ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY, CENTRAL REGION

Mrs. Pinnaphat Phandontree

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง
โดย	นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…….. คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

……ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

……... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

……กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง(SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY, CENTRAL REGION)
อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:อ.ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 121 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา และโรงพยาบาลชัยบาดาล จำนวน 143 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89,.96,93, และ .63 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1.อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สาขาวิชา....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.. ลายมือชื่อนิสิต…….....……..
ปีการศึกษา.....2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก……...……..

5277816136: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
KEYWORDS: SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN COMMUNITY/DEPRESSION:
PINNAPHAT PHANDONTREE: SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY, CENTRAL REGION. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 121 pp.

The purpose of this descriptive research was to study the relationship between the factors related to depression of schizophrenic patients in community and their relationships among age, duration of illness, extrapyramidal side effect , using drug substance ,automatic though, , social support and life stress event. Subjects were 143 schizophrenic patients who follow up in Out Patients Department at Sena Hospital and Chaibadan Hospital were selected by multi stage random sampling technique. The research instruments were the Personal Data Reccord,Beck Depression Inventory, Automatic Thought ,Social Support and Life Stress Event. The reliability of questionnaire were .89,.96,93and.63 respectively. Statistic technique used in data analysis were frequency, percent, mean, standard deviation, Pearson' s Product Moment Correlation.

Major findings were as follows;

1. Among age, duration of illness, using drug substance and Social Support were negatively correlated to depression ($p<.05$)

2. Automatic Thought was positively correlated to depression ($p<.05$)

3. Extrapyramidal Side Effect and Life Stress Event were not correlated to depression of schizophrenic patients

Field of Study : …Mental Health and Psychiatric Nursing…. Student's Signature ……..……

Academic Year:……2011……...……. Advisor's Signature …….....…

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความเมตตาเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นและอุตสาหะ พยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ และได้กรุณาให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลเสนา และโรงพยาบาลชัยบาดาล คณะแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดาผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรักความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอบคุณพี่ และ เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งเป็นกำลังใจและมอบรอยยิ้มที่มีคุณค่ายิ่งให้กับผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่แข็งแรงและสมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามวิจัย	5
แนวเหตุผล	5
สมมติฐาน	9
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	13
1.1 ความหมายและสาเหตุของโรคจิตเภท	13
1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก	13
1.3 การดำเนินโรค	14
1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท	15
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	15
2.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	15
2.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	16
2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	18
2.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	21
2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก	23

หน้า

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท..... 24
3.1 ความหมาย ภาวะซึมเศร้า 24
.....
3.2 ปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า..... 25
3.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า..... 28
3.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า…….. 29
3.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า..... 30
3.6 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท..... 33
3.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า..... 34
4.ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน..... 36
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 48
6.กรอบแนวคิด..... 49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 51
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 58
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 60
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 67
สรุปผลการวิจัย..... 70
อภิปรายผลการวิจัย..... 71
ข้อเสนอแนะ..... 74
รายการอ้างอิง..... 76
ภาคผนวก..... 88
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ..... 89
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย..... 90
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา..... 98
ภาคผนวก ง สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของ
แบบสอบถาม..... 100
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 105

หน้า

ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... 113
ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย..... 118
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 121

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ประชากรของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล.....	51
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ความคิดฆ่าตัวตาย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยาจิตเวช.....	61
3	จำนวน ร้อยละ และระดับของความคิดอัตโนมัติในด้านลบ.....	64
4	จำนวน ร้อยละ และระดับของการสนับสนุนทางสังคม.....	64
5	จำนวน ร้อยละ และระดับของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต.....……	65
6	ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท.....	65
7	ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท.....	66

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและรุนแรง(Norton et al, 2006) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ทั่วโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยพบอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทอยู่ในระหว่าง 0.1-0.4 ต่อประชากร 1,000 ราย(พิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกกานนท์, 2552) ซึ่งเพศชายมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง ก่อให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม(สินชัย วสุนธรา,2547) โรคจิตเภทเป็นโรคซึ่งพบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ(ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล,2552) คือพบได้ประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่ม และมีอัตราการเกิดโรครายใหม่สูงร้อยละ1-2 ของประชากรโลก (Boyd,2005;Fox&Kane,1996) ส่วนในประเทศไทยพบว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีมากเป็นลำดับที่ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2550-2552 (กรมสุขภาพจิต 2552) จะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 43.23,43.99และ45.15 ตามลำดับ(กรมสุขภาพจิต 2552)

จากนโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น (Deinstitutionalization)ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกกานนท์, 2552) เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลทั้งทางบวกและทางลบ(Lamp,2001) โดยในประเทศไทยนโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น มีแนวคิดว่าเมื่อผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนหากบุคคลในชุมชน ในสังคมมีทัศนคติและพฤติกรรมการแสดงออกที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข รู้สึกมีคุณค่ามีความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ดี รวมทั้งยอมรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2550) แต่เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเองและต้องใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมหากชุมชนยัง

ขาดความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีจะทำให้มีปฏิสัมพันธ์ทางลบต่อผู้ป่วยจิตเภท เช่น พฤติกรรมการกีดกันแบ่งแยกรังเกียจ (Lamb, 2001)

กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนกลยุทธ์ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปีพ.ศ.2550-2554) โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550) แต่ยังพบว่าชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจและการยอมรับผู้ป่วยเห็นได้จากการศึกษาของอุบลรัตน์ สิงหเสนี(2552) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนยังได้รับความรังเกียจขาดความเข้าใจจากคนในสังคมเช่นเดิม นอกจากนี้การศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาทางจิตจนสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนจะถูกเพื่อนบ้านและคนในสังคมที่รู้ว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางจิตแสดงท่าทีรังเกียจ และซ้ำเติมต่อว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เกิดความสะเทือนใจ (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547) จากการศึกษาของสุวิมล สมัตตถะ(2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนแล้ว ส่วนใหญ่มักจะยังมีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ วัชราภรณ์ ลือไชสงค์ (2541)ได้ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าในช่วงแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทผู้ดูแลจะเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นาน แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาการผู้ป่วยยังเหมือนเดิมและไม่มีท่าทีว่าดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความลำบากใจเอือมระอา รู้สึกเป็นภาระอันส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบ และต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในที่สุด

นอกจากการป่วยซ้ำและปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทแล้วยังพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย(มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมชย์ สุคนิชย์,2543) ซึ่งอาการซึมเศร้านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Cohen,1995;Jin et al., 2001;Zisook et al.,1999;DeHert et al.,2001;Roy et al.,1983) ผู้ป่วยจิตเภทแม้ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแล้ว หากไม่ได้รับการตอบรับที่ดีจากสังคม เช่น ถูกล้อเลียนถูกรังเกียจไม่ได้รับการยอมรับ ขาดที่ปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้จะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วๆไป ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาของ Kohler & Lallart (2002) พบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นบ่อยร่วมกับโรค

จิตเภทและมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินตนเองว่ามีข้อบกพร่องไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่า ขาดการนับถือตนเอง ประเมินสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ว่าเต็มไปด้วยอุปสรรค และแปลสถานการณ์นั้นๆไปในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ประเมินอนาคตด้วยความท้อแท้สิ้นหวังมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษาของHausmann & Fleischhacker (2002) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มักจะเกิดร่วมกับโรคจิตเภท ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ที่ร้อยละ 7 ถึงร้อยละ 75 โดยความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) พบว่าสูงถึงร้อยละ 60-80 ในประเทศไทยพบว่าสถิติของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของปรียนันท์ สละสวัสดิ์ (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 36 และไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 64ภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังจะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและ เพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายอีกด้วย(Addington, Addington & Patten,1998)

การเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ได้ส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพของประชาชน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลสืบเนื่องจากการบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ทางจิตใจ และปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรถึง 1,500 ล้านคน ที่ต้องเผชิญปัญหาทางจิตประสาท ปัญหาโรคจิต ปัญหาทางพฤติกรรมและการใช้สารเสพติด (กรมสุขภาพจิต, 2545) โดยปัญหาของภาวะซึมเศร้า ก็เป็นหนึ่งในปัญหาเหล่านั้นที่เข้ามาคุกคามต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ชุมชนและปัจจัยแวดล้อม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ Benderly (2006)ได้รายงานใน Disease Control Priorities Project ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในโรคทางจิตเวช สอดคล้องกับรายงานประจำปีที่จัดลำดับความสำคัญของสุขภาพ พบว่าประมาณ 51.9 ล้านของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years หรือ DALYs) คือ โรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต,2548) สุดสบาย จุลลกตาบบา และคณะ (2543) ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่าง พ.ศ. 2535-2539 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 49 ราย คิดเป็น ร้อยละ 31.8 จากผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 154 ราย และในประเทศจีนได้มีการศึกษาที่พบว่า มีประชาการที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 4.25 ล้านคน และในแต่ละปีมีผู้ป่วยจิตเภทที่ฆ่าตัวตายจำนวน 28,737 ราย(Phillips et al.,2004)นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทและจิตเภทอารมณ์แปรปรวน จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Friedman et al.,2001)โดยพบว่า 10% ของผู้ป่วยจิตเภทจะฆ่าตัวตายสำเร็จ(Hert et al.,2001)

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ซึ่งนำไปสู่ความเบี่ยงเบนด้านร่างกาย หรือพฤติกรรม คือ มีอารมณ์เศร้าโศก รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีการติเตียนตนเอง มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ Beck (1967) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าประการแรก คือ บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตและประการที่สอง คือ การที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต เป็นกระบวนความคิดเกิดขึ้นเองและไม่สามารถควบคุมได้ สำหรับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอน ถึงแม้จะมีการพยายามศึกษาก็ตาม แต่มีข้อสังเกตว่าอาจเกิดจากภายหลังมีการสูญเสียบุคคลในครอบครัวเช่น บิดา มารดา ซึ่งทำให้เกิดอาการทางจิตและมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Roy et al., 1983) สำหรับผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช จะมีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากการป่วยทางจิตเป็นการเจ็บป่วยที่สังคมรังเกียจ ถ้าบุคคลใดที่ป่วยทางจิตจะถูกมองว่าเป็นเรื่องที่หน้าอับอาย เป็นภาระหรือเป็นภัยต่อสังคม รวมทั้งการป่วยทางจิตเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การรักษาต้องต่อเนื่องทำให้เกิดความท้อถอยจนอาจเกิดการคิดฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายพบระดับความซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการคิดฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Fisher et al.2001)

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกช่วงอายุ ทุกโอกาส พบได้ในคนปกติ รวมทั้งผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท (Lepine, 1997; Stahl, 1996) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุและปัจจัย สาเหตุของภาวะซึมเศร้ามาจากปัจจัยร่วมระหว่างสภาพทางชีวเคมีในร่างกาย และสภาพทางจิตสังคม ซึ่งรวมถึงวัฒนธรรมด้วย ส่งผลให้พฤติกรรมของผู้ป่วยมีความซับซ้อนและหลากหลายปัญหามากขึ้นตามสาเหตุและปัจจัยของผู้ป่วย (Priest,1983) ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะอารมณ์หดหู่ มีภาวะหลงผิดร่วมกับความรู้สึกผิด (Delusional guilt) ความกังวลใจ ความสิ้นหวัง การสูญเสียความเข้าใจ การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร การขาดแรงจูงใจ การไร้ความสามารถและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(Sidney et at.,2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kathryn et al.(2005) ที่ศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชที่ติดสารเสพติดหรือดื่มสุราอย่างหนัก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไร้ค่า สำนึกผิดและละอายใจ ตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนบกพร่อง ไร้ความสามารถล้มเหลว ในรายที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ความรู้สึกไร้ค่าอาจกลายเป็นความหลงผิดและมักเกิดร่วมกับอาการประสาทหลอน คิดว่าตนเองถูกตำหนิ หรือถูกประณาม คิดว่าตนเองเป็นคนบาปสมควรได้รับการลงโทษ

มีความรู้สึกท้อแท้ คิดว่าตนเองไม่สามารถจัดการอะไรได้ มองโลกในแง่ร้าย ทำอะไรก็ล้มเหลว อาจคิดทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย

แม้จะมีการศึกษาจำนวนมากถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศแล้ว แต่จากทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีเพียง ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ (2546) และวราพงษ์ กำไร(2551) ซึ่งทำการสำรวจศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้นไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่ดำเนินชีวิตในชุมชน ดังนี้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้แนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck et al. (1979) และคัดเลือกปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อช่วยค้นหาปัจจัยที่ลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ความคิดอัตโนมัติทางลบ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำถามวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ความคิดอัตโนมัติทางลบ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะของความผิดปกติทางอารมณ์รูปแบบหนึ่ง โดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น อาจมีอาการแสดงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรงมาก ซึ่งจะนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความคิด และสังคม ทำให้เกิดความเสื่อมหรือความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขจะรู้สึกหมดหวัง ไร้คุณค่า มีความคิดในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี หรือมีความพยายามฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck et al. (1979) เกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) การมีความคิดอัตโนมัติในด้านลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้าย ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) 2) โครงสร้างทาง

ความคิด (schemas) ที่บิดเบือน และ 3) เนื้อหาทางความคิดที่บิดเบือน (cognitive error) ทั้งนี้ ความคิดอัตโนมัติเป็นการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจง และไม่ต่อเนื่อง(discrete) ซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาสะท้อนกลับ(reflex) และยากที่จะหยุดคิด นอกจากนี้ความคิดอัตโนมัติเหมือนจะมีเหตุผลสำหรับคนๆนั้น และเหมือนจะเป็นรูปแบบหนึ่งของชวเลขในทางจิต (mental shorthand) ซึ่งประกอบด้วยคำสำคัญ (key words) หรือรูปภาพ (Beck,1976) เมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด จะนำไปสู่ความคิดที่บิดเบือนของสถานการณ์ไปในทางลบ คือมองว่าตนเองไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจ หรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดดันหรือบีบบังคับ และถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลวหนทางตัน และหมดทางแก้ไข บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางการลดน้อยลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ในที่สุดนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมานใจ (ดวงใจ กสานติกุล,2542) มีการสันนิษฐานว่าทัศนคติที่ผิดปกติเป็นพื้นฐานของความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ทัศนคติที่ผิดปกติ หมายถึงการคิดเหมาสรุปว่าทุกอย่างเป็นอย่างนั้น (overgeneralization) โดยไม่ยืดหยุ่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายของตน (Seok – Man Kwon & Tiam,2003) โดยทั่วไปทัศนคติที่ผิดปกติจะยังคงมีอยู่ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานการโต้แย้งที่ชัดเจน แต่ถ้ามีบางสิ่ง หรือเหตุการณ์ที่ไม่ตรงกับทัศนคตินั้นเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจอย่างมาก เหตุการณ์เหล่านี้นำไปสู่แบบแผนความคิดที่เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าและทำให้ภาวะซึมเศร้ามีอยู่ต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้คัดสรรปัจจัยที่นำมาใช้ในการศึกษาดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่มอายุ (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์,2546) พบว่าอายุของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและพบว่าภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อย ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Kaplan & Sadock (1995) ได้รายงานถึงอัตรา One month point prevalence ต่อประชากรสหรัฐอเมริกา 100 คน สำหรับผู้ป่วยโรคจิต (Functional psychosis and Organic psychosis) ในกลุ่มโรคที่พบบ่อยคือโรคจิตเภท พบมากในกลุ่มอายุ 25-44 ปี รองลงมาอายุ 18-24 ปี ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ เกษม ตันติผลาชีวะ (2536)พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและมีอายุอยู่ในช่วง 15-34 ปี ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้มีภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะให้ยาถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล,2539)ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและฝืนใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความอดทนน้อยจะยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา(เกษม ตันติผลาชีวะ,2536) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจึงมักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง(American Psychiatric Association,1994) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือนหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปี หลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 70 (Fowler,1992) และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนาน ๆ ทำให้ระดับศักยภาพลดลง(Quilan & Ohlund,1995) ถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ(Kaplan & Sadock,1995) ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมักมีความเสื่อมถอยของความสามารถในทุก ๆ ด้านรวมทั้งการดูแลตนเอง (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์,2547) จากการศึกษาของ Hausmann &Fleischhacker (2002) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากระยะเวลาในการเจ็บป่วยยิ่งนาน จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพท้อแท้ มองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ

อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Van Putten & May (1978) ศึกษาภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกจิตเภทจำนวน 94 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตน้อย มีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง (akinesia) มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ (2546) ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับยารักษาโรคจิตทุกราย มีอาการข้างเคียงจากยาร้อยละ 66 อาการส่วนใหญ่ที่พบได้แก่อาการสั่นที่มือแขน ขา หรือตัวแข็งรองลงมาคือ ปากแห้งคอแห้งร้อยละ 51.1 ตามมาคือคอแข็ง ตาเหลือก ขากรรไกรค้าง ร้อยละ 10.1 และอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่งร้อยละ 8.1ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับการใช้สารเสพติดเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่การใช้สารเสพติดนั้นเพื่อบรรเทาอาการเครียด ลดความเบื่อหน่าย ความไม่สุขสบายของตนลดความรู้สึกท้อแท้ โดดเดี่ยว (มธุรดา สุวรรณโพธิ์, 2551) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Hoff & Rosenheck (1998) และ Casey & Corvin (2008) มีความสอดคล้องกันโดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 ใช้สารเสพติดเพื่อลดอารมณ์ที่ไม่สบายใจ ลดความวิตกกังวล ประหม่าในการเข้าสังคมและเป็นวิธีการแสวงหาความสุขสบายใจอย่างหนึ่ง (Keltner, Schwecke & Bostrom, 1999; Cooper,2006) และ จากการศึกษาของ Faltz& Sellin (2005)

กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม นอกจากจะมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมแล้วเมื่อใช้สารเสพติดนานๆ ฤทธิ์ของยาเสพติด มีผลทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานและทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตต่ำลง เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ง่ายและเกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้นได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด และจากการศึกษาของ Swartz, Swanson & Wagner (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีอาการทางจิตเลวลงหลังใช้สารเสพติด ดังนั้นการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เพื่อลดความรู้สึกซึมเศร้าและเมื่อใช้อย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยดื้อต่อยารักษาโรคทางจิตจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น

ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นผลจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด ในส่วนของการรับรู้และแปลความผิดจากการรับรู้ประสบการณ์ครั้งแรกๆในชีวิตของบุคคล เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบกระบวนการคิดจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ส่งผลให้บุคคลประมวลเรื่องราวผิดพลาดและสะสมเรื่อยมาและเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤต การประมวลที่ผิดพลาดจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เอื้อมเดือน เนตรเขม, 2547) สำหรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Michele & Tian, 2002) ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรงทำให้ความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าสูงตามไปด้วย

การสนับสนุนทางสังคม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (social support) จากเครือข่ายทางสังคม (social networks) ที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจและช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า (Beeber, 1996; Rihmer & Angst, 2000) ในทางตรงข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่ไม่เพียงพอจะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จะพบหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จากการศึกษาของฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตคนไทย สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ผู้ให้บริการสุขภาพหรือชุมชนเป็นต้น (Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงด้วยในทางกลับกันผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของBandelow B. et al(1990) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตและผลการวิจัยของ มาลี ฉอจิระพัณธ์(2529) พบว่า กลุ่มผู้ป่วย

อารมณ์ซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ในชีวิตและที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต และเหตุการณ์สำคัญที่ทำให้เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสาเหตุหลักการเกิดภาวะซึมเศร้า(Thomson & Hendrie,1972) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เหตุการณ์ความเครียดที่บุคคลรับรู้ว่ารุนแรงมากหรือคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างสูงส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าสูงตามไปด้วย สำหรับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญ เช่น ความเศร้าโศกเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย การหย่าร้าง หรือปัญหาจากการทำงาน ภาวะทุพพลภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคข้อเสื่อม โรคภาวะภูมิคุ้มกันและโรค Parkinson เป็นต้น (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2549; Cole & Dendukuri, 2003; Sadock & Sadock, 2003)

สมมติฐานการวิจัย

1.อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5.การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

6.การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

7.เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์(Descriptive correlation research) เพื่อศึกษา อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ(ICD-10)

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภทมีความผิดปกติของกระบวนการคิด ส่งผลให้มีการรับรู้อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง สภาพของความรู้สึกและอารมณ์ในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ตำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ท้อแท้ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ และมีความแปรปรวนทางอารมณ์ต้องการที่จะหลีกหนี และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิม ลดน้อยลงและเชื่องช้า สามารถประเมินได้โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1976) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522)

อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปีปัจจุบันของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยนับเป็นปี ถ้าอายุเดือนมากกว่า 6 เดือนในนับเป็น 1 ปี

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ป่วย ป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งนับตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึงปัจจุบัน

อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิต หมายถึง อาการแสดงที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยารักษาอาการทางจิต โดยตัวยามีผลข้างเคียงทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ได้แก่จะมีอาการสั่นที่มือ แขน ขา หรือตัวแข็ง ปากแห้ง คอแห้งคอแข็ง ตาเหลือก

ขากรรไกรค้าง กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งเป็นมีกับไม่มีอาการ

ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ หมายถึง การรับรู้ที่ผิดปกติและบิดเบือนไปจากความเป็นจริง จะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือนอย่างเป็นระบบ บุคคลจะมีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อโลกของตนเองและต่ออนาคตของตนเองในทางลบ(Beck,1971) สามารถประเมินได้จากแบบประเมินของ Holon & Kendoll (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหาและดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2536)

การใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้ยาหรือสารที่เสพหรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะเป็นวิธีการใดๆ จะเป็นการรับประทาน การสูดดม สูบ นัตถ์ หรือฉีด ติดต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการติดทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ต้องมีการเสพเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและความถี่ เมื่อหยุดเสพยาหรือสารเสพติดจะก่อให้เกิดอาการอยากใช้ยาหรือมีอาการถอนยา ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งเป็นการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติด

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากครอบครัวและบุคคลอื่นๆ ในด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ ด้านข่าวสารข้อมูล ใช้แบบประเมินของบุญพา ณ นคร(2538) สร้างขึ้นตามแนวความคิดของCobb (1976) ร่วมกับSchaefer et al. (1981)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง เหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตและส่งผลกระทบต่อจิตใจซึ่งก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยโดยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ประเมินได้จากแบบวัดความเครียดในชีวิตของสมจิตร์ นคราพานิช (2531) ซึ่งสร้างโดยใช้แนวคิดของ Holmes & Rahe (1967)แบ่งเป็นด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านการงาน ด้านสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยในแง่มุมอื่น ๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

1.3 การดำเนินโรค

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

3.2 ปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า

3.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

3.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

3.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

3.6 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

3.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

4. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิด

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค

โรคจิตเภท(Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ในการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder Forth Edition: DSM-IV) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าหมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ซึ่งประกอบ ด้วยอาการแสดง ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว เป็นต้น ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วย เป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน อรวรรณ วรรณชาติ, 2550) องค์การอนามัยโลก (The 10*Edition of the International Classification Diseases:ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมมีสติสัมปชัญญะ ความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักดีอยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการนึกคิด โดยมีระยะการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 2006 อ้างถึงใน อรวรรณ วรรณชาติ, 2550)

1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546) ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

- อาการหลงผิด (Delusion)
- อาการประสาทหลอน (Hallucination)
- Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางการพูดและสนทนา
- Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

- Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

- Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา บางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

- Associality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนอาการด้านบวก

1.3 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodomal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตเช่นนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดีและอยู่ไม่สุขเป็นต้น (Herz et al., 1989)

2) ระยะแสดงอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) จะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ ระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546) ได้แก่

- การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ลำคอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย

- การรักษาทางจิตสังคม การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การใช้ยาอย่างเดียวจะไม่ได้ผลดีนัก จึงใช้ยาร่วมกับการรักษาทางจิตใจและสังคมได้แก่

1. จิตบำบัดประคับประคองทั้งรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม การทำจิตบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมดีขึ้น แก้ไขสาเหตุของปัญหา (สมภพ เรืองตระกูล, 2544)

2. พฤติกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยผู้รักษาจะให้แรงจูงใจ และเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (วิวัฒน์ ยถาภูธนานนท์และคณะ, 2536)

3. ครอบครัวบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (hight expressed emotional หรือ hight EE) ของสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งจะลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย (วิวัฒน์ ยถาภูธนานนท์ และ คณะ, 2536) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากขาดความคิดริเริ่มไม่สนใจในการทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวตามลำพัง ดังนั้นจึงเป็นภาระของครอบครัวอย่างมากและมักก่อให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2544)

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและในชุมชน

2.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์(2536) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์

ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพบาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบน และเจ็บป่วยทางจิต

สรุปว่าการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ การส่งเสริมสุขภาพจิต ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี

2.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพบาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรม เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุขสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Comscience) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิเพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการ

ช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ(Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการพยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

1) วินิจฉัยปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้น ๆ

3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ตามมา

5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

6.1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

6.2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย

6.3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและในชุมชน

6.4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

6.5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6.6) ผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้านเป็นรายครอบครัว อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การจัดกิจกรรมการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาลดังนี้

2.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับ ความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาวะ (Pender, 2002) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้การบริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะ แนวทางในการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้ (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545)

1) เยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัว และสมาชิกในชุมชน

3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

4) เยี่ยมบ้านและให้การบำบัดการพยาบาล ตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

5) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะ

6) การจัดกิจกรรม ที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัวเพิ่มความมั่นใจใจตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

2.3.2 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างมีความสุขกิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการ รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (Here and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา ตระหนักรู้ถึงการมีส่วนร่วมกับสาเหตุและการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และช่วยให้ผู้ป่วยได้หาความหมายจากประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

2) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้ เข้าใจ สถานภาพและปัญหาของตนเอง ตระหนักรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เช่น การทักทาย การแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนใจ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหา เป็นการแยกแยะปัญหาเพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริง และการแก้ไขปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่ มีอยู่ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล การประคับประคองให้กำลังใจ การคาดการณ์ด้วยเหตุผล

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัว เพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาการทางจิต ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การแนะนำครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใจครอบครัว เกิดจากพื้นฐานความเชื่อว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทางวัตถุและบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเผชิญความเครียด และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม จึงเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว ส่วนสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ การเสริมสร้างบรรยากาศที่มีผลต่อความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วย มีความอบอุ่นเป็นมิตร รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย พบและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และให้เกียรติยกย่องนับถือ ทั้งในฐานะความเป็นบุคคล และตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อขจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะนั้นโดยเร็ว ลดภาวะเครียด ความคับข้องใจทางอารมณ์ของผู้ป่วยและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน โดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งความช่วยเหลือ และการกำจัดพฤติกรรมผู้ป่วย

2.3.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหาตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชนการจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลให้สมาชิกในชุมชุมมีความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มีการรวมตัวชองชุมชนที่จะจัดการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างการพัฒนาการรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

พยาบาลจิตเวชเมื่อมาปฏิบัติงาน ในชุมชนเป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน ย่อมจะมีบทบาทแตกต่างเพิ่มเติมจากบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม ในโรงพยาบาลจิตเวช กิจกรรมการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช เป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม แต่การปฏิบัติงานในชุมชน บริการพยาบาลให้กับคนหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นผู้ป่วย เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป พยาบาลจะต้องประสานร่วมงานบริการกับบุคลากรหลายอาชีพ ไม่เฉพาะกับทีมจิตเวชเท่านั้น เพราะเหตุนี้ความรู้ความสามารถของพยาบาลจิตเวช จึงควรจะเหนือกว่าพยาบาลจิตเวชทั่วไป หรือจัดเป็นผู้ชำนาญเฉพาะ (Specialist) (อุบล นิวัติชัย, 2527)

2.4.1 บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

1) บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น (Primary Theraqust) หมายถึง การให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน หรือเป็นการบำบัดพื่อการส่งต่อแก่ผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า โดยใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อ (Short term therapy)

2) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administrator) นอกจากจิตแพทย์พยาบาลจิตเวช นับได้ว่าเป็นผู้ได้รับการศึกษาอบรม เรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วย มากกว่าบุคคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงงานนี้ไม่ได้ช่วยให้พยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าเป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ให้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่น ๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรตัดสินใจทำด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต (Tranquilizer) ให้ผลดีอย่างมาก แก่ผู้ป่วยทางจิตเวช และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชอาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่นี้มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรอื่น ที่ยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

3) บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Educator) พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคต่าง ๆ ทางการพยาบาลจิตเวช

4) บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Wreker) เมื่อองค์กร หน่วยงานในชุมชน มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาทางจิตเวชพยาบาลจิตเวชควรให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

5) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator) พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความรู้ความสามารถควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดจัดลำดับความสำคัญ และแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จัดกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6) บทบาทผู้นิเทศและผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant) พยาบาลจิตเวช มีหน้าทีสำคัญอีกประการหนึ่ง คือการสนับสนุนประคับประคอง สอนบุคคลากรอื่นให้เข้าใจงานของจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางที่มุ่งสู่ เป้าหมายเดียวกันทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติ เมื่อปัญหาทางสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่วๆ ไป

7) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse)พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถาบันอีกบทบาทหนึ่งที่อาจจะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติโดยเฉพาะในปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

2.4.1 บทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน Morgan & Mccainz (1993) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไว้ดังนี้

1) ต้องประกันสิทธิของผู้ป่วยและมีความรับผิดชอบ

2) มีการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นและที่กำลังดำเนินอยู่และประเมินความต้องการทางจิตสังคมและอารมณ์ด้วย

3) มีการพัฒนาการวางแผนการดูแล

4) มีการประสานการดูแลของบริการทั้งหมด ในการวางแผนและนำไปใช้เป็นทีม

5) มีการเตรียมการดูแลอย่างต่อเนื่องโดย 24 ช.ม.ต่อวัน หรือ 7 วัน ต่อสัปดาห์

6) มีการพิจารณาในด้านกฎหมาย ประเด็นทางจริยธรรม หรือภาวะที่ยุ่งยากใจ

7) มีโปรแกรมประสานงานและการจัดการ

8) มีการสั่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม การเคลื่อนย้าย หรือการจำหน่ายผู้ป่วย

9) มีการควบคุมการติดต่อประเมินผู้ป่วย การพัฒนาการนำนโยบายการควบคุมการติดต่อไปใช้ มีการประกันกิจกรรม

10) มีการให้ความรู้ การปฐมนิเทศ และการพัฒนาเจ้าหน้าที่

11) เตรียมการป้องกันการรักษา การจัดบริการพยาบาล

12) การจัดการตามความต้องการของผู้ป่วย และตามการดำเนินไปของโรค

13) เป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วย

14) การให้ความรู้ผู้ป่วย

15) เป็นผู้ดูแลสิ่งแวดล้อมและดูแลบุคคลและสนับสนุนการบริการพยาบาลจิตเวชที่ดูแลที่บ้านอาจใช้ชนิดของการช่วยเหลือแบบการสอนผู้ป่วย บางครั้งอาจนั่งเงียบๆ กับผู้ป่วย การพูดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา โดยที่การดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทเป็นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีดังนี้

2.5.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ถึงเป็นงานสำคัญของโรงพยาบาลที่ต้องดำเนินการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็ว ให้แก่ผู้รับบริการ ครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, 2548) เป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข(2544) ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยนอก 5 มาตรฐาน ดังนี้

2.5.1.1 การพยาบาลระยะก่อนตรวจ พยาบาลต้องตรวจคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และตัดสินใจให้การพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่ หรือมีอาการคุกคามได้ทันเวลา

2.5.1.2 การพยาบาลในระยะตรวจ พยาบาลเอื้ออำนวยความสะดวกให้กระบวนการตรวจรักษาเป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย

2.5.1.3 การพยาบาลในระยะหลังตรวจ พยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลหลังตรวจและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับบริการขั้นต่อไปอย่างเหมาะสม ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย

2.5.1.4 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม หรือร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน มีการส่งเสริม สนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรังทั้งโรคติดต่อได้และติดต่อไม่ได้ให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูและสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม

2.5.1.5 การเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิผู้ป่วย พยาบาลตระหนักและเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ โดยยึดหลักจริยธรรม จรรยาบรรณของวิชาชีพและเคารพในสิทธิผู้ป่วย

3.แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและให้ความหมาย พอสรุปได้ดังนี้

Stuart (2001) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวการณ์ตอบสนองหรือปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย เป็นปัญหาทาง สุขภาพจิตที่พบได้บ่อย การปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า และมีภาวะอารมณ์ที่มีลักษณะของความรู้สึกเศร้าหมอง

Beck et al. (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้ จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การสรุปความโดยปราศจากหลักฐานที่เพียงพอ(arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ(selective abstraction) การคิดการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง(overgeneralization) การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดพียงด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หมดอาลัยตายอยากอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพการงาน การเรียนหรือการดำเนินชีวิต โดยมีอารมณ์ร่วมในด้านพฤติกรรม คำพูดอาการทางกาย และความวิตกกังวล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์ อย่างเด่นชัดโดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติร้องไห้มากปฏิเสธสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และ อยากตาย

ทวี ตั้งเสรีและคณะ (2546) กล่าวว่าหมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอารมณ์และความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก ท้อแท้ หมดหวัง เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรงน้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า บางคนมีความคิดอยากตายและอาจฆ่าตัวตายได้ อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปและมีผลต่อการดำรงชีวิต

สรุปได้คือ ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ตำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกหนี และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้า

3.2 ปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 5 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors) ปัจจัยทางด้านความคิด (Cognitive factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2552) ดังนี้

ปัจจัยทางชีววิทยา

1.พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรค major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression

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

3. Neuroendocrine system พบว่ามีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ Cortisol หลั่งมากและตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย Dexmethasone, Growth hormone หลั่งน้อยกว่าผิดปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย Clonidine,Thyroid – stimulating hormone (TSH) หลั่งน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย Thyrotropin – releasing hormone (TRH)

ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิตใจ (intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (inadequate mothering) ดังนี้ (Akiskal HS, 2005, Markowiz JC, Milrod B, 2005 ; Gabbard GO,2000; Silber A,1989)

Sigmund Freud & Karl Abraham (1957) อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลที่สูญเสียนั้นซึมซับเอาผู้ที่เสียชีวิตเก็บไว้ในตัวเอง ความรู้สึกโกรธที่หันเข้าหาตนเองนั้นก่อให้เกิดอาการของกับปัญหาความสัมพันธ์ชองมารดากับทารกในช่วงขวบปีแรก

บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder)

ปัจจัยทางด้านความคิด (Cognitive factors)

ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive Theory) พัฒนาขึ้นโดย Beck (1979) กล่าวว่า มุมมองของบุคคลที่มีต่อตนเอง และที่มีต่อโลกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก นอกจากผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่ด้านลบแล้ว ยังมีลักษณะการคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (depressogenic thinking) ด้วย ได้แก่ การสรุปความโดยปราศจากหลักฐานที่เพียงพอ(arbitrary inference) การเลือกให้ความสนใจรายละเอียดบางอย่างโดยไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งอื่นๆที่เหลือ (selective absteaction) การตีความเกินจริงจากตัวอย่างเพียงเล็กน้อย (overgeneralization) การให้ความสำคัญอย่างมากกับด้านลบ (magnification of the negative) การให้ความสำคัญในด้านบวกเพียงเล็กน้อย (minimization of the positive) การรับรู้และตีความว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับตน (taking personally) การคิดว่าสิ่งต่างๆต้องเป็นไปอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว(all-or-nothing, dichotomous thinking) หรือการมองแต่สถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด (catastrophizing)

ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors)

ความเกี่ยวข้องกับอาการของภาวะซึมเศร้าเช่นกัน โดยจะพบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ (repeated failures and disappointments) จะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยาก (feelings of helplessness and hopelessness) จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal HS, 1955) และยังพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเองก่อให้เกิดอาการโรคซึมเศร้านั้นเป็นมากขึ้น เช่น การย้ำคิดถึงเรื่องเดิมๆเป็นเวลานานๆ ทำให้บุคคล

นั้นๆ พลาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความพอใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นเป็นอยู่ต่อเนื่องหรือเป็นมากขึ้น (World Health Organization Collaborating Center, 1997)

ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของภาวะซึมเศร้าอีกปัจจัยหนึ่งก็คือ ปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไปด้วย ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่างๆในชีวิต (stressful life events) การเปลี่ยนแปลงต่างที่เกิดขึ้นในชีวิต (any life changes) รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมต่างๆ โดยมักพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างๆ ในระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี ก่อนที่จะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น (Konh Y ,et al., 2001 ;A, 1997; Loyd C, 1980) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้างปัญหาความสัมพันธ์ (Hammen ,2003;Brennan PA, 2002;Kendler et al.; Holmes ,Rahe 1967)

Myrna M. Weissman (2000) ได้อธิบายถึงปัญหาสัมพันธภาพ 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการของภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1.อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้อง ที่ใกล้ชิด

2.ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) หมายถึง ความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เจ้านายหรือผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน

3.การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใดๆที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในช่วงวัย การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การแยกทางหรือการหย่าร้าง การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

4.ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) หมายถึง การขาดทักษะทางสัมพันธภาพ หรือ ทักษะทางสังคม (interpersonal or social skills) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) รวมถึง การแยกตัวทางสังคม (social isolation)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยได้คัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นเพื่อใช้ในงานวิจัยมีดังนี้ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเนื่องจากตัวแปรนี้ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

3.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depression Symptoms)(สมภพ เรืองตระกูล,2533)

1.อารมณ์เศร้าโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกที่แสดงอาการได้หลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบานหรือใจคอเศร้าหมอง ลักษณะอารมณ์บางเวลาเศร้ามาก บางเวลาเศร้าน้อยหรืออาจมีอยู่ตลอดเวลา

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว

3. รู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง

4. เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่อาหารที่ตนเองชอบเคยชอบ

5. นอนไม่หลับ อาจนอนหลับอยาก หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อย

6. รู้สึกอ่อนเพลีย อาการเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขนขา

7. ความคิดเชื่องช้า การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชื่องช้า ความสนใจต่าง ๆ ลดลงเงียบและซึมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่างๆ เป็นการฝืนใจ เช่น การพูดการแต่งตัว หรือหารอ่านหนังสือ

8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดี ลืมง่าย อ่านหนังสือแล้วไม่จำ

9. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา

10. รู้สึกมีความผิด คิดว่าเป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่

11. ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานมีมาก ความคิดอยากตายรุนแรงขึ้น

12. ความกลัวจะวนเวียนอยู่ในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียว ไม่อาจทำให้สงบได้

13. อาการทางกาย มักมีอาการทางกายเกิดร่วมด้วนเสมอและเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและปวดเมื่อยตามตัว

สรุปได้ว่ากลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้า ที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหน้าที่ในด้านต่างๆที่สำคัญ (functioning impairment) ซึ่งได้แก่ หน้าที่ด้านการเรียน การทำงานทางสังคมหรือความสัมพันธ์

3.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) มีรายละเอียดดังนี้ (กนกศรี จาดเงิน,2543; APA,2000 อ้างใน เอกอุมา วิเชียรทอง,2548 ; Beck, 1967 อ้างใน โสมศิริ รอดพิพัฒน์ ,2547)

ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression) คือ ภาวะอารมณ์ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส (Blue Moods) มีความรู้สึกเศร้าในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุมาจากการสูญเสีย หรือไม่มีสาเหตุ รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ขาดคนเห็นใจ ขาดคนเข้าใจ ความภูมิใจถูกทำลาย ภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองถูกบั่นทอน แต่กระบวนการคิด การแก้ปัญหา การเคลื่อนไหว การสื่อสารและการดำรงชีวิตประจำวันในสังคมยังดำเนินเป็นปกติ

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) คือ ภาวะอารมณ์เศร้าเช่นเดียวกับอาการเศร้าในระดับน้อยแต่รุนแรงกว่า และมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวการณ์สูญเสียและเหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้านี้ จะรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่ามักตำหนิตนเอง หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย พูดลำบาก คิดช้า อาจมีความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ ความอยากในการรับประทานอาหารลดลง การนอนหลับผิดปกติ และหลีกเลี่ยงการเข้าสู่สังคม

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) คือ ภาวะอารมณ์เศร้ามีระดับลึกขึ้นและเป็นนาน โดยที่สาเหตุของความเศร้ามักมาจากภายในตัวบุคคลนั้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ ไม่สนใจตนเอง รวมถึงไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ รู้สึกสิ้นหวัง และมีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา มาองไม่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เกือบจะไม่มีการสื่อสารหรือการเข้าสังคม ไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจมีการหลงผิด หรือประสาทหลอน อาจมีความคิดหรือพยายามทำร้ายตนเอง อาการดังกล่าวสอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูล (2533) ที่ระบุว่า ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงอาจพบอาการโรคจิต ซึ่งได้แก่ อาการหลงผิดประสาทหลอนร่วมด้วย อาการที่พบได้บ่อยคือ เชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้งหรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่า การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าปัจจุบันแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามอาการและอาการแสดง การแบ่งระดับดังกล่าวจะช่วยให้

แพทย์และพยาบาลมีแนวทางในการการดูแล ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบุคคลนั้น ทั้งนี้การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าต้องอาศัยการวัดและประเมินซึ่งจะกล่าวต่อไป

3.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นตัวแปรที่มีความเป็นนามธรรม และมีการแสดงออกได้หลายลักษณะดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจ และทำให้ทราบระดับภาวะซึมเศร้า ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า คือ แบบวัด ซึ่งแบบวัดที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 เภท คือ แบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (Self rating scale for depression) และแบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม (Observer rating scales for severity of depression)

ประเภทที่ 1 แบบประเมินโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมแบบวัดที่ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการอบรม (Observer rating scales for severity of depression) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นมาเพื่อให้แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับการอบรมในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย รวมถึงประเมินประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาแบบประเมินชนิดนี้ได้แก่

1. Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1960 โดยมีจุดประสงค์ในการใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามของลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา (อัจฉราพร ลี่หิรัญวงศ์และคณะ,2544)มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ต่อมามีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ มีคำถามจำนวน 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่น ๆ 4 ข้อ (Hamilton,1967,1969,1980) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 17 ข้อ โดยคงจำนวนข้อและการรวมคะแนนเช่นเดิม แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ ตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) รุนแรง (2 คะแนน) และ 0 – 4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) เล็กน้อยถึงปานกลาง (2 คะแนน) ปานกลางถึงรุนแรง(3 คะแนน) และรุนแรงมาก (4 คะแนน) ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 – 52 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 0 -7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 8 -12 คะแนนหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13 – 17 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 18 – 29 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30 คะแนนขึ้นไปหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทย มีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.738 และค่า

Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ -.824 แบบประเมินนี้เหมาะสมในใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี่และแอสเบอร์ก (Montgomery & Asberg, 1979) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 7 คะแนน หมายถึง ปกติ 15 คะแนนหมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย 25 คะแนนหมายถึง ซึมเศร้าระดับปานกลาง 31 คะแนน หมายถึงซึมเศร้ารุนแรง และ 44 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรงมาก แบบวัดมีค่า internal consistency .95 (Galinowski & Lehert,1995) แบบวัดได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกลธ์และคณะ ในปี พ.ศ. 2539 โดยคงจำนวนข้อและค่าคะแนนเช่นเดิม มีค่าความเชื่อมั่นที่ .80 ถือได้ว่าเป็นแบบวัดที่มีความไว และความเที่ยงตรงสูงต่ออาการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (รณชัย คงสกลธ์และคณะ 2546) มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ประเภทที่ 2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง

แบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (Self rating scale for depression) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการด้วยตนเอง มักใช้แบบประเมินชนิดนี้ในการคัดกรองและสำรวจผู้ที่มีปัญหาโรคซึมเศร้า เนื่องจากใช้ง่าย สะดวก และประหยัดเวลา แบบประเมินชนิดนี้ ได้แก่

1. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ.1961 และได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยาม ความซึมเศร้าของ Beck (1961) ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะ

ซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา , 2536)

2. Zung Self-Rating Depression Scale [Zung SDS] สร้างขึ้นโดย Zung (1982) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (Ebersole & Hess (1990) อ้างใน ชัดเจน จันทรพัฒน์ , 2542)

3. แบบประเมินระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมเน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissma et al., 1977)

4. Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นในปีพ.ศ.2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองเครื่องมือนี้มีรากฐานจาก Yasavage et al.,(1978) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย อรวรรณ ลี่ทองอินทร์ (2545)การแปลผล 0-12 คะแนน หมายถึงปกติ 13-18 คะแนนหมายถึงมีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง 15-30 คะแนน หมายถึงมีความเศร้ารุนแรง เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศพบว่ามีค่าความคงที่ภายใน KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรา นามเดช, 2539 อ้างใน สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์,2543) แบบประเมินนี้เหมาะที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคและภาวะซึมเศร้า

สรุปงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck (1976) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและสามารถนำมาประเมินซ้ำได้ เหมาะสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มทั่วไป

3.6 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

Mulholland & Cooper (2002) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้ามักพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการแสดงทางจิตที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการวินิจฉัย ประเมินอาการให้ได้ เพื่อให้การรักษาให้อาการดีขึ้นได้

3.6.1 การวินิจฉัยแยกโรคต้องแยกภาวะซึมเศร้าออกจากโรคหรืออาการดังต่อไปนี้

3.6.1.1 อาการทางจิต (Adjustment reactions) การพิจารณาเพื่อการวินิจฉัยในช่วงที่กำลังแสดงอาการ โรคจิตเภทมีอาการแสดงของอาการทางจิตค่อนข้างมาก ปฏิกิริยาตอบสนองแบบเฉียบพลันหรืออาการที่แสดงออกครั้งสุดท้ายต้องน้อยกว่า 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่ต้องได้รับการรักษาหรือการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเท่านั้น การรักษาที่เหมาะสมคือการรักษาแบบประคับประคองหรือให้การฟื้นฟูสมรรถภาพจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาด้วยยา อาการในช่วงที่กำลังแสดงอาการก็ไม่สามารถอธิบายสาเหตุหลักของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้น อาการซึมเศร้าจึงกลายเป็นอาการเฉียบพลันทางจิตที่ตอบสนองขณะทำการรักษา

3.6.1.2 ปัจจัยทางชีวภาพ อาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่มักเกิดขึ้นเป็นอันดับที่สอง ของการดำเนินโรค อาการโลหิตจาง การติดเชื้อ ความผิดปกติของสมองและความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ สามารถทำให้เกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้หรือภาวะซึมเศร้าอาจเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ตัวอย่างเช่น ภาวะหัวใจขาดเลือด อาจทำให้เกิดอาการกระวนกระวาย อารมณ์เศร้า หรือการรับประทานยาเช่นยาลดความดันโลหิต ยาสเตียรอยด์อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3.6.1.3 ภาวะซึมเศร้าจากอาการทางลบ อาการแสดงทางลบของผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการซึมเศร้า คือแสดงลักษณะไร้เรี่ยวแรง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อาการอื่นๆที่ช่วยพิจารณาคือ การแสดงอาการทางจิตร่วมกับมีอาการซึมเศร้าชัดเจน เช่นอาการหมดหวัง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกผิด วิตกกังวลและมีความคิดฆ่าตัวตายภาวะถดถอยและหากปรากฏอาการเหล่านี้จะทำให้การวินิจฉัยแยกโรคยาก

3.6.2 การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

3.6.2.1 ระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า (Depression as a prodromal syndrome) อาการซึมเศร้าเป็นอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน พบว่าอาการของผู้ป่วยมักอธิบายถึงปัญหาความเครียดที่ทำให้รับประทานได้น้อยลง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาการนอน ซึมเศร้าและพบปะเพื่อนน้อยลง พบมากร้อยละ60 ในผู้ป่วยและมากกว่าร้อยละ75 จากญาติ

3.6.2.2 ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน (Depressive symptom during acute episode) ภาวะซึมเศร้าพบได้มากในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และพบมากที่สุดก่อนให้ยา (Knights & Hirsch,1981 อ้างถึงในวินิดา ครโฑแก้ว, 2550) และเกิดมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยในระยะแรก หรือระยะที่ไม่ได้รับการรับยา อาการซึมเศร้าลดลงในช่วงระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงหลังจำหน่าย 6 เดือนซึ่งช่วยสนับสนุนว่าอาการซึมเศร้าและอาการจิตเภทมีกระบวนการเกิดร่วมกัน

3.6.2.3 ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง (Depressive symptoms in chronic schizophrenia) อาการซึมเศร้าในระยะเรื้อรังพบอยู่ในช่วงร้อยละ 4-25 เฉลี่ยร้อยละ 15 (Leff, 1990)

3.6.3 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทจบชีวิตของตนเองลง ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่มักเกิดขึ้นเสมอ (Bateman, et.at. 2007: Murali & Kumar, 2008)

3.6.4 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัดแต่น่าสนใจว่าส่วนใหญ่มักมีประวัติในครอบครัว (Roy, Thompson & Kenedy, 1983; Subotnik et al, 1997) อุบัติการณ์การเกิดในเพศหญิงและเพศชายเท่าๆกัน (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์,2546)

3.6.5 การรักษาจุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นร่วมรับภาวะซึมเศร้าด้วยการให้ยาต้านอาการทางจิต

3.6.5.1 การรักษาทางยา มีรายงานการใช้ยาต้านอาการจิตกลุ่มใหม่ ๆ มากขึ้น เช่น Olanzapine (Tollefson et at, 1997) หรือตัวยาอื่นๆเช่น risperidone รวมทั้งการพิจารณาให้ Clozapine เพื่อลดอาการสิ้นหวัง ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังด้วย (Meltzer & Okayli, 1995) พบว่า ยากลุ่มSSRI มีผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

3.6.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า แต่มีการศึกษาว่าให้ผลไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีนี้และกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้

3.6.5.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางสังคม จิตบำบัด การบำบัดทางความคิด เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพในการรักษา (Kindon & Turkington, 1994)

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากเพราะจะนำไปสู่สาเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และการนำไปฆ่าตัวตายได้

3.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541: กรมสุขภาพจิต, 2542 : อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) มีดังนี้

3.7.1 การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าพฤติกรรมแยกตัว เนื่องจากผู้ป่วยจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

3.7.2 ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันในขั้นแรกด้วยการเก็บสิ่งของ ซึ่งอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ไวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเอง หรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันท่วงที

3.7.3 การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง และให้ได้รับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่าย การนอน และการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อยสวยงามทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

3.7.4 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปนั้น ทำได้ด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวังยอมรับความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์สร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเอง ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหนีความเศร้า ด้วยการพูดคุยถึงเรื่องอื่นที่สนุกสนานเพราะจะไม่ช่วยให้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการปลอบใจที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น

3.7.5 สังเกตผลจากการรักษา เช่น ยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามผลต่อไป

3.7.6 การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสำหรับผู้ป่วย ก็คือ การออกกำลังกายเช่น การวิ่งหรือเล่นกีฬา เพราะจะช่วยให้ลดความตึงเครียด ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจก็สดชื่นด้วย ในรายที่ซึมเศร้ามาก ๆ ยังไม่ต้องกระตุ้น แค่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

3.7.7 ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์โดยการให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในการได้ดูแลตนเอง และมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและรู้สึกมีคุณค่า และยิ่งกิจกรรมที่ทำนั้นแสดงผลสำเร็จก็จะทำให้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

3.7.8 การเตรียมผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ต้องช่วยให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น พิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง มีการพบปะพูดคุยครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

4.ปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีภาวะซึมเศร้าเป็นได้ ถ้าภาวะซึมเศร้าเป็นเวลาสั้น ๆ ในช่วงที่กำลังป่วย (active phase) หรือช่วงที่ฟื้นจากการป่วย (residual) ผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีภาวะซึมเศร้าได้ในทุกระยะของการดำเนินโรค ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วง residual phase พบได้ประมาณร้อยละ 25 และมีpersonality trait แบบschizoid และมีการพยามฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 25-50 บ่งชี้ว่าโรคจิตเภทและโรคอารมณ์เศร้าพบร่วมกันได้ (stahl,1996) Stahl อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าและความคิดที่ผิดปกตินั้นเกี่ยวข้องกับความแปรปรวนของสารสื่อนำประสาทชนิด norepinephrine ,dopamine และ GABA ซึ่งสัมพันธ์กับ serotonin function ที่เป็นสาเหตุในโรคทางจิตเวช เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิตจะส่งผลต่อภาวะจิตใจ เกิดความอ่อนแอไม่มั่นคงทางจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Berkman และ Syme, 1979) ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ คิดอยากตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ยาซึมเศร้า จิตบำบัดและครอบครัวบำบัด (สมภพ เรืองตระกูล,2543)

1.อายุ

อายุ ที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าครั้งแรก โดยมีอาการแสดงที่พบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-IV-TR หรือ ICD-10(Dobson,2000) โดยพบว่าอายุ15-19 ปี เป็นช่วงเวลาที่เริ่มมีกลุ่มอาการซึมเศร้ามาก (Sadock & Sadock,2005)

ความสัมพันธ์ของอายุกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่ม จากการศึกษาของของปรียนันท์ สละสวัสดิ์ (2546) พบว่าอายุของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและพบว่าภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อย ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Kaplan & Sadock (1995) ได้รายงานถึงอัตรา One month point prevalence ต่อประชากรสหรัฐอเมริกา 100 คน สำหรับผู้ป่วยโรคจิต (Functional psychosis and Organic psychosis) ในกลุ่มโรคที่พบบ่อยคือโรคจิตเภท พบมากในกลุ่มอายุ 25-44 ปี รองลงมาอายุ 18-24 ปี

2.ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรคเพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่นผู้ป่วยที่มารับการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อยหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะให้ยาถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล,2539) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและฝืนใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความอดทนน้อย อาจไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา(เกษม ตันติผลาชีวะ,2536) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจึงมักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (American Psychiatric Association,1994) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือนหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปี หลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 70 (Fowler,1992) และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนาน ๆ ทำให้ระดับศักยภาพลดลง(Quilan & Ohlund,1995) ถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ(Kaplan & Sadock,1995) ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมักมีความเสื่อมถอยของความสามารถในทุก ๆ ด้านรวมทั้งการดูแลตนเอง(บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์,2547)

ความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ระยะเวลาการป่วย หากไม่ได้รับการรักษา ช่วงระยะของภาวะซึมเศร้า (depressive episode) จะคงอยู่นาน 6- 13 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดหากหยุดรักษาภาวะซึมเศร้าเร็วกว่า 3 เดือน มักจะมีการกลับเป็นซ้ำได้ใหม่ (Sadock & Sabock , 2007) และหากเกิดอาการของภาวะซึมเศร้าขึ้นซ้ำเรื่อยๆ ความถี่ของการป่วยก็จะยิ่งบ่อยขึ้น (more frequent episodes) และระยะการป่วยในแต่ละครั้งก็จะยิ่งยาวนานขึ้นด้วย (longer episodes) และพบว่าหากติดตามการป่วยไปนาน 20 ปี จะพบจำนวนครั้งของการป่วยโดยประมาณ 5 – 6 ครั้ง (Sadock & Sadock , 2007)

3.อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของได้มาก(เกษม ตันติผลาชีวะ และลักษณา ธีรโมกข์,2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และบางรายมีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่ายไม่สามารถบังคับ

ตัวเองได้ บางรายอาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ นอกจากนี้ อาการที่พบมากอาการหนึ่งคือ อาการง่วงซึม โดยมากมักเกิดขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก เมื่ออาการดีขึ้นร่างกายปรับตัวได้ อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทต่อมไร้ท่อ เป็นอาการที่พบรองลงมา อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการนมคัด น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด มักไม่ค่อยพบบ่อยอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง เป็นอาการคล้ายแพ้แดด และอาการข้างเคียงต่อตา ยาบางตัวเมื่อใช้เป็นเวลานานอาจเกิดการสะสมของเม็ดสีที่กระจกตา ตาขาวจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล หากเกิดการสะสมของเม็ดสีอย่างถาวรที่จอตา ทำให้เห็นภาพเป็นสีน้ำตาล มองไม่เห็นในเวลากลางคืน

ความสัมพันธ์ของอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Dollfus et al (2000) ศึกษาอาการของเคียงของยาแบบ Objective and Subjective extrapyramidal Side effects ในผู้ป่วยจิตเภท และหาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 91 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ 1) The Extrapyramidal Symtomps Rating Scale (ESRS) ในการประเมินอาการข้างเคียงของยา 2) Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ในการประเมินภาวะซึมเศร้า 3)Scale for the Assessment of Negative Symtomps (SANS)ในการประเมินอาการทางลบ ผลการวิจัยพบว่า อาการข้างเคียงของยาจากการสังเกตมีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงของยาจากการบอกเล่าของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงของยา แต่อาการข้างเคียงของยาจากการบอกเล่าของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ

4.ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

Cognitive model ริเริ่มโดย Beck (1976 cited in Beck et al., 1979) โดย Beck (1976) มีการพัฒนามาจากการสังเกตและประสบการณ์ทางคลินิกอย่างเป็นระบบจนกระทั่งกลายมาเป็นรูปแบบและการบำบัดทางจิต Cognitive model ประกอบด้วย 3 แนวคิดในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าดังนี้

1. การคิดการเข้าใจ 3 สิ่งผิดพลาด (The Cognitive triad) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุผล โดยจะมีความคิดทางด้านลบในด้านต่าง ๆ ทั้ง 3 ด้าน ทั้งความคิดในด้านลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก และความคิดในด้านลบต่ออนาคต ซึ่งรวมเรียกว่าความคิดในด้านลบ 3 ด้านของโลกซึมเศร้า(Cognitive triad of depression) มีลักษณะดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ความคิดในด้านลบต่อตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีข้อดี

มีแต่ข้อบกพร่องและไม่เป็นที่ต้องการของใครความคิดในด้านลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก คือ มองประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบและมองสิ่งต่างๆ รอบตัวว่ามีแต่ด้านร้าย มีแต่การเอารัดเอาเปรียบ และมีแต่การแสวงหาผลประโยชน์จากตน และความคิดในด้านลบต่ออนาคต

2.ความคิดที่บิดเบือน (Schemas) ในแนวคิดนี้ได้แบ่งระดับของความคิดเป็น 3 ระดับ ได้แก่

2.1 ความคิดในระดับตื้น (a surface or manifest level) เช่นความคิดอัตโนมัติ หรือความคิดด้านลบ ความคิดอัตโนมัติในทางลบมาจากคำ 2 คำซึ่งคำว่า “ความคิดในทางลบ” หมายถึงความคิดที่ไม่มีความสุขสบาย คำว่า “อัตโนมัติ” หมายถึง ความคิดที่อยู่เหนือสุด เป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง ความซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติในทางลบยิ่งเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง และความคิดที่ไม่มีเหตุผลกลับยิ่งลดลง (Fennell, 1989 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา,2536)

2.2 ความคิดระดับกลาง(a deeper intermediate level) มีลักษณะเป็นความเชื่อที่ไร้เหตุผล ที่เกิดขึ้นตามหลังความคิดอัตโนมัติ มีอิทธิพลต่อความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างนั้น ความคิดที่เกิดขึ้นมักเป็นความเชื่อหรือกฎที่สุดโต่ง

2.3 ความคิดในระดับลึก (the deepest level) เป็นรากฐานของความคิดที่บิดเบือนหรือที่เรียกว่า Schemas ความคิดที่บิดเบือน (Schemas) เป็นแบบแผนในการรวบรวมข้อมูลที่มีความหมายและมีความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานาน Schemas จะเป็นตัวกรองและเป็นแนวทางในการพิจารณาและจดจำข้อมูลต่างๆ พัฒนาเป็นความเชื่ออยู่ภายในจนกระทั่งถูกกระตุ้นในการเผชิญหน้ากับสภาวะอารมณ์ที่ระทมทุกข์ Schemas จะแปลสถานการณ์ไปในทางลบหรือสถานการณ์ที่สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่เดิม ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา(Segal & Shaw, 1986 cited in Stein, Kupfer &Schatzberg, 2006)

3. การคิดที่ผิดพลาด (cognitive error) คือ ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติเกิดขึ้นทันทีทันใด (Automatic Thought) ค่อนข้างไม่มีเหตุผลไม่เป็นไปตามความจริงแบบแผนด้านลบมีดังต่อไปนี้ (Stuart,2005; จันทิมาองค์โฆษิต,2545) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนของการคิดไปในทางลบ (negative thought schemas) แบบแผนของการคิดในทางลบจะประกอบด้วยลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Beck, 1976 cited in Beck et al., 1979)

3.1การสรุปความโดยปราศจากหลักฐานที่เพียงพอ (Arbitrary inferences)

3.2 การเลือกรับข้อมูล (selective abstraction) มีการมุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ ในขณะที่เพิกเฉยต่อสิ่งที่สำคัญ

3.3 การคิดเกินความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเกี่ยวกับความสามารถที่มีอยู่บนพื้นฐานความจริงเพียงอย่างเดียว หรือจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว

3.4 การให้ความสำคัญแก่เหตุการณ์หนึ่งมากเกินไปและให้ความสำคัญแก่เหตุการณ์หนึ่งน้อยเกินไป (magnification and minimization)

3.6 การคิดว่าตนเป็นเหตุ (personalization) ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองในเหตุการณ์ต่างๆ การบิดเบือนทางปัญญาอาจเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้ และความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า

3.7 การคิดแบบสมบูรณ์นิยม(absolutism) หรือคิดแบบทวิภาคนิยม (dichotomous reasoning) เป็นการคิดแบบได้ก็ต้องได้ทั้งหมดถ้าไม่ได้ก็จะไม่เอาอะไรเลย (all-or-none)

แบบแผนของการคิดไปในทางลบทำให้ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามักจะมองตนเองในแง่ลบ มองว่าตนเองมีข้อบกพร่อง ตนเองไม่เก่ง ตนเองไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นหมดหนทางต่อสู้และไม่มีประโยชน์อีกแล้ว (helpless) ผู้ป่วยมักจะตีความ (interpret) เหตุการณ์ต่างๆไปในทางที่ไม่ดีและผู้ป่วยจะคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนใน cognition นี้เกิดจากการมีบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็กเช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็ดต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (condition) ให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความและตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อๆ ไป ความเห็นในทางลบที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

การประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม โดยให้บุคคลประเมินตนเอง เป็นแบบประเมินมีความเที่ยงสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.96 รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของเบ็คเท่ากับ 0.84 (Hollon & Kendall, 1980) และมีความสัมพันธ์กับ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เท่ากับ 0.80 (Dopson & Shaw, 1986) และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) โดย Hollon & Kendall(1980) แบบประเมินความคิดอัตมโนทัศน์ด้านลบแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2536) และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 50 คน นำผลที่ได้มาทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์สัน 21 (Kuder-Richardson: KR21) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การแปลผลคะแนนจะทำโดยคิดคะแนนตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 140 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 30 คะแนน คะแนนที่อยู่ในช่วง 40-60 คะแนน สามารถพบ

ได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และคะแนนที่อยู่ในช่วง 90-130 คะแนน พบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (DeRubeis et al., 1990)

ความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (Automatic thought) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นผลจากความผิดพลาดกระบวนการคิด ในส่วนของการรับรู้และแปลความผิดจากการรับรู้ประสบการณ์ครั้งแรกๆในชีวิตของบุคคล เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบกระบวนการคิดจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ส่งผลให้บุคคลประมวลเรื่องราวผิดพลาดและสะสมเรื่อยมา และเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤต การประมวลผิดที่ผิดพลาดจะกระตุ้นเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เอื้อมเดือน เนตรเขม, 2547) สำหรับความคิดอัตโนมัติพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Michele & Tian, 2002) กล่าวคือ ความคิดอัตโนมัติที่เพิ่มมากทั้งความถี่และความรุนแรงทำให้ความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลลดน้อยลง ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าสูงตามไปด้วย

5.การใช้สารเสพติด

การใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมและการทำให้อาการทางจิตแย่ลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ยาเสพติดในการรักษาตนเอง(Self Medicate) เพื่อพยายามบรรเทาอาการของโรคจิตเภทหรือบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต รายงานการสำรวจพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่เป็นจำนวน 3 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด การสูบบุหรี่นั้นมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาทางจิตเวช คือ ลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้ แต่จะไปเพิ่มการกำจัดยาทางจิตเวช ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง(Sadock & Sadock, 2003) ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบไม่สนใจดูแลตนเองจนต้องเข้าการรักษาในพยาบาลและการศึกษาของ(Drake, Osher&Wallach 1989) ที่พบว่าการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภททำให้ต้องเข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ มีปัญหาด้านสังคม ด้านกฎหมายและการรักษามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท จำพวก Amphetamine หรือยาบ้านั้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นสาเหตุให้เกิดความคิดหวาดระแวงและหูแว่วได้ (Mueser et al, 1990) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในชุมชนดังนั้น การใช้สารเสพติดจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วม

ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่ มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาโรคจิตเวชเกิดขึ้นก่อนแล้วจึงมีการใช้สารเสพติดตามมา เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอนมักจะหาวิธีการใช้สารเสพติด เช่น สุราหรือยาเสพติดอื่นๆ ในการลดอาการประสาทหลอนของตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบายขึ้น ลดความวิตกกังวล ในอีกด้านหนึ่งผู้ป่วยเหล่านี้อาจใช้ยาเสพติดเพื่อลดความไม่สุขสบายของตนเองจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม หรือกลุ่มเพื่อนจึงใช้สุราหรือยาเสพติดในขณะที่เข้าสังคมกับเพื่อน (Carey, 1996)

ชนิดของสารเสพติด

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งประเภทของสารเสพติดเป็น 10 กลุ่ม (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, 2541) คือ 1) สุรา 2) กลุ่มอนุพันธุ์ผิ่น 3) กลุ่มกัญชา 4) ยาระงับประสาทและยานอนหลับ 5) โคเคน 6) กลุ่มกระตุ้นประสาท 7) กลุ่มหลอนประสาท 8) ยาสูบ 9) สารระเหย 10) ใช้ยาหลายตัวและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ

ปกรณ์ ศิริยงค์ (2544) กล่าวถึงสารเสพติดที่เป็นปัญหาในประเทศไทยปัจจุบัน คือ 1) ยาเสพติดจำพวกกัญชาและพืชกระท่อม 2) ยาเสพติดประเภทฝิ่น 3) ยาเสพติดจำพวกกระตุ้นประสาทที่ระบาดมากในปัจจุบัน คือ แอมเฟตามีน 4) ยาเสพติดจำพวกหลอนประสาท เช่น ยา อี ยาเค 5) ยาเสพติดประเภทยานอนหลับ 6) สารระเหย 7) สิ่งเสพติดประเภทแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-75 มีปัญหาการใช้สารเสพติด พบว่ามีการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุดและมากกว่าร้อยละ 70 สูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Mohr, 2003; Ziedonis & George, 1997; Lieberman & Bowers, 1990)และสารเสพติดที่ผิดกฎหมายอีกชนิดหนึ่งที่ทำให้อาการเจ็บป่วยแย่ลงและมีอาการกำเริบได้บ่อย คือ แอมเฟตามีน (Mueser et al, 1990)

ความหมาย

สารเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะที่สำคัญ (สำนักงาน ป.ป.ส. 2541) ดังนี้ คือ ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อยๆ มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องเพิ่มขนาดของยาที่เสพมากขึ้น เมื่อหยุดยาจะมีอาการขาดยา สุขภาพทั่วไปทรุดโทรมจากการเสพยานั้น (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2544) ดังนั้นการใช้สารเสพติด หมายถึง จำนวนและความถี่ของการใช้สารเสพติดโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกาย

สรุปการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาหรือสารที่เสพหรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะเป็นวิธีการใดๆ ไม่จะเป็นการรับประทาน การสูดดม สูบ นัตถ์ หรือฉีด ติดต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการติดทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผู้เสพต้องมีการเสพเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและความถี่ เมื่อหยุดเสพยาหรือสารเสพติดจะก่อให้เกิดอาการอยากใช้ยาหรือมีอาการถอนยา

ลักษณะของสารเสพติด

แอลกอฮอล์ หมายถึง กลุ่มเครื่องดื่มที่มีเอธิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เป็นส่วนผสม เช่น เหล้า เบียร์ กระแช่ เอธิลแอลกอฮอล์ได้จากการหมักพืชประเภทผลไม้ ผัก หรือข้าว เครื่องดื่มแต่ละชนิดจะมีปริมาณเอธิลแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน ในเบียร์มีอยู่ประมาณ ร้อยละ 4 ไวน์ประมาณ ร้อยละ 12 และเหล้ามีประมาณ ร้อยละ 40

ยาบ้า (แอมเฟตามีน)

กระตุ้นประสาทส่วนกลางโดยทำให้มีการหลั่งสารพวกแอนดรีนาลีน (Adrenaline) เพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท และมีการหลั่งสารโดปามีนเพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการทางจิต นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนปลาย หัวใจเต้นรัว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว แน่นหน้าอก ปวดศีรษะ และอื่นๆ

บุหรี่

ในบุหรี่แต่ละมวนจะมีปริมาณนิโคตินอยู่ประมาณ 15-20 มิลลิกรัม เมื่อสูบบุหรี่ 1 มวน จะได้นิโคตินปริมาณเพียงเล็กน้อย (น้อยกว่า 1 มิลลิกรัม) เข้าสู่กระแสโลหิต คนสูบบุหรี่เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายและผ่อนคลาย การสูบบุหรี่นอกจากจะได้รับนิโคตินแล้วยังรับคาบอนมอนนอกไซด์ (Carbon Monoxide) และทาร์ (Tar) ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง

ความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน ประการแรก พบว่าภาวะซึมเศร้าและการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กันในทางบวก อาทิเช่น ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดประเภทสุรา ซึ่งพบว่าเมื่อใช้ในระยะเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากผลของสุราที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทเช่น ซีโรโตนิน (serotonin) และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Delgado & Moreno, 2002) และจากการศึกษาของ Nolte(2008) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาบ้าอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาเสพติดร่วมอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ประการที่สองพบว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าเกิดจากมีรูปแบบการมองตนเองด้านลบ (Mulholland & Cooper, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศว่าการมองเห็นคุณค่าใน

ตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าคือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Brady & Sinha, 2005)

6.การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการอาศัยพึ่งพากันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีระวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน

Sheafer et al. (1981) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับกิจกรรม หรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปฏิสัมพันธ์ด้วย และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลได้

ชนิดและแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1.การสนับสนุนด้านอารมณ์(Emotional Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2.การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า(Esteem Support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภูมิใจและมั่นใจในตนเอง

3.การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

Sheafer et al.(1981) ได้ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1.การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง การก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด มีความมั่นใจ และความเชื่อมั่นว่าจะพึ่งพิงผู้อื่นได้เสมอ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รัก เป็นที่ใส่ใจ และเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม ไม่ใช่คนแปลกหน้า

2.การสนับสนุนทางวัตถุ(Tangible Support) หมายถึง เป็นการให้ความช่วยเหลือหรือให้บริการต่างๆ เช่น ให้ยืมเงิน ให้ของขวัญ ช่วยดูแลในเวลาที่ต้องการเป็นต้น

3.การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร(Informational Support) หมายถึงการให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการกระทำของบุคคลด้วยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในการการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึมเศร้า ตามแนวคิดของ Cobb(1979) ร่วมกับ Schaefer et al. (1981) ซึ่งครอบคลุมการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของผู้ซึมเศร้า โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านดังนี้

1.การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึงการได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2.การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทายและการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและโอกาสในการปรับปรุงตนเอง

3.การได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหมายถึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตนเอง

4.การช่วยเหลือด้านข่าวสาร ข้อมูล หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

5.การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานและบริการหมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ แรงงานและการได้รับการบริการ

มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต(Gochman, 2001) โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การเผชิญปัญหาดีขึ้นรวมถึงการลดความเครียดทางด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้น จากรายงานการวิจัยพบว่าการอยู่คนเดียว การมีเศรษฐานะต่ำ รวมถึงปัญหาการว่างงานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งหมายถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งรวมถึงเครือข่ายทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสังคมและทรัพยากรทั้งทางด้านบุคคลและสิ่งของในการช่วยเหลือ ซึ่งการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอนั้นจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค การป่วยซ้ำ และการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า(Sadock & Sadock, 2005)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งบุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer et al.(1981) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ เพื่อวัดความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของและการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บุญพา ณ นคร (2538) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางในทุกๆ ด้าน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมได้แก่ รายได้ครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนเพื่อนสนิทของผู้ป่วย ความถี่ที่ผู้ป่วยพบปะพูดคุยกับเพื่อนและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

เครือมาส ดนัยสวัสดิ์และ กนกวรรณ บุญอริยะ (2546) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 256 คน เมื่อ พ.ศ.2545 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.4 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความแตกต่างในด้านการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ฐานะในบ้าน จำนวนคนที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และคนในบ้านที่ผู้ป่วยสนิทมากที่สุด ฐานะทางเศรษฐกิจ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันไปด้วย

7.เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ได้รับความสนใจในการรายงานทางสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่อสาเหตุ ระยะเวลา การดำเนินของโรค และผลลัพธ์ต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภทวิตกกังวล และซึมเศร้า (Stuart & Sundeen, 1991) Holme & Rahe (1967 อ้างถึงใน สมจิตร์ นครพานิช, 2531) ได้ให้ความหมายของเหตุการณ์ในชีวิตในความหมายของคำว่าความเครียดทางสังคม (social stressors) ว่าหมายถึงเหตุการณ์ใดๆ ที่เมื่อเกิดกับบุคคลแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผน

ของการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ Dohrenwend & Dohrenwend (1974) กล่าวว่าเหตุการณ์ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่คาดคิด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่เป็นไปตามความต้องการจัดเป็นเหตุการณ์ความเครียด

ความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าของจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และ ธรณิณทร์ กองสุข(2549) พบว่าปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่มีเหตุการณ์ คนปกติ หรือผู้ที่ไม่เคยอยู่ในภาวะเหล่านี้ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งมีเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ การถูกทำร้ายอย่างรุนแรง การมีปัญหาหนักทางการเงิน ครอบครัวมีปัญหากันอย่างรุนแรง การเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง ตกงาน การถูกฟ้องร้องมีคดีความ เกิดการสูญเสียจากการตาย การพลัดพราก และการเสื่อมเสียชื่อเสียง อับอาย ขายหน้า

ซึ่งเหตุการณ์ความเครียดเหล่านี้มีค่าความชุกสูงในประชาชนไทย จะเห็นได้ว่าความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ แต่อย่างไรก็ตามความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเท่านั้น มีการศึกษาจำนวนมากที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า Maciejewski et at. (อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนเมื่อเผชิญกับความเครียดใหม่ จะมีความมั่นใจน้อยลงในการจัดการกับปัญหาทำให้ง่ายต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำ ขณะที่ผู้ซึ่งไม่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนพบว่าความเครียดจะไม่มีผลใดๆ ต่อความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา

การประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตซึ่ง สมจิตร์ นครพานิช(2531) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวทางแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิต(Social Readjustment Rating Scale) ของ Holmes & Rahe (1967) จำนวน 43 ข้อ ซึ่งได้แบ่งเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตออกเป็น 5 ด้านคือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตรสมเด็จเจ้าพระยา โดยวิธีทดสอบซ้ำ(Test -

Retest) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 นอกจากนี้แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้ถูกนำมาใช้ในสตรีวัยเปลี่ยนอายุ 45-59 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้า (พิสิฏฐ์ ชัยประเสริฐสุด, 2548)

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Baynes et al. (2000) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบเพื่อหาความชุกและความสัมพันธ์ของพยาธิสภาพ และการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนจำนวน 120 คน ใช้แบบประเมินของ Beck et al.(1979) The Beck Depression Inventory เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 13.3 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ ความเป็นปรปักษ์(Hostility) ความคิดระแวง (Suspiciousness) และอาการทางบวก(Positive Symptom) จากการตรวจ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และอาการ Akathisia แต่ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล การดื่มแอลกอฮอล์ ขนาดของยา Antipsychotic

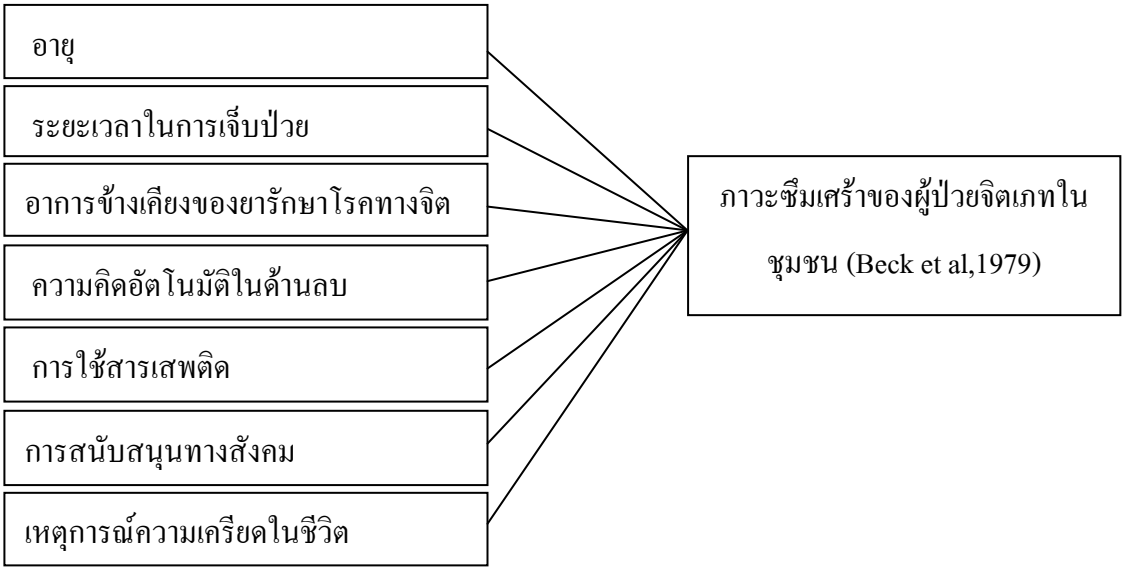
Scheller (2002) ศึกษาการเพิ่มความเครียดในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีการศึกษาความเครียดในชีวิต อาการซึมเศร้าอาการทางบวกและอาการทางลบ การวิตกกังวล การรับรู้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่เกี่ยวกับเพศ อายุ เชื้อชาติโดยใช้เครื่องมือ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Modified Hamilton Rating Scale) 2) แบบประเมินเหตุการณ์ในชีวิต The Psychaitric Epidermiology Research Interview Life Event Scale ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมาจากสาเหตุที่มีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระเทือนจิตใจและมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด

ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ (2546) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 อายุและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .001 ตามลำดับ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

วราพงษ์ กำไร(2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 26 จำแนกเป็นมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 20 ปานกลาง ร้อยละ 4 และรุนแรง ร้อยละ 2 ปัจจัย

ส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามี 12 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งปัจจัยทางบวกได้แก่การมีรายได้เป็นของตนเองจากการทำงาน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิต บุคคลในครอบครัวมีความรักความผูกพันกันในระดับปานกลางถึงมากเป็นส่วนใหญ่ ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่กันอย่างราบรื่นเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยการมีญาติป่วยด้วยโรคซึมเศร้าค่อนข้างต่ำ และปัจจัยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่วนปัจจัยที่เป็นด้านลบ ความแตกต่างระหว่างเพศ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยในการเจ็บป่วยและกลุ่มยาต้านโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับ ปัจจัยทางความเครียด(ใน 1 เดือน)

6.กรอบแนวคิด



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ในลักษณะของการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตาม ICD 10 และอาศัยอยู่ในชุมชนเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน ในเขตภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง 2 จังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1.เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia)

2.มีการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบวัด BPRS คะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 30 คะแนน

3.เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

4.สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง

5.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978 อ้างถึงในรัตน์ศิริ ทาโต,2552) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

N = 10k + 50 (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k=จำนวนตัวแปรที่ศึกษา)

N = (10 × 8) + 50 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 130 คน คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10 % เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประชากรจำนวน 143 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบขั้นตอน ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ชุมชนในเขตภาคกลางตามเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช).เขต4 ประกอบไปด้วย 8 จังหวัดได้แก่ นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี สิงห์บุรี และอ่างทอง ผู้วิจัยทำการสุ่ม 2 จังหวัดจาก 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลพบุรีและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 แห่งจาก 2 จังหวัด ได้แก่จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลชัยบาดาล และ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลเสนา ดังตารางที่ 1

2. ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จากสถิติเวชระเบียน ปี 2553-2555 ดังนี้

ตารางที่ 1

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลชัยบาดาล	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท 223 คน	จำนวน 56 คน
โรงพยาบาลเสนา	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท 342 คน	จำนวน 87 คน
รวม	จำนวน 565 คน	จำนวน 143 คน

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวันที่มารับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

4.ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2555 ถึงวันที่ 15 พฤษภาคม 2555 จนครบ จำนวน 143 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 5 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตที่ผู้ป่วยได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1976)(Beck Depression Inventory-ll) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (self rating scale)แบบวัดประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นคำถามที่

เกี่ยวกับอาการทางใจ 15 ข้อ อาการทางกาย 6 ข้อแต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือกตอบ มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนดังนี้

ไม่เลย=0คะแนน บางครั้ง=1คะแนน

บ่อยๆ=2คะแนน เป็นประจำ=3คะแนน

แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) ซึ่งแปลผลค่าคะแนนที่ได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

0-9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ

10-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

16-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

20-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก

30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1976)ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) ผู้ศึกษาได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบว่าข้อความเหล่านั้นสามารถวัดตามเนื้อหาด้านต่าง ๆ ที่กำหนดได้หรือไม่ จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง(APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI)ค่าที่ได้ = 1.00 ซึ่ง ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004)

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s coefficient alpha) ซึ่งแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Holon & Kendoll(1980)แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหาและดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2536)ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

1 คะแนน= น้อยที่สุด

2 คะแนน= น้อย

3 คะแนน=ปานกลาง

4 คะแนน=มาก

5 คะแนน=มากที่สุด

โดยแปลผลดังนี้

ความคิดอัตโนมัติด้านลบระดับต่ำ	คะแนนที่อยู่ในช่วง 0-28 คะแนน
ความคิดอัตโนมัติด้านลบระดับปานกลาง	คะแนนที่อยู่ในช่วง 29-80 คะแนน
ความคิดอัตโนมัติด้านลบระดับสูง	คะแนนที่อยู่ในช่วง 81-140 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรง แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Holon & Kendoll (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหาและดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2536) ผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ทำการตรวจสอบว่าข้อความเหล่านั้นสามารถวัดตามเนื้อหาด้านต่างๆ ที่กำหนดได้หรือไม่ จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง(APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ค่าที่ได้ = .93 ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004)

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยรวมได้เท่ากับ .93 ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยตัดข้อ

คำถามบางข้อออก เนื่องจากมีความหมายที่ซ้ำซ้อนกัน ได้แก่ข้อ 24, 27 และปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 1 "ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนต่อต้านโลก" แก้เป็น "ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนมีอคติกับทุกเรื่อง"

ข้อที่ 14 "เกิดอะไรที่ผิดพลาดขึ้นกับฉันนะ" แก้เป็น "มีอะไรที่ผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉัน"

ข้อที่ 15 "ฉันปรารถนาว่าฉันจะพ้นไปจากที่นี่ ไปอยู่ที่นั่น" แก้เป็น "ฉันปรารถนาว่าฉันจะไปพ้นจากที่นี่"

ข้อที่ 20 "นี่มันเกิดอะไรขึ้นกับฉันนะ" แก้เป็น "ฉันไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตัวฉัน"

ข้อที่ 28 "อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่อ้างว้างและเยือกเย็น" แก้เป็น "อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่อ้างว้างไม่รู้ทิศทาง"

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินที่ บุญพา ณ นคร(2538) สร้างขึ้นจากแนวความคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer C. et al (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อ คือข้อ 1,2,3,4,5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือข้อ 6,7,8,9,10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือข้อ 11,12,13,14,15 การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16,17,18,19,20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข่าวสารข้อมูลมี 5 ข้อ คือข้อ 21,22,23,24,25 ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่า 5 ระดับ คือ

1 คะแนน= น้อยที่สุด

2 คะแนน= น้อย

3 คะแนน=ปานกลาง

4 คะแนน=มาก

5 คะแนน=มากที่สุด

โดยแปลผลดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คะแนนที่อยู่ในช่วง 24-55 คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คะแนนที่อยู่ในช่วง 56-88 คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คะแนนที่อยู่ในช่วง 86-120 คะแนน

1. ตรวจสอบความตรงแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ทำการตรวจสอบว่าข้อความเหล่านั้นสามารถวัดตามเนื้อหาด้านต่าง ๆ ที่กำหนดได้หรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .92 ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004)

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต(Life stress event) ภายในหนึ่งปีที่ผ่านมา ซึ่งนำมาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของสมจิตร์ นคราพานิช (2531) ซึ่งสร้างโดยอาศัยแนวทาง Holmes & Rahe (1967) และนำมาปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ แบ่งคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตออกเป็น 4 ระดับ คือ

- ระดับน้อย มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน
- ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11 - 20 คะแนน
- ระดับมาก มีคะแนนอยู่ระหว่าง 21 - 30 คะแนน
- ระดับมากที่สุด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 31 - 43 คะแนน

1. ตรวจสอบความตรงแบบประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต(Life stress event) ผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ทำการตรวจสอบว่าข้อความเหล่านั้นสามารถวัดตามเนื้อหาด้านต่างๆ ที่กำหนดได้หรือไม่ จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง(APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ โดยรวมได้เท่ากับ .95 ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004)

ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 24 “กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป” แก้เป็น “กิจการของท่านหรือครอบครัว ไม่มีรายได้ ขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป”

ข้อที่ 27 “ท่านถูกให้ออกจากงาน” แก้เป็น “ท่านถูกให้ออกจากงาน ตกงาน”

ข้อที่ 28 “สามีหรือภรรยาให้ออกจากงาน” แก้เป็น “สามีหรือภรรยาถูกให้ออกจากงาน ตกงาน”

ข้อที่ 29 “ ท่านตกงาน”แก้เป็น “ท่านถูกลดค่าจ้าง หรือรายได้ลดลง”

ข้อที่ 30 “สามีหรือภรรยาตกงาน” แก้เป็น “สามีหรือภรรยาถูกลดค่าจ้าง หรือรายได้ลดลง”

ข้อที่ 41 “ เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต” แก้เป็น “คนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s coefficient alpha) ซึ่งแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .63

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง(APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะความสอดคล้องในด้านต่างๆ และนำมาปรับแก้ไข โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	คำถามในข้อนั้น ๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 2	หมายถึง	คำถามในข้อนั้น ๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	คำถามในข้อนั้น ๆ สอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 4	หมายถึง	คำถามในข้อนั้น ๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ความเหมาะสมของเนื้อหาและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton, 1975) อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2547) การยอมรับการตัดสินใจในแต่ละข้อของแบบวัดหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้วต้องมากกว่า 3 ใน 5 คน

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

2.การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้แก้ไขปรับปรุง มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยจำนวน 30 ราย

2.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ภายหลังกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลทันที หลังจากนั้นลงคะแนนเพื่อเตรียมข้อมูลให้สมบูรณ์

2.4 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทุกชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Conbach's alpha coefficient)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลเสนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลดังกล่าวจะพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อนที่ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยนัดหมายและเข้าพบกับหัวหน้าคลินิกจิตเวชในการเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2555 ถึงวันที่ 15 พฤษภาคม 2555 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 11 สัปดาห์

4. นำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามคุณสมบัติและสถานที่ที่กำหนดโดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS ถ้าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 30 คะแนนแสดงว่ามีอาการทางจิตน้อย คัดเข้าร่วมในการทำวิจัย

4.2 ผู้ป่วยจิตเภททำแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1976) ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต(Life stress event) ใช้เวลาทั้งสิ้นรวม 30 – 40 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่ผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมิน ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามผู้ป่วยด้วยตนเอง

5. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้งสองโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2555 และวันที่ 17 เมษายน 2555 ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัยครั้งนี้ และระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจหากต้องการยุติการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลวิจัยในขั้นตอนใดๆ สามารถทำได้ทุกขั้นตอนโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการทำวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลงานวิจัยจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมและเป็นไปในเชิงวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การใช้สารเสพติด วิเคราะห์ค่าความถี่และ ร้อยละ

2. ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและภาวะซึมเศร้า หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การใช้สารเสพติด ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation)

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเปรียบเทียบค่า r โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (อวยพร เรืองตระกูล, 2551)

เมื่อ r มีค่า .80 -1.0 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูงมาก

เมื่อ r มีค่า .60-.79 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูง

เมื่อ r มีค่า .40-.59 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

เมื่อ r มีค่า .20-.39 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำ

เมื่อ r มีค่า 0-.19 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินทั้ง 5 ส่วน โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล จำนวน 143 คน จากแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลางทั้งหมด 2 จังหวัดได้แก่โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 56 คน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 87 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง โดยใช้สถิติค่าความถี่และร้อยละแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 ศึกษา อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย(X) และค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2-6

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 7

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ความคิดฆ่าตัวตาย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยาจิตเวช (n= 143)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	62	43.4
หญิง	81	56.6
อายุ ($\overline{X}$ = 41.69, SD = 10.96)		
20-29 ปี	22	15.4
30-39 ปี	38	26.6
40-49 ปี	45	31.5
50-59 ปี	38	26.6
ศาสนา		
พุทธ	137	95.8
คริสต์	3	2.1
อิสลาม	3	2.1
สถานภาพสมรส		
โสด	75	52.4
คู่	43	30.1
หม้าย	7	4.9
หย่า	5	3.5
แยก	13	9.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	77	53.8
มัธยมศึกษา	37	25.9

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ความคิดฆ่าตัวตาย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (n= 143)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	8	5.6
ปริญญาตรี	11	7.7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	6.3
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	49	34.3
เกษตรกรรม	33	23.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	4.2
รับจ้าง	50	35
ค้าขาย	2	1.4
อื่น ๆ	3	2.1
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	125	87.4
มีโรคประจำตัว	18	12.6
การใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้สารเสพติด	121	84.6
ใช้สารเสพติด	22	15.5
ความคิดฆ่าตัวตาย		
ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย	129	90.2
มีความคิดฆ่าตัวตาย	14	9.8

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ความคิดฆ่าตัวตาย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (n= 143)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 – 5 ปี	51	35.7
6 -10 ปี	48	33.6
11-15 ปี	16	11.2
16-20 ปี	19	13.3
20 ปีขึ้นไป	9	6.3
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต		
ไม่มีอาการ	64	44.8
มีอาการ	79	55.2
กรณีมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต อาการที่พบ		
สั่นที่มือ,แขน,ขาหรือตัวแข็ง	22	15.4
คอแข็ง,ตาเหลือก,ขากรรไกรค้าง	1	0.7
กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้	2	1.4
เคี้ยวปาก,ดูดลิ้น,แลบลิ้น	2	1.4
ปากแห้ง,คอแห้ง	52	36.3

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีจำนวน 143 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 มีอายุเฉลี่ย 41.69 ปี อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มีจำนวน 45คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 มีสถานภาพโสด มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 มีอาชีพรับจ้าง มีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 90.2 ไม่ติดสารเสพติด จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6 มีอาการอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2

ตอนที่ 2 ศึกษาอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษา แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3ถึง ตารางที่ 6

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับของความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (n= 143 คน)

ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ	จำนวน	ร้อยละ	Max	Min
ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ $\overline{X}$ = 65.33,SD =19.71				
ระดับต่ำ (0-28 คะแนน)	1	0.7	28	0
ระดับปานกลาง (29-80 คะแนน)	99	69.2	80	30
ระดับสูง (81-140 คะแนน)	43	30.1	81	104

จากตารางที่ 3 พบว่า ความคิดอัตโนมัติในด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับของการสนับสนุนทางสังคม (n= 143 คน)

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ	Max	Min
การสนับสนุนทางสังคม $\overline{X}$ = 75.49,SD =15.76				
ระดับต่ำ (24-55 คะแนน)	9	6.3	55	31
ระดับปานกลาง (56-88 คะแนน)	112	78.3	88	58
ระดับสูง (89-120 คะแนน)	22	15.4	119	91

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.3

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ และระดับของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (n= 143 คน)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	Max	Min
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต $\overline{X}$ = 26.71, SD = 33.09				
เหตุการณ์ความเครียดน้อย (0- 10 คะแนน)	28	19.6	8	0
เหตุการณ์ความเครียดปานกลาง(11-20 คะแนน)	92	64.3	20	11
เหตุการณ์ความเครียดมาก (21- 30คะแนน)	10	7	28	22
เหตุการณ์ความเครียดมากที่สุด (31-43 คะแนน)	13	9.1	31	40

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.3

ตารางที่ 6 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ	Max	Min
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท $\overline{X}$ = 21.38 , SD =14.73				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน)	46	32.2	9	0
มีภาวะซึมเศร้าน้อย(10-15 คะแนน)	14	9.8	15	10
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง(16-19 คะแนน)	15	10.5	19	17
มีภาวะซึมเศร้ามาก(20-29 คะแนน)	15	10.5	28	20
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง(30-63 คะแนน)	53	37.1	53	30

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-.404**	ปานกลาง
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.200*	ต่ำ
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	.114	-
ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ	.603**	สูง
การใช้สารเสพติด	-.232**	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	-.321**	ต่ำ
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.140	-

* $p<.05$

**$p<.01$

จากตารางที่ 7 พบว่า

1.อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติดและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

3. อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ภาคกลาง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ความคิดอัตโนมัติทางลบ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

สมมติฐานการวิจัย มีดังนี้

1.อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

2.ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

3.อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

4.ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

5.การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

6.การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

7.เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรของ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้

สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD 10 และอาศัยอยู่ในชุมชนเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

1. มีคะแนนอาการทางจิต BPRS เท่ากับหรือต่ำกว่า 30 คะแนน
2.เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3.สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง
4.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 5 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้จากการทำงาน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติความคิดฆ่าตัวตาย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1969)(Beck Depression Inventory-l) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (self rating scale)แบบวัดประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวกับอาการทางใจ 15 ข้อ อาการทางกาย 6 ข้อ แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI)ค่าที่ได้ = 1.00 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Holon & Kendoll(1980)แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหาและดาราวรรณ ต๊ะปินตา(2536) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ โดยแปลผลดังนี้คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 150 คะแนน และคะแนนต่ำสุดที่ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30-80 คะแนน คือการมีความคิดอัตโนมัติในด้านลบซึ่งสามารถพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI)ค่าที่ได้ = .93 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นจากแนวความคิดของCobb (1976)ร่วมกับ Schaefer C. et al (1981) เป็นแบบประเมินที่ บุญพา ณ นคร(2538) เป็นแบบประเมินที่ บุญพา ณ นคร(2538) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI)ค่าที่ได้ = .92 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต(Life stress event) ภายในหนึ่งปีที่ผ่านมา ซึ่งสร้างโดยอาศัยแนวทาง Holmes and Rahe (1967) ได้นำมาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของสมจิตร์ นคราพานิช (2531) และนำมาปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI)ค่าที่ได้ = .95 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .63

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2555 ถึง 15 พฤษภาคม 2555 รวมระยะเวลา 11 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยทำการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ความคิดหรือประสบการณ์ฆ่าตัวตาย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ยาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับและอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลางโดยใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product - Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปสมมติฐานการวิจัย มีดังนี้

1.อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

2.ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

3.อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

4.ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

5.การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

6.การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

7.เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง

สรุปผลการวิจัย

1.ข้อส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 143 คน เป็นเพศหญิง 81 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 เป็นเพศชาย 62 คน คิดเป็นร้อยละ 43.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.69 (S.D.=10.96) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มีจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 มีสถานภาพโสด มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง มีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 ส่วนใหญ่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 90.2 ไม่ติดสารเสพติด จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6 และส่วนใหญ่มีอาการอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2

2. คะแนนความคิดอัตโนมัติในด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ($\overline{X}$ = 65.33,SD =19.71) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 78.2 ($\overline{X}$ = 75.49 , SD =15.76) คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 92คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 ($\overline{X}$ = 26.71,SD =33.09) และคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 ($\overline{X}$ = 21.38 , SD =14.73)

3.ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง พบว่า

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ (r=-.401,p<.05)

2. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ
(r=-.200,p<.05)

4.อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (r=-.114,p<.05)

5.ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญ (r=.603,p<.05)

6.การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ (r=-.232,p<.05)

7.การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ (r=-.321,p<.05)

8.เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน(r=.140,p<.05)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 37.1 (จำนวน 53คน จาก 143 คน) ซึ่งสอดคล้องกับ ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษา และใช้เวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน (Sadock & Sadock, 1998) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเรื่อยๆ บางคนเป็นๆหายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง (Kaplan & sadock,1998) จากร่องรอยของโรคที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง เช่น ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ความปลอดภัยของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง มีความทนต่อความตึงเครียดได้น้อย และใช้สิ่งเสพติด (ทุลภา บุปผาสังข์, 2545) โดยเฉพาะเรื่องการเจ็บป่วยและการรับประทานยา เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผลข้างเคียงของการรักษา นอกจากนี้ พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางส่วนมีอาการรุนแรงแสดง

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม น่ากลัว แปลกประหลาด และคุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (Tammiga as cited in Anders, 2000 อ้างในสุมณฑา บุญชัย, 2545)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง

1.อายุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับปานกลาง (r=-.401,p<.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า **อายุ** เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่มอายุ (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์,2546) พบว่าอายุของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและพบว่าภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อย ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Kaplan & Sadock (1995) ได้รายงานถึงอัตรา One month point prevalence ต่อประชากรสหรัฐอเมริกา 100 คน สำหรับผู้ป่วยโรคจิต (Functional psychosis and Organic psychosis) ในกลุ่มโรคที่พบบ่อยคือโรคจิตเภท พบมากในกลุ่มอายุ 25-44 ปี รองลงมาอายุ 18-24 ปี ซึ่งสอดคลองกับผลการวิจัยของ Stordal E.et at (2003) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อย กาดาฟี หะดีเย (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดปัตตานี พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<.01 และเหลียง โกหลง (2552) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเทศบาลเมืองจังหวัดขอนแก่น พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2.ระยะเวลาในการเจ็บป่วยจากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในระดับต่ำ (r=-.199,p<.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่นผู้ป่วยที่มารับการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อยหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะให้ยาถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล,2539) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและฝืนใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความอดทนน้อยและไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา(เกษม ตันติผลาชีวะ,2536) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจึงมักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง(American Psychiatric Association,1994) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือนหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปี หลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 70 (Fowler,1992) และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนาน ๆ ทำให้ระดับศักยภาพลดลง(Quilan & Ohlund,1995) ถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วย

ตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ(Kaplan & Sadock,1995) ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมักมีความเสื่อมถอยของความสามารถในทุก ๆ ด้านรวมทั้งการดูแลตนเอง (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์, 2547)จากการศึกษาของ Hausmann & Fleischhacker (2002) ที่ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ที่ 6-10 ปี ร้อยละ 40.7 จำนวนครั้งที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้งมีถึงร้อยละ 42.6 และมลฤดี บุราณ (2548) ได้ศึกษาปัจจัย คัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

3.อาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิต จากการศึกษาพบว่าอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน(r=.114,p<.05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไปเป็นจำนวนมากถึง 92 คน เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยาของยารักษาโรคทางจิตผู้ป่วยจึงไม่แสดงหรือรับรู้ว่าตนมีอาการข้างเคียงจากยาและจากการซักถามเพิ่มเติมผู้ป่วยเหล่านี้ซ้ำจึงพบว่าการที่ผู้ป่วยไม่ให้ข้อมูลว่าตนเองมีอาการข้างเคียงจากยาของยารักษาโรคทางจิต เพราะตนเองไม่ได้รู้สึกว่าเป็นภาวะที่รบกวนชีวิตประจำวันของตนเองจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าอาการข้างเคียงจากยาส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อตนเอง จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

4.ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ จากการศึกษาพบว่า ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในระดับสูง(r=.603,p<.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Michele & Tian (2002) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติที่เพิ่มมากทั้งความถี่และความรุนแรงทำให้ความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลลดน้อยลง ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าสูงตามไปด้วย ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นผลจากความผิดพลาดกระบวนการคิด ในส่วนของการรับรู้และแปลความผิดจากการรับรู้ประสบการณ์ครั้งแรกๆในชีวิตของบุคคล เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบกระบวนการคิดจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ส่งผลให้บุคคลประมวลเรื่องราวผิดพลาดและสะสมเรื่อยมาและเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤต การประมวลที่ผิดพลาดจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เอื้อมเดือน เนตรเขม, 2547) และนันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์ (2554) ได้ทำการศึกษา

เรื่องความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

5.การใช้สารเสพติดจากการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในระดับต่ำ (r=-.232,p<.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าการใช้สารเสพติด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้บุหรี่ รองลงมาคือสุรา ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Delgado & Moreno(2002) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดประเภทสุรา เมื่อใช้ในระยะเวลานานจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากผลของสุราที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท เช่น ซีโรโตนิน(serotonin) และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา จากการศึกษาของ Nolte(2008) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาบ้าอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาเสพติดร่วมอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

6.การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในระดับต่ำ (r=.321,p<.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของปรียนันท์ สละสวัสดิ์(2546) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ เครือมาส ดนัยสวัสดิ์และ กนกวรรณ บุญอริยะ (2546) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.4ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baynes D. et al (2000) ,Paykel E S.(1994) ,Heikkninen (1994) ,Cohen and Wills (1895) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและภาระงานที่มากเกินไป เป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่ภาวะเครียด ความเจ็บป่วย และการฆ่าตัวตายได้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตได้ (ศุภร์ใจ เจริญสุข, 2539)

7.เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จากการศึกษาพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน(r=.140,p<.05)ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากว่าเมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดจำนวน 75 คน อีกจำนวน 25 คน สถานภาพหม้าย หย่าและแยก นอกจากนี้อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรมและรับจ้าง จำนวน 83 คน ไม่ประกอบอาชีพจำนวน 43 คนซึ่งจากแบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับครอบครัว และภาระหนี้สิน การตกงาน ดังนั้นการที่

ไม่พบความสัมพันธ์เป็นไปได้ว่าแบบสอบถามไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในกลุ่มตัวอย่างนี้ตามคุณสมบัติที่กล่าวมาข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายถึง 14 คน ผู้วิจัยจึงได้หาข้อมูลเพิ่มเติมและได้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจตามข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย จากนั้นได้ประสานงานกับพยาบาลในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป เช่นมีการติดตามเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา

2. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงควรให้การสำคัญในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มนี้ให้มากที่สุด

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนควรมีการสนับสนุนให้ความรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมในด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า การรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน

4. จัดกิจกรรมพยาบาลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ โดยจัดให้มีกลุ่มส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เน้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการรับรู้ปัญหา ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และมีความเต็มใจในการให้การดูแลต่อไปเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ด้านการศึกษาวิจัย

ควรมีการนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น กลุ่มจิตบำบัดครอบครัว กลุ่มบำบัดที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม หรือ Self help Group เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

เกษม ตันติผลาชีวะ.(2536). **ตำราจิตเวชศาสตร์.** .พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กุณฑ์ชลี เพียรทอง.(2547.) **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). **พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จิดารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). **กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2528). **การพยาบาลจิตเวช เล่ม 2.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม.(2541).**การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**.พิมพ์ครั้งที่ 3 .นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2552). จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**; 17 (3): 208-210.

ดวงใจ กสานติกุล.(2542) **โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้.**กรุงเทพฯ:โรงพมพ์นำอักษรการพิมพ์.

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา.(2535).**การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ.**วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา.บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. (2550). **โครงการรณรงค์ระดับชาติเพื่อคืนชีวิตใหม่และสร้างกำลังใจในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต** (National Mental Health Campaign:Destigma). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.dmh.moph.go.th./main [15 ก.ย.2553]

ทุลภา บุปผาสังข์. (2545). **ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นพพร ตันติรังสี.(2551).**การศึกษาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวทรายใหม่ที่มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.**กรุงเทพมหานคร:สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**.**

นันทิกา ทวิชาชาติ.(2548).**ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช.**พิมพ์ครั้งที่1 กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

บุญพา ณ นคร. (2538).**การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวน-สราญรมย์ .**รายงานการวิจัย. สุราษฎร์ธานี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2538.

ปาณิสรา เกษมสุข. (2551). **ผลของโปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรียนันท์ สละสวัสดิ์.(2546).**ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท เรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาตร์สมเด็จเจ้าพระยา.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรสาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพชรี คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** 20 (1): 1-9.

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ ชนกพร จิตปัญญา. 2547. **ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบ ของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว.** วารสารการพยาบาลจิตเวช. 18(1) :1-9.

พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท.** พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ไพรวัลย์ ร่มซ้าย, วัชนี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ, เอกอุมา วิเชียรทอง, และคณะ. (2544). **รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร.** โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.

มธุรดา สุวรรณโพธิ์(มปป).**Dual diagnosis**.[on line].Available from: http//www.thaifamily.net.[10 พ.ค. 52]

มารศรี ปาณีวัตร. (2548). **บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.** ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มาลี ฉอจิระพัณธ์. (2529**). ศึกษาการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตก่อนป่วยของผู้ป่วยโรคประสาทศึกษาโดยใช้ Social Readjustment Rating Scale.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.** (พิมพ์ครั้งที่ 2) เรียบเรียงพิมพ์ใหม่. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). **โรคจิตเภท.** จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้ง 2 . กรุงเทพมหานคร. บริษัท มียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

มัลลิกา สิงหสุริยะ. (2547). **การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล: กรณีศึกษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.** 14: 43-52.

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.** 14: 43-52.

เยาวมาลย์ รินทระ. (2538). **รายงานการวิจัยการสำรวจแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชครอบครัวศึกษากรณีญาติที่มาใช้บริการโรงพยาบาลศรีธัญญา.**นนทบุรี.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหนคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต**.สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วราพงษ์ กำไร.(2551).**การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.**วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาสุขภาพจิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาสนา ปานดอก. (2545). **กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วัชราภรณ์ ลือไชสงค์ .(2541). **ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท** : กรณีศึกษา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

ศิริจิต สุทธจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). **โรคจิตเภท (Schizophernia) : ระบาดวิทยาและการรักษา.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 54 (ฉบับผนวก 1): 21S-37S.

ศิริพร วีระเกียรติ, ชินานาฏ จิตตารมย์, และ สมพร อินสะโร. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้.**วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 23(1), 58-71.

ศิริเนตร สุขดี. (2548). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี.** โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถิต วงศ์สุรประกิต. (2542). **ความต้องการที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมคิด ตรีราภี. (2545). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมภพ เรืองตระกูล.(2543) .**โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. กรุงเทพมหานคร:เรือนแก้วการพิมพ์.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2547). **รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน.**สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์.ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545**). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.** วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต, (2547). **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2550). **สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต.** ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.

สุขภาพจิต,กรม. (2540). **แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านสาธารณสุข.** นนทบุรี: สยามอินเสริ์ท มาเก็ตติ้ง.

สุขภาพจิต, กรม. (2549). **รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต.** ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุขภาพจิต, กรม. (2552). **รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต.** ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุมิตรา ฤทธิสุนทร. (2548). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.** โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรพีร์ เกิดจั่น,ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์. สุธา ไลชาติกุล.**รายงานการวิจัยกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธรณะสุข.2542.

สุวิมล สมัตถะ. (2541). **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธานันท์ ชุนแจ่ม.(2551).**การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัญชลี เตมียะประดิษฐ์ และ กันตวรรณ มากวิจิต.(2550). **สารเสพติดกับภาวะซึมเศร้า** .[online]. **A**vailable from http//www. Dmh.go.th. [11 พ.ค. 52]

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย(2553).**การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า**. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรสจำกัด.

อุบลรัตน์ สิงหเสนี.(2552). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2546. **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.** กรุงเทพมหานคร: ซันต้าการพิมพ์.

อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545).**ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.**วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้อมเดือน เนตรแขม.(2541). **ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง .** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2541.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์.(2541).**การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**:แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.จี.พริ้นติ้ง.

<u>ภาษาอังกฤษ</u>

Addington D, Addington J, Patten S. (1998) **Depression in people with first-episode schizophrenia.** Br J Psychiatry Suppl

Baker AF. How families cope. J **Psychosoc Nurs Ment Health Serv** 1989 ; 27 : 31-6.

Bandelow B, Muller P, Gaebel W,kopcke W,Linden M, Muller-Spahn F. (1990). **Depressive Syndromes in schizophrenic patients after discharge from hospital.** ANI Study Group Berlin, Dusseldorf, Gottinggen, Munich, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci

Beck, A.T.(1976).**Depression: clinical, experimantal, and theoretical aspects.** New York: Harper Row.

Beck, A.T.**,** Rush, A.J., Shaw, B.F., and Emery,G.(1979).**Cognitive therapy of depression.** New York : Guilford.

Beeber,L.S.(1996).Pattern integration in young depressed women : Part I.**Archives of Psychiatric Nursing** (10)13 : 151-156.

Boyd, M.A. (2005). Psychiatric Nursing Contempory practice (3rd ed.): Southern Illinosis University Edwardsville,IL.

Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, Macflynn G, Lynch G . (2000) **Depressive symtoms in stable chromic schizophrenia: prevalence and relationship to Psychopathology and treatment. Schizophr** Res;45:47-56.

Beeder, A.B. and Millman, R. B. (1997). Treatment of patients with psychopathology and substanceabuse. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman and J.G. Langrod (Eds.), Substance abuse : A complehensive textbook. 3rd ed. Bultimore: Williams and Willkins.

Bendelow B,Muller P, Gaebel W, Kopcke W, Linden M, Muller – spahn F, et al.(1990) **Depressive syndromes in schizophrenic patients after discharge from hospital**. ANI Study Group Berlin,Dusseldorf,Gottingon,Munich,Eur,Arch Psychiatry Clin Neurosci.

Beck ,Rush,Shaw&Emery.(1979).**Cognitive therapy of depression**.New York: The Guildford Press.

Buckwalter, K.C. (1991). Community mental health and home care. In G.K. Mcfarland & M.D. Thomas (Eds.), **Psychiatric Mental Health Nursing: Application of the Nursing Process.** Philadelphia: J.B. Lippincott.

Beeber, L.S. 1996. Pattern integration in young depressed woman : Part I. Archives of Psychiatric Nursing (1)13 : 151-156

Buckwalter, K. C. (1991). Community mental health and home care. In G.K. Mcfarland & M. D. Thomas (Eds.), **Psychiatric Mental Health Nursing: Application of the Nursing Process.** Philadelphia: J.B. Lippincott.

Casey, P and Corvin, A. (2008). The Clinical Impact of Substance A Study in an Irish Population. TSMJ, 9:14-17

Ciran Mulholland and Stephen Cooper .(2002).The symptom or depression in schizophren and its management. **Advances in psychiatric Treatment** 6:169-177

Cobb,S.(1976).Social Support as a Moderator of life Stress**. Psychosomatic Medicine** .38(1976): 300-314

Cohen,C.I.,(1995).**Studies of the course and outcome of schizophrenia in later life**.Psychiatr. Serv.46(9)877-879,889.

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

Cohen, C.I., Talavera, N., Hartung, R., 1996. **Depression among aging persons with schizophrenia who live in the community**. Psychiatr.Serv. 47 (6), 601-607.

Cunningham, P. A. (2007). The role of the psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse,** 25(10), 645-652.

DeHert, M.,McKenzie, K., Peuskens, J., 2001. **Risk factors for suicide In young people suffereing from schizophrenia: a long-term Follow-up study.** Schizophr. Res.

47 (2-3), 127-134.

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

Faltz, B.G. and Sellin, S.C. (2005). In Mary Ann Boyd. **Editor. Issue in Dual Disorders. Psychiatric Nursing C**ontemporary Practice. 3rd ed. Philadephia: Lippincott Williams & Wilkins.

Fox, C., & Kane, F. (1996). **Psychiatric-Mental Health Nursing: Integrating The Behavioral and Biological Sciences**. Philadelphia: W.B.Sauders Company.

Frisch,N.C., & Frisch,L.E.(1998). Psychiatric mental health nursing (2nd ed.)..U.S.A.:Springer.

Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F. and Noordsy, D.L. (2007). **Schizophrenia and co-occuring substance use disorder**. American Journal of Psychitry. 164: 402-408

Harris & Edlund .(2005).**Use of Mental Health Care and Substance Abuse Treatment Among Adults with Co-occuring Disorder.** .[on line].Available fromhttp://ps.psychaitryonline. Org.[2009,June 25]

Hausmann A. Fleischhacker WW. (2002). **Differential diagnosis of depressed mood in patients with Schizoplhrenia:** a diagnostic algorithm based on a review. Acta Psychiatr Scand : 106:83-96.

Hoff, R.A., & Rosenheck, R.A. (1998). **Long term patterns of service use and cost Among patients with both psychiatric and substance abuse disorders.** Medical Care 36:835-843.

Hollon & Shaw.(1979).Group cognitive therapy for depression patients.In A.T. Beck , Rush,Shaw&Emery.(1979).**Cognitive therapy of depression**.New York: The Guildford Press.

House,J.S.(1981).**Work stress and social support**. New Jersey:Prentice Hall.

Jin, H., Zisook, S., Palmer, B. W., Petterson, T.L., Heaton, R.K., Jeste,D.V., 2001. Association of depressive symptoms and functioning in schizophrenia: a study in older outpatients. J. Clin. Psychiatry 62 (10), 797-803.

Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1995). **Kaplan & Sadock'synopsis of psychiatry : behavioral sciences and clinical psychiatry.** 9 ed. Baltimore. Williams & Wilkins.

Kaplan HI, Sadock BJ. (2000).**Comprehensive textbook of psychiatry**. Vol.l. 7th ed. Philadelphia:Williams & wilkins;. 1110-6.

Kaplan HI, SadockBj.(1997) **.Synopsis of psychiatry: behavioral sciences**. In: Clinical psychiatry.8th ed. New york: Williams & Wilkins:. p. 459.

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

Quilan,J.&Ohlund,G,.(1995).**Psychiatric Home Care.Home Health Care Nurse**,13(4),20-24.

Keltner, N.L., Schwecke, L.H. and Bostrom, C.E. (1999). **Psychaitric Nursing**. 3rd ed. Missouri: Mosby.

Kohler CG,Lallart EA.(2002).**Postpsychotic depression in schizophrenia patients**. Curr Psychiatry Rep .8:273-8.

Maggini, C. and Raballo, A. 2006. **Exploring depression in schizophrenia.** European Psychiatry. 21: 227-232.

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

Norton, N., Williams, H.Y. and Owen, M.J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. **Current Opinion in psychiatry**. 19 (March 2006): 158-164.

Overall & Gortham,D.R. (1995). **The Brief Psychiatric Rating Scale**. Psychological Report.

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

Roy, A., Thompson, R. and Kennedy, S. (1983). **Depression in chronic schizophrenia.** British Journal of Psychiatry,142:465-470.

Sasock, B.J. and Sadock, V.A. (2005). **Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical Psychiatry. 4th ed. Newyork**: Lippincott Williams & Wilkins.

Seok– Man Kwon and Tiam P.S.Oei.(2003). Cognitive change processes in a group cognitive Behavior therapy of depressions. **Journal of Behavior Therapy and Experimental**

Psychiatry 34:73-85.

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

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

Subotnik, K. L., Nuechterlein, K. H., Asarnow, R. F., et al .1997**. Depressive symptoms in the early course of schizophrenia: relationship to familial psychiatric illness**.American Journal of Psychiatry, 154, 1551-1556.

Swartz, M. S., Swanson, J. W. and Wagner, H. R. (2006). **Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication**. The British Journal of Psychiatry: 189(4): 354 – 360.

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.

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

Van Putten T , May RP(1978) **Akinetic depression in schizophrenia**.Aech Gen Psychiatry 1978;35:1101-7

Zisook S, Mc Adams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson TL.(1999) **Depressive Symptoms in schizophrenia.** Am J Psychiatry : 156: 1736-43.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์วรวิทย์ สัมฤทธิ์ดี	นายแพทย์ชำนาญการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
นางเอื้ออารีย์ สาริกา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
อาจารย์ ดร. กนกอร ชาวเวียง	อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
นางสาวอัญชลี ทรงผงสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/0599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชะนีศรีศตพรรษ ชั้น 11

ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรีนิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง”โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1.นายแพทย์วรวิทย์ สัมฤทธิ์ดี นายแพทย์ชำนาญการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์วรวิทย์ สัมฤทธิ์ดี
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137,0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี โทร.08-7114-5755
ที่ ศธ 0512.11/0599 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรีนิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง”โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1.นางเอื้ออารีย์ สาริกา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางเอื้ออารีย์ สาริกา
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137,0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี โทร.08-7114-5755
ที่ ศธ 0512.11/0599
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรีนิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง”โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

อาจารย์ ดร. กนกอร ชาวเวียง อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. กนกอร ชาวเวียง
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137,0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี โทร.08-7114-5755
ที่ ศธ 0512.11/0599 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรีนิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง”โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137,0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี โทร.08-7114-5755

ที่ ศธ 0512.11/0599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าหลวง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรีนิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง”โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

นางสาวอัญชลี ทรงผงสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวอัญชลี ทรงผงสุข
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137,0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี โทร.08-7114-5755

ที่ ศธ 0512.11/0755 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์หาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชะนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มกราคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยบาดาล

เนื่องด้วย นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง จำนวน 56 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวแก้วตา มีศรี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137,0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี โทร.08-7114-5755

ที่ ศธ 0512.11/0755

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์หาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชะนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มกราคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยบาดาล

เนื่องด้วย นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง จำนวน 56 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137,0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี โทร.08-7114-5755

ภาคผนวก ค

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร,2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบแบบประเมินอาการทางจิต

$$CVI = \frac{18}{18} = 1.00$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค

$$CVI = \frac{21}{21} = 1.00$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

$$CVI = \frac{28}{30} = 0.93$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{22}{24} = 0.92$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบแบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

$$CVI = \frac{41}{43} = 0.95$$

ภาคผนวก ง

สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
neg1	61.9000	561.059	.355	.966
neg2	61.9667	547.689	.631	.965
neg3	61.5000	535.155	.786	.963
neg4	61.6667	531.540	.738	.964
neg5	62.0333	533.413	.747	.964
neg6	62.0333	548.447	.700	.964
neg7	61.0667	547.030	.488	.966
neg8	61.3667	532.447	.747	.964
neg9	61.9000	539.059	.713	.964
neg10	61.8333	547.178	.574	.965
neg11	61.8667	537.706	.735	.964
neg12	62.4667	566.051	.395	.966
neg13	62.1333	556.257	.485	.965
neg14	61.8000	540.097	.704	.964
neg15	62.2667	539.099	.802	.963
neg16	61.8000	535.269	.722	.964

neg17	62.3333	542.506	.610	.965
neg18	62.1000	535.886	.750	.964
neg19	62.5667	562.944	.500	.965
neg20	62.2000	540.234	.802	.963
neg21	61.8667	523.913	.823	.963
neg22	61.7667	532.806	.819	.963
neg23	61.6667	522.230	.859	.963
neg24	61.9333	530.409	.784	.963
neg25	61.7333	538.478	.795	.963
neg26	61.7333	532.409	.787	.963
neg27	61.9667	540.033	.743	.964
neg28	61.9333	534.064	.790	.963

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.965	28

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
so1	68.87	219.292	.735	.925
so2	69.17	247.316	-.080	.938
so3	68.60	223.559	.721	.926
so4	68.87	222.740	.629	.927
so5	68.73	220.064	.804	.924
so6	68.80	224.097	.749	.926
so7	69.17	220.626	.689	.926
s8	68.87	235.499	.292	.932
s9	68.67	234.920	.353	.931
s10	68.83	235.385	.328	.931
s11	68.57	233.702	.364	.931
s12	69.33	225.816	.626	.927
s13	69.30	226.493	.682	.927
s14	69.20	222.234	.724	.926
s15	68.93	223.926	.737	.926
s16	69.00	236.207	.246	.933
s17	69.07	230.478	.459	.930
s18	68.43	224.116	.625	.927
s19	68.80	222.717	.713	.926

s20	68.70	222.907	.748	.925
s21	68.60	224.869	.702	.926
s22	69.00	225.379	.667	.927
s23	68.97	225.964	.584	.928
s24	68.90	222.093	.703	.926
s25	69.03	228.516	.573	.928

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.931	25

แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	3.5333	6.671	.123	.610
s2	3.5667	5.771	.520	.544
s3	3.4000	7.490	-.184	.657
s4	3.8000	7.338	-.118	.630
s5	3.6333	5.826	.530	.545
s6	3.5000	7.362	-.139	.650
s7	3.9333	7.237	.000	.608
s8	3.8667	6.740	.328	.587
s9	3.7667	6.737	.181	.598
s10	3.9333	7.237	.000	.608
s11	3.9333	7.237	.000	.608
s12	3.9333	7.237	.000	.608
s13	3.7333	6.616	.217	.594
s14	3.8667	7.568	-.283	.634
s15	3.8667	7.085	.065	.608
s16	3.8333	6.557	.375	.579
s17	3.9333	7.237	.000	.608
s18	3.9333	7.237	.000	.608
s19	3.9000	6.645	.593	.576
s20	3.7000	6.907	.064	.615

s21	3.8667	7.430	-.186	.627
s22	3.8333	6.626	.329	.584
s23	3.9333	7.237	.000	.608
s24	3.9333	7.237	.000	.608
s25	3.8000	6.441	.385	.575
s26	3.8333	7.040	.064	.609
s27	3.8667	7.154	.014	.612
s28	3.9333	7.237	.000	.608
s29	3.9000	6.645	.593	.576
s30	3.9333	7.237	.000	.608
s31	3.9000	6.645	.593	.576
s32	3.9000	6.645	.593	.576
s33	3.8667	6.740	.328	.587
s34	3.9333	7.237	.000	.608
s35	3.9333	7.237	.000	.608
s36	3.8667	7.154	.014	.612
s37	3.9333	7.237	.000	.608
s38	3.9333	7.237	.000	.608
s39	3.9000	6.645	.593	.576
s40	3.9333	7.237	.000	.608
s41	3.8667	6.740	.328	.587
s42	3.9333	7.237	.000	.608
s43	3.9000	6.645	.593	.576

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.607	43

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา และอาชีพ โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ความคิดหรือประสบการณ์ที่จะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ยาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ และอาการข้างเคียงของยายาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง [ ] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

[ ] 1. พุทธ [ ] 2. คริสต์

[ ] 3. อิสลาม [ ] 4. อื่นๆ ระบุ……..

4. สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) หย่า

( ) คู่ ( ) แยกกันอยู่

( ) หม้าย

5. ระดับการศึกษา

( ) ประถมศึกษา ( ) ปริญญาตรี

( ) มัธยมศึกษา ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

( ) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร ( ) อื่นๆ.....

6.อาชีพ

( ) ไม่ได้ทำงาน ( ) รับจ้าง

( ) เกษตรกรรมค้าขาย ( ) ค้าขาย

( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) อื่น ๆ .....

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

[ ] 1. ไม่มี

[ ] 2. มี ระบุโรค.....

8. ท่านใช้สารติดหรือไม่

[ ] 1. ไม่ใช้สารเสพติด

[ ] 2. ใช้สารเสพติด ระบุสารเสพติดที่ใช้.....

9. ท่านมีความคิดหรือประสบการณ์ที่จะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายหรือไม่

[ ] 1. ไม่มี

[ ] 2. มี โดยวิธี.....

10. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี

11. ยาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ (ขอดูซองยา)

1. …….

2. ……

3. ……

4. ……....

12. เมื่อรับประทานยารักษาโรคจิต ท่านมีอาการข้างเคียงของยา หรือไม่

[ ] 1. มีอาการสั่นที่มือ,แขน,ขา หรือตัวแข็ง

[ ] 2. มีอาการคอแข็ง,ตาเหลือก,ขากรรไกรค้าง

[ ] 3. มีอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้

[ ] 4. มีอาการเคี้ยวปาก,ดูดลิ้น,แลบลิ้น

[ ] 5. ปากแห้ง, คอแห้ง

[ ] 6. ไม่มีอาการข้างเคียงของยา [ ] 7. อื่นๆ ระบุ.....

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วย

แบบประเมินอาการทางจิต BPRS

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	คะแนน

1	Somatic Concern (G) คุณรู้สึกว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่	
2	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม /ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม / รู้สึกมีอาการใจสั่น / อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของคุณไหม	
3	Emotional withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัวมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่นไม่แสดงอารมณ์หน้าเฉยเมย	
4	Conceptual disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ต่อเนื่อง(ดูใน 15 นาทีแรก)	
5	Guilt Feeling (G) คุณรู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่	
6	Tension (G) มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น	
7	.....	
8	.....	
9	....	
	.....	
	.....	
	.....	
	....	
	.....	
16	Blunted affect (N) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์	
17	Excitement (P) มีท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข	
18	Disorientation (G) ถาม วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล	

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลข (0,1,2,3) ซึ่งอยู่หน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรง หรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยไม่คำนึงถึงความถูกหรือผิด

1. 0 ฉันไม่รู้สึกซึมเศร้า

1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า

2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้

3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว

2. 0 .....

1 .....

2 ……...

3 ……

3. 0 .....

1 .....

2 ……...

3 ……

4. 0 .....

1 .....

2 ……...

3 ……

5. 0 .....

1 .....

2 ……...

3 ……

21. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าถูกลงโทษ

1 ฉันรู้สึกว่าฉันอาจถูกลงโทษ

2 ฉันคาดว่าถูกลงโทษ

3 ฉันรู้สึกว่าถูกลงโทษ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้กาเครื่องหมาย ✓ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. มีคนที่ท่านไว้ใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้					
2. คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
3. ท่านได้รับความรักความอบอุ่น จากครอบครัวของท่าน					
4. ท่านไม่เคยรู้สึกเหงา ว้าเหว่ แม้ต้องอยู่ตามลำพัง					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

.....					
.....					
.....					
25บุคคลรอบข้างให้การยอมรับ เมื่อท่านช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตท่านในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
<u>ด้านสุขภาพ</u> 1. ท่านเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล		
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงาน หรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ		
3.		
.....		
.....		
.....		
.....		
<u>ด้านครอบครัว</u> 8. สามีหรือภรรยาเสียชีวิต		
9. หย่า แยก		
.....		
.....		
.....		
.....		

.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
43.....		

ภาคผนวก ฉ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง
ชื่อผู้วิจัย นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลชัยบาดาล ต.ลำนารายณ์ อ.ชัยบาดาล จ.ลพบุรี
(ที่บ้าน) 9/114 ม. 2 ถ.เลียบวารี แขวง โคกแฝด เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร
E-mail: pinnaphat@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอย่างไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ในการตอบแบบสอบถามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลลงใน แบบ สอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคกลาง โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. อายุระหว่าง 20- 59 ปี

3. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี อ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

5. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 143 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างจากทุกหน่วยของประชากร ซึ่งภาคกลาง ประกอบไปด้วย 22 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุทัยธานี กรุงเทพมหานคร ชัยนาท นครนายก นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรี และอ่างทอง โดยในการศึกษาในครั้งนี้ได้เลือกกลุ่มศึกษาโรงพยาบาลแบ่งตามเขต สปสช.เขต4 ประกอบไปด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี สิงห์บุรี และอ่างทอง สุ่มตัวอย่างได้ 5 จังหวัด ได้แก่จังหวัดลพบุรีมีโรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีโรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง จังหวัดสระบุรีมีโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง จังหวัดปทุมธานีมีโรงพยาบาลชุมชน8 แห่งและจังหวัดสิงห์บุรีมีโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง และ สุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับชุมชนในจังหวัดนั้น ซึ่งผลการสุ่มได้โรงพยาบาลชัยบาดาล และโรงพยาบาลเสนา และเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวันที่มารับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยทุกรายจนครบ 143 ราย

6. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต ส่วนที่3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค ส่วนที่ 4แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่วนที่5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 6แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

7.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน และเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยในแง่มุมอื่นๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

8.หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 087-1145755

9. ในการขอดูข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

10.ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

11.ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย……

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า.....ได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อนางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี สถานที่ติดต่อสะดวกที่สุดระหว่างทำการวิจัย โรงพยาบาลชัยบาดาล ต.ลำนารายณ์ อ.ชัยบาดาล จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ 08-71145755 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ และแนวทางการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการศึกษา ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที ในกรณีที่มิได้แจ้งให้ผู้ทำการวิจัยทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครองความปลอดภัยของข้าพเจ้าเป็นโมฆะ (ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

.....	.....
วันที่ / เดือน / ปี	ผู้ร่วมวิจัย
.....	.....
วันที่ / เดือน / ปี	(นางภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี)
	ผู้วิจัยหลัก

....

วันที่ / เดือน / ปี (.....)

พยาน

ภาคผนวก ช

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลชัยบาดาล

ที่ ลบ ๐๐๒๗.๓๐๑/๖๕๕ **วันที่** ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาระเบียบวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน คุณภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง เพื่อพิจารณาระเบียบวิจัยและจริยธรรมจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนการเก็บข้อมูลนั้น คณะอนุกรรมการฯได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล เห็นควรอนุมัติให้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย เลขที่ IRB.sena ๑/๕๕ ลงวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ โดยมีระยะเวลา ครบกำหนด ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่อนุญาต

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายวสันต์ เวทย์วัฒนชัย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยบาดาล

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรม

ที่ อย 0027.223/471 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาระเบียบวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน คุณภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง เพื่อพิจารณาระเบียบวิจัยและจริยธรรมจากคณะอนุกรรมการพิจารณา โครงการวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนการเก็บข้อมูลนั้น คณะอนุกรรมการฯได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล เห็นควรอนุมัติให้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย เลขที่ IRB.sena 1/55 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2555โดยมีระยะเวลา ครบกำหนด 1 ปี นับตั้งแต่วันที่อนุญาต

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายแพทย์วิวัฒน์ ปองเสงี่ยม)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมสาขากุมารเวชกรรม)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน