ประชากรทั่วไปที่ไม่ได้มารับการรักษา อัตราการป่วยในหญิงยังสูงกว่าชาย ความแตกต่างนี้น่าจะมาจากสาเหตุ ด้านชีวภาพ เช่น ฮอร์โมนเพศ ความรับผิดชอบทั้งด้านการงาน และครอบครัว

Guttentag M. et al [50] ศึกษาพบว่า โรคจิตแบบอารมณ์ซึมเศร้าจะพบมากขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในสตรีวัยเปลี่ยน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Arber S. and Ginn J.[51] ซึ่งพบว่า สตรีที่มีอายุมาก จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่าถึง 3 เท่า เนื่องจากสตรีที่มีอายุน้อยกว่าสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ได้ดีกว่า เช่น แหล่งบริการด้านสุขภาพ รายได้จากการประกอบอาชีพ และการมีอำนาจในการต่อรองในเรื่องสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าด้วย ส่วนสตรีวัยสูงอายุกว่า มักจะถูกปลอดออกจากงาน ต้องอาศัยพึ่งพิงคนอื่นในทางเศรษฐกิจ เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งตามด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายและปัญหาสุขภาพจิต

ดวงใจ กสานติกุล[35] กล่าวว่า โรคซึมเศร้ามักพบในผู้ที่หย่าร้าง แยกทางหรืออยู่คนเดียว หญิงโสดมีอัตราการป่วยต่ำกว่าหญิงที่สมรส แต่ชายโสดมีอัตราการป่วยสูงกว่าชายที่มีครอบครัว ความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้า จะสูงในกลุ่มคนที่เป็นหม้าย และหย่าร้างมากกว่าคนที่สมรส ถึง 2.5 เท่า[32]

Ilfeld FW. [52] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับสถานภาพสมรส โดยใช้ 29 - item of psychiatry symptom สำหรับวัดความซึมเศร้า ผลพบว่า อาการซึมเศร้าพบมากที่สุดในผู้ที่หย่าร้าง ถึงร้อยละ 27.0 และเป็นหม้าย ร้อยละ 21.0

Mc Kinlay JB. et al [53] ศึกษาพบว่า คนที่ไม่ได้แต่งงานจะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้าน้อยที่สุด ส่วนคนที่มีสถานภาพ หย่า ร้าง หม้าย จะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้ามากที่สุด และพบว่าจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจะมีความผกผันกับการเกิดอารมณ์เศร้า

Karno.M., Norquist GS.[18] กล่าวถึงสังคมและเศรษฐานะมีความเกี่ยวข้องในเรื่อง รายได้ อาชีพ การศึกษา และสถานที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ โรคจิตเภทพบมากในสังคม และเศรษฐานะที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับสังคม และเศรษฐานะที่สูงกว่าจะพบน้อยกว่า เป็นเพราะการที่อยู่ในสังคมเศรษฐานะต่ำทำให้เกิดโรคจิต ในทางตรงกันข้ามอธิบายว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ มีรายได้น้อยลง ยากจนลง จึงกลายเป็นผู้ที่อยู่ในสังคมเศรษฐานะต่ำ

วยุณี ช้างมิ่ง [54] ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มา

รับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 มีอายุระหว่าง 31-40 ปีร้อยละ 33.0 รองลงมาอายุ ระหว่าง 21-30 ปีร้อยละ 30.0 สถานภาพโสดร้อยละ 65.0 การศึกษาระดับมัธยมร้อยละ 48.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 49.0 มีรายได้ ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาทร้อยละ37.0 ระยะของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ป่วย 2-5 ปี ร้อยละ 36.0 รองลงมาป่วยมา 6-10 ปี ร้อยละ23.0 จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล 1-3 ครั้ง ร้อยละ 51.0 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ภาวะซึมเศร้ากับโรคทางกาย

ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ เป็นโรคทางกายเรื้อรัง[48] โดยเฉพาะโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ และรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน หรือมีความพิการ ปรากฏอย่างชัดเจน[55] โรคทางกายที่พบภาวะซึมเศร้า[48] ได้แก่

1. โรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่พบบ่อยและมีอันตรายมากที่สุดของประชากรโลก พบว่าร้อยละ 50.0 หรือครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งมีผลให้สมรรถภาพของผู้ป่วย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมสร้างสรรค์ลดลงอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ไม่ได้รักษาอย่างถูกต้อง และร้อยละ 25.0 หรือ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดขั้นร้ายแรง เป็นโรคซึมเศร้าด้วย

2. โรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 50.0 ของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการซึมเศร้าด้วย มักพบผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิดโกรธง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ และไม่สนใจฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย รวมทั้งความพิการที่เป็นอยู่จะดีขึ้นช้า

Castillo CS. et al [55] พบว่ามีความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วย stroke มีอาการเศร้าทั้งชนิด minor และ major depression อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 23 และตรงกับรายงานของ Menza MA. et al [56] ในปี พ.ศ. 1998 พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 9.7 มีอาการซึมเศร้า หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

3. โรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความวิตกกังวลและความเครียดอยู่เป็นประจำ จะส่งผลให้มีการทำงานของประสาทอัตโนมัติ เพิ่มสูงขึ้น (Sympathetic hyperactivity) โดยทั่วไปอาการซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มักเป็นไม่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตและมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ

4. โรคเบาหวาน จากงานวิจัยพบว่า อัตราการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบมากกว่าในคนทั่วไปถึง 3 เท่า แต่อาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิต และมีกิจกรรมได้ตามปกติ

5. โรคอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยจะมีความจำเสื่อมลง และเริ่มมีอาการเศร้า การให้ยารักษาอาการเศร้าต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะผลข้างเคียงของยาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเพ้อ สับสน และวุ่นวาย ซึ่งอาการซึมเศร้ามักพบร่วมกับภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 30

6. โรคมะเร็ง พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ อาจรุนแรงถึงกับคิดอยากตาย

7. โรคเอดส์ จากการศึกษาพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีอาการทางระบบประสาท เช่น แขนขาอ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต เดินไม่มั่นคง หกล้มง่าย การประสานงานกันของกล้ามเนื้อเล็ก ๆ จะเสีย นอกจากนี้ พบว่ามีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น แยกตัวเอง มีอารมณ์เฉื่อยชา ไม่ยินดียินร้าย อาการประสาทหลอน หลงผิด และ อาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่อายุน้อย (20-45 ปี) ที่มีอาการซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาของ Lawrie SM, Prlos AJ. (อ้างในประเทือง อานันธิโก)[57] ที่พบว่า ยิ่งมีความเจ็บป่วยและต้องทนทุกข์ทรมานด้วยโรคทางกายมากเท่าใด ยิ่งมีปัญหาสุขภาพจิตมากเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่นั้นมีความรุนแรง ไม่มีการรักษาให้หายขาดได้และรบกวนทำกิจวัตรประจำวันหรือมีสภาพความพิการปรากฏอยู่อย่างชัดเจน

Jonas BS. et al[58] ศึกษาพบว่า โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่นาน ๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง

Siberstein SD.[59] ศึกษาผู้ป่วยไมเกรน (Miagrain) พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.7 และศึกษาพบว่า ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.0 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 54.0

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

Stordal E. et al[60] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่เมือง Nord-Trondelag ประเทศ นอร์เวย์ ในปี 1995-1997 ใช้ The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale(HADS) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงร้อยละ 52.7 เพศชาย ร้อยละ 47.3 มีอายุ40-49 ปีร้อยละ 21.8 อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 18.7 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ17.7 ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่มีอายุ 40-49 ปี Stordal E. et al ได้กล่าวว่า ปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อภาวะซึมเศร้าคือ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนในสังคม บทบาทในการดูแล ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง

Baynes D. et al[61] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบ เพื่อหาความชุกและความสัมพันธ์ของพยาธิสภาพ และการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่

อยู่ในชุมชนจำนวน 120 คน ใช้ The Beck depression Inventory เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ถ้าคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไปถือว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วย16 คนใน120 คน มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 13.3 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ Hostility/ Suspiciosness, Positive symptom (จากการตรวจ BPRS) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และอาการ Akathisia แต่ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับ Demographic variable การดื่มแอลกอฮอล์ ขนาดของยา Antipsychotic ขนาดของยา Anticholinergic Negative symptoms

Bandelow B. et al[62] ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทจำนวน 364 ราย ซึ่งได้รับยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง และมีอาการทางจิตสงบตลอด 3 เดือน ใช้เครื่องมือในการวัดภาวะซึมเศร้าคือ Brief Psychiatric Rating Scale anxious depression factor, AMDP/depression, and the self- rating PD-S depression scale พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 35.7-42.8 คะแนนของภาวะซึมเศร้าจากการประเมินโดยผู้ป่วยเอง มีความสัมพันธ์กับข้อมูลส่วนบุคคลและเหตุการณ์ในชีวิต และพบว่า คะแนนของภาวะซึมเศร้าจากการสังเกตมีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงของยา แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในสังคม

Bottlender R, Strauss A, Moller HJ. [63] ศึกษาความชุกและปัจจัยพื้นฐานของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก จำนวน 998 ราย ประเมินโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มต่อการฆ่าตัวตายพบในผู้สูงอายุ มีการแต่งงานหลายครั้ง สถานภาพโสด ว่างงาน คนในครอบครัวมีประวัติป่วยทางจิต ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางบวก(Positive) กลุ่มอาการทางลบ (Negative) และอาการข้างเคียงของยา (Extrapyramidal symptoms)

Mandel MR. et al [64] ศึกษาเหตุการณ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชนได้รับยาอย่างต่อเนื่องจำนวน 211ราย ศึกษาโดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยได้รับยา Short-acting fluphenazine hydrochloride กับกลุ่มผู้ป่วยได้รับยา Long-acting fluphenazin decanoate ใช้เครื่องมือThe Hamilton Depression Scale ในการประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.0 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับยาทั้ง 2 กลุ่มมีภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกัน

Zisook S. et al [65] ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ความเกี่ยวข้องกับมาตรวัดทางคลีนิกในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็น Major depressive episode or schizoaffective disorder กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 60 ราย อายุ 45 ปี, 79 ปี, 60 ปี เปรียบเทียบกับกลุ่มคนปกติเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการ matched กับ อายุ เพศ ใช้เครื่องมือ The Hamilton Depression Scale ใน

การประเมินภาวะซึมเศร้า ถ้าคะแนน 17 คะแนนขึ้นไปถือว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และใช้เครื่องมือมาตรฐานได้แก่ Global psychopathology, Positive and Negative symptoms, Abnormalities of movement, Global cognitive status พบว่า อาการซึมเศร้าพบได้บ่อยและพบมากในผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่ากลุ่มคนปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางบวก แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ อายุ เพศ กลุ่มอาการทางลบ อาการข้างเคียงของยา และขนาดของยารักษาโรคจิต

Kuck J. et al [66] ศึกษากลุ่มอาการทางลบในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 60 ราย ใช้เครื่องมือ The assessment of Negative symptoms and Negative symptom cluster of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และใช้ The depression subscale of the Brief Symptom Inventory and the depressive symptom cluster of the BPRS พบว่า ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าและมีอาการทางลบอยู่ในระดับปานกลางและพบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ

Moussaoui D. et al [67] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายในโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ป่วยเป็นโรคจิตเภทตาม I CD 10 จำนวน 183 ราย เก็บข้อมูลโดยจิตแพทย์ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีอายุอยู่ ระหว่าง 26.3-42.3 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 90.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ12.6 และมีบุตรร้อยละ17.0 อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นป่วยอยู่ระหว่าง21.1-29.9 ปี ระยะเวลาที่ป่วยอยู่ระหว่าง 3.7–6.1ปี มีอาการหลงผิดร้อยละ78 .0 ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าร้อยละ44.3 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 2.7 มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายร้อยละ5.0 ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีอาการซึมเศร้าร้อยละ40.0

Whitehead C. et al[68] ศึกษาวิจัยเรื่องยาต้านโรคซึมเศร้าที่ใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทและภาวะซึมเศร้ากล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ป่วยเป็นโรคจิตเภทใหม่ๆมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ50.0และพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ33.0 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทุกข์ การไร้ความสามารถ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานขึ้น และการป่วยกลับซ้ำ

Hausmann A, Fleischhacker WW. [69] ได้ทบทวนบทความต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มักจะเกิดร่วมกับโรคจิตเภท มีความชุกต่ำสุดร้อยละ 7 จนมีความชุกสูงสุดถึงร้อยละ 75 ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ60-80 ในขณะที่ประชากรทั่วไปจะพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8-26 จากหลายงานวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่เพิ่มมากขึ้นจากการป่วยกลับซ้ำ จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลนาน การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี การรับรู้บกพร่อง การเข้าสังคมบกพร่อง การติดสารเสพติด การพยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้า

มาโนช หล่อตระกูล และคณะ[70] ศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายเพศหญิง และชายที่มีอายุ 14-40 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่เมษายน 2542 เพศละ 10 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึกตามแนวคำถามที่ได้สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยกระบวนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นชาวชนบท เพศชายมีอาชีพทำนา อายุระหว่าง 17-40 ปี เพศหญิงเป็นแม่บ้าน อายุระหว่าง17-27 ปี การศึกษาระดับประถมและมัธยมต้น มีสถานภาพสมรสโสด และคู่พอ ๆ กัน ปัญหากดดันของเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นจากคู่รัก หรือสามีไปมีหญิงอื่น ทำให้ตนเองมีความรู้สึกไม่มั่นคง ในขณะที่เพศชายจะมีปัญหาทะเลาะกับญาติใกล้ชิดหรือคู่ครอง เพศหญิงมักปรึกษาคนใกล้ชิดแต่ไม่มีคนให้ความสนใจอย่างจริงจัง หรือพอให้คำแนะนำได้ ส่วนเพศชายมักไม่พูดปรึกษาใคร และมีการปรับตัวต่อปัญหาในทางลบ เช่น ดื่มสุรา ออกเที่ยวหนีปัญหา ลักษณะการฆ่าตัวตายจะเป็นแบบ “ ชั่ววูบ ” ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินสารพิษ เช่น ยาเบื่อหนู ยาฆ่าแมลง และยานอนหลับ เป็นต้น เพศชายเห็นว่ายาอยู่ใกล้ตัว ส่วนเพศหญิงเห็นว่าเป็นวิธีการที่ไม่ทรมาน โดยสารพิษเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วในบ้านหรือหาซื้อได้ง่าย

เอมอร ชินพัฒนะพงศา [71] ศึกษาระบาดของผู้พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมในกลุ่มอายุ 15-30 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 100 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นยากล่อมประสาทและยานอนหลับ สาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นคือ ปัญหาชีวิตสมรส รองลงมาคือ ปัญหาครอบครัว และปัญหาความรัก

เสงี่ยม สารบัณฑิตกุล และคณะ[72] ศึกษาการฆ่าตัวตาย 7 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และญาติผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย จำนวน 202 ราย พบว่า ไม่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อนร้อยละ 77.72 มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตร้อยละ 35.64 การฆ่าตัวตายใช้วิธีกินยามากที่สุด รองลงมาใช้วิธีผูกคอ ปัจจัยด้านจิตใจที่ตัดสินใจฆ่าตัวตายเนื่องจากรู้สึกว่าตนเป็นคนไร้คุณค่า รองลงมาหนีปัญหาที่แก้ไขไม่ตก การเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัจจัยด้านสังคมพบว่า การตัดสินใจฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาครอบครัวมากที่สุด

Meltzer HY. [73] ศึกษาการฆ่าตัวตายในโรคจิตเภทโดยการทบทวนหาหลักฐานปัจจัยเสี่ยงและการรักษาพบว่า การฆ่าตัวตายมีผลต่อการเจ็บป่วย และการตายในโรคจิตเภท โดยร้อยละ10.0 ของการตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน ใช้สารเสพติด เพศชาย ระยะของการป่วยใน 10 ปีแรก การแยกตัวออกจากสังคม ภาวะซึมเศร้าและมีความรู้สึกหมดหวัง

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน [74] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบ case – control study กลุ่มตัวอย่างแบ่ง

ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาซึ่งเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 46 ราย และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลแห่งเดียวกัน เวลาใกล้เคียงกันด้วยสาเหตุเจ็บป่วยอื่นจำนวน 92 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ออกแบบโดยผู้วิจัยร่วมกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2544 ถึงเดือนสิงหาคม 2545 สถิติในการวิเคราะห์คือ chi-squares และ odds ratio พบลักษณะประชากรของผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 15 – 24 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.3 เท่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน อาชีพรับจ้าง มีความเพียงพอของรายรับ วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุดคือ การกินสารพิษและยารักษาโรคต่าง ๆ เช่นยาฆ่าแมลง ร้อยละ 50 ปัจจัยด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ บุคลิกภาพ การดื่มสุรา เคยมีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน เคยมีอาการโรคจิต มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ เมื่อมีปัญหามักไม่ปรึกษาคนอื่น ใช้วิธีเขียนระบาย

Green AI. et al [75] ได้ศึกษาหาข้อมูล และสิ่งที่เกิดร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย สาเหตุการตายก่อนกำหนดในผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการย้ำคิดย้ำทำ การรับประทานยาโรคทางกายร่วมด้วยได้แก่ โรคหัวใจ โรคปอด โรคติดเชื้อ โรคเบาหวาน โลหิตมีLipoproteinsมากเกินไป

Kohler CG, Lallart EA.[76] ได้ศึกษากลุ่มอาการซึมเศร้าที่เกิดจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตทุเลา ผลของการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นบ่อยร่วมกับโรคจิตเภท และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย

Pinikahana J. et al [77] ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายในโรคจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วง 10 ปี (1990-1999) และสิ่งที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลสุขภาพจิต พบว่าในชั่วชีวิต(life time)ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 9-13 และพบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงมากกว่าคนทั่วไปถึง 20-50 เท่า ในชายหนุ่มผิวขาวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท และเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้แต่งงาน ไม่มีงานทำ แยกตัวจากสังคม การทำบทบาทหน้าที่ลดน้อยลง มีอาการซึมเศร้า และขาดการสนับสนุนทางสังคม

สารเสพติดกับภาวะซึมเศร้า

Kaplan HI, Sadock BJ [78] ได้รายงานผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่ และจากการศึกษาหลายการศึกษารายงานว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงขึ้น (high doseges) สำหรับสารเสพติดอื่น ๆ ถึงแม้ว่าการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจนนัก แต่พบว่า 30-50% ของผู้ป่วยอาจพบว่า มีการวินิจฉัยโรคด้วยข้อบ่งชี้ว่า เกี่ยวกับสุราหรือ Alcohol dependence และอีก 2 ชนิดที่พบบ่อย คือ กัญชา ประมาณ 15-

20% และโคเคน 5-10% จากรายงานพบว่า ใช้สารเสพติดเพื่อให้เกิดความสุข ลดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด พบว่าการพยากรณ์โรคค่อนข้างแย่ลง

นันทิกา ทวิชาชาติ [79] ศึกษาวิจัยเรื่อง ความผิดปกติของการดื่มสุราในจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากร 409 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว พฤติกรรมการดื่ม รูปแบบการดื่ม ผลกระทบจากการดื่ม ปัญหาด้านจิตใจที่เกิดร่วมกับความผิดปกติของการดื่มสุรา และสอบถามคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถาม GWB แบบทดสอบ 16 PF และแบบสอบถามเพื่อค้นหาความผิดปกติของการดื่มสุราของ Hasin จากการศึกษาพบว่า ความชุกของของความผิดปกติของการดื่มสุราร้อยละ 30.8 โดยแบ่งเป็นการติดสุราร้อยละ 16.6 การใช้สุราผิดปกติ ร้อยละ 14.2 และพบลักษณะพฤติกรรมของการดื่มสุรารูปแบบของการดื่มในกลุ่มของความผิดปกติของการดื่มสุราพบว่า กลุ่มความผิดปกติของการดื่มสุรามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง ความรู้สึกเป็นสุขต่ำแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ

Mueller TI. et al [80] พบว่า การติดสุราและภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่พบด้วยกันเสมอ เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นอาการสำคัญในผู้ติดสุราโดยพบได้ร้อยละ 8.0 ถึงร้อยละ 70 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cornelius JR. et al [81] ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงพบได้มากที่สุดในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของเอื้อมเดือน เนตรเขม [82] เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้ติดสุราเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.0 มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจาก ผู้ติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกอ่อนแอ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น และปัญหาด้านจิตใจที่มักพบได้เสมอในผู้ติดสุรา คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำทำให้ผู้ติดสุราเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า

อาการข้างเคียงของยากับภาวะซึมเศร้า

Knights A. et al [83] ศึกษาภาวะซึมเศร้าและอาการข้างเคียงของยาและผลทางคลีนิก เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ double-blind กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ป่วยเป็นโรคจิตเภท จำนวน 57 ราย ได้รับยาฉีด fluphenazine decanoate หรือ Flupenthixol decanoate ก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ระหว่าง 6 เดือนได้มีการติดตามผลการรักษาพบว่า ได้ออกจากการรักษาร้อยละ30.0 เกิดการป่วยกลับซ้ำร้อยละ 7.0 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 54.0 และ มีอาการข้างเคียงของยาร้อยละ 88.0

Dollfus S. et al [84] ศึกษาอาการข้างเคียงของยา แบบ Objective and Subjective extrapyramidal side effectsในผู้ป่วยโรคจิตเภท และหาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 91 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ 1) The Extrapyramidal symptoms Rating Scale (ESRS) ในการประเมินอาการข้างเคียงของยา 2) ใช้ Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ในการประเมินภาวะซึมเศร้า 3)ใช้ Scale for the Assessment of Negative Symptoms

(SANS) ในการประเมินอาการทางลบ ผลการวิจัยพบว่า อาการข้างเคียงของยาจากการสังเกตมีความสัมพันธ์ กับอาการข้างเคียงของยาจากการบอกเล่าของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อาการข้างเคียงของยา แต่อาการข้างเคียงของยาจากการบอกเล่าของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ

Van Putten T, May RP [85] ศึกษาภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทจำนวน 94 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่งระดับกลาง (mild akinesia) จำนวน 28 ราย ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการข้างเคียงของยาจำนวน 32 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตน้อย มีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง (akinesia) มีผลทำได้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตน้อยและไม่มีอาการข้างเคียงของยาเมื่อให้การรักษาอาการระสับกระส่าย(akinesia) ปรากฏว่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคทางกาย การวิตกกังวล อารมณ์เฉย การเคลื่อนไหวที่ช้าของร่างกาย

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

Cohen S, Wills TA.[86] ได้ศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคม เพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยอธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ

Allgower A, Wardle J, Steptoe A. [87] ศึกษาภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ในคนหนุ่มสาว กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาอายุระหว่าง 18 – 30 ปี กำลังศึกษาอยู่ในคณะที่ไม่เกี่ยวข้องทางสุขภาพจาก 16 ประเทศ เพศชายจำนวน 2,091 คน เพศหญิงจำนวน 3,438 คน จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมทั้งสองเพศ

พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล[88] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา กับอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าภายหลังคลอด ในมารดาที่มีบุตรคนแรกผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Paykel ES.[89] ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียด และส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี

บุญพา ณ นคร [90] ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางในทุกๆ ด้าน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมได้แก่ รายได้ครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนเพื่อนสนิทของผู้ป่วย ความถี่ที่ผู้ป่วยพบปะพูดคุยกับเพื่อนและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

เครือมาส ดนัยสวัสดิ์, กนกวรรณ บุญอริยะ [91] ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 265 คน เมื่อ พ.ศ.2545 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ60.4 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความแตกต่างในด้านการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ฐานะในบ้าน จำนวนคนที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และคนในบ้านที่ผู้ป่วยสนิทมากที่สุด ฐานะทางเศรษฐกิจ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันไปด้วย

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า

Paykey EG. et al [92] ศึกษาเรื่องเหตุการณ์ในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าจากผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจากแผนกผู้ป่วยนอกของคลีนิกโรงพยาบาลกลางวัน แผนกฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 185 ราย โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนก่อนหน้าที่จะเกิดอาการ ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วยเหตุการณ์ต่างๆรวม 33 เหตุการณ์เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นคนปกติที่มีเพศ อายุ สถานภาพ เชื้อชาติและลำดับชั้นทางสังคม คล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยจำนวน 185 รายพบว่า ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ดังต่อไปนี้สูงกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ คือ มีการโต้แย้งกับคู่สมรสบ่อยครั้ง การแยกจากคู่สมรส การเริ่มทำงานใหม่ การถึงแก่กรรมอย่าง กระทันหันของสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยทางร่างกายอย่างรุนแรงและมีการเปลี่ยนสถานภาพในการทำงาน ส่วนเหตุการณ์ที่คนปกติมากกว่าผู้ป่วยได้แก่ การหมั้น การเลื่อนตำแหน่ง การออกจากโรงเรียน การให้กำเนิดบุตร

มาลี ฉอจิระพัณธ์ [93] ศึกษาการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตก่อนป่วยของผู้ป่วยโรคประสาท ศึกษาโดยใช้ Social Readjustment Rating Scale ประชากรตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคประสาทและมีอาการมานานไม่เกิน 6 เดือนจำนวน150ราย มีการเปรียบเทียบการเผชิญเหตุการณ์ความเครียดชีวิตในช่วงระยะเวลา 1 ปี ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมเป็นบุคคลทั่วไปซึ่งมีลักษณะจับคู่กับประชากรตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 150 ราย พบว่า มีความแตกต่างในการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยนอกและกลุ่มควบคุมได้ชัดเจนว่า ในช่วง 1 ปี ก่อนเกิดอาการผู้ป่วยจะเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องการการปรับพฤติกรรมในระดับสูงเพื่อให้เกิดคุ้นเคย และเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น เป็นผลทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ

และปฏิกริยาของความเครียดแสดงมาในรูปของการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ส่วนการเผชิญเหตุการณ์ที่ต้องปรับพฤติกรรมระดับต่ำ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป ทำให้เกิดความเครียดเช่นกันแต่เป็นความเครียดในระดับต่ำ ไม่มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ

Brown, Birley (อ้างในมาลี ฉอจิระพัณธ์) [93] ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภท 50 ราย ที่เพิ่งเริ่มแสดงอาการและกลับเป็นซ้ำอีกกับกลุ่มควบคุม 377 รายจากคนปกติ พบว่าร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้ง ในระหว่างระยะเวลา 3 สัปดาห์ก่อนหน้าที่จะเกิดอาการ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ19 .0

Scheller-Gilkey G. et al [94] ศึกษาการเพิ่มความเครียดในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีการศึกษาความเครียดในชีวิต อาการซึมเศร้า อาการทางบวกและอาการทางลบ การวิตกกังวล การรับรู้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 40 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการ Macth เกี่ยวกับ อายุ เพศ เชื้อชาติ ใช้เครื่องมือ 1) The Modified Hamilton Rating Scale ในการประเมินอาการซึมเศร้า 2) The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale ในการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบกระเทือนจิตใจ และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงกว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มเกี่ยวกับ อาการทางบวก อาการทางลบ การวิตกกังวล หรือการรับรู้

Thomson KC, Hendrie HC.[95] ศึกษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าชนิดต่างๆ จำนวน 74 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จำนวน 37 ราย และผู้ป่วย Polyarthritic memedical จำนวน 22 ราย ซึ่งมีเพศและอายุคล้ายกับผู้ป่วย สอบถามถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะ1ปีก่อนเกิดอาการในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมโดยใช้ SRRS และแบบวัดความเครียด (Self Rating Stress Scale) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตสูงกว่า กลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสรุปว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอารมณ์เศร้าที่ผิดปกติทุกชนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross–sectional descriptive design) โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Targeted population) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประชากรตัวอย่าง (Population to be Sample) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคจิตเภทตาม ICD 10 ป่วยมาเป็นเวลานาน 2 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับยา Antidepressant และไม่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าก่อน 3 เดือน ผ่านการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบวัด BPRS คะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 30 คะแนน รู้สึกตัวดี รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ พูดคุยกับผู้วิจัยรู้เรื่อง อ่านหนังสือออกและเขียนได้ ไม่จำกัด เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงชื่อในใบยินยอมให้ความร่วมมือ

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ป่วยทุกคนที่ผ่านเกณฑ์การประเมินอาการทางจิตด้วยแบบวัด BPRS คะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 30 คะแนน ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเองจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนดวันละ 6 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2547 ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00น.

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Studies)

โดยใช้สูตร $n = Z^2 \alpha_{/2} pq / d^2$ [96]

n = ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

$\mathbf{Z\alpha_{/2}}$ = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางแจกแจงค่าปกติ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยโรคเจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.5 (จากการทำ Pilot study ได้ค่าความชุกร้อยละ50 ใช้ค่า cut off point ที่51)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1

q = 1- p มีค่าเท่ากับ 0.5

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1

$$\mathbf{n} = \frac{(1.96)^{(2)} \times 0.5 \times 0.5}{0.1^2} = \frac{0.9604}{0.01} = 96.04$$

ในที่นี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทั้งหมดจำนวน 150 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม 2546 – กุมภาพันธ์ 2547

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้จากการทำงาน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตาย **ประวัติการเจ็บป่วย** ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต **ประวัติครอบครัว** ประกอบด้วย ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว และประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Zung[97] เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง(self rating scale) ซึ่งแปลโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ [98] แบบประเมินภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ตัวเลือกเป็นคำถามถึงความรู้สึกของผู้ตอบแบบประเมินใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคือ ไม่รู้สึกหรือรู้สึกน้อยมาก รู้สึกบางครั้ง รู้สึกค่อนข้างบ่อย และรู้สึกบ่อยมาก ข้อคำถามทางลบมีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 18 ให้คะแนนเป็น1, 2, 3, และ4 ตามลำดับ ข้อคำถามทางบวกมีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 20 ให้คะแนนเป็น 4, 3, 2, และ1 ตามลำดับ

การตรวจสอบความสมบรูณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของCronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น .75

ค่า cut off point ได้จากการนำเครื่องมือไปใช้ กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung เปรียบเทียบกับ gold standard ได้ค่า cut off point ที่คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 51 คะแนน มีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ100 และมีความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 96.7

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham [99] ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety, Emotional Withdrawal, Conceptual disorganization, Guilt feeling, tension, Mannerism & Posturing, Grandiosity, Depression mood, Hostility, Suspiciousness, Hallucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unusual thought content, Blunted affect, Excitement และ Disorientation มีระดับคะแนนดังนี้

ระดับคะแนนตั้งแต่ระดับ 0-6 คือ 0 = ไม่มีอาการ, 1 = มีอาการเล็กน้อยบางครั้ง, 2 = มีอาการเล็กน้อย, 3 = อาการปานกลาง, 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง, 5 = อาการรุนแรง, 6 = มีอาการรุนแรงมาก

คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0 –108 คะแนน ถ้ามีคะแนนมากกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตมากและถ้าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 30 คะแนนแสดงว่ามีอาการทางจิตน้อย

การตรวจสอบความสมบรูณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ

แบบประเมินอาการทางจิต เป็นแบบวัดที่ใช้การสังเกตและสัมภาษณ์พร้อมกัน จึงทำการวิเคราะห์หาความสอดคล้องของเครื่องมือโดยมีผู้วัด 2 ท่าน คือผู้วิจัยและจิตแพทย์ 1 ท่าน ทำการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยแต่ละราย ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนผู้ป่วย 10 ราย ได้เป็นคะแนนรวม หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาความสอดคล้อง (Measure of agreement) ของเครื่องมือระหว่างผู้วิจัยกับจิตแพทย์โดยหาค่า Intraclass correlation ได้ค่าความสัมพันธ์ในเชิงบวกที่ระดับ .91 หมายความว่า ผู้วิจัยมีความสามารถในการใช้เครื่องมือใกล้เคียงกับจิตแพทย์ในระดับที่น่าเชื่อได้

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินที่ บุญพา ณ นคร[90] สร้างขึ้นจากแนวความคิดของคอบบ์ (cobb) ร่วมกับเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer C. et al) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อ คือข้อ1, 2, 3, 4, 5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือข้อ 6, 7, 8, 9, 10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วน

หนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือข้อ11, 12, 13, 14, 15 การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16, 17, 18, 19, 20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข่าวสารข้อมูลมี 5 ข้อ คือข้อ 21, 22, 23, 24, 25

ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ5 ตามลำดับ

นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น .88

ระดับการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยพิจารณาอิงเกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ [100] คือ อันตรภาคชั้นเท่ากับคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างหารด้วยจำนวนกลุ่ม โดยมีคะแนนสูงสุด = 118 คะแนน คะแนนต่ำสุด = 32 คะแนน พิสัย (Range) = 86 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้นของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม} = \frac{\text{พิสัย}}{4} = \frac{86}{4} = 21.5 \text{ คะแนน}$$

ระดับการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

- การสนับสนุนทางสังคมน้อย คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนต่ำสุด+อันตรภาคชั้น = 32.0-53.5 คะแนน
- การสนับสนุนสังคมปานกลาง คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคะแนนต่ำสุด+อันตรภาคชั้น ถึง คะแนนต่ำสุด+2 เท่าของอันตรภาคชั้น = 53.6-75.0 คะแนน
- การสนับสนุนทางสังคมมาก คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคะแนนต่ำสุด+2 เท่าของอันตรภาคชั้น ถึง คะแนนต่ำสุด+3 เท่าของอันตรภาคชั้น= 75.1-96.5 คะแนน
- การสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคะแนนต่ำสุด+3 เท่าของอันตรภาคชั้น ถึงคะแนนสูงสุด = 96.6-118 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (life stress event) ภายในหนึ่งปีที่ผ่านมา ซึ่งนำมาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของสมจิตร์ นคราพานิช [37] ซึ่งสร้างโดยอาศัยแนวทาง Holmes and Rahe และนำมาปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน10 ข้อและด้านสังคม 8 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างประชากรที่แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบซ้ำ (Test Retest) ได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับเท่ากับ .99

การวิจัยครั้งนี้กำหนดคะแนนในแต่ละข้อ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ 8 ท่านกำหนดคะแนนแต่ละข้อด้วยวิธีการของเธอร์สโตรน คือกำหนดคะแนนเป็น 1-11 คะแนน เหตุการณ์ที่รุนแรงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน เหตุการณ์ที่รุนแรงมากขึ้นให้คะแนน 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 หรือ 11 ตามลำดับ นำคะแนนของความรุนแรงในแต่ละข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่านให้

มาหาค่าเฉลี่ยซึ่งจะเป็นคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตข้อนั้นๆ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คนโดยการทดสอบซ้ำ (Test-Retest) แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นด้วยวิธี Correlation ได้ค่าความสัมพันธ์ทางบวก =.85 (คะแนนตามความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตรายละเอียดอยู่ในภาคผนวก) ใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ย = 47.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 26.43 คะแนนต่ำสุด = 7 คะแนนสูงสุด = 178 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 = 44.20 คะแนน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 = 62.14 คะแนน แบ่งคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตออกเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7.0 - 44.19 คะแนน
- ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 44.20 - 62.14 คะแนน
- ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 62.15 -178 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

3. การเก็บข้อมูล เก็บโดยการสัมภาษณ์ และให้ตอบแบบสอบถาม เก็บในผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคจิตเภทตาม ICD10 จะเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกคนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 – 12.00น. ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาทีต่อคน

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนน และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Personal Computer) ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของ

กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ Chi – Square test ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

3. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยตัวแปรที่มี 2 กลุ่มใช้ t-test ถ้ามากกว่า 2 กลุ่มใช้ One-way ANOVA และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe' s Method

4. ใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

5. ใช้สถิติ Stepwise multiple regression analysis โดยนำปัจจัยต่าง ๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมาหาปัจจัยทำนาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1) ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย

- ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
- ประวัติการเจ็บป่วย
- ประวัติครอบครัว

1.2) ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วย

- การสนับสนุนทางสังคม
- เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

3.1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

3.2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม

3.3) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม

3.4) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1) ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (150 คน)	ร้อยละ
● **ข้อมูลทั่วไป**		
เพศ		
ชาย	83	55.3
หญิง	67	44.7
อายุ		
20 – 29 ปี	32	21.3
30 – 39 ปี	48	32.0
40 – 49 ปี	48	32.0
50 ปีขึ้นไป	22	14.7
($\overline{x}$ = 38.95, S.D. = 10.18, Min = 21, Max = 61)		
สถานภาพสมรส		
โสด	92	61.3
คู่	31	20.7
หม้าย	7	4.7
หย่า, แยก	20	13.3
ศาสนา		
พุทธ	139	92.6
คริสต์	4	2.7
อิสลาม	7	4.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	49	32.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	23.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	39	26.0
อนุปริญญา/ปวส	10	6.7
ปริญญาตรี	17	11.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 2 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	**จำนวน (150 คน)**	**ร้อยละ**
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	63	42.1
รับจ้าง	47	31.3
เกษตรกรรม	2	1.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	4.7
ค้าขาย	29	19.3
อื่นๆ (แม่บ้าน,ราชการบำนาญ)	2	1.3
รายได้จากการทำงาน		
ไม่มีรายได้	63	42.0
น้อยกว่า 3,000 บาท	30	20.0
3,000 - 5,999 บาท	30	20.0
6,000บาทขึ้นไป	27	18.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	114	76.0
มี	36	24.0
กรณีมีโรคประจำตัวป่วยเป็นโรค		
หอบหืด	7	19.4
ความดันโลหิตสูง	6	16.7
ตับ	4	11.1
หัวใจ	3	8.3
ไขมันในเส้นเลือดสูง	3	8.3
ปวดเข่า	3	8.3
เบาหวาน	3	8.3
ไทรอยด์	2	5.6
ลมชัก	2	5.6
ปวดศีรษะข้างเดียว	2	5.6
ปวดหลัง	1	2.8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 2 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	**จำนวน (150 คน)**	**ร้อยละ**
ใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้	116	77.3
ใช้	34	22.7
กรณีใช้สารเสพติดชนิดของสารเสพติดที่ใช้		
บุหรี่	27	78.4
สุรา	3	10.8
กัญชา	4	10.8
ประวัติการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย		
ไม่มี	113	75.3
มี	37	24.7
กรณีมีประวัติฆ่าตัวตายใช้วิธี		
กินยารักษาโรคจิต/กินสารพิษ	15	40.6
ผูกคอ	8	21.6
มีดกรีดหรือแทงตนเอง	8	21.6
กระโดดน้ำ	4	10.8
วิ่งให้รถชน	2	5.4
● <u>ประวัติการเจ็บป่วย</u>		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
2-5 ปี	49	32.7
6-10 ปี	61	40.7
ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป	40	26.6
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่เคยอยู่โรงพยาบาล	28	18.7
1-2 ครั้ง	64	42.6
3-4 ครั้ง	25	16.7
5 ครั้งขึ้นไป	33	22.0

ตาราง 2 ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (150 คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วยได้รับยาAntiparkinsonism		
ไม่ได้รับ	28	18.7
ได้รับ	122	81.3
ผู้ป่วยได้รับยาMood stabilizing		
ไม่ได้รับ	144	96.0
ได้รับ	6	4.0
ผู้ป่วยได้รับยา Anxiolytic		
ไม่ได้รับ	113	75.3
ได้รับ	37	24.7
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต		
ไม่มีอาการ	51	34.0
มีอาการ	99	66.0
กรณีมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต อาการที่พบ		
สั่นที่มือ, แขน,ขาหรือตัวแข็ง	51	51.5
คอแข็ง, ตาเหลือก, ขากรรไกรค้าง	10	10.1
กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้	8	8.1
ปากแห้ง, คอแห้ง	30	30.3
● <u>ประวัติครอบครัว</u>		
ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว		
มีเงินไม่พอใช้	60	40.0
มีเงินพอใช้	90	60.0
สัมพันธภาพ ในครอบครัว		
ระดับไม่ดี	38	25.3
ระดับปานกลาง	61	40.7
ระดับดี	51	34.0
ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว		
ไม่มี	140	93.3
มี	10	6.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 2 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (150 คน)	ร้อยละ
ผู้ที่มีประวัติฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น		
มารดา	5	50.0
น้อง	5	50.0
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว		
ไม่มี	130	86.7
มี	20	13.3
ผู้ที่มีประวัติโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น		
บิดา-มารดา	7	35.0
พี่-น้อง	13	65.0

จากตาราง 2 **ข้อมูลทั่วไป** พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.3 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 32.0 และ 40-49 ปี ร้อยละ 32.0 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.1 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.0 โรคประจำตัวที่พบได้แก่ โรคหอบหืด ร้อยละ 19.4 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.7 ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 77.3 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 22.7 สารเสพติดที่ใช้คือ บุหรี่ ร้อยละ 78.4 รองลงมาดื่มสุราและสูบกัญชา ร้อยละ 10.8 เท่ากันไม่มีประวัติฆ่าตัวตาย ร้อยละ 75.3 มีประวัติฆ่าตัวตาย ร้อยละ 24.7 ผู้ที่มีประวัติฆ่าตัวตายจะใช้วิธีการกินยารักษาโรคจิต/กินสารพิษ ร้อยละ 40.6 รองลงมาใช้วิธีผูกคอและใช้มีดกรีดหรือแทงตัวเอง ร้อยละ 21.6

ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 40.7 มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 42.6 ได้รับการรักษาด้วยยา Antipsychoticทุกราย ได้รับยา Antiparkinsonismร้อยละ 81.3 ได้รับยา Mood stabilizing ร้อยละ 4.0 ได้รับยา Anxiolytic ร้อยละ 24.7 หลังจากรับประทานยารักษาโรคจิต พบว่า มีอาการข้างเคียงของยา ร้อยละ 66.0 อาการข้างเคียงที่พบส่วนใหญ่มีอาการสั่นที่มือ, แขนขา หรือตัวแข็ง ร้อยละ 51.5 รองลงมามีอาการปากแห้งคอแห้ง ร้อยละ 30.3 (ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 150 คน มีคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิต = 16.53 คะแนน คะแนนต่ำสุด = 3 คะแนน คะแนนสูงสุด = 29 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.02 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า = 19.69 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า = 14.76 คะแนน) (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)

ประวัติครอบครัว พบว่า ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีเงินพอใช้ ร้อยละ 60.0 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมาสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติฆ่าตัวตายร้อยละ 93.3 มีประวัติฆ่าตัวตายร้อยละ 6.7 ผู้ที่ฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ร้อยละ 50.0 และเป็นน้อง ร้อยละ 50.0 ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัวร้อยละ 86.7 มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัวร้อยละ 13.3 ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นพี่- น้องร้อยละ 65.0 เป็นบิดา-มารดาร้อยละ 35.0

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยทางสังคม จำแนกเป็นการสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง

ปัจจัยทางสังคม		**จำนวน (150 คน)**	**ร้อยละ**
การสนับสนุนทางสังคม			
ระดับน้อย	(32.0 - 53.5 คะแนน)	16	10.7
ระดับปานกลาง	(53.6 - 75.0 คะแนน)	67	44.7
ระดับมาก	(75.1 - 96.5 คะแนน)	54	36.0
ระดับมากที่สุด	(96.6 - 118 คะแนน)	13	8.7
ค่าเฉลี่ย = 73.67	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17.32	คะแนนต่ำสุด = 32	
คะแนนสูงสุด = 118	พิสัย = 86	อันตรภาคชั้น = 21.5	
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต			
ระดับต่ำ	(7.0 - 44.19 คะแนน)	75	50.0
ระดับปานกลาง	(44.20 - 62.14 คะแนน)	38	25.3
ระดับสูง	(62.15 - 178 คะแนน)	37	24.7
ค่าเฉลี่ย = 47.91	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 26.43	คะแนนต่ำสุด = 7	
คะแนนสูงสุด = 178	เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 = 44.20	เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 = 62.14	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.7 รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก น้อยและมากที่สุด ร้อยละ 36.0, 10.7 และ 8.7.0 ตามลำดับ

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ25.3 และ24.7 ตามลำดับ

ส่วนที่2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ตาราง 4 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	96	67.0
มีภาวะซึมเศร้า	54	36.0
รวม	**150**	**100.00**

จากตาราง 4 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 36.0 และไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 67.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

3.1) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (96คน)		มีภาวะซึมเศร้า (54คน)		χ^2	df	P-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)			
● <u>ข้อมูลทั่วไป</u>							
เพศ					4.048	1	.044*
ชาย	59	(71.1)	24	(28.9)			
หญิง	37	(55.2)	30	(44.8)			
อายุ					5.678	3	.128
20-29 ปี	16	(50.0)	16	(50.0)			
30-39 ปี	29	(64.4)	19	(39.6)			
40-49 ปี	36	(75.0)	12	(25.0)			
50 ปีขึ้นไป	15	(68.2)	7	(31.8)			
สถานภาพสมรส					8.110	2	.017*
โสด	65	(70.7)	27	(29.3)			
คู่	20	(64.5)	11	(35.5)			
หม้าย/หย่า/แยก	11	(40.7)	16	(59.3)			
ศาสนา					1.636	1	.201
พุทธ	87	(62.6)	52	(37.4)			
คริสต์/อิสลาม	9	(81.8)	2	(18.2)			
ระดับการศึกษา					5.351	4	.253
ประถมศึกษา	26	(53.1)	23	(46.9)			
มัธยมศึกษาต้น	23	(65.7)	12	(34.3)			
มัธยมศึกษาปลาย/ปวช	26	(66.7)	13	(33.3)			
อนุปริญญา/ปวส	7	(70.0)	3	(30.0)			
ปริญญาตรี	14	(82.4)	3	(17.6)			

*P < 0.05

ตารางที่ 5 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (96คน)		มีภาวะซึมเศร้า (54คน)		χ^2	df	P-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)			
อาชีพ					2.217	1	.137
ไม่มีอาชีพ	36	(57.1)	27	(42.9)			
มีอาชีพ	60	(69.0)	27	(31.0)			
รายได้จากการทำงาน					5.630	3	.131
ไม่มีรายได้	35	(55.6)	28	(44.4)			
น้อยกว่า3,000บาท	19	(63.3)	11	(36.7)			
3,000-5,999 บาท	20	(66.7)	10	(33.3)			
6,000 บาทขึ้นไป	22	(81.5)	5	(18.5)			
ประวัติโรคประจำตัว					2.589	1	.108
ไม่มี	77	(67.5)	37	(32.5)			
มี	19	(52.8)	17	(47.2)			
การใช้สารเสพติด					2.334	1	.127
ไม่ใช้สารเสพติด	78	(67.2)	38	(32.8)			
ใช้สารเสพติด	18	(52.9)	18	(47.1)			
ประวัติการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย					3.411	1	.065
ไม่มี	77	(68.1)	36	(31.9)			
มี	19	(51.4)	18	(48.6)			
● **<u>ประวัติการเจ็บป่วย</u>**							
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					4.489	2	.106
2-5 ปี	27	(55.1)	22	(44.9)			
6-10 ปี	45	(73.8)	16	(26.2)			
11 ปี ขึ้นไป	24	(60.0)	16	(40.0)			

ตารางที่ 5 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (96คน)		มีภาวะซึมเศร้า (54คน)		χ^2	df	P-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)			
● <u>ประวัติการเจ็บป่วย</u>							
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					.869	3	.840
ไม่เคยอยู่	18	(64.3)	10	(35.7)			
1-2 ครั้ง	42	(65.6)	22	(34.4)			
3-4 ครั้ง	17	(68.0)	8	(32.0)			
5 ขึ้นไป	19	(57.6)	14	(42.4)			
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต					6.985	1	.008**
ไม่มี	40	(78.4)	11	(21.6)			
มี	56	(56.6)	43	(43.4)			
● <u>ประวัติครอบครัว</u>							
ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว					4.938	1	.026*
ไม่พอใช้	32	(53.3)	28	(46.7)			
พอใช้	64	(71.1)	26	(28.9)			
สัมพันธภาพในครอบครัว					5.678	2	.058
ระดับไม่ดี	19	(50.0)	19	(50.0)			
ระดับปานกลาง	39	(63.9)	22	(36.1)			
ระดับดี	38	(74.5)	13	(25.5)			
ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว					2.679	1	.102
ไม่มี	92	(65.7)	48	(34.3)			
มี	4	(40.0)	6	(60.0)			
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว							
ไม่มี	85	(65.4)	45	(34.6)	.811	1	.368
มี	11	(55.0)	9	(45.0)			

*P< 0.05 **P< 0.01

จากตาราง 5 **ข้อมูลทั่วไป** พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือร้อยละ 44.8 และ 28.9 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 50.0 สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 59.3 นับถือศาสนาพุทธร้อย37.4 จบการศึกษาระดับชั้น

ประถมศึกษาร้อยละ46.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 42.9 ไม่มีรายได้จากการทำงานร้อยละ 44.4 มีโรคประจำตัวร้อยละ 47.2 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 32.5 ใช้สารเสพติดร้อยละ 47.1 ไม่ใช้สารเสพติดร้อยละ 32.8 มีประวัติฆ่าตัวตายร้อยละ 48.6 ไม่มีประวัติฆ่าตัวตายร้อยละ 31.9

ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 2-5 ปีร้อยละ 44.9 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 42.4 หลังจากรับประทานยารักษาโรคจิตมีอาการข้างเคียงของยาร้อยละ 43.4

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับมีเงินไม่พอใช้ร้อยละ 46.7 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ50.0 มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัวร้อยละ60.0 มีประวัติป่วยโรคซึมเศร้าในครอบครัวร้อยละ 45.0

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติ Chi- Square พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล 4 ปัจจัย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05, .05, .01, .05 ตามลำดับ

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยทางสังคม จำแนกเป็นการสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยทางจิตสังคม	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 96 คน)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 54 คน)		T-value	df	P-value
	$\overline{X}$	SD.	$\overline{X}$	SD.			
การสนับสนุนทางสังคม	77.38	16.51	66.07	16.93	3.636	148	.000***
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	44.16	22.01	54.56	32.01	2.347	148	.02*

* P<.05 *** P<.001

จากตาราง 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 77.38 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 66.07 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .001 ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาเฉลี่ย 44.16 ซึ่งต่ำกว่า

กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาเฉลี่ย 54.56 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05

3.2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม

ถ้าตัวแปรที่มี 2 กลุ่มใช้ t-test (จากตาราง7) ถ้าตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มใช้ One-way ANOVA (จากตาราง8) และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ Scheffe' s Method (จากตาราง 9, 10, 11)

ตาราง 7 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกันของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยทดสอบค่าที (t-test)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (150คน)	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	S.D.	df	t	p
● ข้อมูลทั่วไป						
เพศ						
ชาย	83	44.87	8.89	148	1.65	.101
หญิง	67	47.31	9.06	140.9		
ศาสนา						
พุทธ	139	46.27	9.06	148	1.51	.133
คริสต์/อิสลาม	11	42.00	8.58	11.8		
อาชีพ						
ไม่มีอาชีพ	63	47.65	8.65	148	1.962	.052
มีอาชีพ	87	44.74	9.21	138.3		
ประวัติโรคประจำตัว						
ไม่มี	114	45.13	8.38	148	-2.01	.046*
มี	36	48.58	10.68	49.4	-1.77	
การใช้สารเสพติด						
ไม่ใช้สารเสพติด	116	45.43	9.07	-1.32	148	.188
ใช้สารเสพติด	34	47.76	8.96	-1.33	54.40	
ประวัติการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย						
ไม่มี	113	45.13	8.90	148	-1.97	.051
มี	37	48.49	9.24	59.42	-1.93	

* P < .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 7 (ต่อ) แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกันของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยทดสอบค่าที (t-test)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (150คน)	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	S.D.	df	t	p
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต						
ไม่มี	51	43.47	8.21	148	2.453	.015*
มี	99	47.24	9.26	112.38	-2.55	
● **ประวัติครอบครัว**						
ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว						
ไม่พอใช้	60	48.28	9.56	148	2.61	.010*
พอใช้	90	44.41	8.43	115.37	2.54	
ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว						
ไม่มี	140	45.59	8.88	1.90	-1.90	.058
มี	10	51.20	10.53	-1.64	-1.64	
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว						
ไม่มี	130	45.35	9.10	148	-2.13	.034*
มี	20	49.95	8.00	27.15	-2.35	

* P< .05

จากตาราง 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่นับถือศาสนาพุทธ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่นับถือศาสนาคริสต์และอิสลาม แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาชีพ แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีโรคประจำตัว และไม่มีมีโรคประจำตัว มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีโรคประจำตัว มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ใช้สารเสพติด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่ใช้สารเสพติด แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และไม่มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีอาการข้างเคียงของยาทางจิต

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวไม่พอใช้ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวพอใช้

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวและไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP<.05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

ตาราง 8 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมที่ต่างกันของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้ วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	**จำนวน (150 คน)**	**ค่าเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า**	**S.D.**	**F**	**p**
● **<u>ข้อมูลทั่วไป</u>**					
สถานภาพสมรส					
โสด	92	45.27	8.20	2.855	.061
คู่	31	44.77	10.64		
หม้าย /หย่า/แยก	27	49.67	9.38		

ตาราง 8 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมที่ต่างกันของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้ วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (150คน)	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	S.D.	F	p
อายุ					
20-29 ปี	32	10.85	10.85	1.372	.254
30-39 ปี	48	7.57	7.57		
40-49 ปี	48	8.68	8.68		
50 ปีขึ้นไป	22	9.84	9.84		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	49	47.80	9.77	1.355	.253
มัธยมศึกษาต้น	35	46.51	8.60		
มัธยมศึกษาปลาย/ปวช	39	44.85	9.35		
อนุปริญญา/ปวส	10	45.40	6.74		
ปริญญาตรี	17	42.41	7.86		
รายได้จากการทำงานต่อเดือน					
ไม่มีรายได้	63	47.65	9.29	2.740	.046*
น้อยกว่า 3,000 บาท	30	46.10	7.52		
3,000-5,999 บาท	30	46.03	10.13		
6,000 บาทขึ้นไป	27	41.78	7.93		
● **<u>ประวัติการเจ็บป่วย</u>**					
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					
2-5 ปี	49	48	9.72	2.516	.084
6-10 ปี	61	45.79	7.24		
11 ปี ขึ้นไป	40	43.73	10.33		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					
ไม่เคยอยู่โรงพยาบาล	28	45.50	9.36	1.199	.312
1-2 ครั้ง	64	46.55	9.21		
3-4 ครั้ง	25	43.12	10.07		
5 ครั้งขึ้นไป	33	47.36	7.53		

* P< .05

ตาราง 8 (ต่อ) แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมที่ต่างกันของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้ วิธี One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม	จำนวน (150คน)	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	S.D.	F	p
● <u>ประวัติครอบครัว</u>					
ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว					
ไม่ดี	38	49.08	7.62	3.128	.047*
ปานกลาง	61	45.10	9.87		
ดี	51	44.67	8.67		
ระดับการสนับสนุนทางสังคม					
น้อย (32 – 53.58 คะแนน)	16	55.31	7.30	13.22	.000***
ปานกลาง (53.6 – 53.75 คะแนน)	67	46.97	7.47		
มาก (75.1 –96.5 คะแนน)	54	43.98	8.80		
มากที่สุด (96.6 –118 คะแนน)	13	37.46	9.34		
ระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต					
ต่ำ (7.0- 44.19 คะแนน)	75	44.67	8.25	1.679	.190
ปานกลาง (44.2-62.14 คะแนน)	38	46.71	9.05		
สูง (62.15-178 คะแนน)	37	47.81	10.43		

*P<.05 ***P<.001

ตาราง 9 แสดงการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีรายได้จากการทำงานต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

รายได้จากการทำงาน	ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า	ไม่มีรายได้	น้อยกว่า3,000 บาท	3,000-5,999บาท	6,000 บาทขึ้นไป
ไม่มีรายได้	47.65		1.98	1.98	2.05*
น้อยกว่า3,000 บาท	46.10	1.98		2.30	2.36
3,000-5,999 บาท	46.03	1.98	2.30		2.36
6,000บาทขึ้นไป	41.78	2.05*	2.36	2.36	

ตาราง 10 แสดงการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

สัมพันธภาพในครอบครัว	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ระดับ ไม่ดี	49.08		1.70	1.92 *
ระดับ ปานกลาง	45.10	1.85		1.70
ระดับ ดี	44.67	1.92 *	1.70	

ตาราง 11 แสดงการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ด้วยวิธี Scheffe's

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ระดับน้อย	55.31		2.26*	2.31*	3.03*
ระดับปานกลาง	46.97	2.26*		1.49	2.46*
ระดับมาก	43.98	2.31*	1.49		2.51
ระดับมากที่สุด	37.46	3.03*	2.46*	2.51	

จากตาราง 8, 9, 10, 11 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีรายได้จากการทำงานต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.05(จากตาราง 8 ต่อ) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีรายได้จากการทำงานมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีรายได้จากการทำงาน 6,000บาทขึ้นไปต่อเดือนมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าคะแนนต่ำสุด (จากตาราง 9)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.05 (จากตาราง 8 ต่อ) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำสุด (จากตาราง 10)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.001(จากตาราง 8 ต่อ) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด (จากตาราง 11)

3.3) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม

ตาราง 12 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (γ)	P - value
● ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-.163	.046*
● ปัจจัยทางสังคม		
การสนับสนุนทางสังคม	-.438	.001 ***
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.184	.024 *

* P< .05 *** P< .001

จากตาราง 12 พบว่า อายุของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.05 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP<.001 และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.4) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ลำดับตัวแปร	R	R^2	B	T	Sig.
การสนับสนุนทางสังคม	.438	.192	-.229	-6.078	.000**
อายุ	.478	.228	-.156	-2.426	.016*
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	.500	.250	.36	2.066	.041*
Constant	66.720			15.973	.000**

*P < .05 **P< .001

จากตาราง 13 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม, เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, อายุ, รายได้จากการทำงาน, ประวัติมีโรคประจำตัว, อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต, ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีเพียง 3 ตัวแปรเท่านั้นซึ่ง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุและอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP<.001, .05, .05 ตามลำดับ โดยการสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.2 เมื่อเพิ่มตัวแปรอายุ สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 22.8 และเมื่อเพิ่มตัวแปรมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 25.0 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสัมภาษณ์ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและแบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Zung โดยสามารถสรุปผลได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.3 อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 32.0 และอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 32.0 เท่ากัน สถานภาพโสด ร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.1 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.0 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.0 โรคประจำตัวที่พบได้แก่ โรคหอบหืดร้อยละ 19.4 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.7 ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ77.3 ใช้สารเสพติดร้อยละ 22.7 สารเสพติดที่ใช้ได้แก่ บุหรี่ ร้อยละ 78.4 รองลงมาคือ ดื่มสุรากับสูบกัญชาอย่างละร้อยละ 10.8 เท่ากันไม่มีประวัติฆ่าตัวตายร้อยละ 75.3 มีประวัติฆ่าตัวตาย ร้อยละ 24.7 ผู้ที่มีประวัติฆ่าตัวตายจะใช้วิธีการกินยารักษาโรคจิต/กินสารพิษ ร้อยละ 40.6 รองลงมาใช้วิธีผูกคอ ร้อยละ 21.6 และใช้มีดกรีดหรือแทงทำร้ายตนเอง ร้อยละ 21.6

ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 40.7 มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 42.6 ได้รับการรักษาด้วยยาAntipsychoticทุกราย ได้รับยาAntiparkinsonism ร้อยละ 81.3 ได้รับยาMood stabilizing ร้อยละ 4.0 ได้รับยาAnxiolyticร้ อยละ 24.7 หลังจากรับประทานยารักษาโรคจิตพบว่า มีอาการข้างเคียงของยา ร้อยละ 66.0 อาการข้างเคียงของยาที่พบส่วนใหญ่มีอาการมือสั่น แขนขาสั่นหรือตัวแข็ง ร้อยละ 51.5 รองลงมามีอาการปากแห้งคอแห้ง ร้อยละ 30.3

ประวัติครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มผู้ป่วยมีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีเงินพอใช้ ร้อยละ 60.0 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางและอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.7 และร้อยละ 34.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติฆ่าตัวตายร้อยละ 93.3 มีประวัติฆ่าตัวตายเพียง

ร้อยละ 6.7 ผู้ที่ฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดาและน้องเท่ากันคือ ร้อยละ 50.0 และพบว่า ในครอบครัวไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 86.7 มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 13.3 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นพี่- น้องร้อยละ 65.0 เป็นบิดา-มารดาร้อยละ 35.0

2. ปัจจัยทางสังคม

2.1 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.7 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 36.0 ระดับน้อยร้อยละ 10.7 และระดับมากที่สุดเพียงร้อยละ 8.7 เท่านั้น

2.2 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 50.0 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 25.3 และระดับสูงร้อยละ 24.7

3. ความชุกของภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.0 ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 67.0

4. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังเพศหญิง สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวไม่พอใช้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05, .05, .01, .05 ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาเฉลี่ยสูงกว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05 และผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .001

5. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีโรคประจำตัว มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวและมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP< .05

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยที่มีรายได้ 6,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.05 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .001 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด

6. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอายุของผู้ป่วยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอายุน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าสูง ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอายุมากจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.01 กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ขณะเดียวกันถ้ามีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงจะมีภาวะซึมเศร้าสูง

7. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคมน้อย อายุน้อย และมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.001,.05 และ .05 ตามลำดับ โดยการสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.2 อายุสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 22.8 และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 25.0 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.3 เกณฑ์อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปีร้อยละ 32.0 และอายุระหว่าง 40-49 ปี ได้ร้อยละ 32.0 เท่ากัน สถานภาพโสดร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 92.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 32.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 42.1 และไม่มีรายได้ร้อยละ 42.0 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง

6-10 ปีร้อยละ 40.7 มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1-2 ครั้งร้อยละ 42.6 ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของวยุณี ช้างมิ่ง [54] ที่ได้ผลการวิจัยว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ55.0 สถานภาพโสดร้อยละ 65.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ49.0 มีรายได้ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ37.0 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ป่วยมา 2-5 ปี ร้อยละ 36.0 รองลงมาป่วยระยะเวลา 6-10 ปีร้อยละ 23.0 จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล 1-3 ครั้ง ร้อยละ 51.0 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สลิลา มากะจันทร์[101] พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานะภาพโสด อายุระหว่าง 31-40 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มีรายได้ มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2-10 ปี จากการศึกษาของเกษม ตันติผลาชีวะ[49] พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมีอายุอยู่ในช่วง15-34 ปี

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีลักษณะทางคลีนิก มีความผิดปกติทางด้านความคิดและเนื้อหาของความคิด ความผิดปกติในรูปแบบความคิด มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีอารมณ์แบบทื่อ เฉยชา หรือไม่สอดคล้องกับความคิด เช่น หัวเราะ หรือยิ้มคนเดียว มีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ มีการแยกจากสังคมและกิจกรรมต่างๆ ขาดความสนใจอนามัยและความสะอาดของร่างกาย อาจไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความผิดปกติในการรับรู้คือ มีอาการประสาทหลอนทางตา ทางหู การรับกลิ่น และความรู้สึกสัมผัส เสียความสัมพันธ์กับโลกภายนอก ผู้ป่วยมักจะแยกตัวจากโลกภายนอก และหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง มีความคิดที่ขาดเหตุผล บิดเบือนไปจากความจริง ถ้าเป็นมากเรียกว่า Autism ผู้ป่วยมักอยู่ตามลำพัง และไม่ติดต่อสมาคมกับใคร [102] การป่วยเจ็บด้วยโรคจิตเภทโดยมีลักษณะอาการดังข้างต้น ย่อมทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังไม่อาจที่จะสมรสได้ ในทางกลับกันการป่วยเจ็บเรื้อรังดังกล่าว ยังเป็นเหตุให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังไม่ได้รับยอมรับจากผู้อื่นให้มาเป็นคู่ครอง

โรคประจำตัว ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีโรคประจำตัวร้อยละ 24.0 และโรคประจำตัวที่พบบ่อยได้แก่ โรคหอบหืดร้อยละ 19.4 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.7 โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ8.3 เท่ากัน ซึ่งหากพิจารณาผลจากข้อมูลการวิจัยที่พบว่าโรคประจำตัวของผู้ป่วยดังกล่าวที่พบบ่อย มักป่วยด้วยโรคหอบหืดและความดันโลหิตสูง อาจเป็นเพราะว่า เมื่อภาวะจิตใจเกิดความเครียด ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลต่อการเกิดโรคทางกายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยความผิดปกติดังกล่าว จะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การขยายตัวของหลอดเลือด ความตึงกล้ามเนื้อ การเคลื่อนตัวของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ หอบหืด ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ ความเครียดกระตุ้น Hypothalamus ซึ่งกระตุ้นต่อมใต้สมอง ต่อมหมวกไต เพิ่มการหลั่ง Cortisol ทำให้เกิดการเพิ่ม Metabolism ของ

ร่างกายเพิ่มปริมาณน้ำตาลในเลือดและไขมันในเลือด ระบบการทำงานของร่างกายและต่อมไร้ท่อต่างๆจะแปรปรวนไปหมด ทำให้เกิดอาการโรคทางกายตามมา แม้กระทั่งโรคเบาหวาน[103]

การใช้สารเสพติด พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังใช้สารเสพติดร้อยละ 22.7 สารเสพติดที่นิยมใช้ส่วนใหญ่คือ บุหรี่ร้อยละ 78.4 รองลงมาคือ ดื่มสุราร้อยละ10.8 และสูบกัญชาร้อยละ10.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaplan HI, Sadock BJ.[78] ที่พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูบบุหรี่ ซึ่งบุหรี่เป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยนิยมใช้มากเมื่อเทียบสัดส่วนกับสุราและกัญชา อาจเนื่องมาจากบุหรี่เป็นสารเสพติดที่หาได้ง่าย มีราคาถูก

ประวัติการฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีประวัติฆ่าตัวตายร้อยละ 24.7 ใช้วิธีการกินยารักษาโรคจิตหรือกินสารพิษร้อยละ 40.6 รองลงมาใช้วิธีผูกคอร้อยละ 21.6 และใช้มีดกรีดหรือแทงตัวเองร้อยละ 21.6 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอมอร ชินพัฒนะพงศา [71] ที่ได้ศึกษาระบาดของผู้พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ยาหรือสารพิษ โดยใช้ยากล่อมประสาทและยานอนหลับ และผลการศึกษาของเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล และคณะ [72] ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยฆ่าตัวตายโดยใช้วิธีกินยามากที่สุด รองลงมาคือใช้วิธีผูกคอ และผลการศึกษาของศุภรัตน์ เอกอัศวิน [74] ที่พบว่า วิธีการฆ่าตัวตายที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ การกินสารพิษและยารักษาโรคต่าง ๆ ที่เกินขนาดเช่นกัน โดยหากลักษณะการฆ่าตัวตายเป็นแบบ “ ชั่ววูบ ” ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินสารพิษ เช่น ยาเบื่อหนู ยาฆ่าแมลง และยานอนหลับ เป็นต้น โดยเหตุที่เลือกใช้วิธีการฆ่าตัวตายแบบนี้ เพศชายให้เหตุผลว่าเพราะยาอยู่ใกล้ตัว ส่วนเพศหญิงเห็นว่าเป็นวิธีการที่ไม่ทรมาน โดยสารพิษเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วในบ้านหรือหาซื้อได้ง่าย [70]

จากผลการวิจัยนี้ได้ผลสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ทำให้มีข้อสรุปว่าการใช้ยาหรือสารพิษเป็นวิธีการฆ่าตัวตายที่ได้รับการนิยมสูงสุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยาเป็นสิ่งที่หาได้ง่าย ซึ่งในบางครั้ง ยาที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ก็คือยาที่ใช้ในการรักษานั่นเอง แต่เพิ่มปริมาณการใช้ให้มากขึ้นจนกลายเป็นตัวทำลายชีวิต และการฆ่าตัวตายด้วยวิธีดังกล่าวถูกมองว่าทรมานและหวาดเสียวน้อยกว่าวิธีอื่น

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.0 ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกับผลการวิจัยของ Whitehead C. et al[68] ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องยาต้านโรคซึมเศร้าที่ใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทและอาการซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ33.0 และการศึกษาของBandelow B. et al[62] ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 35.7-42.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Moussaoui D. et al [67] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายในโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าร้อยละ44.3

แต่ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Baynes D. et al[61] ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบ เพื่อหาความชุกและความสัมพันธ์ของพยาธิสภาพและการรักษาพบว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า มีความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน และใช้ The Beck depression Inventory ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย แต่การวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ใช้ The Zung Self-Rating Depression Scale ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม

เพศของผู้ป่วย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.05โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เป็นเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งสมภพ เรืองตระกูล[48] กล่าวว่า โรคซึมเศร้าพบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย และ ดวงใจ กสานติกุล[35] กล่าวว่า หญิงมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้า 2 เท่าของผู้ชาย จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จะเป็นเพศชายมากกว่าหญิง แต่กลับพบว่าผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการรักษามีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ความแตกต่างนี้น่าจะมาจากสาเหตุ ด้านชีวภาพ เช่น ฮอร์โมนเพศ และหากพิจารณาในด้านความรับผิดชอบของเพศหญิงแล้ว เพศหญิงมักมีความรับผิดชอบทั้งด้านการงานอาชีพ และยังต้องแบกรับภาระการดูแลความเป็นอยู่ในครอบครัวพร้อมๆกันไปด้วย การที่ต้องรับภาระทั้ง 2 ด้านเช่นนี้ ย่อมง่ายที่จะทำให้เพศหญิงมีความเครียดและซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ประกอบกับโดยลักษณะทั่วไปของเพศหญิงจะมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ได้ง่ายกว่าเพศชายจึงมีบุคลิกลักษณะ ที่โน้มเอียงว่าจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่า แต่อย่างไรก็ตาม การเกิดภาวะซึมเศร้านั้น อาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน เช่น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม กลไกทางด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตสังคม กลไกทางจิตและอื่นๆ ก็ได้

อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบ (r = -.438) กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่อายุน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าสูง ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอายุมากจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Stordal E. et al [60] ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าพบว่า ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อยจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่อายุ 21 ปีขึ้นไป และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอายุ 21- 29 ปี มีภาวะซึมเศร้ามาก การป่วยเป็นโรคจิตเภท เมื่อป่วยแล้วมักป่วยเป็นเรื้อรัง มีความจำเป็นที่จะต้องรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอด จึงทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกเศร้าได้

สถานภาพสมรส พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสถานะภาพคู่ และโสด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สภาวะผู้ที่แยกกันอยู่กับคู่สมรส หรือเป็นหม้ายจากการหย่าร้างนั้น สะท้อนในตัวเองว่าสภาวะทางครอบครัวก่อนการแยกกัน

อยู่หรือหย่าร้างนั้นมีปัญหา จนไม่อาจที่ดำรงสถานะภาพการสมรสไว้ได้ ชีวิตในช่วงดังกล่าวก็มีความเครียดอยู่ในระดับหนึ่งแล้ว และหลังจากที่ได้หย่าขาดจากกัน ก็ใช่ว่าปัญหาดังกล่าวจะหมดสิ้นไป การที่ต้องประคับประคองสภาพครอบครัวเพียงคนเดียว ย่อมนำมาซึ่งความยุ่งยาก โดยหากมีผู้ที่ตนต้องดูแลอยู่ด้วยแล้ว เช่นบุตร ย่อมก่อให้เกิดความเครียดอีกเช่นกัน ความเครียดทั้ง 2 ส่วนดังกล่าว ทั้งที่มีอยู่ก่อนหย่าร้างและหลังจากหย่าร้างจึงบวกรวมเข้าด้วยกันเป็นทวีคูณ ส่วนหม้ายที่เกิดจากคู่สมรสเสียชีวิตก็เช่นกัน นอกจากจะกระทบกระเทือนถึงสถานะภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวโดยตรงแล้ว การสูญเสียคนที่ตนรักดังกล่าวยังทำให้ต้องเสียใจอย่างมหันต์ เป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่สำคัญ และผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นใจในอนาคตว่าจะเป็นเช่นไร ขาดคนปรนนิบัติ ว้าเหว่ ต้องอยู่ตามลำพังคนเดียว การดำรงชีวิตจึงเปลี่ยนไป หากไม่อาจปรับสภาพได้ ย่อมทำให้เกิดความเครียดเช่นกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้ได้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ กสานติกุล[35]ที่พบว่าโรคซึมเศร้ามักพบในผู้ที่หย่าร้าง แยกทางหรืออยู่คนเดียว และความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าที่พบในกลุ่มคนที่เป็นหม้าย และหย่าร้างจะสูงมากกว่าคนที่สมรส ถึง 2.5 เท่า[32] เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของ Ilfeld.FW [52] ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับสถานภาพ พบว่าอาการซึมเศร้าพบมากที่สุดในผู้ที่หย่าร้าง ถึงร้อยละ 27.0 และเป็นหม้าย ร้อยละ 21.0 และโดยเฉพาะผลการศึกษาของ Mc Kinlay JB. et al [53] ที่ย้ำให้เห็นว่า คนที่ไม่ได้แต่งงานจะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้าน้อยที่สุด ส่วนคนที่มีสถานภาพ หย่า ร้าง หม้าย จะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้ามากที่สุด

โรคประจำตัว ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีโรคประจำตัวและไม่มีมีโรคประจำตัว มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< .05โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีโรคประจำตัว มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของสมภพ เรืองตระกูล [48] ที่ศึกษาพบว่า โรคทางกายเรื้อรังโดยเฉพาะโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้และรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน หรือมีความพิการปรากฏอย่างชัดเจน เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ประวัติใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังใช้สารเสพติดร้อยละ 22.7 โดยใช้บุหรี่ถึงร้อยละ 78.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaplan HI, Sadock BJ.[78] ที่พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยสูบบุหรี่แล้วรู้สึกว่า เกิดความสุข ลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

ประวัติการฆ่าตัวตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Green AI. et al [75] และHausmann A, Fleischhacker WW. [69] ที่ศึกษาพบว่า การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีประวัติฆ่าตัวตาย 37 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 18 คน ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 19 คน ซึ่งก่อนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ที่มีประวัติฆ่าตัวตายอาจมีภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยที่มีประวัติการฆ่าตัวตายอาจจะมีภาวะซึมเศร้าจำนวนลดลง

ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Hausmann A, Fleischhacker WW. [69] ที่ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ที่ 6-10 ปี ร้อยละ 40.7 แสดงว่าเกือบครึ่งของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการป่วยเรื้อรัง แต่จำนวนครั้งที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้งมีถึงร้อยละ 42.6 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมักเลือกที่จะรักษาตัวอยู่ที่บ้านแทนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยสามารถรักษาตัวที่บ้านได้ สาเหตุอาจเป็นเพราะว่า การป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ยากที่จะรักษาหาย และมีค่าใช้จ่ายที่ต่อเนื่อง หากไม่มีอาการรุนแรง ญาติจึงมักเลือกที่จะดูแลผู้ป่วยเอง การที่ผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ญาติและผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ตลอดจนมีความคุ้นเคยต่อกระบวนการรักษาโรค [11]

อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP< .05 และพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและไม่มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ P< .05 จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังได้รับยารักษาโรคจิตทุกราย ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยามาก อาจเกิดจากการได้รับยารักษาโรคจิตขนาดที่สูง หรือผู้ป่วยมีอาการทางจิตไม่ดี ประกอบกับยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก[17,32] โดยตัวยามีฤทธิ์ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ จากการศึกษาพบว่า มีอาการข้างเคียงร้อยละ 66.0 อาการข้างเคียงของยาที่พบส่วนใหญ่จะมีอาการสั่นที่มือ แขน ขา หรือตัวแข็ง ร้อยละ 51.5 ปากแห้ง คอแห้ง ร้อยละ 30.3 คอแข็ง ตาเหลือก ขากรรไกรค้าง ร้อยละ 10.1 กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ร้อยละ 8.1 อาการดังกล่าวย่อมกระทบต่อการประกอบกิจวัตรตามปกติในแต่ละวันของผู้ป่วย บางครั้งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การเดิน การนั่ง การพูดคุย การอาบน้ำ แต่งตัว หรือ การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ หรือกิจกรรมอื่นๆได้ จนผู้ป่วยรู้สึกว่าตนได้สูญเสียในด้านต่างๆ อาทิสูญเสียการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น สูญเสียความมั่นใจในตัวเอง ไม่สามารถทำหน้าที่หรือทำตามบทบาทต่าง ๆ ของตนเองได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bandelow B. et al[62] ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง พบว่า คะแนนของภาวะซึมเศร้าจากการสังเกตมีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงของยา และผลการศึกษาของ Dollfus S. et al [84] ศึกษาอาการข้างเคียงของยาแบบ Objective and Subjective extrapyramidal side effects ในผู้ป่วยโรคจิตเภทและหาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงของยา

ประวัติการมีโรคซึมเศร้าในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว และไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP< .05 ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ดวงใจ กสานติกุล[35] ที่กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม โรคซึมเศร้าที่เป็นซ้ำมักจะพบมีการป่วยในเครือญาติด้วยกัน ซึ่งอัตราเสี่ยงเป็น 2-3 เท่าของคนทั่วไป เด็กที่พ่อหรือแม่ป่วยด้วยโรคอารมณ์คนเดียวมีโอกาสป่วยร้อยละ 27.0 ถ้าพ่อและแม่ป่วยทั้งคู่ ลูกๆมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 50.0-75.0 ปัจจัยทางด้านจิตใจในช่วงต้นของชีวิต การขาดบิดา มารดา ปัญหาครอบครัว บิดา มารดาหย่าร้าง หรือมีบุคลิกภาพขี้กังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ชอบคิดในแง่ลบ และด้านปัจจัยทางสังคมในด้านการสนับสนุนทางสังคมจะพบว่า คนในครอบครัวเดียวกันย่อมได้รับปัจจัยในการดำรงชีพและมีสภาพแวดล้อมที่เหมือนๆกัน มีปัจจัยทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้เคียงกัน

รายได้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP< .05โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีรายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ที่มีรายได้จากการทำงานจะมีความรู้สึกว่า ตนเองนั้นได้รับการยอมรับจากสังคม มีหน้ามีตา ไม่โดดเดี่ยว มีสถานะทางสังคม สามารถบริหารเวลาในแต่ละวันให้หมดไปกับการทำงานที่ได้รับมอบหมาย มีการพบปะและสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกอื่นในสังคม ยิ่งหากการยอมรับดังกล่าวได้ถูกจัดแบ่งชั้นด้วยค่าตอบแทนในการทำงานที่ต่างกันด้วยแล้ว ยิ่งจะเป็นตัวแปรโดยตรงต่อความภาคภูมิใจที่ได้รับค่าตอบแทนที่ต่างชั้นกันเช่นนั้น ในทางกลับกันกรณีผู้ที่ไม่มีรายได้จากการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นกรณีที่ไม่มีงานทำ หรือมีรายได้น้อย อาจมีผลต่อการได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้างมีสัดส่วนที่น้อยตามลงไปด้วย การไม่มีงานทำย่อมกระทบต่อจิตใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับ ไม่มีความสามารถ ไม่มีภาวะผู้นำ ขาดศักยภาพในการทำงาน ท้ายที่สุดก็จะสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ส่วนการได้รับค่าตอบแทนที่น้อยจากการทำงาน ย่อมทำให้รู้สึกว่าตนไม่มีความสำคัญ ไม่มีเกียรติ ตนเองมีปมด้อย ทำให้ต้องแยกตัวออกมา ในที่สุดก็ขาดจากสังคม กล่าวโดยสรุปผู้ป่วยประเภทนี้ก็จะขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ส่วนผู้ไม่มีรายได้นั้น แน่นอนว่าย่อมจะต้องขาดปัจจัยในการดำรงชีวิต ทั้งของตนเองและครอบครัว คุณภาพชีวิตย่อมต้องเสื่อมถอยลง การตกงานยิ่งทำให้ตนเองโดดเดี่ยว เกิดภาวะเครียด ขาดรายได้ที่เคยได้มาเป็นประจำ ไม่มีความมั่นคงในชีวิต ไม่อาจกำหนดชะตาชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัวในอนาคตได้ หวาดหวั่นต่อความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในภายหน้า ท้อถอย สิ้นหวัง ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยนี้ให้ผลเช่นเดียวกับผลการวิจัยของศิริวรรณ ศิริบุญ[104] ที่ได้ศึกษาและพบว่า กลุ่มคนที่ถูกปลดออกจากงานและต้องพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าในรายที่มีรายได้เป็นของตัวเอง

ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP< .05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวไม่พอใช้ มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวพอใช้ เหตุที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ก็เนื่องมาจากภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานอันสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ชีวิตครอบครัวดำเนินไปอย่างราบรื่น ถ้ามีสาเหตุใดมาขัดขวางจนทำให้ภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวตกต่ำลง[17] การดำเนินชีวิตในครอบครัวย่อมมีอุปสรรค การเจ็บป่วยเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อฐานะทางการเงินและเศรษฐกิจในครอบครัว การป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง จำต้องใช้เวลารักษานาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายไม่สิ้นสุด ไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆที่จำเป็น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการนำตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่ไกลจากบ้านมาก ๆ ก็จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าเดินทาง ค่าอาหารและที่พักเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัวไปด้วย ภาระนี้ดูเหมือนว่าครอบครัวจะต้องแบกรับผู้ป่วยไปตลอดชีวิต ซึ่งในบางครั้งสมาชิกในครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง และรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวบางคนต้องทำงานหนักขึ้นหรือหาอาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้ ทำให้มีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง ดังนั้นสภาวะบีบคั้นดังกล่าวย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท เกิดความรู้สึกว่าตนเองนั้นเป็นต้นเหตุแห่งปัญหา เป็นผู้ก่อภาระให้ครอบครัว ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดการเครียด และหากไม่อาจหาทางออกได้ในที่สุดก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และระดับความซึมเศร้าดังกล่าว เมื่อเทียบกันแล้ว ผู้ป่วยที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย ย่อมมีภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่า เพราะผู้ป่วยอย่างหลังนี้ มีความเดือดร้อนหรือถูกกระทบจากค่าใช้จ่ายที่จำต้องใช้ในการรักษาและขาดรายได้ในระหว่างรักษาน้อยกว่า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจเช่นนี้ จะกระทบไปยังตัวผู้ป่วยอีกทอดหนึ่ง ยิ่งเพิ่มความเครียด และความวิตกกังวลให้มีมากขึ้นไปอีก ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Fadden G. et al [105] ที่ให้แง่คิดความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจโดยกล่าวว่า นอกจากความจำเป็นที่ครอบครัวต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่ง เพื่อการรักษาแล้วยังส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและจะรุนแรงอย่างที่สุด เมื่อผู้ป่วยนั้นเคยเป็นผู้ประกอบอาชีพทำมาหาเลี้ยงครอบครัว และความเจ็บป่วยนั้นจะเป็นอุปสรรคกับครอบครัว ที่ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้เต็มที่กับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ต่อเนื่องนั้น และBaker AF. [6] ศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตมีการเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้เงินออมของครอบครัวที่มีอยู่หมดสิ้นไปและนำไปสู่ความลำบากอย่างรุนแรง โดยหากครอบครัวที่ยากจนมีปัญหาเศรษฐกิจอยู่แล้วความเจ็บป่วยดังกล่าวก็จะยิ่งซ้ำเติมความทุกข์ยากด้านชีวิตความเป็นอยู่และเศรษฐกิจที่มีอยู่แล้วให้ทวีมากยิ่งขึ้นไปอีก

สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP<.05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลางและระดับดี เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำสุด อาจเนื่องมาจากว่า ครอบครัวเป็นแหล่งที่ให้กำลังใจและปลอบใจสมาชิกในครอบครัวให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี เป็นผู้จุดประกายความหวัง สร้างความสดชื่นให้สมาชิก ทำให้สามารถกลับออกไปเผชิญภาวะต่างๆได้ และยามใดเมื่อสมาชิกในครอบครัวเผชิญวิกฤติปัญหามา ครอบครัวก็ยังเป็นแหล่งที่ให้สมาชิกสามารถระบายความเครียด ระบายความรู้สึก และหาทางออกของปัญหา สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจึงมีส่วนขจัดปัญหา และความเครียดที่จะมากระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และเป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ ที่สามารถรู้ได้ด้วยการแสดงออก โดยการให้ความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง ในทางกลับกันจากการศึกษาการวิจัยของสุรพีร์ เกิดจั่นและคณะ[106] พบว่า หากสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวเป็นไปในลักษณะที่ไม่ให้ความสำคัญต่อความรู้สึกต่างๆ ที่มีความละเอียดอ่อนต่อกัน ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงความรู้สึก บอกความเศร้าหมอง และปัญหาของตนให้ผู้อื่นรับรู้ ยิ่งไปกว่านั้นสัมพันธภาพในครอบครัวยังมีผลต่อเนื่องเชื่อมโยงไปถึงการรักษาผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางในด้านสัมพันธภาพที่จะต้องปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น อันเป็นผลมาจากสภาพความบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีอยู่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว หากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวเดียวกันยังคงเป็นแบบมีพยาธิสภาพอยู่ต่อไป ก็จะยิ่งเป็นการเพิ่มความเครียดทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้นไป และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ จนอาจนำมาซึ่งอาการป่วยซ้ำขึ้นได้อีก และได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Gumption. et al (อ้างใน เยาวมาลย์ รินทระ) [107] ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านและต้องกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมทางบ้านที่เอื้อให้เกิดป่วยขึ้นอีก เช่นต้องอยู่ตามลำพัง อยู่กับญาติที่ไม่ได้สนใจผู้ป่วย สภาพครอบครัวที่มีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจขึ้นมาอีก

อย่างไรก็ตามสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี บางครั้งอาจจะมีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยก็ได้ โดยผลการศึกษาของEvans (อ้างในวรกช นิธิกุล)[108] พบว่า พฤติกรรมที่ก้าวร้าวหรือพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ก่อให้เกิดปัญหากับญาติได้เช่นกัน เช่น บางครั้งญาติต้องตกใจ ทุกข์ใจกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกอื่นในครอบครัว และเกือบครึ่งหนึ่งของญาติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความกังวลใจและกลัวพฤติกรรมอันก้าวร้าวของผู้ป่วย โดยเห็นว่าผู้ป่วยนั้นน่ากลัว ไม่กล้าเข้าใกล้[109] ซึ่งมีผลทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีไปด้วย

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP< .001และพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบ (r = -.438) กับการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีภาวะซึมเศร้ามาก

จากผลการวิจัยดังกล่าว จึงได้ข้อสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Baynes D. et al [61] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า ภาวะซึมเศร้านั้นมีสาเหตุหนึ่งมาจากปัจจัยทางด้านสังคม ดังที่ได้เป็นที่ยอมรับกันมาแล้วว่า โรคจิตเภทนั้นมีสาเหตุหนึ่งมาจากปัจจัยทางด้านสังคม เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคมรอบข้าง หากสมาชิกในสังคมสามารถดำรงอยู่ในสังคมในลักษณะที่ตนรู้สึกว่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสังคมสามารถสนองตอบต่อความต้องการของเขาได้แล้ว เขาผู้นั้นก็จะไม่มีความผิดปกติในทางจิต แต่ในทางกลับกัน หากสมาชิกผู้นั้นรู้สึกว่า ตนเองโดดเดี่ยว ไม่สามารถพึ่งพาคนรอบข้าง เมื่อมีปัญหาหรือเกิดการเจ็บป่วยก็ไม่อาจพึ่งพาหรือปรึกษาและได้รับความช่วยเหลือจากคนในสังคมจนทำให้รู้สึกว่า สังคมรอบข้างไม่ได้ตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน และให้ความอบอุ่นกับตนได้ สังคมรอบข้างจึงไม่ใช่สิ่งแวดล้อมที่ดีและน่าไว้วางใจ ขณะเดียวกันเขาก็คิดว่าตัวเขาเองนั้น ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมรอบข้าง ไม่มีกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ตนเองไม่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น ไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ขาดการสื่อสาร ขาดข้อมูลที่ควรจะได้รับจากบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง จากความรู้สึกเหล่านี้สมาชิกในสังคมผู้นั้นจะตกอยู่ในสภาพที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ตนเองรู้สึกว่าอยู่โดดเดี่ยว เหงา ว้าเหว่ ตนเองไม่มีประโยชน์ต่อสังคม ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม แต่เป็นส่วนเกินที่สังคมไม่ต้องการ สมาชิกคนนั้นก็จะมีความผิดปกติทางจิต ขาดความมั่นใจในตนเอง ย่อมทำให้ผู้นั้นเกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมา ดังนั้นด้วยเหตุนี้ การสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน จึงมีผลต่อภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป ผลการวิจัยนี้ได้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Paykel E S.[89] ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียด ส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ มีผลทำให้มีความลำบากในการดำรงชีวิต เพราะจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งเหล่านี้ให้ได้ มิฉะนั้นแล้วก็จะเสียสมดุลแห่งชีวิต ก่อเกิดโรคภัยไข้เจ็บและอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด[110] ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี ก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และการศึกษาของ Heikkinen M.[111] ที่พบว่า การขาดการ

สนับสนุนทางสังคมและภาระงานที่มากเกินไป เป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่ภาวะเครียด และความเจ็บป่วย และการฆ่าตัวตาย การสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตได้ [43] เช่นเดียวกับ Cohen S, Wills TA.[86] ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคล มีกำลังใจมีอารมณ์ที่มั่นคงอันจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานดีขึ้นและมีการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงกว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP<.05 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวก (r =.184) กับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงด้วยในทางกลับกันผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของBandelow B. et al[62] ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตและผลการวิจัยของมาลี ฉอจิระพัณธ์ [93] พบว่า กลุ่มผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะซึมเศร้า[95] ส่วนการเผชิญเหตุการณ์ที่ต้องปรับพฤติกรรมระดับต่ำ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป ทำให้เกิดความเครียดเช่นกันแต่เป็นความเครียดในระดับต่ำ ไม่มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ

จะเห็นได้ว่าเหตุการณ์ความเครียดทางจิตใจที่สำคัญซึ่งเกิดขึ้นกับมนุษย์นั้น มีสาเหตุมาจากความคับแค้นต่าง ๆ เช่น สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความไม่ปลอดภัยของชีวิต เป็นสาเหตุทำให้มนุษย์ต้องเสียสมดุลมีผลต่อสุขภาพจิต ความเครียดทางร่างกายก็สามารถเกิดขึ้นได้เช่นกัน ถ้าใช้พลังงานของร่างกายมากเกินไป หรือมีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น เชื้อโรคเข้าไปในร่างกาย ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ทันก็จะเกิดเป็นโรคภัยไข้เจ็บ และอาจถึงตายได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขให้ความเครียดทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ จะทำให้ชีวิตมีความสุขขึ้นและสามารถจะดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

การสนับสนุนทางสังคมน้อย อายุน้อย และมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .05 และ .05 ตามลำดับ โดยการสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.2 อายุสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 22.8 และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 25.0 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

1.จัดอบรมการให้ความรู้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เกี่ยวกับเรื่องยารักษาโรคจิตและอาการข้างเคียงของยาเพื่อให้บุคลากรมีความรู้และสามารถประเมินอาการข้างเคียงของยาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งให้การดูแลที่ถูกต้องอีกด้วย

2. จัดกลุ่มให้ความรู้แก่ญาติ และผู้ป่วย โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า โดยจัดให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน (สำหรับญาติ) และวิธีปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน(สำหรับผู้ป่วย)

3. จัดกลุ่มครอบครัวบำบัด เพื่อให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนพยาธิสภาพของครอบครัวในขณะเดียวกันผู้รักษาก็ทำให้ญาติเข้าใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย ให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสมสร้างสรรค์ แก้ไขปัญหาหรือความสัมพันธ์ที่ผิดปกติ ให้ระบายความรู้สึกต่อกันโดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

4. แนะนำและส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญของตนเอง ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รู้จักให้กำลังใจ สนใจ และแสดงความห่วงใย

5. จัดและฝึกให้ผู้ป่วยประกอบกิจกรรมและอาชีพที่เหมาะสม โดยเริ่มตั้งแต่สิ่งที่ง่ายๆ ไปหายาก เช่นเริ่มจากการดูแลตนเอง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การทำงานบ้าน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิในตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง

6. จัดทีมงานในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิธีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. มีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องไปจากการวิจัยครั้งนี้ ในลักษณะของการติดตามผลระยะยาว โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อศึกษาแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อเยี่ยมบ้านและการปฏิบัติตัวตามความรู้ที่ได้รับ

รายการอ้างอิง

1. ศิริลักษณ์ สินธำรงกุล.โรคจิตเภท.ใน: บุรณี กาญจนถวัลย์, นันทิกา ทวิชาชาติ,บรรณาธิการ. พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.หน้า 119.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Press; 1994.
3. National Institute of Mental Health. Schizophrenia [online]. 2002 [cited 2001 Jan 30]. Available from: URL: http:// http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm
4. Gualtiere B. Understanding and help for schizophrenia [online]. 1999 [cited 2000 Dec 25] Available from: URL: http://www.christiansoulcare.com/helpforschizophrenia.htm
5. สมชาย จักรพันธุ์. การประชุมสุขภาพจิตที่องค์การอนามัยโลก. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2544; 9 :161- 3.
6. Baker AF. How families cope. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1989; 27: 31-6.
7. สิรพัชร รัตแพทย์. ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
8. ศิริพร จิรวัฒนกุล. ชุมชนกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวกับการเสริมสร้างสุขภาพจิตครบวงจร. รายงานการวิจัย. สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย; 2536.
9. Hausmann A, Fleischhacker WW. Review article Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 83-96.
10. Addington D, Addington J, Patten S. Depression in people with first-episode schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl 1998; 172: 90-2.
11. Lazarus AS, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984.
12. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. J Health Soc Behav 1982; 23: 145-59.
13. Turner HA, Hays RB, Coates TJ. Determinants of social support among gay men: the context of AIDS. J Health Soc Behav 1993; 34: 37-53.
14. Mueller TI, Lavori PW, Keller MB, Swartz A, Warshaw M, Hasin D, et al. Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. Am J Psychiatry 1994; 151: 701-6.
15. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up

study of Alameda County residents. Am J Epidemiol 1979; 109: 186-204.

16. Navaie-Waliser M, Martin SL, Tessaro I, Campbell MK, Cross AW. Social support and psychological functioning among high-risk mothers: the impact of the Baby Love Maternal Outreach Worker Program. Public Health Nurs 2000; 17: 280-91.
17. เกษม ตันติผลาชีวะ, วรลักษณา ธีรโมกข์.ยารักษาโรคจิต.ใน: เกษม ตันติผลาชีวะ,บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536. หน้า 852-62.
18. Karno M, Norquist GS. Schizophrenia. In : Kaplan HI and SadockBJ, editors.Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. 1. 6th ed. Baltimore: Williams &Wilkins; 1995.
19. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Vol.l. 7th ed. Philadelphia : Williams & Wilkins; 2000. p. 1110-6.
20. Fox C, Kane F. Psychiatric mental health nursing: Integrating the behavioral and biological sciences. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996.
21. สุดสบาย จุกทัพพะ, เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, จริยา จันตระ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44: 96-108
22. ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2534.
23. Taylor MC. Essentials of psychiatric nursing. 4th ed. St Louis : Mosby; 1994.
24. Johson BS. Psychiatric mental health nursing. 3rd ed. Pennsylvania: J.B. Lippincott; 1993.
25. กระทรวงสาธารณสุข . การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช THE ICD-10. มปท.: สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข;ม.ป.ป.หน้า 69-73.
26. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมชย์ สุคนนิชย์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สวิชาญการพิมพ์; 2545.
27. จำลอง ดิษยวณิช. การวินิจฉัยและการใช้ยาจิตเวช. โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่: เจริญการพิมพ์; 2531.
28. Manschreck T C. Schizophrenic disorders. In: Outpatient diagnosis and treatment. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989.
29. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนนิชย์. โรคจิตเภท. กรุงเทพฯ: เมดอินโฟร์จีดี; 2542.
30. จุฑามณี สุทธิสังข์. Serotonin-dopamine antagonists concepts in psychiatry. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41: 55-64.

31. วีรวุฒิ เอกกมลกุล. การรักษาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2537. หน้า 28-45.

32. ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน: เกษม ตันติผลาชีวะ,บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536. หน้า 348 – 410.

33. ช่อเพชร เบ้าเงิน. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญา-วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

34. วิระวรรณ อุประมาณ. การทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

35. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2542. หน้า 82-7.

36. สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์; 2533. หน้า 92-9.

37. สมจิตร์ นครพานิช. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

38. ภัทรสุดา ฮามคำไพ. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา จุฬาลงการณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

39. ชูทิตย์ ปานปรีชา. ความเครียด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาสุโขทัยธรรมาธิราช; 2532.

40. Selye H. The stress of life. New York : McGraw – Hill; 1976.

41. รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์, จิตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2540; 11: 63-4.

42. ดวงเดือน มูลประดับ. แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

43. ศุกร์ใจ เจริญสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในบทบาท ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

44. จริยวัตร คมพยัคฆ์. แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2531; 6: 96–106.

45. อารีรัตน์ อุลิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2539.

46. จิรศักดิ์ เล่าศักดิ์กิติโบราณ. แรงสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.

47. มธุริน คำวงศ์ปัน. ความเครียด วิถีการปรับแก้และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

48. สมภพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.

49. เกษม ตันติผลาชีวะ. ใน: เกษม ตันติผลาชีวะ, อัมพรโอตระกูล, นงพะงา ลิ้มสุวรรณ, อัมพล สูอัมพัน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536.

50. Guttentag M, Saloasin S, Belle D. The mental health of women. London: Academic Press; 1980.

51. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. Soc Sci Med 1993; 36: 33-46.

52. Ilfeld FW Jr. Psychologic status of community residents along major demographic dimensions. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 716-24.

53. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla D. The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-ages women. J Health Soc Behav 1987; 28: 345-63.

54. วยุณี ช้างมิ่ง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.

55. Castillo CS, Schultz SK, Robinson RG. Clinical correlates of early-onset and late-onset poststroke generalized anxiety. Am J Psychiatry 1995; 152: 1174-9.

56. Menza MA, Liberatore BL. Psychiatry in the geriatric neurology practice. Neurol Clin 1998; 16: 611-33.

57. ประเทือง อานันธิโก. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย. ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.

58. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. Arch Fam Med 1997; 6: 43-9.

59. Silberstein SD. Shared mechanisms and comorbidities in neurologic and psychiatric disorders.Headache 2000; 41 Suppl 1: S11-7.

60. Stordal E, Mykletun A, Dahl AA. The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. Acta Psychiatr Scand 2003; 107: 132-41.

61. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, Macflynn G, Lynch G et al. Depressive symtoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. Schizophr Res 2000; 45:47-56.

62. Bandelow B, Muller P, Gaebel W, Kopcke W, Linden M, Muller-Spahn F, et al. Depressive syndromes in schizophrenic patients after discharge from hospital. ANI Study Group Berlin, Dusseldorf, Gottingen, Munich. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1990; 240: 113-20.

63. Bottlender R, Strauss A, Moller HJ. Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenic patients. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 153-60.

64. Mandel MR, Severe JB, Schooler NR, Gelenberg AJ, Mieske M. Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 197-203.

65. Zisook S, Mc Adams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson TL, et al. Depressive symptoms in schizophrenia. Am J Psychiatry 1999; 156: 1736-43.

66. Kuck J, Zisook S, Moranville JT, Heaton RK, Braff DL. Negative symptomatology in schizophrenic outpatients. J Nerv Ment Dis 1992;180: 510-5.

67. Moussaoui D, Kadiri M, Agoub M, Tazi I, Kadri N. Depression, suicidal ideation and schizophrenia[abstract]. Encephale [online] 1999 Nov [cited 2003 May 15];25 Spec No 3:9-11. Avalable from: URL:http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/

68. Whitehead C, Moss S,CardnoA, Lewis G. Antidepressants for people with both schizophrenia and depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004 [cited 2003 May 15]. Chichester, UK: John Wiley & Sons; Available from: URL: http://www.update- software.com/cliblogon.htm.

69. Hausmann A, Fleischhacker WW. Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 83-96.

70. มาโนช หล่อตระกูล, สุพรรณี เกกินะ, อัปษรศรี ธนไพศาล. สภาพปัญหาและการปรับตัวในชาย หญิงผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 37-48.

71. เอมอร ชินพัฒนะพงศา. การศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมในกลุ่มอายุ 15-30 ปี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล,2530.

72. เสงี่ยม สารบัณฑิตกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่, วัชนี หัตถพนม, นวลจันทร์ มาตยภูธร. การศึกษาการฆ่าตัวตาย 7 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ได้รับทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต). โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น; 2539.

73. Meltzer HY. Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. Curr Psychiatry Rep 2002; 4: 279-83.

74. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2534; 36:81-7.

75. Green AI, Canuso CM, Brenner MJ, Wojcik JD. Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia. Psychiatr Clin North Am 2003; 26: 115-39.

76. Kohler CG, Lallart EA. Postpsychotic depression in schizophrenia patients. Curr Psychiatry Rep 2002; 8: 273-8.

77. Pinikahana J, Happell B, Keks NA. Suicide and schizophrenia: a review of literature for the decade (1990-1999) and implications for mental health nursing. Issues Ment Heath Nurs 2003; 24: 27-43.

78. Kaplan HI, SadockBJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences. In: Clinical psychiatry. 8th ed. New York: Williams & Wilkins; 1997. p. 459.

79. นันทิกา ทวิชาชาติ. ความผิดปกติของการดื่มสุราในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ จุฬาลงกรณ์หาวิทยาลัย, 2537.

80. Mueller TI, Lavori PW, Keller MB, Swartz A, Warshaw M, Hasin D, et al. Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. Am J Psychiatry 1994; 151: 701-6.

81. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. Am J Psychiatry 1995; 152: 358-64.

82. เอื้อมเดือน เนตรแขม. ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง .วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2541.

83. Knights A, Okasha MS, Salih MA, Hirsch SR. Depressive and extrapyramidal symptoms and clinical effects: a trial of fluphenazine versus flupenthixol in maintenance of schizophrenic out-patients. Br J Psychiatry 1979; 135: 515-23.

84. Dollfus S, Ribeyre JM, Petit M. Objective and subjective extrapyramidal side effects in schizophrenia: their relationships with negative and depressive symptoms. Psychopathology 2000; 33:125-30.

85. Van Putten T, May RP. Akinetic depression in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 1101-7.

86. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull 1985; 98: 310-57.

87. Allgower A, Wardle J, Steptoe A. Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. Health Psychol 2001; 20: 223-7.

88. พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

89. Paykel ES. Life events, social support and depression. Acta Psychiatr Scand Suppl 1994; 377: 50-8.

90. บุญพา ณ นคร. การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. รายงานการวิจัย. สุราษฎร์ธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2538.

91. เครือมาส ดนัยสวัสดิ์, กนกวรรณ บุญอริยะ. การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. รายงานการวิจัย. กรุงเทพ:โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต; 2545.

92. Paykel ES, Myers JK, Dienelt MN, Klerman GL, Lindenthal JJ, Pepper MP. Life events and depression. A controlled study. Arch Gen Psychiatry 1969; 21: 753-60.

93. มาลี ฉอจิระพัณธ์. ศึกษาการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตก่อนป่วยของผู้ป่วยโรคประสาทศึกษาโดยใช้ Social Readjustment Rating Scale. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

94. Scheller-Gilkey G, Thomas SM, Woolwine BJ, Miller AH. Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comorbid substance abuse and schizophrenia. Schizophr bull 2002; 28: 223-31.

95. Thomson KC, Hendrie HC. Environmental stress in primary depressive illness. Arch Gen Psychiatry 1972; 26: 130-2.

96. ปิยะลัมพร หะวานนท์. การพิจารณาขนาดตัวอย่าง. ใน : ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลประวรรตน์, ทวีสิน ตันประยูร.หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, 2542 : 126.

97. Zung WW. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12:63 -70.

98. นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

99. Overall JE, Gorham DR.The brief psychiatric rating scale. Psychological Rep 1962; 10:799-821.

100. วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายๆที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัยการศึกษา 2538; (18 มี.ค. 38): 9-11.

101. สลิลา มากะจันทร์.ความรู้ เจตคติและรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาและโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

102. สุวัทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต . กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2524.

103. พวงสร้อย วรกุล. เอกสารประกอบการสอนจิตวิทยาคลีนิกประยุกต์ วิชา3007729.คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2547.(อัดสำเนา)

104. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการประชุมวิชาการครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข เรื่อง สังคมศาสตร์ผู้สูงอายุไทยในทศวรรตหน้า. วันที่ 3-4 ธันวาคม 2539; ณ โรงแรม เอส ดี.อเวนิว. กรุงเทพฯ: 2539.

105. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care : The Inpact of functional psychiatric illness on the patient' s family.The British Journal of Psychiatry 1987;150:285-92.

106. สุรพีร์ เกิดจั่น,ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์, สุธา ไลชาติกุล.รายงานการวิจัยกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณะสุข,2542.

107. เยาวมาลย์ รินทระ. รายงานการวิจัยการสำรวจแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชครอบครัวศึกษากรณีญาติที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลศรีธัญญา.นนทบุรี,2538.

108. วรกช นิธิกุล.การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิต.วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 3535.

109. Brown, G.W., and Lewine, R.R.J.Schizophrenia and Social Care : Acomprative Follow-up Study of 339 Schizophrenia Patients. London : Oxford University Press,1966.

110. มาโนช หล่อตระกูล. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร : บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์,2544.

111. Heikkinen M, Aro H, Lonnqbist J. Recent life events, social support and Suicide. Acta Psychiatr Scand Suppl 1994 : 377 : 65-72.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่อง **ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัย ให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ก่อนที่จะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการดูแลรักษาช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป หากท่าน

ตกลงที่จะร่วมการศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามให้ท่านตอบ ใช้เวลา 40 นาที ซึ่งประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว จำนวน 18 ข้อ
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ
3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ
4. แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 43 ข้อ
5. แบบประเมินอาการทางจิต จำนวน 18 ข้อ

การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยในรูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่จำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ นางปรียนันท์ สละสวัสดิ์ ตึกเฟื่องฟ้า กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โทร. 02-4370200-8 ต่อ 4452 ซึ่งยินดีให้คำตอบทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2546

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางปรียนันท์ สละสวัสดิ์)

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางปรียนันท์ สละสวัสดิ์)

หมายเหตุ : ผู้ยินยอมมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

[ ] 1. ชาย [ ] 2. หญิง

2. อายุ.....……ปี

3. ศาสนา

[ ] 1. พุทธ [ ] 2. คริสต์

[ ] 3. อิสลาม [ ] 4. อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

[ ] 1. โสด [ ] 2. คู่

[ ] 3. หม้าย [ ] 4. หย่า/ แยก

5. ระดับการศึกษา

[ ] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านออกเขียนได้

[ ] 2. ประถมศึกษา [ ] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

[ ] 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช [ ] 5. อนุปริญญา/ปวส.

[ ] 6. ปริญญาตรี [ ] 7. ปริญญาโทหรือสูงกว่า

6. อาชีพ

[ ] 1. ไม่มีอาชีพ [ ] 2. รับจ้าง

[ ] 3. เกษตรกรรม [ ] 4. รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ

[ ] 5. ค้าขาย [ ] 6. ทำงานเอกชน

[ ] 7. อื่นๆ ระบุ.....

7. ท่านมีรายได้จากการทำงาน [ ] 1.ไม่มีรายได้

[ ] 2. มีรายได้ ……...บาทต่อเดือน

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ [ ] 1.ไม่มี

[ ] 2. มี ระบุโรค……

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9. ท่านใช้สารเสพติดหรือไม่

[ ] 1. ไม่ใช้สารเสพติด

[ ] 2. ใช้สารเสพติด ระบุสารเสพติดที่ใช้.....

10. ท่านมีประวัติการฆ่าตัวตายหรือไม่ [ ] 1. ไม่มี

[ ] 2. มี โดยวิธี.....

11. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี

12. จำนวนครั้งที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล..... ครั้ง

13. ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

14. เมื่อรับประทานยารักษาโรคจิต ท่านมีอาการข้างเคียงของยา หรือไม่

[ ] 1. มีอาการสั่นที่มือ,แขน,ขา หรือตัวแข็ง [ ] 2. มีอาการคอแข็ง,ตาเหลือก,ขากรรไกรค้าง

[ ] 3. มีอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ [ ] 4. มีอาการเคี้ยวปาก,ดูดลิ้น,แลบลิ้น

[ ] 5. ปากแห้ง, คอแห้ง [ ] 6. ไม่มีอาการข้างเคียงของยา

15. ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว

[ ] 1. ยากจน [ ] 2. พอใช้ แต่มีหนี้สิน

[ ] 3. พอใช้ ไม่มีหนี้สิน [ ] 4. พอใช้ มีเงินเก็บ

16. สัมพันธภาพในครอบครัว

[ ] 1. อยู่กันอย่างราบรื่น [ ] 2. ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง

[ ] 3. ทะเลาะกันรุนแรงบางครั้ง [ ] 4. ทะเลาะกันรุนแรงบ่อย ๆ

[ ] 5. ต่างคนต่างอยู่

17. ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว [ ] 1. ไม่มี

[ ] 2. มี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น.....

18. ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว [ ] 1. ไม่มี

[ ] 2. มี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ให้กาเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

เป็นข้อคำถามความรู้สึกของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออก	ไม่รู้สึกหรือรู้สึกน้อยมาก	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยมาก
1. ฉันรู้สึกเบื่อหน่าย เศร้าหมอง				
2. ตื่นขึ้นมาตอนเช้าเป็นช่วงเวลาที่ฉันสดชื่นที่สุด				
3. ฉันรู้สึกอยากจะร้องไห้				
4. ฉันรู้สึกมีปัญหาเรื่องการนอนหลับในเวลากลางคืน				
5. ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติเหมือนเดิม				
6. ฉันมีความรู้สึกและพึงพอใจในเรื่องเพศ				
7. ฉันรู้สึกผอมลงหรือน้ำหนักตัวลดลง				
8. ฉันรู้สึกท้องผูก				
9. ฉันรู้สึกหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หรือมีใจสั่น				
10. ฉันรู้สึกเหนื่อยง่าย โดยไม่มีเหตุผล				
11. ฉันรู้สึกจิตใจแจ่มใส เบิกบานเหมือนเดิม				
12. ฉันรู้สึกทำอะไรได้คล่องแคล่วเหมือนเดิม				
13. ฉันรู้สึกไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้				
14. ฉันรู้สึกว่าชีวิตข้างหน้ายังเต็มเปี่ยมไปด้วยความหวัง				
15. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่ายกว่าปกติ				
16. ฉันสามารถตัดสินใจทำอะไรได้ง่ายเหมือนเดิม				
17. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีประโยชน์เป็นที่ต้องการของคนอื่น				
18. ฉันรู้สึกว่า โลกจะดีขึ้นหรือคนอื่นจะพอใจ ถ้าตัวฉันไปจากโลกนี้				
19. ฉันรู้สึกว่า ชีวิตมีแต่ความสุข ความพอใจ สนุกสนาน				
20. ฉันรู้สึกว่า ยังสนุกกับสิ่งต่างๆได้เหมือนเดิม				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต

Rating Key 0 = ไม่มีอาการ 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 2 = มีอาการเล็กน้อย
3 = อาการปานกลาง 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง 5 = อาการรุนแรง
6 = อาการรุนแรงมาก

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	0	1	2	3	4	5	6
1. Somatic concern (G) -รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (G) -ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม -รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal (N) -มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4. Conceptual disorganization (P) -ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5. Guilt feeling (G) -รู้สึกตำหนิตนเอง เป็นคนไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีต							
6. Tension (G) -อาการตึงเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7. Mannerism & posturing (G) -พฤติกรรมแปลกๆ ที่ดูผิดไปจากปกติ							
8. Grandiosity (P) -ท่าทีหยิ่งยโส ยึดความเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น							
9. Depression mood (G) -รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10. Hostility (P) -ความรู้สึกไม่เป็นมิตร							
11. Suspiciousness (P) -รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต (ต่อ)

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	0	1	2	3	4	5	6
12. Hallucination (P) -อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation (G) -การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า							
14. Uncooperativeness (G) -ท่าทีต่อต้าน ระมัดระวังไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (G) -ความคิดแปลกๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect (N) -สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (P) -ท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation (G) -สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ให้กาเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. มีคนที่ท่านไว้ใจ และสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้					
2. คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
3. ท่านได้รับความรักความอบอุ่น จากครอบครัวของท่าน					
4. ท่านไม่เคยรู้สึกเหงา ว้าเหว่ แม้ต้องอยู่ตามลำพัง					
5. เมื่อมีปัญหาใดๆ ก็ตาม ท่านสามารถปรึกษาคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด					
6. มีคนรอบข้างให้ความเคารพนับถือท่าน					
7. ท่านสามารถให้คำปรึกษาแก่คนที่มีปัญหาได้					
8. ท่านเคยช่วยเหลือดูแลผู้อื่น เพื่อให้เขาได้รับความสุขสบาย					
9. ท่านสามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี					
10. ท่านเป็นคนที่ไว้วางใจได้เสมอ เมื่อท่านทำงานร่วมกับผู้อื่น					
11. ท่านมีการติดต่อไปมาหาสู่ กับผู้อื่นบ้างเป็นครั้งคราว					
12. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในบางโอกาส					
13. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ต่างๆ ภายในหมู่บ้าน					
14. บุคคลรอบข้างให้การยอมรับ เมื่อท่านช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ					
15. ท่านมีส่วนในการรับรู้เรื่องราวความเป็นไปต่างๆ ของคนในครอบครัว					
16. ท่านมีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอ					
17. เมื่อต้องการสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ ท่านสามารถหาซื้อได้อย่างสะดวกสบาย					
18. เมื่อท่านเจ็บไข้ได้ป่วย มีคนคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแล					
19. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างได้					
20. ท่านได้รับความสะดวกสบายในการบริการจากผู้อื่น เมื่อท่านต้องการทำสิ่งต่างๆ					
21. เมื่อต้องการทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีคนสามารถอธิบายให้ท่านเข้าใจ					
22. เมื่อท่านทำบางสิ่งอย่างไม่ถูกต้อง มีคนให้คำแนะนำ					
23. มีคนตักเตือน เมื่อท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ					
24. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีคนที่สามารถแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยให้แก่ท่านได้					
25. มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตท่านในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

เหตุการณ์ในชีวิต	**ใช่**	**ไม่ใช่**
<u>ด้านสุขภาพ</u> 1. ท่านเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล		
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงาน หรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ		
3. ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือ สูบบุหรี่เป็นประจำ		
4. ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ (เช่น นอนไม่หลับ เวลานอน ไม่แน่นอน…..)		
5. ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่น ออกกำลังกาย มากกว่าปกติ ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ…..)		
6. ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์ ฟังเพลง…)		
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้เป็นโรคติดต่อร้ายแรง (เช่น วัณโรค โรคเอดส์….)		
<u>ด้านครอบครัว</u> 8. สามีหรือภรรยาเสียชีวิต		
9. หย่า แยก		
10. สามีหรือภรรยาเจ็บป่วยหนัก		
11. บุตรเสียชีวิต		
12. บุตรเจ็บป่วยหนัก		
13. ท่านและสามีหรือภรรยามีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ ชอบเที่ยว…)		
14. ท่านและสามีหรือภรรยามีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์		
15. บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก		
16. บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต		
17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย…..)		
18. มีการโยกย้ายที่อยู่		
19. ท่านและสามีหรือภรรยาต้องจากกันนาน ๆ (6 เดือนขึ้นไป)		
<u>ด้านเศรษฐกิจ</u> 20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขัดสน ฝืดเคือง		
21. ท่านหรือสามีหรือภรรยามีหนี้สินล้นพ้นตัว		
22. ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน ที่ดิน….)		
23. ครอบครัวของท่านถูกยึด หรือไล่ที่		
24. กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป		
25. ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัวแต่ผู้เดียว		

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา (ต่อ)

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
ด้านการงาน 26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก		
27. ท่านถูกให้ออกจากงาน		
28. สามีหรือภรรยาให้ออกจากงาน		
29. ท่านตกงาน		
30. สามีหรือภรรยาตกงาน		
31. ท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาพักผ่อน		
32. ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ		
33. ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว		
34. ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา		
35. สามีหรือภรรยาต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว		
ด้านสังคม 36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติภัยจนทรัพย์สินเสียหาย (เช่น ไฟไหม้บ้าน น้ำท่วมบ้าน…....)		
37. ท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)		
38. สามีหรือภรรยาต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)		
39. ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
40. สามีหรือภรรยาถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
41. เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต		
42. ท่านหรือสามีหรือภรรยาเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท ถูกประจาน…....)		
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิต หรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อย ๆ มีเสียงดังรบกวน…)		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน ได้ให้คะแนนตามความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตข้อนั้น ๆ

เหตุการณ์ในชีวิต	**คะแนน**
<u>ด้านสุขภาพ</u>	
1. ท่านเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	8.35
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงาน หรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ	4.88
3. ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือ สูบบุหรี่เป็นประจำ	2.5
4. ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ (เช่น นอนไม่หลับ เวลานอนไม่แน่นอน…..)	4.63
5. ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่น ออกกำลังกายมากกว่าปกติ ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ…..)	2.75
6. ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์ ฟังเพลง…)	3.38
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้เป็นโรคติดต่อร้ายแรง (เช่น วัณโรค โรคเอดส์….)	6.38
<u>ด้านครอบครัว</u>	
8. สามีหรือภรรยาเสียชีวิต	10.75
9. หย่า แยก	9.25
10. สามีหรือภรรยาเจ็บป่วยหนัก	9.88
11. บุตรเสียชีวิต	10.75
12. บุตรเจ็บป่วยหนัก	9.75
13. ท่านและสามีหรือภรรยามีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ ชอบเที่ยว…)	8.50
14. ท่านและสามีหรือภรรยามีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	6.38
15. บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก	9.63
16. บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต	10.50
17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย…..)	4.13
18. มีการโยกย้ายที่อยู่	4.13
19. ท่านและสามีหรือภรรยาต้องจากกันนาน ๆ (6 เดือนขึ้นไป)	6.0

คะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน ได้ให้คะแนนตามความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตข้อนั้น ๆ (ต่อ)

เหตุการณ์ในชีวิต	**คะแนน**
<u>ด้านเศรษฐกิจ</u>	
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขัดสน ฝืดเคือง	6.63
21. ท่านหรือสามีหรือภรรยามีหนี้สินล้นพ้นตัว	8.13
22. ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน ที่ดิน....)	6.25
23. ครอบครัวของท่านถูกยึด หรือไล่ที่	8.13
24. กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป	8.88
25. ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัวแต่ผู้เดียว	8.38
<u>ด้านการงาน</u>	
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก	5.63
27. ท่านถูกให้ออกจากงาน	8.88
28. สามีหรือภรรยาให้ออกจากงาน	6.75
29. ท่านตกงาน	7.63
30. สามีหรือภรรยาตกงาน	7.25
31. ท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาพักผ่อน	5.0
32. ท่านทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ	5.88
33. ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว	4.38
34. ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา	5.88
35. สามีหรือภรรยาต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว	5.75
<u>ด้านสังคม</u>	
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติภัยจนทรัพย์สินเสียหาย (เช่น ไฟไหม้บ้าน น้ำท่วมบ้าน.....)	9.13
37. ท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขังหรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)	7.88
38. สามีหรือภรรยาต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขังหรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)	7.38
39. ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	8.0
40. สามีหรือภรรยาถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	7.63
41. เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต	7.25
42. ท่านหรือสามีหรือภรรยาเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท ถูกประจาน ..)	8.38
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิตหรือ ทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อย ๆ มีเสียงดังรบกวน...)	7.63

จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนที่ได้จากการประเมินอาการด้วย BPRS

ระดับคะแนน BPRS	จำนวน (150 คน)	ร้อยละ
Negative Symptom		
Emotional withdrawal		
0 = ไม่มีอาการ	120	80.0
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	25	16.7
2 = มีอาการเล็กน้อย	5	3.3
Blunted affect		
0 = ไม่มีอาการ	62	41.3
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	40	26.7
2 = มีอาการเล็กน้อย	45	30.0
3 = มีอาการปานกลาง	3	2.0
Positive Symptom		
Conceptual disorganization		
0 = ไม่มีอาการ	141	94.0
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	7	4.7
2 = มีอาการเล็กน้อย	2	1.3
Grandiosity		
0 = ไม่มีอาการ	115	76.6
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	3	2.0
2 = มีอาการเล็กน้อย	9	6.0
3 = มีอาการปานกลาง	9	6.0
4 = อาการค่อนข้างรุนแรง	10	6.7
5 = อาการรุนแรง	4	2.7
Hostility		
0 = ไม่มีอาการ	60	40.0
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	8	5.3
2 = มีอาการเล็กน้อย	41	27.3
3 = มีอาการปานกลาง	34	22.7
4 = อาการค่อนข้างรุนแรง	7	4.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระดับคะแนน BPRS	จำนวน 150 คน	ร้อยละ
Suspiciousness		
0 = ไม่มีอาการ	103	68.7
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	2	1.3
2 = มีอาการเล็กน้อย	13	8.7
3 = มีอาการปานกลาง	24	16.0
4 = อาการค่อนข้างรุนแรง	6	4.0
5 = อาการรุนแรง	2	1.3
Hallucination		
0 = ไม่มีอาการ	87	58.0
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	3	2.0
2 = มีอาการเล็กน้อย	25	16.7
3 = มีอาการปานกลาง	16	10.7
4 = อาการค่อนข้างรุนแรง	11	7.3
5 = อาการรุนแรง	8	5.3
Excitement		
0 = ไม่มีอาการ	119	79.3
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	21	14.0
2 = มีอาการเล็กน้อย	8	5.4
3 = มีอาการปานกลาง	2	1.3
General Psychopathology		
Somatic concern		
0 = ไม่มีอาการ	86	57.3
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	6	4.0
2 = มีอาการเล็กน้อย	51	34.0
3 = มีอาการปานกลาง	7	4.7
Anxiety		
0 = ไม่มีอาการ	64	42.7
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	19	12.7
2 = มีอาการเล็กน้อย	50	33.3
3 = มีอาการปานกลาง	15	10.0
4 = อาการค่อนข้างรุนแรง	2	1.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระดับคะแนน BPRS	จำนวน 150 คน	ร้อยละ
Guilt feeling		
0 = ไม่มีอาการ	52	34.7
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	6	4.0
2 = มีอาการเล็กน้อย	59	39.3
3 = มีอาการปานกลาง	26	17.3
4 = อาการค่อนข้างรุนแรง	7	4.7
Tension		
0 = ไม่มีอาการ	18	12.0
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	47	31.3
2 = มีอาการเล็กน้อย	82	54.7
3 = มีอาการปานกลาง	3	2.0
Motor retardation		
0 = ไม่มีอาการ	32	21.3
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	31	20.7
2 = มีอาการเล็กน้อย	75	50.0
3 = มีอาการปานกลาง	12	8.0
Depression mood		
0 = ไม่มีอาการ	43	28.7
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	8	5.3
2 = มีอาการเล็กน้อย	46	30.7
3 = มีอาการปานกลาง	29	19.3
4 = อาการค่อนข้างรุนแรง	18	12.0
5 = อาการรุนแรง	6	4.0
Uncooperativeness		
0 = ไม่มีอาการ	89	59.2
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	22	14.6
2 = มีอาการเล็กน้อย	32	21.6
3 = มีอาการปานกลาง	7	4.6
Mannerism & posturing		
0 = ไม่มีอาการ	132	88.0
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	17	11.3
2 = มีอาการเล็กน้อย	1	0.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระดับคะแนน BPRS	จำนวน 150 คน	ร้อยละ
Unusual thought content		
0 = ไม่มีอาการ	94	62.6
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	4	2.7
2 = มีอาการเล็กน้อย	22	14.7
3 = มีอาการปานกลาง	15	10.0
4 = อาการค่อนข้างรุนแรง	11	7.3
5 = อาการรุนแรง	4	2.7
Disorientation		
0 = ไม่มีอาการ	88	58.7
1 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	59	39.3
2 = มีอาการเล็กน้อย	3	2.0

การประเมินอาการทางจิตด้วย BPRS พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 150 คน มีคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิต = 16.53 คะแนน คะแนนต่ำสุด = 3 คะแนน คะแนนสูงสุด = 29 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.02 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า = 19.69 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า = 14.76 คะแนน

Positive Symptom ที่พบในระดับค่อนข้างรุนแรง คือ Grandiosityร้อยละ 6.7, Hostility ร้อยละ4.7, ระดับปานกลางได้แก่ Hostility ร้อยละ22.7, Suspiciousness ร้อยละ 16.0, Depression mood ร้อยละ 12.0, Unusual thought content ร้อยละ7.3 ระดับเล็กน้อย ได้แก่ Hallucination ร้อยละ16.7, Suspiciousness ร้อยละ8.7, Grandiosity ร้อยละ6.0, Excitement ร้อยละ 5.4

Negative Symptom ที่พบในระดับเล็กน้อย ได้แก่ Blunted affect ร้อยละ30.0, Emotional withdrawal ร้อยละ 3.3

อาการทางจิตเวชทั่วไป (General Psychopathology) ที่พบในระดับค่อนข้างรุนแรง คือ Depression mood ร้อยละ 12.0,Unusual thought content ร้อยละ 7.3 อาการที่พบระดับเล็กน้อยเป็นบางครั้งได้แก่ Disorientationร้อยละ39.3, Tension ร้อยละ 31.3, Motor retardation ร้อยละ 20.7, Uncooperativeness ร้อยละ 14.6, Anxiety ร้อยละ 12.7

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางปรียนันท์ สละสวัสดิ์ เกิดวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2502 ที่อำเภอบรรบตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อปีพ.ศ.2526และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อพ.ศ.2545 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกจิตเวชทั่วไปชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย