

ปัจจัยทำนวยการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก



นางสาวพรพรรณ ศรีไธภา

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF RECURRENCE IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE
DISORDER, EASTERN REGION



Miss Pornpan Srisopa

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ภาคตะวันออก

โดย

นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

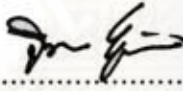
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

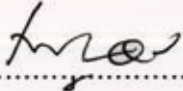
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

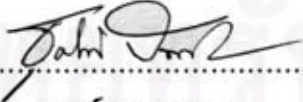
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

ศูนย์วิจัยสุขภาพจิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พพรณ ศรีโสภ : ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก
(PREDICTING FACTORS OF RECURRENCE IN PATIENTS WITH
DEPRESSIVE DISORDER, EASTERN REGION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก :

ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 146 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออก และ 2) ศึกษาอำนาจการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออกจากปัจจัย เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 140 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 5 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 4) แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และ 5) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ เครื่องมือทุกชุดผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือทุกฉบับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 คน ในภาคตะวันออก เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำจำนวน 54 คน (คิดเป็นร้อยละ 38.6)

2. ปัจจัยทั้ง 6 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกได้ร้อยละ 31.9 (Nagelkerke $R^2 = .319$) โดยมีสมการโลจิสติกส์ ดังข้างล่าง

$$\text{Log}_e \left[\frac{P}{1-P} \right] = 4.189 - .663 \text{ เพศ} - .058 \text{ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก} - .009 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} \\ - .831 \text{ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา} + .009 \text{ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต} \\ + .017 \text{ ความคิดด้านลบ}$$

สมการสามารถทำนายกลุ่มไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 83.7 กลุ่มเข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้องร้อยละ 51.9 และในภาพรวมมีประสิทธิภาพในการทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าถูกต้องร้อยละ 71.4

3. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 3 ตัวแปร คือ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก (Wald=7.625, OR=.943) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Wald=6.040, OR=.436) และความคิดด้านลบ (Wald=5.125, OR=.1017)

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ปีการศึกษา 2552

ลายมือชื่อนิติ..... พพรณ ศรีโสภ
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก *Ma*

5077585036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING.

KEYWORDS : DEPRESSIVE DISORDER / DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS /
RECURRENT DEPRESSION / PREDICTING FACTORS

PORNPAN SRISOPA : PREDICTING FACTORS OF RECURRENCE IN
PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER, EASTERN REGION. THESIS
ADVISOR: ASST.PROF.PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 146 pp.

The purposes of this descriptive research were: 1) to study recurrence in patient with depressive disorder in Eastern Region and 2) to determine the predictors of recurrence in patient with depressive disorder in Eastern Region, including sex, age at onset, social support, medication adherence behavior, stressful life event and negative cognition. Subjects of 140 patient with depressive disorder receiving service at psychiatric clinics, who met the inclusion criteria, were drawn from out-patient departments of Chaopharaya Abhaibhubejhr Hospital, Prapokkiao Hospital, Rayong Hospital and Muang Chachoengsao Hospital. Research instruments consist of five questionnaires: 1) demographic data sheet, 2) social support scale, 3) medication adherence behavior scale, 4) stressful life event scale and 5) automatic thoughts scale. All instruments were validated for content validity by 5 experts and tested for reliability. Statistic technique utilized in data analysis were frequency, percentage, range, standard deviation, mean, and logistic regression. Major finding were as follows:

1. Out of 140 patients with depressive disorder in Eastern Region, 54 subjects (38.6%) met the inclusion criteria of recurrent depressive disorder.
2. Six factors were all together accounted for 31.9 percent explained variance of recurrence in patient with depressive disorder (Nagelkerke $R^2 = .319$). The logistic response function was as follow: $\text{Log}_e \left[\frac{P}{1-P} \right] = 4.189 - .663 \text{ sex} - .058 \text{ age at onset} - .009 \text{ social support} - .831 \text{ medication adherence behavior} + .009 \text{ stressful life event} + .017 \text{ negative cognition}$

This function correctly predicted 87.7 percent in the group of patient who did not met the inclusion criteria of recurrent depressive disorder and 51.9 percent in the group of patient who met the inclusion criteria for an overall success rate of 71.4 percent.

3. Three factors significantly predicted recurrence of patient with depressive disorder, at the .05 level. They were age at onset (Wald=7.625, OR=.943), medication adherence behavior (Wald=6.040, OR=.436) and negative cognition (Wald=5.125, OR=.1.017).

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing,

Student's Signature PORNPAN SRISOPA

Academic Year : 2009.....

Advisor's Signature Penpaktra Uthis

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ให้ข้อคิดและประสบการณ์อันมีคุณค่าที่มีอาจหาได้ในห้องเรียน เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นในการเรียนและการทำงาน จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นที่สุด ศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพพยาบาลต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ทุกๆท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกๆ ท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนมอบทุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อชุมพวงน์ คุณแม่สุนันท์ และครอบครัวศรีโสภาก ที่เป็นกำลังใจอันมั่นคง สนับสนุนและอยู่เคียงข้างผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ทุกคน ที่ร่วมศึกษาดูด้วยกันมา ในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้แบ่งปันกำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาจนกระทั่งวันที่จบการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขอให้ท่านมีกำลังใจที่เข้มแข็งในการดำเนินชีวิตต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
บริบทและสถานการณ์โรคซึมเศร้าในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียง.....	17
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	19
การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า.....	34
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	67
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	69
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	75
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82

บทที่	หน้า
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	100
สรุปผลการวิจัย.....	102
อภิปรายผลการวิจัย.....	103
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	111
รายการอ้างอิง.....	113
ภาคผนวก.....	124
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	125
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	127
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	130
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ค จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	137
เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน.....	143
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	146

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามรายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2549-2550.....	18
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกตามโรงพยาบาล	69
3	แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
4	แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้และเมื่อนำไปเก็บข้อมูลจริง.....	79
5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ.....	85
6	พิสัย ค่ามัธยฐานเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก และระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ.....	86
7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกตามการเข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ.....	87
8	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	88
9	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำจำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.....	89
10	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) ของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำจำแนกตามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต.....	90
11	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ.....	91

ตารางที่		หน้า
12	พิสัย(Range) ค่าเฉลี่ย(\bar{X})และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) ความคิด อัตโนมัติด้านลบ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การ กลับเป็นซ้ำ.....	92
13	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ.....	93
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาโรคซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับการกลับ เป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า	94
15	ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ของตัวแปรทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคตะวันออกเฉียง.....	95
16	ค่าสถิติในการตรวจสอบความตรงของโมเดล.....	98
17	ร้อยละการทำนายของสมการโลจิสติกส์ในการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า.....	99

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การแสดงระยะต่างๆ ของโรคไข้เลือดออกและการรักษา.....	27



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยก่อให้เกิดสภาพความเป็นเมืองอุตสาหกรรมที่จะมีผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนในพื้นที่แถบนี้เป็นอย่างมาก ทำให้อาชีพของประชากรเปลี่ยนไปสู่อาชีพขายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมหรืออาชีพในภาคบริการ มีอัตราการโยกย้ายของประชากรสูงอันเนื่องมาจากการอพยพเข้าของแรงงานจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ (สุรัชชัย หวันแก้ว, ปรีชา คุวินทร์พันธ์, ประสิทธิ์ สวัสดิ์ญาติ, 2543) การแผ่ขยายของเศรษฐกิจภาคอุตสาหกรรมมีส่วนทำให้เกิดการสูญเสียของชุมชนภาคเกษตรกรรม อัตราค่าครองชีพสูงขึ้นตามวิถีชีวิตแบบเมือง การร่วมมือระหว่างชาวบ้านลดลง ระบบการจ้างแรงงานเข้ามาแทนที่การแลกเปลี่ยนแรงงานหรือการช่วยเหลือกัน ขนาดครอบครัวมีขนาดเล็กลงเป็นครอบครัวเดี่ยว พ่อแม่เป็นที่ปรึกษาและผู้ช่วยเหลือในยามจำเป็น ส่วนใหญ่แต่ละคนต้องตัดสินใจโดยตัวเอง ชีวิตในโรงงานมีความสำคัญในการกำหนดบทบาทชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวได้ตามสถานการณ์ และจัดการกับความรับผิดชอบหรือภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนเกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น โดยเฉพาะความเครียดเป็นมูลเหตุที่สำคัญที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เช่น การติดสุรา ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย (ประยูกต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2543)

การพัฒนาทางด้านกายภาพส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้า ดังจะเห็นได้จากการสำรวจระบาดวิทยา ระดับประเทศในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือในคนไทยที่อายุระหว่าง 15-59 ปี ด้วยแบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตที่มีอัตราความชุกมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.98 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 1.75 และเพศหญิง 4.30 (กรมสุขภาพจิต, 2546) และจากสถิติของกรมสุขภาพจิตตั้งแต่ปี 2549 พบว่าจังหวัดต่างๆของภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับที่สูง เช่น จังหวัดชลบุรีมีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดเท่ากับ 117.92 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ จังหวัดสระแก้วและจันทบุรี เท่ากับ 124.46 และ 72.65 ตามลำดับ และในปี 2550 พบว่าจังหวัดสระแก้วมีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดเท่ากับ 170.83 รองลงมาได้แก่ จังหวัดจันทบุรีและชลบุรีคิดเป็น 137.70 และ 112.53 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2550) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลระหว่าง

ปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 เป็นรายจังหวัดจะพบว่า อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากรแสนคนในภูมิภาคตะวันออก ในจังหวัดสระแก้ว ฉะเชิงเทรา ตราด และจันทบุรี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนับตั้งแต่ปี 2549 นอกจากนี้ปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาสำคัญของประชากรในภาคตะวันออกเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากที่ นายแพทย์อภิชัย มงคล (2550) รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตกล่าวว่า แม้ว่าสถิติปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยจะพบอัตราสูงสุด 5 อันดับแรกอยู่ในภาคเหนือ แต่อัตราการฆ่าตัวตายในภาคเหนือในปี 2550 ลดลงครึ่งหนึ่งจากปี 2549 แต่ในภาคตะวันออกกลับพบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2550 ลดลงน้อยมากเมื่อเทียบกับปี 2549 ส่งผลให้ในอนาคตแนวโน้มของปัญหาการฆ่าตัวตายจะย้ายมาที่ภาคตะวันออก โดยเฉพาะที่จังหวัดระยอง จันทบุรีและตราด อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้าทั้งหมด แต่พบว่าร้อยละ 60 ถึง 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน ประกอบกับการไม่สามารถปรับตัวได้จากปัญหาเศรษฐกิจ การเลิกจ้าง และการย้ายถิ่นฐาน เป็นต้น

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีลักษณะอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ เป็นๆหายๆ และบุคลิกภาพของผู้ป่วยก็ไม่พิการหรือเสื่อมถอย เป็นโรคที่พบบ่อยได้มากกว่าโรคจิตเภทถึง 10 เท่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) และสามารถเป็นได้ทุกช่วงวัย โดยโรคซึมเศร้าในเด็กอาจยากแก่การวินิจฉัยเนื่องจากข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ด้านอารมณ์และการใช้ภาษา (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) บุคคลทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตประมาณร้อยละ 7 – 12 ในผู้ชาย และร้อยละ 20 – 30 ในผู้หญิง โดยสูงที่สุดในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Stuart and Laraia, 2001) โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20 ถึง 50 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นคือ 40 ปี แม้ว่าข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาระบุว่า การเริ่มเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกในวัยเด็กหรือในวัยผู้สูงอายุพบได้น้อยมาก แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบโรคซึมเศร้าในวัยเด็กเพิ่มมากขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคลมชัก โรคหัวใจ เป็นต้น และพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 43 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตชนิดอื่นๆ (Stuart and Laraia, 2001) แม้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถรักษาได้หรือง่ายต่อการรักษาโดยประมาณร้อยละ 80 – 90 ของผู้ป่วย สามารถรักษาได้ด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับจิตบำบัด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542: 1) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ตลอดช่วงชีวิตอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ส่วนผู้ป่วยที่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำ 2 ครั้งจะมีการกลับเป็นซ้ำได้อีกประมาณร้อยละ 80 ทั้งนี้โดยทั่วไปการกลับเป็นซ้ำจะเกิดขึ้นภายใน 5 ปี

ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก และบุคคลที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะมีประวัติการกลับเป็นซ้ำประมาณ 5-9 ครั้งตลอดช่วงชีวิต (Borcusa and Iacono, 2007: 960) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่ป่วยเป็น major depression แล้ว มีความเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นปกติ 2-4 เท่าต่อการป่วยเป็น major depression เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกในอนาคต โดยหากวัดจากความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีหรือ Year of Life ปรากฏว่าโรคซึมเศร้าได้เปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ.1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (Murray and Lopez, 1996 อ้างถึงใน ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2551: 61 - 68) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี พ.ศ. 2549 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับเฉพาะโรคทางกลุ่มสุขภาพจิตและจิตเวช (คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บกระทรวงสาธารณสุข, 2542) โดยกลุ่มอาการของโรคซึมเศร้าจะรบกวนจิตใจของผู้ป่วยอย่างมากและสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ยาเสพติด อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547) นอกจากโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสำหรับตัวผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งต้องเผชิญกับความลำบากใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ต้องทนทุกข์ทรมานมากเท่าๆ กับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเลยทีเดียว (Jenkin et al., 1999 อ้างถึงใน ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าจะไม่ใช่สาเหตุให้ผู้ป่วยทุกรายมีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นระยะเวลาานานกว่าโรคทางจิตชนิดอื่น ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ จะทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้บ่อย มีช่วงระยะเวลาที่มีอาการของโรคนานมากขึ้น มีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น ส่งผลให้ยากต่อการรักษา (Greden, 2001: 8) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าหลายครั้งจะส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย (Salomon et al., 2004) และทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเพิ่มสูงขึ้น 2 - 3 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งเพิ่มสูงขึ้น 4 เท่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 18 เดือน (Frasure et al., 1995 cited in Wright, Stern, and Phelan, 2005) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสังคม ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากกว่า 3,000 คน พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำมีความสามารถใน

การทำงานลดลงอย่างมาก สูญเสียผลิตภาพ (productivity) และสัมพันธภาพทางสังคม และร้อยละ 40 ต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Wittchen, Nelson, and Lachner, 1998 cited in Burcusa and Iacono, 2007)

จะเห็นได้ว่าปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยป่วยด้วยโรคนี้อย่างยาวนาน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในต่างประเทศพบการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 70 – 85 เมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 15 ปี (Mueller et al., 1999, Kennedy et al., 2003) แต่จากการศึกษาในประเทศไทยพบการศึกษาเพียง 2 เรื่องที่สะท้อนถึงอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่ การศึกษาต้นทุนบริการเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีวินิจฉัยโรคหลักตามระบบ ICD – 10 ในหมวด F32-F33 ของสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2545 – 2548 พบว่าการให้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี 2548 ส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยโรคหลักในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำโดยมีอาการรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต (F332: Recurrent depressive disorders, current episode severe without psychotic symptom) คิดเป็นร้อยละ 29.8 รองลงมาคือกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ โดยไม่มีอาการปานกลาง (F331: Recurrent depressive disorders: current episode moderate) คิดเป็นร้อยละ 18.3 (กิตติวรรณ เทียมแก้ว และคณะ, 2550: 10 - 21) นอกจากนี้มีการศึกษาของธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการติดตามการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 51 ราย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 6 รายที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (คิดเป็นร้อยละ 11.8) และ 45 รายมีการกลับเป็นซ้ำ (คิดเป็นร้อยละ 88.2) การศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำในอัตราที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด จึงสามารถกล่าวได้ว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงระดับวิทยาของโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำยังมีอยู่จำกัด เนื่องจากการศึกษาเรื่องการติดตามการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ได้ทำการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่างนั้น ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรและบอกขนาดของปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของภูมิภาคหรือระดับประเทศได้ชัดเจน ซึ่งการทราบข้อมูลถึงขนาดของปัญหาในแต่ละพื้นที่นั้น จะทำให้ทราบถึงขนาดของปัญหา และสามารถนำไปวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่ต่อไป แม้ว่าสถานการณ์โรค

ซึมเศร้าในภูมิภาคตะวันออกมีแนวโน้มสูงมากขึ้นแต่กลับไม่พบการศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภูมิภาคนี้ ผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของปัญหานี้ และสนใจทำการศึกษาศถานการณ์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในภูมิภาคตะวันออก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของภาคตะวันออกต่อไป

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกันทั้งทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา รวมเรียกว่า Biopsychosocial factors (ดวงใจ กษานติกุล, 2542: 82) ความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย หรือจิตใจมิได้เป็นผลจากปัจจัยทางชีวภาพเท่านั้น แต่ทั้ง 3 ปัจจัยล้วนมีบทบาทและมีผลต่อกัน (interaction) (Akiskal and McKinney, 1975 cited in Power, 2004) ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นได้ทั้งปัจจัยเสริม (predisposing) ปัจจัยเร่ง (precipitating) และปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating) (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าครั้งแรกและโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทยการศึกษาล้วนมุ่งเน้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าครั้งแรก มีเพียงการศึกษาของธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุตมรัตน์ (2551) ที่ได้ทำการศึกษาดูตามการดำเนินของโรคซึมเศร้าในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 51 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำได้แก่ เพศ ประวัติการขาดยา และความรุนแรงของการเกิดโรคในระยะแรก ส่วนการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยจำนวน 50 เรื่อง ของ Burcusa and Iacono, (2007) พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนมาก จำแนกเป็นปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic variables) ปัจจัยทางด้านคลินิก (clinical variable) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัว และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ผลการศึกษาพบปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก ประวัติโรคร่วมทางด้านจิตเวชใน Axis I, II ประวัติโรคทางจิตเวชในญาติสายตรง การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาปัจจัยการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของประเทศไทย ซึ่งจะสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรต่างๆ จากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ซึ่งเป็นตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ ที่เหลืออีก 3 ตัวแปรผู้วิจัยไม่ได้คัดเลือกเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประวัติโรคร่วมทางด้านจิตเวช ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในญาติสายตรง และระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก เนื่องจากผลการศึกษาของ รัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ดังข้างต้นพบว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรไม่ทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ตัวแปรระดับความรุนแรงใน episode แรก และประวัติโรคร่วมทางด้านจิตเวชใน Axis I, II ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้เนื่องจากข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงใต้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD - 10 ซึ่งไม่มีความละเอียดของการจำแนกโรคร่วมด้านจิตเวชเป็น Axis I, II เหมือนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM - IV

ซึ่งตัวแปรต่างๆ ที่ถูกคัดเลือกในการศึกษาครั้งนี้ มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่าดังนี้ ตัวแปรเพศจากการศึกษาของ Mueller et al. (1999) Kennedy, Abbott, and Paykel (2003) และ รัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยเพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่ามากกว่าเพศชาย ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Corruble, Falissard, and Gorwood, 2006, Horesh, Klomek, and Apter, 2008) และความคิดด้านลบ (Myriam and Susan, 2005, Alloy et al., 2006) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่าได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร่าครั้งแรก (Gile et al., 1989, Kessing, Anderson, and Motensen, 1998, รัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2551) การสนับสนุนทางสังคม (Wilhelm et al., 1999) และ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Doeschate et al., 2008, รัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2551)

จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร่าเป็นปัญหาที่รุนแรงและเรื้อรัง มีความซับซ้อนและกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีจำนวน episodes มากขึ้นเท่าใด การเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร่าแต่ละ episode ที่เกิดขึ้นนั้นจะมีระยะเวลาอันยาวนานมากขึ้นนำไปสู่การเกิดภาวะและความพิการตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย (Judd et al., 2000) และส่งผลกระทบต่อ ครอบครัวและสังคม และเนื่องจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพใน

ภูมิภาคตะวันออก ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ดังนั้นการทราบถึงข้อมูลเชิงระบาดวิทยาและปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของแต่ละพื้นที่จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ทราบถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถวางแผนการป้องกันการการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุมโดยการเพิ่มปัจจัยที่ช่วยป้องกันการการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และลดปัจจัยที่กระตุ้นการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาสถานการณ์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภูมิภาคตะวันออก ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภูมิภาคตะวันออก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทางด้านจิตเวชแก่ผู้ใช้บริการกระจายทั่วทุกพื้นที่แต่ละจังหวัดในภาคตะวันออก รวมถึงมีการส่งต่อผู้ป่วยทั้งจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาที่จิตแพทย์และเป็นผู้ป่วยในภายใต้คำสั่งของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีความหลากหลายของกลุ่มประชากร

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ ดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้รับบริการ ให้การดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยเพื่อกระตุ้นหรือรักษา ระดับของการฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการป้องกันสุขภาพ จึงเห็นความสำคัญของการศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและให้กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำในภาคตะวันออกเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยในเรื่อง เพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในภาคตะวันออกได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก จากปัจจัยในเรื่อง เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออก โดยเลือกศึกษาตัวแปรต่างๆตามที่ Burcusa and Iacono (2007) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากงานวิจัยจำนวน 50 เรื่อง ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกเป็นปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic variables) ปัจจัยทางด้านคลินิก (clinical variable) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัว และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ร่วมกับผลการศึกษาของ ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ที่ได้ทำการศึกษาการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี พบปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ การขาดยา และระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรเข้ามาศึกษาทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ เนื่องจากเป็นตัวแปรสำคัญที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัจจัยทางด้านด้านเพศ เนื่องจากสถานะเพศมีผลสำคัญต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้หญิงและผู้ชาย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543) ในเรื่องภาวะซึมเศร้านั้นพบว่าทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้นทั้งในแง่ของการมีอาการเศร้า มีอาการซึมเศร้า แต่สถานะเพศทำให้การแสดงออกของอารมณ์เศร้าในผู้หญิงและผู้ชายต่างกัน โดยทั่วไปค่านิยมของสังคมคาดหวังให้ผู้ชายต้องเป็นคนเข้มแข็ง และไม่แสดงอารมณ์โดยเฉพาะอารมณ์ที่แสดงถึงความอ่อนแอ เช่น เศร้า ร้องไห้ ดังนั้นผู้ชายจึงมักไม่พูดหรือแสดงความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ ออกมาอย่างชัดเจน แต่มักจะหันไปใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดชนิดอื่นๆมากกว่าที่จะยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2541) ส่วนผู้หญิง

มีแนวโน้มที่จะแสดงอาการไม่สบายใจ ทุกข์ใจ และไฝหะการช่วยเหลือเร็วกว่าผู้ชาย (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) จากการศึกษาของ รัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษาดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 51 ราย พบว่า ปัจจัยทางด้านเพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ โดยเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 6.5 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mueller et al. (1999) ที่ติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 380 คน เป็นระยะเวลา 15 ปี พบว่าเพศหญิงเป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Odd ratio=1.43, 95% C.I.=1.10-1.86) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kennedy (2003) ที่พบว่าเพศหญิงเป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) และการศึกษา Kessing (2004) ที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 1.14 เท่า ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยเพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก โรคซึมเศร้ามีความชุกช่วงชีวิตสูงมาก ในประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี โดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยเริ่มแรกของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่างอายุ 30-35 ปี (Sadock and Sadock, 2005) จากการศึกษาของ Kessing (2004) พบว่าผู้ป่วยอายุมากที่สุดที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่านั้นจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยซึ่งอายุมากถึง 1.69 เท่า นอกจากนี้ Gile et al. (1989) ได้ทำการติดตามการดำเนินของโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 36 เดือน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก่อนอายุ 20 ปี มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม ระบบการสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนับสนุนเพื่อเพิ่มปัจจัยปกป้องและป้องกันผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมนอกจากช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในครั้งแรกแล้ว ยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอีกด้วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Wilhelm et al. (1999) ซึ่งศึกษาความแตกต่างของปัจจัยด้านจิตใจระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า single episode และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 164 คน ติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ครั้ง มีความพึงพอใจในแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีการกลับเป็นซ้ำ

นอกจากนี้การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะมีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์ในระยะยาว ภายหลังจาก episode ของโรคซึมเศร้าอีกด้วย (Burcusa and Iacono, 2007) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังและผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการกลับเป็นซ้ำ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับประทานยาตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง สำคัญเสมอและต่อเนื่องเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Doesschate, Blockting, and Shene (2009) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านเศร้าในการรักษา ระยะ continuation และ maintenance ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำจำนวน 131 คน พบว่าการใช้ยาไม่ต่อเนื่องทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ที่ศึกษาการดำเนินโรคในระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ พบว่าผู้ที่มีประวัติขาดยามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่ขาดยาประมาณ 4 เท่า ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลการเกิดโรคซึมเศร้า และการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า มีการศึกษาจำนวนมากที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า เช่น Corruble, Falissard, and Gorwood (2006) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน episode ของโรคซึมเศร้าที่ผ่านมากับเหตุการณ์ในชีวิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 13,377 คนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวน episode ที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horesh, Klomek, and Apter (2008) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 50 คน อายุระหว่าง 35 ถึง 58 ปี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ และกลุ่มควบคุมซึ่งมีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำมีอัตราส่วนของเหตุการณ์การสูญเสียในวัยเด็กและในปีก่อนการเกิด first

episode สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มเมื่อวัดในระยะเวลาเดียวกัน ($p < .01$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

ความคิดด้านลบ ความคิดด้านลบทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้านักจะมองตนเองในแง่ลบ ผู้ป่วยมักจะตีความ (interpret) เหตุการณ์ต่างๆไปในทางที่ไม่ดีและผู้ป่วยจะคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนในความคิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิด ตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อไป มีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบความคิดด้านลบกับโรคซึมเศร้าในระยะแรกและโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำ ดังเช่น การศึกษาของ Lewinsohn et al. (1999) ที่ทำการศึกษาศักยภาพเชิงจิตสังคมในวัยรุ่นระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกและโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำพบว่าอารมณ์ซึมเศร้าและรูปแบบความคิดที่บิดเบือนเป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้านอกจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bos et al. (2005) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (cognitive) ปัจจัยทางด้านชีววิทยา (physiological) และบุคลิกภาพ (personality) ต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามีความคิดด้านลบมากกว่ากลุ่มผู้หญิงที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Alloy et al. (2006) พบว่ารูปแบบความคิดด้านลบสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความคิดด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานในการศึกษาค้างนี้ ดังนี้ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ สามารถร่วมกันทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Depressive disorder (F32) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา
2. กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Depressive disorder (F32) ตาม ICD-10 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา มีประวัติ

การรักษาในเวชระเบียนโดยต้องไม่มีช่วงใดช่วงหนึ่งที่ขาดการรักษา นานเกิน 6 เดือน และยังมี การติดตามการรักษาอยู่ที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง

3. ตัวแปรอิสระ เป็นตัวแปรที่คาดว่าจะสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึมเศร้าได้ มีจำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ

4. ตัวแปรตาม คือ การกลับเป็นซ้ำ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาสถานการณ์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งอนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2552

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Depressive disorder (F32) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และ 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า หรือเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ป่วยเพียงครั้งเดียวนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย (single episode)

การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยต้องไม่มีช่วงใดช่วงหนึ่งที่ขาดการรักษา นานเกิน 6 เดือน และมีอาการเข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำ 2 เกณฑ์ ซึ่งจิตแพทย์ผู้ให้การรักษามีการใช้ คือ 1) เป็น Recurrent depressive disorder (F33) ตาม ICD-10 หรือ 2) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการหลงเหลือเพียงเล็กน้อยติดต่อกันอย่างน้อย 4 เดือน และกลับมามีอาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของ ACNP Task Force (2006 cited in Rush et al., 2006)

เพศ หมายถึง สถานภาพซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก หมายถึง อายุเริ่มต้นของการป่วย

เป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก โดยมีอาการแสดงที่พบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) หรือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM-IV-TR

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับจากครอบครัวและบุคคลในสังคมนับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลได้ วัดได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่บุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer et al. (1981) แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socio – emotional need) ได้แก่
 - 1.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
 - 1.2 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย และการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและโอกาสในการปรับปรุงตนเอง
 - 1.3 การได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน
2. การช่วยเหลือด้านสื่อและเครื่องมือ (Instrumental aid) ได้แก่
 - 2.1 การช่วยเหลือด้านข่าวสาร ข้อมูล หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
 - 2.2 การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานและบริการ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ แรงงานและการได้รับการบริการ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านับตั้งแต่เริ่มได้รับการรักษาจนถึงปัจจุบัน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้า ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการประเมินเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต นับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกมาจนถึงปัจจุบันว่าเป็นปัญหาหรือคุกคามต่อชีวิต ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น วัดได้จากแบบวัดเหตุการณ์ในชีวิตซึ่ง สมจิตร์ นครพานิช (2531) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวทางแบบสัมพัทธ์เหตุการณ์ในชีวิต (Social Readjustment Rating Scale) ของ Holmes and Rahe (1967) แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. เหตุการณ์ความเครียดด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของภาวะสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกมาจนถึงปัจจุบัน

2. เหตุการณ์ความเครียดด้านครอบครัว หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกมาจนถึงปัจจุบัน

3. เหตุการณ์ความเครียดด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของฐานะทางการเงินและทรัพย์สินของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกมาจนถึงปัจจุบัน

4. เหตุการณ์ความเครียดด้านกรงาน หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของหน้าที่ความรับผิดชอบและอาชีพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกมาจนถึงปัจจุบัน

5. เหตุการณ์ความเครียดด้านสังคม หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของมั่นคงปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกมาจนถึงปัจจุบัน

ความคิดด้านลบ หมายถึง ลักษณะเนื้อหาความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้ามองตนเองในแง่ลบ หมดหนทางต่อสู้ และตีความเหตุการณ์ต่างๆไปในทางที่ไม่ดีและคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง ซึ่ง ประเมินได้จากแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon and Kendall (1980) แปล และเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับขนาดของปัญหาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาค ตะวันออก เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึมเศร้าต่อไป
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ในการกำหนด แผนการปฏิบัติงานและจัดให้บริการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยเพิ่มปัจจัย ปกป้องและลดปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า นำไปสู่การลดการสูญเสีย สมรรถภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการจัดกระทำกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อลด การกลับเป็นซ้ำโดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำราเอกสาร เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอ เป็นลำดับดังนี้

แนวคิดและทฤษฎี

1. บริบทและสถานการณ์ปัญหาโรคซึมเศร้าในพื้นที่ภาคตะวันออก
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 2.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 2.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
 - 2.4 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
 - 2.5 การรักษาโรคซึมเศร้า
 - 2.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
 - 3.1 สถิติการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
 - 3.2 การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
 - 3.3 ผลกระทบของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
 - 3.4 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
 - 3.5 การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับทุติยภูมิ
 - 3.6 บทบาทพยาบาลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 4.1 เพศ
 - 4.2 อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก
 - 4.3 การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.4 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 4.5 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
 - 4.6 ความคิดด้านลบ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. บริบทและสถานการณ์ปัญหาโรคซึมเศร้าในพื้นที่ภาคตะวันออก

จากจุดเริ่มต้นของโครงการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกอย่างเป็นทางการนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 เพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมและกระจายแหล่งที่ตั้งของอุตสาหกรรมจากกรุงเทพมหานคร นับเป็นเวลาเกือบ 30 ปีที่การแผ่ขยายของเศรษฐกิจภาคอุตสาหกรรมส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างมาก เกิดการสูญสลายของชุมชนภาคเกษตรกรรม เกษตรกรจำนวนไม่น้อยขายที่ดินทำกินและผันตัวเองเข้าเป็นแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการ อัตราค่าครองชีพสูงขึ้นตามวิถีชีวิตแบบเมืองตลอดจนการแข่งขันบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือย อัตราการเติบโตของชีวิตแบบเมืองล้วนแต่มีผลทำให้ชีวิตหมู่บ้านดั้งเดิมต้องเปลี่ยนแปลงไป (สมชัย สายสุขสวัสดิ์, 2537) การร่วมมือระหว่างชาวบ้านในหมู่บ้านลดลง ระบบการจ้างงานเข้ามาแทนที่การแลกเปลี่ยนแรงงานหรือการช่วยเหลือกัน ปัจจุบันชาวบ้านพึ่งตัวเองมากขึ้น ขนาดครอบครัวมีขนาดเล็กลงเป็นครอบครัวเดี่ยว หนุ่มสาวมีอิสระในการตัดสินใจในการเลือกหนทางชีวิตของตน พ่อแม่เป็นที่ปรึกษาและผู้ช่วยเหลือในยามจำเป็น ส่วนใหญ่แต่ละคนต้องตัดสินใจโดยตัวเอง ชีวิตในโรงงานมีความสำคัญในการกำหนดบทบาทในชีวิตประจำวัน เวลาที่มีความเร่งรัดและต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ทัศนคติและค่านิยมหลายๆอย่างเปลี่ยนแปลงไป การติดต่อพึ่งพาโดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวลดน้อยลง และสื่อต่างๆเช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ การคมนาคมที่สะดวกขึ้นเหล่านี้ทำให้โลกทัศน์ของชาวบ้านเปลี่ยนแปลงและเป็นการเปิดโลกให้กว้างขึ้น (สุริชัย หวันแก้ว, ปรีชา คุณินทร์พันธ์ และประสิทธิ์ สวาสดิ์ญาติ, 2543)

จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของเศรษฐกิจและสังคมจากงานภาคเกษตรกรรมเป็นภาคอุตสาหกรรม ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน เกิดการไม่สามารถปรับตัวได้ตามสถานการณ์ความเครียดซึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น จากการศึกษาในระดับวิทยานิพนธ์สุขภาพจิตของลูกจ้างสถานประกอบการในประเทศไทย พบว่าลูกจ้างสถานประกอบการมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.8 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ สถานภาพทางการเงินของตนเองและครอบครัว สวัสดิการที่ได้รับและการใช้สารเสพติด (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2547) ซึ่งการไม่สามารถจัดการกับความรับผิดชอบหรือภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย หรืออาจกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น โดยเฉพาะ

ความเครียดเป็นมูลเหตุสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงเช่น การติดสุรา ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย (ประยูกรต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2543)

จากการสำรวจภาวะบาดวิทย์าระดับประเทศในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือในคนไทยที่อายุระหว่าง 15-59 ปี จากการประเมินด้วยแบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตที่มีอัตราความชุกมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.98 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 1.75 และเพศหญิง 4.30 (กรมสุขภาพจิต, 2546) และจากสถิติจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากร 100,000 คน ของโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต มีดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามรายจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2549-2550

จังหวัด	พ.ศ.2549		พ.ศ.2550	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ฉะเชิงเทรา	112	17.12	128	19.42
ปราจีนบุรี	300	66.11	218	47.91
สระแก้ว	670	124.46	921	170.83
ชลบุรี	1,426	117.92	1,388	112.53
ตราด	79	35.92	108	48.97
จันทบุรี	365	72.65	694	137.70
ระยอง	414	72.15	414	70.95

จากตารางที่ 1 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากรแสนคนของภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี 2549 พบว่าจังหวัดชลบุรีมีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดเท่ากับ 117.92 ต่อประชากร 100,000 คน รองลงมาได้แก่ จังหวัดสระแก้วและจันทบุรี เท่ากับ 124.46 และ 72.65 ตามลำดับ และในปี 2550 จังหวัดสระแก้วมีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดเท่ากับ 170.83 รองลงมาได้แก่ จังหวัดจันทบุรีและชลบุรีคิดเป็น 137.70 และ 112.53 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2550) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 เป็นรายจังหวัดจะพบว่า อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากรแสนคนในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือในจังหวัดสระแก้ว ฉะเชิงเทรา ตราด และจันทบุรี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนับตั้งแต่ปี 2549 ซึ่งโรคซึมเศร้าสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เป็นปัญหาต่อการเรียน การทำงาน

ครอบครัวและสังคม และที่ร้ายแรงที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาสำคัญของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงใต้เห็นได้จากที่ นายแพทย์อภิชัย มงคล (2550) รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตกล่าวว่า แม้ว่าสถิติปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยจะพบอัตราสูงสุด 5 อันดับแรกอยู่ในภาคเหนือ แต่อัตราการฆ่าตัวตายในภาคเหนือในปี 2550 ลดลงครึ่งหนึ่งจากปี 2549 แต่ในภาคตะวันออกเฉียงใต้กลับพบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2550 ลดลงน้อยมากเมื่อเทียบกับปี 2549 ส่งผลให้ในอนาคตแนวโน้มของปัญหาการฆ่าตัวตายจะย้ายมาที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะที่จังหวัดระยอง จันทบุรีและตราด อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้าทั้งหมด แต่พบว่าร้อยละ 60 ถึง 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน ประกอบกับการไม่สามารถปรับตัวได้จากปัญหาเศรษฐกิจ การเลิกจ้าง และการย้ายถิ่นฐาน เป็นต้น

เป็นระยะเวลาประมาณ 30 ปี ที่โครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม รูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนในภูมิภาคนี้มาเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้าพบว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อได้ข้อมูลถึงขนาดของปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงใต้ และเป็นแนวทางสำหรับวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง เป็นโรคที่พบบ่อยมากกว่าโรคจิตเภทถึง 10 เท่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ความชุกชั่วชีวิตต่อการเกิดโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 7 – 12 ในผู้ชาย และร้อยละ 20 – 30 ในผู้หญิง (Stuart and Laraia, 2001) โรคซึมเศร้าพบได้ทุกเพศและทุกวัย โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20 ถึง 50 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นคือ 40 ปี การเริ่มเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกในวัยเด็กหรือในวัยผู้สูงอายุพบได้น้อยมาก แต่อย่างไรก็ตามพบโรคซึมเศร้าในวัยเด็กเพิ่มมากขึ้น วัยรุ่นที่มีอาการต่างๆของ major depression และวัยรุ่นที่ป่วยจนถึงขั้นเป็น major depression แล้ว มีความเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นปกติ 2-4 เท่า ต่อการป่วยเป็น major depression เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Greden, 2001, สุขชาติ พหลภาคย์, 2542) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคลมชัก โรคหัวใจ เป็นต้น และพบว่ามากกว่า

ร้อยละ 43 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตชนิดอื่นๆ (Stuart and Laraia, 2001)

2.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึงอารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือนุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง ซึ่งภาวะซึมเศร้าจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2536)

1. เป็นอารมณ์ปกติ (affect or state) ซึ่งใครๆก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ
2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or trait) คือ คงนานและระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) หรือมีผลจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่างๆ (secondary depression)
3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ผิดปกติคงนาน (mood disorder) และมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)
 - อาการทางกาย (vegetative) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคซึมเศร้าคือ middle และ terminal insomnia (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น วัยหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานมาก นอนมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (atypical)

พฤติกรรม (psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พุดช้า เคลื่อนไหวช้า พุดเสียงเบาและแยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือพุดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวาย กระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติด ต้องเดินไปเดินมารู้สึกทรมานใจอย่างมาก

ความคิดกังวล (cognitive) คิดเรื่องร้ายๆมองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิและขาดความมั่นใจ วิตกกังวลไปต่างๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แ่นหน้าอก หรือย้ำคิดย้ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเองว่าเลวหรือโง่ รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย รู้สึกตนเองไร้ค่าหมดหวัง

หนทางตัน ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ไขปัญหาทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตายซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 15 ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 60-90 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน

2.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ในปัจจุบันระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชที่นิยมใช้มีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการจำแนกขององค์การอนามัยโรคฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th หรือ ICD -10) และระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th หรือ DSM -IV-TR) ซึ่งในปัจจุบันทั้งสองระบบนี้มีแนวคิดส่วนใหญ่ที่คล้ายคลึงกัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) แต่อย่างไรก็ตามการลงรหัสของแต่ละโรคยึดตามระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโรคเพื่อให้สามารถลงในใบรายงานสถิติในประเทศได้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2538) ผู้วิจัยขอกล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD -10 และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งมีดังต่อไปนี้

การวินิจฉัย Depressive episode หรือ F32 ตามเกณฑ์ของ ICD – 10 ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจและสูญเสียความรู้สึกเพลิดเพลินสนุกสนาน ผู้ป่วยรู้สึกว่าพลังกำลังกายลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก อาการอื่นๆที่เป็นร่วมในขณะอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

- ก. มีสมาธิและความใส่ใจลดลง
- ข. ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง
- ค. มีความคิดว่าตนเองผิดและคิดว่าตนเองไม่มีค่าอาการนี้เกิดขึ้นได้แม้
อารมณ์ซึมเศร้าจะไม่รุนแรง
- ง. รู้สึกเหงาและมองอนาคตอย่างแง่ร้าย
- จ. มีความคิดหรือมีการกระทำที่เป็นการทำร้ายตนเองหรือเป็นการ
ฆ่าตัวตาย
- ฉ. มีการนอนที่ผิดปกติ
- ช. มีอาการไม่เจริญอาหาร

ระยะเวลาที่ซึมเศร้าจนสามารถวินิจฉัยเป็น depressive episode นั้น

ผู้ป่วยจะต้องซึมเศร้าอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ แต่ระยะเวลาอาจน้อยกว่านี้ก็ได้ถ้าเป็น อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นรุนแรงและเป็นเร็ว อารมณ์ซึมเศร้าจะเปลี่ยนแปลงน้อยวันต่อวัน อารมณ์ ซึมเศร้าจะไม่เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ แต่สภาพอารมณ์ซึมเศร่ากลับแปรเปลี่ยนในวันหนึ่งๆ คือช่วงเช้าอารมณ์ซึมเศร้าจะรุนแรง ช่วงสายหรือช่วงบ่ายอารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้น อารมณ์ ซึมเศร้าอาจจะไม่เป็นไปตามแบบฉบับโดยเฉพาะในวัยรุ่นกล่าวคือ แทนที่จะแสดงอาการอารมณ์ ซึมเศร้าตรงๆ ผู้ป่วยกลับแสดงอาการต่อไปนี้เป็นการเด่นคือ วิตกกังวล ทุกข์ทรมานใจ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง นอกจากนี้อาจจะมีอาการหงุดหงิด ดื้อรั้นมากๆ มีพฤติกรรมแบบ histrionic อาการกลัวอย่างผิดธรรมชาติหรืออาการย้ำคิดที่เคยเป็นกลับกำเริบ หรือมีอาการ หมกมุ่นอยู่กับ hypochondriasis

ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าอาจจะมีอาการ somatic symptoms ดังต่อไปนี้

- ก. ไม่สนใจใยดีหรือรู้สึกไม่ยินดีไม่ตั้งใจในกิจกรรมที่เคยทำให้ตนเองมี
ความสุข
- ข. ไม่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่เคยทำให้
ตนเองมีความสุข
- ค. ตื่นเช้ากว่าปกติ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า
- ง. สภาพอารมณ์ซึมเศร้าทรุดลงในตอนเช้า
- จ. ใจและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation) หรือใจ
และการเคลื่อนไหวระส่ำระสาย (psychomotor agitation) อาการในข้อนี้จะต้องเป็นอาการเชิง
วัตถุวิสัย (objective)

ฉ. ไม่เจริญอาหารอย่างรุนแรง

ช. น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5 หรือมากกว่านี้ในรอบเดือนที่ผ่านมา

ซ. ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก

โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการข้างต้นอย่างน้อยที่สุด 4 อาการจึงจะวินิจฉัยได้ว่า
ว่ามี somatic symptoms การแบ่งชนิดของ depressive episode ตามความรุนแรงของ ICD-10
จะอาศัยเกณฑ์ต่อไปนี้ในการแบ่งคือ จำนวนของอาการ ชนิดของอาการและความรุนแรงของแต่ละ
อาการ ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางอาชีพและทางสังคม

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR โดยในครั้งแรกจะ
กล่าวถึง Major Depressive Episode เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยโรค Depressive
Disorders ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

Major Depressive Episode ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR มีอาการดังต่อไปนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ mood-incongruent delusions หรือ hallucinations

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

หมายเหตุ: ในเด็กหรือวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด

(2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นมาจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

หมายเหตุ: ในเด็ก ดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มตามที่ควรจะเป็น

(4) นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน

(5) จิตใจและการเคลื่อนไหว(psychomotor) ระวังระส่าย (agitation) หรือเชื่องช้า (retardation) แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

(6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแต่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิด

อยากจะทำอยู่เรื่อยๆโดยมิได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

- B. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode
- C. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ บกพร่องลง
- D. อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด) หรือจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)
- E. อาการเข้าไม่ได้กับ ความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากมรณกรรมของคนที่ผู้ป่วยรัก (Bereavement) ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

การวินิจฉัย Major depressive disorder, single episode ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- A. มี Major Depressive Episode หนึ่งครั้ง
- B. Major Depressive Episode นี้ ไม่เข้าได้ดีกว่ากับ Schizoaffective Disorder และมีได้เกิดขึ้นซ้อนกับ Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder หรือ Psychotic Disorder Not Otherwise Specified ที่เป็นก่อนอยู่แล้ว
- C. ไม่เคยมี Manic Episode, Mixed episode, หรือ Hypomanic Episode

หมายเหตุ: ยกเว้นว่า manic-like episode หรือ mixed-like episode หรือ hypomanic-like episode นั้นเกิดจากสารหรือการรักษา หรือเป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

2.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยผสมผสานรวมกันคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจและสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) (ดวงใจ กสถานติกุล, 2542: 82) โดยปัจจัยแต่ละด้านมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม เป็นที่ยอมรับกันว่าพันธุกรรมมี

บพบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาในลูกของพ่อหรือแม่ที่เป็นโรค major depressive disorder จะมีความเสี่ยง 2-3 เท่าที่จะเป็นโรค major depressive disorder เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดโรคของลูกที่ไม่มีพ่อหรือแม่ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบคู่แฝด (twin studies) พบว่าคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียว (monozygotic twins) เมื่อแฝดป่วยเป็นโรค major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 50 ที่จะเป็นโรคเดียวกัน ในขณะที่คู่แฝดชนิดไข่สองใบ (dizygotic twins) เมื่อแฝดหนึ่งรายป่วยเป็นโรค major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 10-25 (สรยุทธ วาสิกนนานนท์, 2547)

การเปลี่ยนแปลงของสารนำสื่อประสาทในสมอง

(neurotransmitters) ได้แก่ serotonin , norepinephrine และ dopamine โดยพบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าบางรายมีการทำงานลดลงของสารนำสื่อประสาทซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยอาจเป็นสาเหตุของภาวะโรคหรือการปรับตัวของร่างกายต่อสภาวะซึมเศร้าได้ (สรยุทธ วาสิกนนานนท์, 2547)

การปรับระดับของฮอร์โมนในสมอง (neuroendocrine regulation)

สมองส่วน hypothalamus เป็นศูนย์กลางในการควบคุมระดับฮอร์โมนในสมองหลายชนิด โดยเฉพาะในส่วน hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis และ hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับฮอร์โมน cortisol และ thyroid stimulating hormone (TSH) พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อให้ยา dexamethasone ไปยับยั้ง cortisol hormone แต่ระดับ cortisol กลับไม่ลดลง ซึ่งการทดสอบที่ให้ผลบวกนี้จะหายไปเมื่อผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ระดับ TSH ไม่สามารถถูกกระตุ้นได้เท่าที่ควรด้วย thyrotropin-releasing hormone (TSH) ซึ่งแสดงว่าภาวะซึมเศร้าอาจเริ่มจากความผิดปกติของสมองในส่วนตั้งแต่ระดับ hypothalamus ขึ้นไป โดยทำให้การปรับระดับฮอร์โมนเสียไป (สรยุทธ วาสิกนนานนท์, 2547)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic

theory) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานที่สุด (primitive) ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

Cognitive Model ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck กล่าวว่าผู้ป่วย อารมณ์ซึมเศร้ามี cognition triad คือ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่างๆไปในทางไม่ดีและคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนในความคิดนี้เกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็กเช่น มีการสูญเสีย บิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้ เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิด ตีความ และตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในครั้งต่อไป ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

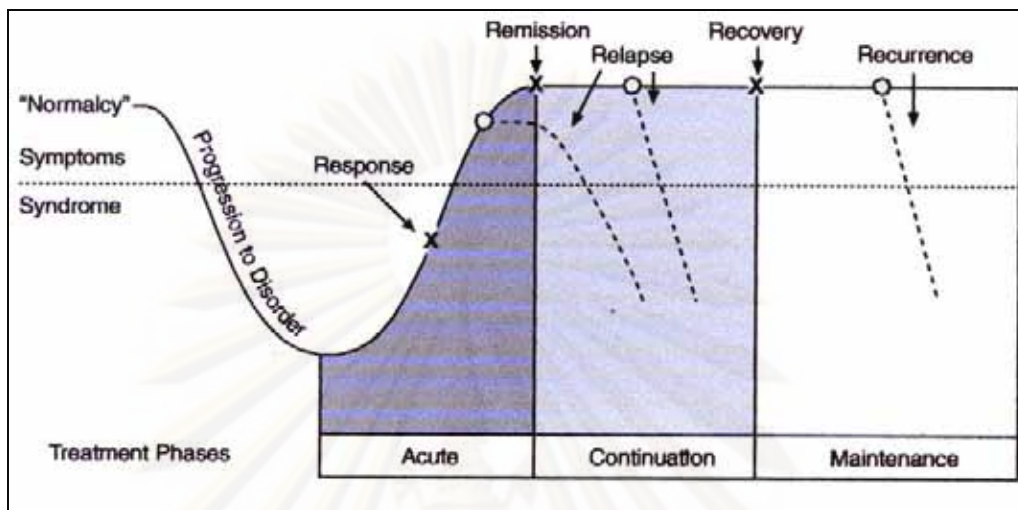
Behavioral Model มีแนวคิด 2 แบบคือ ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า และ ภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสม หรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป หรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (ดวงใจ กษานติกุล, 2542, สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

3. ปัจจัยด้านสังคม อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีก่อนป่วย เช่น การสูญเสีย มารดาก่อนอายุ 11 ปี การมีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีมากกว่า 3 คนอยู่ที่บ้าน เป็นต้น หรืออาจเป็นปัจจัยที่มากกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า (Wright et al., 2005) เช่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต บลาวันและทาลิส (Brown and Tharris, 1978 อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกันานนท์, 2547) รายงานว่าปัจจัยความเครียดทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคมเช่น การตายของบุคคลที่รัก เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากการศึกษาติดตามในระยะยาวสามารถยืนยันได้ว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า และช่วยทำให้อาการของโรคซึมเศร้า บรรเทาลงได้ (Durand and Barlow, 2006) นอกจากนี้การแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

2.4 การดำเนินและการพยากรณ์โรค

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเกิดขึ้นได้ทุกเพศและทุกวัย โดยมีหลักฐานยืนยันว่าเด็กทารกอายุ 3 เดือน สามารถที่จะแสดงอาการซึมเศร้าได้ ประมาณ 1 ใน 33 คนในวัยเด็ก และ 1 ใน 8 คน ในวัยรุ่นมีประสบการณ์ของการเป็นโรคซึมเศร้า (Greden, 2001) โดยการแสดงอารมณ์ซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ (Stein, Kupfer, and Schatzberg, 2006)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีลักษณะอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (episodic) เป็นๆหายๆ การดำเนินของโรคซึมเศร้ามีดังนี้ (Rush et al. 2006)



ภาพที่ 1 การแสดงระยะต่างๆของโรคซึมเศร้าและการรักษา (Kupfer,1991 cited in Dunner et al., 2007)

- Response คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้ามลดลงหลังได้รับการรักษา โดยติดตามได้จากอารมณ์ของผู้ป่วย การทำหน้าที่ในแต่ละวัน และ/หรือ ความเจ็บปวด/ความเศร้าโศก โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์
- Remission คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยระหว่างการรักษาในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญเป็นอันดับแรกในทางคลินิก โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจ และมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major depressive episode เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ ในการศึกษาทางคลินิกต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 12-20 สัปดาห์ในการประเมินอาการเพื่อให้เกิดการยอมรับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ remission อย่างแท้จริง
- Relapse คือ ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้น โดยเกิดหลังจาก remission แต่ก่อนระยะ recovery โดยอาการที่เกิดขึ้นครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive episode ของ DSM-IV
- Recovery คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยมาระยะเวลาหนึ่ง นั่นคือมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ภายหลังจากระยะเริ่มแรกของ remission

- Recurrence คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรค ซึมเศร้าอีก ภายหลังจากที่มี complete recovery นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะการเริ่มป่วย (onset) ที่แตกต่างกัน อาจใช้เวลาหลายวันจนถึงหลายสัปดาห์ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วหลังจากมีเหตุการณ์ หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรง และบางคนมีอาการอื่นนำมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆเดือนเช่น อาการวิตกกังวล กลัว (phobia) ตื่นตระหนก (panic) ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

ระยะเวลาที่ป่วยในแต่ละคนก็แตกต่างกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามักจะป่วยอยู่นานประมาณ 9 เดือนหากได้รับการรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายได้สนิท พฤติกรรมและความสามารถต่างๆ จะกลับสู่ระดับเดิมก่อนป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสที่จะเกิดครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 5 – 10 ของผู้ป่วย Major depressive disorder, single episode พบเกิด manic episode ในครั้งต่อๆมา (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548: 149-150) อาการเริ่มป่วยที่รวดเร็วฉับพลัน (acute) อาการที่รุนแรง (severe) และไม่มีประวัติโรคซึมเศร้ามาก่อนช่วยทำนายว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นได้ การทำนายโรคดี สิ่งที่ทำนายว่าจะมีอาการเรื้อรังคือ 1) จำนวนครั้งที่ป่วยถ้าเคยป่วยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปจะมีอาการเรื้อรัง 2) ป่วยครั้งแรกเมื่ออายุมากจะมีอาการกำเริบได้เร็วและเรื้อรัง โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 20 – 35 ของผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง คือมีอาการหลงเหลือหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่บ้างในด้านสังคมไปนานกว่า 2 ปี อาจมีช่วงที่ปกติปราศจากอาการได้ แต่ไม่เกิน 2 เดือน (ดวงใจ กษานติกุล, 2536: 375)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีมีการกำหนดช่วงระยะเวลาที่แน่นอน เกี่ยวกับการรักษาโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนกระทั่งเข้าสู่ระยะ recovery มีนักวิชาการจำนวนมากที่ได้กล่าวถึงระยะเวลาของการรักษาโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนกระทั่งเข้าสู่ระยะ recovery เช่น National Institute of Mental Health (NIMH) และ Collaborative Depression Study (CDS) (1974 cited in Keller, 1999) ได้ทำการศึกษาระยะเวลาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการป่วย (onset of illness) จนกระทั่งถึงระยะ recovery ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 101 คน พบว่าค่ากลางของระยะเวลา (median duration) คือ 24 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับ Riso et al. (1997) ได้ทำการศึกษาการดำเนินของโรคซึมเศร้า พบว่าการเข้าสู่ระยะ recovery ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Kennedy et al. (2003) ซึ่งทำการศึกษาการดำเนินของโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 15 ปี ในผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าจำนวน 65 คน พบว่าค่าเฉลี่ยของการ recovery คือ 12.3 เดือน ค่ากลาง (median) คือ 7 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) ได้กล่าวไว้ว่า ระยะ recovery นั้น ผู้ป่วยมี remission มาระยะเวลาหนึ่ง จนค่อนข้างจะแน่ใจว่า recover จาก episode นั้นแล้วคือ ประมาณ 4-6 เดือน และจากการศึกษาของ Furukawa et al. (2008) ได้ทำการศึกษาระยะเวลา recovery และการดำเนินของโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 10 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จำนวน 95 คน ที่ระยะเวลา 2, 4, 6 และ 12 เดือน ภายหลังจากการ remission ผลการศึกษาสรุปว่าช่วงระยะเวลา 4-6 เดือนภายหลัง remission เป็นช่วงระยะเวลาของการ recovery ที่ปรากฏชัดเจน นอกจากนี้ ACNP Task Force (2006 cited in Rush et al., 2006) ได้กล่าวว่า ระยะ recovery เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย มาระยะเวลาหนึ่ง นั่นคือมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ภายหลังจากระยะเริ่มแรกของ remission โดยการ recovery นั้นไม่ได้หมายถึงการหายจากการเจ็บป่วย (illness) แต่มีอาการของโรคซึมเศร้าสงบลง ระยะ recovery สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาหรือหยุดการรักษาไปแล้วและจะสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยมีกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้า (recurrence) การศึกษาระยะเวลาของการรักษาโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนกระทั่งเข้าสู่ระยะ recovery เพื่อที่จะช่วยวางแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและเข้าสู่ระยะ full remission ได้อย่างรวดเร็ว ลดอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และลดความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและการกลับเป็นซ้ำได้ (Kennedy, 2002)

ในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาจำนวนมากถึงการดำเนินของโรคซึมเศร้า โดยศึกษาแบบ Cross-sectional เช่น Hammen (2003) ได้ทำการศึกษาความเครียดทางสังคมและปัจจัยเสี่ยงของผู้หญิงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในผู้หญิงจำนวน 816 คน โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้หญิงที่ไม่เคยเป็นโรคซึมเศร้ากับผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ Bos et al. (2005) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง Cognitive, physiological and personality ต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 102 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่กลับเป็นซ้ำ (non recurrence) จำนวน 42 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent) จำนวน 60 คน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในรูปแบบ Longitudinal study จำนวนมาก เช่น Bland et al. (1986) ได้ทำการศึกษาการกลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าติดตามเป็นระยะเวลา 15 ปี จำนวน 102 คน 27 คนเป็น bipolar disorder 42 คน มี single-episode depression (no recurrences, regardless of hospitalization) 33 คนมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (at least one episode after the first,

regardless of treatment or hospitalization) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Solomon et al. (2004) โดยทำการศึกษาการบกรรพรงองทางจิตสังคมต่อกรกรลบกเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่ำในผู้ปวยโรคซึมเศร่ำจำนวน 290 คน แบ่งเป็น first episode จำนวน 109 คนและ 181 คนมีกรกรลบกเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่ำ เป็นต้น และจากรกรทบทวนวรรณกรรกรมอย่างเป็นระบบของ Burcusa and Iacono (2007) ได้รวบรวมงานวิจัยจำนวน 50 เรื่องทั้งกรกรศึกษาแบบ Cross-sectional และ Longitudinal study ซึ่งเป็นกรกรศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อกรกรลบกเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่ำโดยเปรียบเทียบกับผู้ปวยโรคซึมเศร่ำ Single-episode, No recurrence หรือ จำนวนของ hospital re-admission ในช่วงระยะเวลาที่กรกรศึกษา

จากรกรทบทวนวรรณกรรกรมจะเห็นได้ว่า ในกรกรศึกษาจำนวนมกรผู้ศึกษา ยึดเกณฑ์กรกรลบกเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่ำตามเกณฑ์กรกรวินิจฉัยกรกรลบกเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่ำตาม DSM-IV, ICD-10, Research Diagnostic Criteria (RDC) หรือ Feighner et al. criteria ส่วนกรกรที่เปรียบเทียบนั้น ผู้ศึกษาจะใช้คำว่ำ first episode, single episode หรือ no recurrent ซึ่งเป็นผู้ปวยโรคซึมเศร่ำที่ไม่มี episode ของโรคซึมเศร่ำเกิดขึ้นซ้ำในช่วงระยะเวลาที่กรกรศึกษา

2.5 กรกรรักษาโรคซึมเศร่ำ

สาเหตุที่มีผลต่อกรกรปวยด้วยโรคซึมเศร่ำมีหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยทางดำนจิตใจ ปัจจัยทางดำนสังคมและวัฒนธรรม ประมาณร้อยละ 20 - 40 ของกรกรเกิดโรคซึมเศร่ำมกรกรกพันธุกรรกรม ส่วนสาเหตุที่เหลือเป็นประสบกกรรณในชีวิต (Durand and Barlow, 2006: 238) ซึ่งแนวกรกรรักษาผู้ปวยจิตเวชในปัจจุบันเน้นแนวกรกรรักษาแบบองค์รวมทั้งกรกรรักษาทางดำนชีวภพและจิตสังคมร่วมกัน (holistic , biopsychosocial approach) จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภพของกรกรรักษาโรคซึมเศร่ำในปัจจุบันได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธ์ภพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) และจิตบำบัดปรับเปลี่ยนควมคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) จิตบำบัดทั้ง 2 ประเภทนี้มีประสิทธิภพในการลดอกรกรซึมเศร่ำของโรคซึมเศร่ำรุนแรงเช่นเดียวกับกรกรรักษาด้วยยว และยังมีประสิทธิภพในการรักษาโรคซึมเศร่ำเรื้อรัง (dysthymic disorder) และพบว่ำผู้ปวยที่ได้รับกรกรรักษาร่วมกันทั้งกรกรรักษาด้วยยวและจิตบำบัด จะให้ผลกรกรรักษาที่ดีที่สุด โดยพบว่ำผลกรกรตอบสนองต่อกรกรรักษาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55-85 นอกจกรกรนั้นแล้ว กรกรให้จิตบำบัดในระยะต่อเนื่องหลังจกรกรที่ผู้ปวยมีอกรกรดีขึ้นแล้ว สามารถช่วยลดอัตรากรกรปวยซ้ำและอัตรากรกรลบกเป็นซ้ำ (relapse and recurrent rate)ลงได้ (พีรพนธ์ ลีอนุญวรัชชัย, 2549: 111) นอกจกรกรนี้ยังมีกรกรรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) ซึ่งใช้ในผู้ปวยที่ไม่ตอบสนองต่อกรกร

รักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แต่ ECT ไม่ได้ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) (มานิซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การรักษาโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ระยะ (Kennard et al., 2006, มานิซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ดังนี้

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) มีเป้าหมายเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือเข้าสู่ระยะ remission ใช้ระยะเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือบางรายอาจใช้ระยะเวลานานกว่านี้
2. การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดกลุ่มอาการที่หลงเหลือ (residual symptoms) และป้องกันการป่วยซ้ำ (relapse) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 4-9 เดือนภายหลังจากระยะ remission ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recovery
3. Maintenance treatment มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ของโรคซึมเศร้า ในระยะนี้การให้ยาป้องกันอย่างน้อย 2- 3 ปี บางรายอาจจะต้องได้รับยาตลอดชีวิตซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ

2.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การวางแผนการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดและจัดการตอบสนองทางอารมณ์ที่ผิดปกติ พื้นฟูอาชีพและการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคม ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดการป่วยซ้ำและการกลับเป็นซ้ำ (Keller, 2003 cited in Stuart and Laraia, 2005) เนื่องจากปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้ามียหลายปัจจัยผสมผสานกันทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจและสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลจึงจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งในด้านชีววิทยา จิตใจ และสังคม ดังนี้ (Boyd and Nihart, 1998)

1. การบำบัดด้านชีววิทยา (Biological Interventions)

1.1 การบริหารการใช้ยา (Psychopharmacologic Management)

การรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ความสำเร็จในการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้ามีตั้งแต่ 60-80% ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการใช้ยาและกระตุ้นให้เห็นข้อดีของการใช้ยา การปรับเปลี่ยนขนาดยาที่เหมาะสมและเกิดผลข้างเคียงของการใช้ยาน้อยที่สุด โดยมีการสังเกตอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยา

ด้านเศร้าเป็นระยะเวลานาน พยาบาลจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในการติดตามผลลัพธ์ของการรักษาและผลข้างเคียงของการใช้ยาอย่างใกล้ชิด และปลอดภัยจากผลข้างเคียงของการใช้ยาและได้รับขนาดยาอย่างเพียงพอ พยาบาลจะต้องมีความรอบรู้เรื่องการใช้ยา ขนาดยา ระดับยาในกระแสเลือด และผลข้างเคียงของการใช้ยา

2. การบำบัดทางด้านจิตใจ (Psychological Interventions)

2.1 การบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Nursing Interventions for Patient Undergoing ECT) บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในการรักษาด้วยไฟฟ้าจำเป็นต้องมีการให้สุศึกษาและช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประเมิน เตรียมผู้ป่วย ติดตามและประเมินผลต่อการตอบสนองในการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมถึงมีการดูแลร่วมกับทีมการรักษา

2.2 การดูแลตนเอง (Self-Care Management) พยาบาล

จำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดีและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูและฟื้นฟูสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น ซึ่งการสร้างแรงจูงใจเป็นการพัฒนาเมื่อบุคคลมองเห็นความแตกต่างระหว่างเหตุการณ์ปัจจุบันที่ผู้ป่วยประสบอยู่และความคาดหวังในอนาคต ซึ่งความแตกต่างระหว่างปัจจุบันและอนาคตเรียกว่า “motivating gap” โดยผู้ป่วยจะมีการวางเป้าหมาย มองเห็นทางเลือก และเลือกการกระทำที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง เพื่อให้เข้าสู่การฟื้นฟูและการฟื้นฟูประสบความสำเร็จ

2.3 การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) การบำบัดทางความคิดจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับปรุงรูปแบบความคิดที่บิดเบือนเป็นความคิดที่ถูกต้อง สามารถลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

2.4 การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมจะมีประสิทธิภาพในระยะ acute treatment ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาร่วมกับยาต้านเศร้า เทคนิคของการบำบัดได้แก่ การจัดตารางกิจกรรม การควบคุมตนเอง การฝึกทักษะทางสังคม และการฝึกการแก้ปัญหา

2.5 จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าได้แก่ ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการ

เสียชีวิตของบุคคลสำคัญ ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และการขาดสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เมื่อปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้รับการแก้ไข อาการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น

3 การบำบัดทางด้านสังคม (Social Interventions)

3.1 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family Education) พยาบาลจำเป็นที่จะต้องให้สุขภาพจิตศึกษา ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะปรับปรุงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว ลดอาการของโรคซึมเศร้าโดยการเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง (Stuart and Laraia, 2005) ซึ่งหัวข้อที่จำเป็นในการให้สุขภาพจิตศึกษามีดังนี้ การให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยาต้านเศร้า การออกฤทธิ์ของยา ขนาดยา ความถี่ในการใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม แหล่งสนับสนุนในชุมชน

3.2 ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence) พยาบาลจำเป็นที่จะต้องเน้นถึงความสำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและความจำเป็นของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความร่วมมือในการใช้ยาในระยะยาวเพื่อควบคุมอาการของโรค

3.3 การบำบัดคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว (Marital and Family Therapy) ปัญหาภายในครอบครัวและคู่สมรส เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า เพิ่มกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และขัดขวางการฟื้นหายของโรคซึมเศร้า ซึ่งการบำบัดคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวจะช่วยลดกลุ่มอาการและการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยพยาบาลจะต้องมุ่งเน้นการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

3.4 การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) บทบาทของกลุ่มบำบัดในการรักษาโรคซึมเศร้านั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ ได้รับกำลังใจและการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม ลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง และการแยกตัวจากสังคมเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง เกิดการยอมรับในปัญหาวิกฤติการณ์ของชีวิตและความเจ็บป่วยพร้อมทั้งสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

3.1 สถิติของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่หายจาก episode แรกจะมีอาการกลับเป็นซ้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำ 2 ครั้งจะมีการกลับเป็นซ้ำอีกประมาณร้อยละ 80 การกลับเป็นซ้ำจะเกิดขึ้นภายใน 5 ปี ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก และบุคคลที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีประวัติการกลับเป็นซ้ำประมาณ 5-9 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต (Burgus and Iacono, 2007: 960) ในประเทศไทย มีการศึกษาต้นทุนบริการเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีวินิจฉัยโรคหลักตามระบบ ระบบ ICD - 10 ในหมวด F32-F33 ของสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2548 พบว่าการให้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี 2548 พบว่าส่วนใหญ่มีวินิจฉัยโรคหลักในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำกำลังเกิดขึ้นรุนแรง ไม่มีอาการโรคจิต (F332: Recurrent depressive disorders, current episode severe without psychotic symptom) คิดเป็นร้อยละ 29.8 รองลงมาคือกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ กำลังเกิดขึ้น อาการปานกลาง (F331: Recurrent depressive disorders: current episode moderate) คิดเป็นร้อยละ 18.3 (กิตติวรรณ เทียมแก้ว และคณะ, 2550: 10 - 21) นอกจากนี้มีการศึกษาของธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการติดตามการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 51 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 6 รายที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (คิดเป็นร้อยละ 11.8) และ 45 ราย มีการกลับเป็นซ้ำ (คิดเป็นร้อยละ 88.2) ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วย 11 รายมีอาการรุนแรงระดับมาก ผู้ป่วย 32 รายมีอาการรุนแรงระดับปานกลาง และผู้ป่วย 2 รายมีความรุนแรงระดับน้อย

จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โดยเฉลี่ยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ และจากการติดตามการดำเนินของโรคซึมเศร้าในระยะยาวพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาข้างต้นนั้นเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ และเป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเท่านั้น จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าแม้จะเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ แต่ลักษณะของโรคเป็นโรคเรื้อรังเป็นๆหายๆ และมีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ในปัจจุบันโรคซึมเศร้ามักพบในอายุน้อยลง และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้

รับการวินิจฉัยและการรักษา (Underdiagnosis and Undertreatment) ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ การเจ็บป่วยและการตายเพิ่มสูงขึ้น การได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอนำไปสู่การฟื้นหายที่ไม่ สมบูรณ์ (Incomplete recovery) ส่งผลให้มีการป่วยซ้ำและการกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มสูงขึ้น นำไปสู่ การเกิดภาวะและความพิการตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย (Judd et al., 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความถี่ต่อการกลับเป็นซ้ำ (Frequent recurrent) ยังมีจำนวน episodes มากขึ้นเท่าใด การเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้าแต่ละ episode ที่เกิดขึ้นนั้นจะมีระยะเวลานานมากขึ้น เพิ่มความ รุนแรงมากขึ้นและยากต่อการรักษา บางครั้งนำไปสู่การต่อต้านการรักษา

3.2 การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า หรือ F33 ตามเกณฑ์ของ

ICD -10 คือ ผู้ป่วยเป็น depressive episode ซ้ำ โดยจะเป็นอย่างเล็กน้อย ปานกลางหรือ รุนแรงก็ได้ อย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 2 episode แต่ละ episode เป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์และ episode ทั้ง 2 นั้นควรจะแยกจากกันนานหลายเดือนโดยระหว่างนั้นจะต้องไม่มี อาการทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของ

DSM – IV-TR คือ ผู้ป่วยเป็น major depressive episode ครั้งก่อนและครั้งถัดมาแยกจากกันได้ ต่อเมื่ออาการป่วยครั้งก่อนและครั้งถัดมาต้องห่างกันอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน โดย 2 เดือนที่ว่า นี้ต้องไม่มีอาการจนเข้าเกณฑ์ของการวินิจฉัย major depressive episode (American Psychiatric Association, 2000)

ซึ่งจะเห็นได้ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าตาม

ICD -10 และ DSM –IV มีความแตกต่างกัน โดยเกณฑ์การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ตาม ICD -10 ไม่มีการระบุช่วงระยะเวลาห่างกันของ episode เหมือนกับเกณฑ์การวินิจฉัยการ กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าตาม DSM –IV ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้านั้น เป็นช่วงเวลาที่ ผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรคอีก ภายหลังจากที่มี complete recovery นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรค จากทบทวนวรรณกรรมถึงระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ Mueller et al. (1999) ได้ ศึกษาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเป็นการติดตามไปข้างหน้าเป็นระยะเวลามากกว่า 15 ปี ใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 380 คน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 279 คน มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 85 โดยระยะเวลาเฉลี่ยของการกลับเป็นซ้ำคิดเป็น 145 สัปดาห์ (SD=160) ซึ่ง ไกล่เคียงกับการศึกษาของ Kennedy et al. (2003) ที่ศึกษาติดตามการดำเนินของโรคซึมเศร้าเป็น ระยะเวลามากกว่า 15 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 65 คน พบว่าผู้ป่วย 40 รายจาก 60 คนมี

การกลับเป็นซ้ำ ระยะเวลาเฉลี่ยต่อการกลับเป็นซ้ำคิดเป็น 29.1 เดือน และจากการศึกษาของ Furukawa et al. (2008) ได้ทำการศึกษาระยะเวลา recovery และการดำเนินของโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 10 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 95 คน ภายหลังจากระยะเวลา 2, 4, 6 และ 12 เดือน หลังระยะ remission พบว่าค่ากลางของการกลับเป็นซ้ำในเท่ากับ 16.0, 32.0, 42.0 และ 74.0 เดือน ตามลำดับ นอกจากนี้การกลับเป็นซ้ำครั้งแรกภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะเกิดขึ้นภายใน 5 ปีแรก (Belsher and Costello, 1988, Lewinsohn et al., 1994 cited in Burcusa and Iacono, 2007) สำหรับในประเทศไทยพบงานวิจัยเพียง 1 เรื่องของ ภัณฑุชกร พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการติดตามการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 51 ราย พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของช่วงเวลาที่ไม่มีอาการจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็น 3.2 ปี 3.1 ปี และ 10.25 เดือน ตามลำดับ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าโดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำหรือไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ โดยเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำจะพิจารณาจากการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็น Recurrent depressive disorder (F33) ตาม ICD-10 หรือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการหลงเหลือเพียงเล็กน้อยติดต่อกันอย่างน้อย 4 เดือน และกลับมามีอาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของ ACNP Task Force (2006 cited in Rush et al., 2006) โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติดตามการรักษาอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอโดยไม่มีช่วงใดช่วงหนึ่งขาดการรักษานานเกิน 6 เดือน

3.3 ผลกระทบของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ประมาณร้อยละ 80 – 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัด แต่อย่างไรก็ตามประมาณร้อยละ 75 ถึง 90 มีการกลับเป็นซ้ำหลายครั้ง จากการติดตามการดำเนินของโรคเป็นระยะเวลามากกว่า 15 ปี พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ โดยอัตราการกลับเป็นซ้ำจะสูงในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตั้งแต่วัยรุ่น ซึ่งแต่ละ episode ที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การเกิด episode ครั้งต่อไปเร็วขึ้น มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และมีการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นกว่า episode ที่ผ่านมา ปรัชญาการณดังกล่าวเรียกว่า “cycle acceleration” (Greden, 2001) ปัญหาที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมดังนี้

ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย กลุ่มอาการของโรคซึมเศร้าจะรบกวนจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยมักจะรับทราบถึงความผิดปกติ แต่ควบคุมจิตใจไม่ได้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย จะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยโรคซึมเศร้าส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเพิ่มสูงขึ้น 2 - 3 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งเพิ่มสูงขึ้น 4 เท่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 18 เดือน (Frasure et al., 1995 cited in Wright, Stern, and Phelan, 2005) ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดต่ำลงและมีอัตราของโรคกระดูกโป่งบางเพิ่มสูงขึ้นในผู้หญิง เป็นต้น (Michelson et al., 1996 cited in Wright, Stern, and Phelan, 2005) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ยาเสพติด และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 และพบว่าร้อยละ 60 ถึง 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามามาก่อน (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) นอกจากนี้การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่ายังเกิดขึ้นบ่อยจะส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วยทั้งทางด้านการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความพึงพอใจและสันตนาการ (Salomon et al., 2004)

ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับความลำบากใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ต้องทนทุกข์ทรมานแสนสาหัสไปด้วยมากเท่ากับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (Jenkin et al., 1999 อ้างถึงใน ดวงใจ กสานติกุล, 2542) นอกจากนี้บิดามารดาที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์ผิดปกติก็จะสร้างความเจ็บปวดสะเทือนใจและส่งผลกระทบต่อบุตรหลานโดยเฉพาะบุตรวัยทารกหรือเด็กเล็กๆได้มากที่สุด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542: 2)

ผลกระทบต่อสังคม จากการศึกษาในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากกว่า 3,000 คน พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำ มีความสามารถในการทำงานลดลงอย่างมาก สูญเสียผลิตภาพ (productivity) และสัมพันธภาพทางสังคม และร้อยละ 40 ต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Wittchen, Nelson, and Lachner, 1998 cited in Burcusa and Iacono, 2007) มีการศึกษาด้านทุนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่ามีการใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคซึมเศร้าถึง 7 เท่า จากข้อมูลการเจ็บป่วยของลูกจ้างในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 1995 พบว่า โรคซึมเศร้าทำให้ลูกจ้างหยุดงานโดยเฉลี่ย 9.86 วันต่อคนต่อปี ก่อให้เกิดการค่าใช้จ่ายในการรักษา 5,415 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่ารักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547)

3.4 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุด การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และมีปัจจัยที่มากกระตุ้นให้เกิด episode ของโรคได้เสมอ ซึ่งแต่ละ episode ที่เกิดขึ้นนั้นจะมีระยะเวลานานมากขึ้น มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและยากต่อการรักษา ดังนั้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดการเกิดภาวะและความพิการตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย Greden (2001) ได้เสนอแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำไว้ดังนี้

1. จัดแผนการรักษาโดยมุ่งเน้นที่การเจ็บป่วย (Provide Illness – Focused Treatment) มิใช่มุ่งเน้นที่การเกิด episode ของโรค ทุกคนมีส่วนร่วมในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว ในการสังเกตอาการเตือนเช่น รูปแบบการนอน อารมณ์ ความเชื่อมั่นในตนเอง การรับประทานอาหาร ความสนใจทางเพศ และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งเสริมให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวโดยมุ่งเน้นที่การดูแลผู้ป่วย
2. เน้นการคัดกรองและการรักษาตั้งแต่ระยะแรก (Emphasize Early Detection and Treatment) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ควรมีการบันทึกลักษณะของความผิดปกติทางอารมณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและวัยรุ่นแม่จะมีอาการในระดับเล็กน้อย ซึ่งควรจะตระหนักว่า “เป็นความผิดปกติทางอารมณ์มิใช่อารมณ์ไม่แน่นอน” พร้อมทั้งค้นหากลุ่มเสี่ยง (Screen High – Risk Groups) โดยคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าครั้งแรก และบุคคลที่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ มีการตรวจสอบปัจจัยทางพันธุกรรม (Investigate Genetic Factors) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ บุคคลที่มีประวัติทางพันธุกรรมเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อนเมื่อมาเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นได้แก่ ความเครียดในชีวิต อาจทำให้เกิด episode ของโรคซึมเศร้าได้
3. จัดให้มีการรักษาหลายอย่างร่วมกันและเน้นความต่อเนื่องในการรักษา (Provide Combination Treatment and Emphasize Adherence) โดยเริ่มตั้งแต่การรักษาในระยะแรกด้วยขนาดยาและระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้อาการบรรเทาลงและการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยดีขึ้น ภายหลังอาการบรรเทาลง (remission) ควรมีการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4-9 เดือน โดยเป้าหมายของการรักษาต่อเนื่องมุ่งเน้น 3 ด้าน ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาถึงธรรมชาติของโรคซึมเศร้า การลดกลุ่มอาการหลงเหลือ และการพัฒนาทักษะ

และความเป็นอยู่ที่ดีเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Kennard et al., 2006) นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงอุปสรรคระยะยาวในการใช้ยา รวมถึงการลดผลข้างเคียงของการใช้ยา พร้อมทั้งมีการจัดยาให้เต็มที่และให้การรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มที่มีความเสี่ยง (Provide Full – Dose, Extended Medication Maintenance Treatment for High – Risk Group)

4. ให้การรักษาโรคที่เกิดร่วมไปพร้อมกัน (Treatment Comorbidities Concomitantly) เช่น โรควิตกกังวล โรคกลัว โรคตื่นตระหนก การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ซึ่งโรคที่เกิดขึ้นร่วมอาจจะทำให้เกิดความพิการ (disabilities) ร่วมกับโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ใช้วิธีการใหม่ (Use New Approaches) ในการรักษาผู้ป่วย เช่น การใช้ยาต้านเศร้ารูปแบบใหม่, การพัฒนาการใช้ ECT เป็นต้น

5. ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Monitor Patient Closely) การติดตามอาการของผู้ป่วยสามารถทำได้ยาก แต่เป็นส่วนที่สำคัญมากในการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวควรจะมีส่วนร่วมในการเลือกรูปแบบการติดตาม วิธีการติดตาม และความถี่ในการติดตาม เช่น การใช้โทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละครั้ง เป็นต้น ซึ่งการติดตามอาการของผู้ป่วยจะส่งเสริมการเรียนรู้และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการรักษา

6. สร้างความเป็นหุ้นส่วนในการร่วมรักษา (Form Treatment Partnerships) ภาวะที่สำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือมีการติดตามและการรักษาที่ต่อเนื่อง ดังนั้นความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยควรเป็นที่มสหวิชาชีพ นอกจากนี้เพื่อนและครอบครัวของผู้ป่วยก็เป็นบุคคลที่สำคัญเนื่องจากจะคอยสังเกตและช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นผู้ที่คอยให้ข้อมูลย้อนกลับกับทีมผู้รักษาถึงอาการนำของการกลับเป็นซ้ำ เป็นผู้ที่เห็นความสำคัญต่อการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วย และคอยพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นต้น

7. เมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ไม่สามารถใช้ยาต่อเนื่องได้ควรมีการกระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป (Discontinue Medication Only if Necessary and Then Gradually) เนื่องจากการใช้ยาต้านเศร้าที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดยาทันทีทันใด จะทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำสูงมาก และในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเดินทางข้ามทวีป มีปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนฤดูกาล ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การกลับเป็นซ้ำจำเป็นต้องหลีกเลี่ยง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นที่จะต้องแนะนำขั้นตอนการลดความเครียด เพิ่มความถี่ในการติดตาม ทำจิตบำบัดร่วมด้วย เพิ่มขนาดยาต้านเศร้า เป็นต้น

3.5 การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับทุติยภูมิ

หน่วยบริการระดับทุติยภูมิหมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยในเป็นหลักได้แก่ โรงพยาบาลระดับชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ เข้าร่วมเป็นเครือข่ายบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการทุติยภูมินี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในภายใต้คำสั่งของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care, CUS) แต่ในกรณีของผู้ป่วยจิตเวช ความจำเป็นในการรับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีเพียงผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอันตรายซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และเป็นเพียงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ในปัจจุบันการส่งต่อจากศูนย์สุขภาพชุมชนไปหน่วยบริการทุติยภูมิเพื่อวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อให้การรักษาเหมาะสมยิ่งขึ้น และเพื่อให้บริการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2002) ปัจจุบันในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้มีโรงพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมด 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลชลบุรี รวมทั้งสิ้น 7 โรงพยาบาล และมีโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 1 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยให้บริการด้านสุขภาพจิตในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ครอบคลุมทั้ง 7 จังหวัด ซึ่งจะมุ่งเน้นไปทำงานบำบัดรักษา ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แต่เน้นหนักที่งานบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช (สมชาย จักรพันธ์, 2549) และให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนกระจายทั่วทุกพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงมีการส่งต่อผู้ป่วยทั้งจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาที่จิตแพทย์และเป็นผู้ป่วยในภายใต้คำสั่งของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีความหลากหลายของกลุ่มประชากร

การจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิมี่ดังนี้ (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2002)

1. ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินจิตสังคม ในขั้นตอนการคัดกรองและวินิจฉัย วางแผนการรักษาแม้จะมาด้วยฝ่ายกายก็ตาม มีการจัดบริการวินิจฉัยตรวจรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตทั้งในกรณีมีโรคจิตเวชเพียงอย่างเดียวหรือภาวะโรคร่วม ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องซึ่งจะช่วยลดโอกาสการ

ขาดยาหรือการเกิดซ้ำของโรค รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวชหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่สถานบริการโดยการจัดทีมฉุกเฉิน เข้าไปให้บริการผู้ป่วยถึงบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วย ช่วยฝึกทักษะของการช่วยเหลือตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะวิชาชีพต่างๆในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน ให้การกระตุ้นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเปิดโอกาสให้พ่อแม่เข้ามาเป็นผู้ร่วมรักษา

2. ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การป้องกันนั้นมุ่งเน้นเพียงการไม่ให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางจิต แต่การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นการเสริมสร้างและคงสภาวะสุขภาพจิตที่ดีทั้งในปัจเจกและชุมชน โดยหน่วยบริการระดับทุติยภูมิจะให้บริการทั้ง 4 ด้านแต่จะเน้นหนักที่งานบำบัดรักษา งานฟื้นฟูสมรรถภาพ และยังคงมีงานส่งเสริมและงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (สมชาย จักรพันธ์, 2549)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับทุติยภูมิ

การพยาบาลในระดับทุติยภูมิ เป็นการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรง วิกฤต ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้น ช่วยเหลือเพื่อปฏิบัติรักษาและการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การฟื้นฟูสุขภาพ การปรับปรุงสุขภาพ การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต (อรพินธ์ เจริญผล, 2547)

สุชาดา หุณฑะสาร (2547) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชระดับทุติยภูมิไว้ดังนี้

1. ค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มต้น โดยค้นหาให้เร็วที่สุด เพื่อมิให้เกิดความสูญเสียและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ โดยวิธีดังต่อไปนี้ ให้ความรู้แก่ประชาชน กระตุ้นให้แสวงหาการรักษาจากแหล่งบริการหรือหน่วยช่วยเหลืออื่นๆ ใช้แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพจิตของคนในชุมชนนั้น

2. รักษาอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับและร่วมมือในการรักษา ป้องกันไม่ให้อายุผู้ป่วยด้อยความสามารถด้านการเข้าสังคม การประกอบอาชีพและสามารถดูแลตัวเองไม่ให้เป็นภาระของครอบครัวและญาติ ลดระยะเวลาการป่วยที่สั้นลง ลดความทุกข์ของโรคทางจิตเวชในชุมชน

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับทุติยภูมิจะต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต โดยให้การดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่องทั้งใน

ภาวะปกติจนถึงเจ็บป่วยทางจิต ขณะเดียวกันต้องทำงานร่วมกับชุมชน ในฐานะเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ

3.6 บทบาทพยาบาลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรค

ซีมีเศร่า

พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมีดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542, อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วย เพื่อให้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยและตัดสินใจทางคลินิกในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ จัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นหรือภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยในกรณีที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วนให้ได้รับความปลอดภัย ตลอดจนให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
2. ด้านบริหารจัดการ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและนำไปปรับปรุงการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ครบถ้วน
3. ด้านการให้ความรู้ พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
4. ด้านการเป็นที่ปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต สำหรับครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ
5. ด้านการวิจัย พยาบาลจะต้องติดตามงานวิจัยใหม่ๆที่เกี่ยวข้องและนำมาปรับปรุงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องการทำวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
6. จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และนำบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ในชุมชนมาร่วมกิจกรรมต่างๆเพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด
7. บทบาทของผู้บำบัด โดยวิธีจิตบำบัดทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม

ให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีพฤติกรรมบำบัดต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่

เกี่ยวข้อง สิ่งที่สำคัญในการวางแผนการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น เพื่อลดและจัดการตอบสนองทางอารมณ์ที่ผิดปกติ ฟันฟูอาชีพและการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคม ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดการป่วยซ้ำและการกลับเป็นซ้ำ (Keller, 2003 cited in Stuart and Laraia, 2005) ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีดังต่อไปนี้

1. การบริหารการใช้ยา (Psychopharmacologic Management) การรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ความสำเร็จในการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้ามีตั้งแต่ 60-80% ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการใช้ยาและกระตุ้นให้เห็นข้อดีของการใช้ยา การปรับเปลี่ยนขนาดยาที่เหมาะสมและเกิดผลข้างเคียงของการใช้ยาน้อยที่สุด โดยมีการสังเกตอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาด้านเศร้าเป็นระยะเวลานาน พยาบาลจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในการติดตามผลลัพธ์ของการรักษาและผลข้างเคียงของการใช้ยาอย่างใกล้ชิด และปลอดภัยจากผลข้างเคียงของการใช้ยาและได้รับขนาดยาอย่างเพียงพอ พยาบาลจะต้องมีความรอบรู้เรื่องการใช้ยา ขนาดยา ระดับยาในกระแสเลือด และผลข้างเคียงของการใช้ยาพยาบาลจำเป็นที่จะต้องเน้นถึงความสำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและความจำเป็นของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความร่วมมือในการใช้ยาในระยะยาวเพื่อควบคุมอาการของโรค

2. การบำบัดทางจิตสังคม บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุสมผล โดยจะมีความคิดในด้านลบต่อตนเองต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบและต่ออนาคต การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันโดยมีเป้าหมาย เพื่อจัดการและปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการมองตนเองในด้านลบ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาวิธีการคิดไปในอีกแนวทางหนึ่งที่ยืดหยุ่นกว่าและเป็นไปในทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความคิดที่ใหม่และพฤติกรรมที่เหมาะสม การให้จิตบำบัดในระยะต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) สามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse and recurrent rate)ลงได้ (พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2549) ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความสามารถในการใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจำเป็นที่จะต้องให้สุขภาพจิตศึกษา ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะปรับปรุงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว ลดอาการของโรคซึมเศร้าโดยการเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง (Stuart and Laraia, 2005) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการให้สุขศึกษาในผู้เจ็บป่วยทางจิตของ Fanker et al. (2006) พบว่าการให้สุขศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้ในด้านการรักษาเพิ่มสูงขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาการมาตรวจตามนัดเพิ่มสูงขึ้น และลดการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งหัวข้อที่จำเป็นในการให้สุขภาพจิตศึกษามีดังนี้ การให้ความรู้ในเรื่องการใช้จ่ายด้านเศร้า การออกฤทธิ์ของยา ขนาดยา ความถี่ในการใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน

4. การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยเพิ่มปัจจัยปกป้องและป้องกันผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จากการศึกษาติดตามในระยะยาวสามารถยืนยันได้ว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า และช่วยทำให้อาการของโรคซึมเศร้าบรรเทาลงได้ (Durand and Barlow, 2006) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผนและจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีประวัติการฆ่าตัวตาย ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหลายครั้ง มีประวัติการใช้สารเสพติด ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมควรอยู่ภายในชุมชนของผู้ป่วย สามารถเข้าถึงได้ และเชื่อมโยงกับสถานบริการทางสุขภาพ เช่น เพื่อนบ้าน ผู้ใหญ่บ้าน นอกจากควรมีการจัดตั้งชมรมหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนภายในชุมชนเพื่อสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่ยั่งยืนภายในชุมชน (Stuart and Laraia, 2005)

5. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องภายในชุมชน เป็นส่วนที่สำคัญมากในการดูแลการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้อย่างประสบความสำเร็จนั้น จะต้องมีการพัฒนาจัดโปรแกรมต่างๆให้กับผู้ป่วย เช่น การนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จะช่วยส่งเสริมผู้รับบริการให้มีสุขภาพดี คงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง (จอม สุวรรณโณ, 2541)

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่เป็นนานและเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกัน ในปัจจุบันการศึกษาวิจัยจำนวนมากมุ่งเน้นการเกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคตะวันออก โดยเลือกศึกษาตัวแปรต่างๆ จากงานวิจัย 2 เรื่อง ตามการศึกษาของ ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ที่ศึกษาการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี พบปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ การขาดยา ระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก และจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 50 เรื่องอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ของ Burcusa and Iacono (2007) ถึงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร 4 ด้าน ได้แก่

- ตัวแปรส่วนบุคคล (demographic variables) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจฐานะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าใน first episode แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางนัยสำคัญทางสถิติต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- ตัวแปรทางคลินิก (clinical variable) พบว่า อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก (Age at first onset of depression) และจำนวนครั้งของการเกิด episode ตลอดชีวิต (lifetime number of depressive episode) เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ความรุนแรงของกลุ่มอาการใน first episode มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่แต่มีไม่ชัดเจน ประวัติโรคร่วมทางด้านจิตเวช (Comorbid psychopathology) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรือภาวะผิดปกติทางจิตเวชใน Axis I เช่น โรคตื่นตระหนก โรคกลัว โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด เป็นต้น เพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำในวัยเด็ก

- ตัวแปรด้านประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง first – degree Relative เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

- ตัวแปรทางด้านจิตสังคมพบว่า ความคิดด้านลบ, high neuroticism, การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีไม่เพียงปัจจัยใน first episode เท่านั้น แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรต่างๆ จากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ซึ่งเป็นตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ ที่เหลืออีก 3 ตัวแปรผู้วิจัยไม่ได้คัดเลือกเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประวัติโรคร่วมทางด้านจิตเวช ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในญาติสายตรง และระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก เนื่องจากผลการศึกษาของ ทัศนชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ดังข้างต้นพบว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรไม่ทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ตัวแปรระดับความรุนแรงใน episode แรก และประวัติโรคร่วมทางด้านจิตเวชใน Axis I, II ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้เนื่องจากข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงใต้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD - 10 ซึ่งไม่มีความละเอียดของการจำแนกโรคร่วมด้านจิตเวชเป็น Axis I, II เหมือนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM - IV

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ปัจจัยทางด้านด้านเพศ

สถานะเพศมีผลอย่างสำคัญต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้หญิงและผู้ชาย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543) ในเรื่องภาวะซึมเศร้านั้นพบว่าทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้นทั้งในแง่ของการมีอารมณ์เศร้า มีอาการซึมเศร้า และอาการซึมเศร้า แต่สถานะเพศทำให้การแสดงออกของอารมณ์เศร้าในผู้หญิงและผู้ชายต่างกัน โดยทั่วไปค่านิยมของสังคมคาดหวังให้ผู้ชายต้องเป็นคนเข้มแข็ง และไม่แสดงอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ที่แสดงถึงความอ่อนแอ เช่น เศร้า ร้องไห้ ดังนั้นผู้ชายจึงมักไม่พูดหรือแสดงความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ ออกมาอย่างชัดเจน แต่มักจะหันไปใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดชนิดอื่น ๆ มากกว่าที่จะยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2541) ส่วนผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการไม่สบายใจ ทุกข์ใจและเฝ้าหาการช่วยเหลือเร็วกว่าผู้ชาย (นันทิกา ทวีชาติ, 2548) จากการสำรวจภาวะโรคจิตเวชระดับประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2546) พบว่าความโรคซึมเศร้ามีอัตราความชุกมากที่สุด โดยพบในเพศชายร้อยละ 5.50 ซึ่งน้อย

กว่าเพศหญิงที่พบร้อยละ 7.18 มีการศึกษาพบว่า การเกิดโรคซึมเศร้าในเพศชายและหญิงนั้นมีความแตกต่าง โดยเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า เหตุผลที่แน่ชัดถึงความแตกต่างของการเกิดโรคนั้นยังไม่แน่ชัด แต่มีการอธิบายสมมุติฐานไว้ว่า เกิดจากความแตกต่างของฮอร์โมน ปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นต้น (Stein, Kupfer, and Schatzberg, 2006) ซึ่งจากการศึกษาจำนวนมากพบว่า อัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าต่อปีในผู้หญิงเป็นสองเท่าของผู้ชาย จึงยืนยันว่าความชุกที่สูงกว่าสะท้อนการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคครั้งแรกของโรคซึมเศร้ารุนแรงในผู้หญิงสูงกว่า (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548)

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Mueller et al. (1999) ได้ทำการศึกษากการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ภายหลังระยะ recovery โดยติดตามเป็นระยะเวลา 15 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 380 ราย ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิง (OR=1.43, 95% C.I =1.10-1.86) เป็นปัจจัยที่ทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Kennedy, Abbott, and Paykel (2003) ได้ทำการศึกษากการ remission และการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยมีการติดตามอยู่ในช่วงระยะเวลา 8-11 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 65 ราย ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิง (OR=1.09, 95% C.I.= 0.50 - 2.36) เป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษากการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 51 ราย พบว่า ปัจจัยทางด้านเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ โดยเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 6.5 เท่า

4.2 อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก

เป็นการเริ่มต้นของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก โดยมีอาการแสดงที่พบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 (Dobson, 2000) โดยพบว่าอายุ 15 – 19 ปี เป็นช่วงเวลาที่เริ่มมีกลุ่มอาการของโรคซึมเศร้ามาก โดยอายุเฉลี่ยเริ่มแรกของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่างอายุ 30-35 ปี (Sadock and Sadock, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ และเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัยที่กระตุ้นความต่อเนื่องระหว่างอาการซึมเศร้าในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่

ซึ่งในวัยเด็กอาจเกิดจากการสูญเสีย การถูกทารุณกรรม ความขัดแย้ง ความคับข้องใจ และ ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ในวัยรุ่นอาจเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ความขัดแย้งในบทบาท ความขัดแย้งในครอบครัว เป็นต้น (Lenz et al., 2009) ถึงแม้ว่าอาการซึมเศร้า ในวัยเด็กจะมีการฟื้นหายที่รวดเร็วแต่อย่างไรก็ตามอาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีในระยะยาว (Kennard et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มีการฟื้นหายจากการเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ประมาณร้อยละ 20-60 มีการกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปีหลังระยะ remission และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 70 ภายหลังจาก 5 ปี (Lenz et al., 2009)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Gile et al. (1989) ได้ทำการติดตามการดำเนินของโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 36 เดือน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่อายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร่าก่อนอายุ 20 ปี มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.46, df = 1, p = .002$)

Kessing (1998) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า จากปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุที่ป่วยครั้งแรก สถานภาพสมรส และประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาของ episode ก่อนหน้านี้ และระยะเวลาทั้งหมดของการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยจำนวน 20,350 คน ที่มารับบริการครั้งแรกและได้รับการวินิจฉัยว่า Affective disorder ผลการศึกษาพบว่าในระยะเวลาเดียวกัน เพศ อายุที่ป่วยครั้งแรก สถานภาพสมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วยทั้งหมดมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษาการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 51 ราย มีอายุระหว่าง 25-35 ปี จำนวน 12 ราย อายุ 35-44 ปี จำนวน 17 ราย และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี จำนวน 16 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอายุน้อย จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยซึ่งอายุมากถึง 1.69 เท่า

4.3 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการอาศัยพึ่งพากันและกัน เพื่อให้บรรลุ

ความต้องการของตนในด้านสรีระวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า สิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา ซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นคงของสุขภาพ

Cobb (1976: 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน

Sheafer et al. (1981) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งระดับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับกิจกรรม หรือพฤติกรรมความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปฏิสัมพันธ์ด้วย และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลได้

ชนิดและแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976: 300-301) 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) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

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

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง การ

ก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด มีความมั่นใจ และความเชื่อมั่นว่าจะฟังฟังผู้อื่นได้เสมอ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก เป็นที่ใส่ใจ และเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม ไม่ใช่คนแปลกหน้า

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

3. การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการกระทำของบุคคลด้วยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ในการการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามแนวคิดของ Cobb (1979) ร่วมกับ Schaefer et al. (1981) ซึ่งครอบคลุมการตอบสนองของความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านดังนี้

1. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socio – emotional need) ได้แก่

1.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

1.2 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทายและการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและโอกาสในการปรับปรุงตนเอง

1.3 การได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

2. การช่วยเหลือด้านสื่อและเครื่องมือ (Instrumental aid) ได้แก่

2.1 การช่วยเหลือด้านข่าวสาร ข้อมูล หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2 การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานและบริการ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ แรงงานและการได้รับการบริการ

บทบาทและหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ

ระบบการสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนับสนุนของสังคมเพื่อเพิ่มปัจจัยปกป้องและป้องกันผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของบุคคลและครอบครัวและมุ่งเน้นการมีสุขภาพที่ดีมากกว่าการเจ็บป่วย

สนับสนุนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้ประชาชนค้นหาแหล่งช่วยเหลือได้ในระยะแรก ปรับปรุงการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันหรือกระบวนการทางชีววิทยา ลดการเกิดเหตุการณ์ ความเครียดและส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียด ประชาชนที่ขาด การสนับสนุนทางสังคม มีจำนวนแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีความพึงพอใจต่อแหล่ง สนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริม ลักษณะของความเครียด และประสิทธิภาพของแหล่งทรัพยากรต่างๆ เช่น การเงิน, ความสามารถและทักษะของบุคคล และเทคนิคการป้องกันต่างๆ การเข้าถึงการ สนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะของความเครียด และ ลักษณะของสิ่งแวดล้อม (Stuart and Laraia, 2005) มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Gochman, 2001) โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การเผชิญปัญหาดีขึ้นรวมถึงการลด ความเครียดทางด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้น จากรายงานการวิจัยพบว่าการอยู่คนเดียว การมีเศรษฐกิจ ฐานะต่ำ รวมถึงปัญหาการว่างงานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งหมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งรวมถึงเครือข่ายทาง สังคม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสังคมและทรัพยากรทั้งทางด้านบุคคลและสิ่งของในการช่วยเหลือ ซึ่ง การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค การป่วยซ้ำ และ การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Sadock and Sadock, 2005)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งบุญพา ณ นคร (2538)

สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ เพื่อวัดความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความ ช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการ ยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้าน การเงิน สิ่งของและการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 30 คน แล้ว นำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Staner et al. (1997) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตสังคมและอาการแสดงทางคลินิกในการทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างโรคซึมเศร้าจำนวน 24 คน และ โรคอารมณ์แปรปรวนจำนวน 27 คน พบว่าการปรับตัวทางสังคม (social adjustment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นตัวทำนายการเกิด episode ใหม่ของโรค แต่การเห็นคุณค่าแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะอาการทางคลินิกไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

Wilhelm et al. (1999) ได้ศึกษาความแตกต่างของปัจจัยด้านจิตใจระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า single episode และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 164 คน ติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ครั้ง มีความพึงพอใจในแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ($p < .05$)

4.4 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Haynes (1979 cited in Demyttenaere, 2003) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยไว้ดังนี้ หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลในการใช้ยา การรับประทาน อาหาร การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์

สาธุพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยา ร่วมกับมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

Demyttenaere (1997) ได้ให้แบ่งความร่วมมือในการรักษาเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มากกว่า 100% หมายถึงให้ความร่วมมือในการรักษามาก (hypercompliance) เป็นความเชื่อที่ถูกต้องที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติตั้งแต่ระยะแรกหรือช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ยา 75-100% ของการใช้ยา หมายถึงให้ความร่วมมือในการรักษาระดับดี (good) 25-75% ของการใช้ยา หมายถึงให้ความร่วมมือในการรักษาระดับพอใช้ และ 0-25% ของการใช้ยา หมายถึงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

สรุปได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการกลับเป็นซ้ำ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับประทานยาตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและการกลับเป็นซ้ำ ความร่วมมือในการรักษาเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่อง มีการสำรวจการให้ข้อมูลและสิ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนมากต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา โดยผู้ป่วยจะมีความเชื่อก่อนหน้านั้น (pre-existing) เกี่ยวกับทางเลือกของรูปแบบการบำบัดที่มีความแตกต่างกัน จะถูกสนับสนุนโดยทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ (autonomous behavior) และพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากภายนอก พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเริ่มใช้ยา ปรึกษา หรือหยุดยานั้นขึ้นอยู่กับความรู้สุขภาพของตนเอง มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคอารมณ์แปรปรวน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิม (prior health beliefs) ทศนคติต่อการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา และการสื่อสารจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าบุคคลจะมีการใช้ยาตามความต้องการใช้ยาตามอาการที่เกิดขึ้นมากกว่าการใช้ยาเพื่อป้องกันโรค (prophylactically) (Mitchell, 2007) นอกจากนี้มีการศึกษาของ Sirey et al. (2001) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังจากเริ่มรักษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปทางสังคม ที่ต่ำ การรับรู้ตนเองถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรง มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนของยาที่ใช้ในแต่ละวันมีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาอีกด้วย (Jacobs et al., 1988) นอกจากนี้ Pampallona et al. (2002) ได้ทำการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยาดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศหญิง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูง มีความสามารถทางสติปัญญาสูง (high IQ) ปัจจัยด้านการใช้ยาได้แก่ ไม่เคยมีผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง ไม่เคยป่วยซ้ำ เคยใช้ยาด้านเศร้าหรือยารักษาอาการทางจิตมาก่อน ปัจจัยทางด้านผู้ให้บริการได้แก่ ยาถูกสั่งโดยจิตแพทย์ ส่งพบ

จิตแพทย์ประจำตัว ปัจจัยทางด้านสังคมได้แก่ มีการปรับตัวทางสังคมดี ไม่มีบุคลิกภาพผิดปกติ และการใช้สารเสพติด

ลักษณะการใช้ยาที่ไม่ตรงตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ Olfson et al. (2006 cited in Mitchell, 2007) พบว่า ร้อยละ 42 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้ยาไม่ต่อเนื่องภายใน 30 วันแรกของการรักษา และร้อยละ 72 มีการหยุดยาเองภายใน 90 วัน Bultman and Svarstad (2000 cited in Mitchell, 2007) พบว่าร้อยละ 82 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีการใช้ขนาดยาที่ผิดพลาด หรือหยุดยาก่อนที่จะมีคำสั่งการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้ยาไม่ต่อเนื่องเมื่อระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนมากจะมีการหยุดยาเองเมื่อรู้สึกว่าจะตนเองดีขึ้น หรือมีการใช้ยาตามความต้องการของตนเองซึ่งเหตุผลที่สำคัญของการใช้ยาไม่ต่อเนื่องได้แก่ ผลข้างเคียงของยาด้านเศร้าเช่น น้ำหนักเพิ่มหรือการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ(Jefferson, 2000) ทำศนคติด้านลบต่อยาด้านเศร้า และไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาด้านเศร้า แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Ashton et al. (2005) ในผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านเศร้าจำนวน 344 คน พบว่าสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้น เกิดจากการลืมรับประทานยามากกว่าผลข้างเคียงจากยาด้านเศร้า

สรุปลักษณะของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดังนี้ ใช้ยาตามความต้องการของตัวเอง ซึ่งอาจใช้มากกว่าหรือน้อยกว่าแผนการรักษาที่กำหนด ลืมรับประทานยาหยุดรับประทานยาเองโดยไม่มีคำสั่งจากแพทย์ หรือหยุดยาเองเนื่องจากผลข้างเคียงของยา

การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยาก จากการศึกษารายงานวิจัยต่างๆพบว่ามีวิธีการประเมินหลายวิธีเช่น การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยตรง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เป็นวิธีที่ใช้ง่ายและง่ายที่สุด การนับจำนวนเม็ดยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การพิจารณาจากการมาตรวจตามนัด และการให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (สาธุพร พุฒขาว, 2541)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัด เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของ สรินทร เขียวใสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Doesschate et al. (2008) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านเศร้าในการรักษาระยะ continuation และ maintenance ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำจำนวน 131 คน ติดตามเป็นระยะเวลา 2 ปี โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดทางความคิดร่วมกับการรักษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า 20.9% ไม่ร่วมมือในการใช้ยาด้านเศร้า 48.4% มีการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และ 30.8% มีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ทำนายการกลับเป็นซ้ำร่วมกับ ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ มีระดับการศึกษาต่ำ, มีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ, จำนวน episode

ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษาการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 51 ราย พบว่า การขาดยาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีประวัติการขาดยามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่ขาดยาประมาณ 4 เท่า

4.5 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจในการรายงานทางสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่อสาเหตุ ระยะเวลา การดำเนินของโรค และผลลัพธ์ต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภท วิตกกังวล และซึมเศร้า (Stuart and Sundeen, 1991) Holme and Rahe (1967 อ้างถึงใน สมจิตร นครพานิช, 2531) ได้ให้ความหมายของเหตุการณ์ในชีวิตในความหมายของคำว่า ความเครียดทางสังคม (social stressors) ว่าหมายถึงเหตุการณ์ใดๆที่เมื่อเกิดกับบุคคลแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ Dohrenwend and Dohrenwend (1974) กล่าวว่าเหตุการณ์ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่คาดคิด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่เป็นไปตามความต้องการจัดเป็นเหตุการณ์ความเครียด นอกจากนี้ Slavin et al. (1991 อ้างถึงใน วิธนา มิ่งเมือง) ได้กล่าวถึงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดว่า เป็นเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลถือเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิด

ความเครียดได้ โดยส่วนใหญ่มักพบว่าเป็นเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ เหตุการณ์ที่มีลักษณะไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ได้หรือทำนายได้ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอันยิ่งใหญ่ในชีวิต โดย Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่าเหตุการณ์จะก่อให้เกิดความเครียดเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับการประเมินเหตุการณ์ของบุคคล

จากความหมายของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตจึงสรุปได้ว่า เป็นเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล โดยบุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาหรือคุกคามต่อชีวิต ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตแบ่งออกเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเรื้อรัง ซึ่งแต่ละเหตุการณ์ในชีวิตนั้นแยกจากกันและสามารถสังเกตสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างชัดเจน (Stein, Kupfer, and Schatzberg, 2006) จากการสังเกตทางคลินิกแสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์ชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียดมักนำหน้ามาก่อนการเริ่มต้นของความผิดปกติทางอารมณ์ ความสัมพันธ์เช่นนี้พบได้ทั้งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive disorder) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบสองขั้ว (bipolar I disorder) นอกจากนี้ยังมีหลักฐานชัดเจนที่แสดงว่าเหตุการณ์ในชีวิตมีบทบาทสำคัญในภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Holmes and Rahe (1967 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2003) พบว่าการสูญเสียพ่อหรือแม่ก่อนอายุ 11 ขวบ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมมักเกี่ยวโยงกับการเริ่มต้นของอาการซึมเศร้าคือ การสูญเสียคู่ครอง และจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าของ จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และ ธรณินทร์ กองสุข (2549) พบว่าปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่ใช่เหตุการณ์ คนปกติ หรือผู้ที่ไม่เคยอยู่ในภาวะเหล่านี้ ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งมีเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ การถูกทำร้ายอย่างรุนแรง การมีปัญหานักทางการเงิน ครอบครัวมีปัญหากันอย่างรุนแรง การเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง ตกงาน การถูกฟ้องร้องมีคดีความ เกิดการสูญเสียจากการตาย การพลัดพราก และการเสื่อมเสียชื่อเสียง อับอาย ขายหน้า ซึ่งเหตุการณ์ความเครียดเหล่านี้มีค่าความชุกสูงในประเทศไทย จะเห็นได้ว่าความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ แต่อย่างไรก็ตามความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเท่านั้น มีการศึกษาจำนวนมากที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า Maciejewski et al. (อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547 : 87) ได้

ศึกษาพบว่าผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนเมื่อเผชิญกับความเครียดใหม่ จะมีความมั่นใจน้อยลง ในการจัดการกับปัญหาทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำ ขณะที่ผู้ซึ่งไม่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนพบว่าความเครียดจะไม่มีผลใดๆต่อความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา

การประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตซึ่ง สมจิตร์ นครพานิช (2531) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวทางแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิต (Social Readjustment Rating Scale) ของ Holmes and Rahe (1967) โดยสร้างข้อความเหตุการณ์ในชีวิตแต่ละด้านให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย จำนวน 43 ข้อ ซึ่งได้แบ่งเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตออกเป็น 5 ด้านคือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์พยาบาลแม่และเด็ก การพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์และสูติแพทย์จำนวน 20 ท่านโดยใช้เกณฑ์ตัดสินความตรงของแต่ละข้อจำนวน 2 ใน 3 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนประชากรจำนวน 10 คน โดยการทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์เท่ากับ .99 และ .98 ตามลำดับ นอกจากนี้แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยวิธีทดสอบซ้ำ (Test - Retest) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 นอกจากนี้แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้ถูกนำมาใช้ในสตรีวัยเปลี่ยนอายุ 45-59 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้า (พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด, 2548)

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Corruble, Falissard, and Gorwood (2006) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน episode ของโรคซึมเศร้าที่ผ่านมากับเหตุการณ์ในชีวิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 13,377 คนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวน episode ที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของอายุ ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และสัดส่วนของเพศหญิง

Horesh, Klomek, and Apter (2008) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 50 คน อายุระหว่าง 35 ถึง 58 ปี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับ

เป็นซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ และกลุ่มควบคุมซึ่งมีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำมีอัตราส่วนของเหตุการณ์การสูญเสียในวัยเด็กและในปีก่อนการเกิด first episode สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มเมื่อวัดในระยะเวลาเดียวกัน ($p < .01$)

4.6 ความคิดด้านลบ

Cognitive model ริเริ่มโดย Aaron Beck (1976 cited in Beck et al., 1979) โดยเบคมีการพัฒนามาจากการสังเกตและประสบการณ์ทางคลินิกอย่างเป็นระบบ จนกระทั่งกลายเป็นรูปแบบและการบำบัดทางจิต Cognitive model ประกอบด้วย 3 แนวคิด ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. การคิดการเข้าใจ 3 สิ่งผิดพลาด (The cognitive triad) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุผล โดยจะมีความคิดทางด้านลบในด้านต่างๆ ทั้ง 3 ด้าน ทั้งความคิดในด้านลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก และความคิดในด้านลบต่ออนาคต ซึ่งรวมเรียกว่าความคิดในด้านลบ 3 ด้านของโลกซึมเศร้า (cognitive triad of depression) มีลักษณะดังนี้ (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ความคิดในด้านลบต่อตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีข้อดี มีแต่ข้อบกพร่องและไม่เป็นที่ต้องการของใคร ความคิดในด้านลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก คือ มองประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบและมองสิ่งต่างๆ รอบตัวว่ามีแต่ด้านร้าย มีแต่การเอารัดเอาเปรียบ และมีแต่การแสวงหาผลประโยชน์จากตน และความคิดในด้านลบต่ออนาคต คือ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความทุกข์ทรมานและล้มเหลว

2. Schemas ในแนวคิดนี้ได้แบ่งระดับของความคิดเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- 2.1 ความคิดในระดับต้น (a surface or manifest level) เช่น

ความคิดอัตโนมัติหรือความคิดด้านลบ ความคิดอัตโนมัติในทางลบมาจากคำ 2 คำซึ่งคำว่า “ความคิดในทางลบ” หมายถึง ความคิดที่ไม่มีความสุขสบาย ส่วนคำว่า “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 Schemas เป็นแบบแผนในการรวบรวมข้อมูลที่มีความหมายและมีความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานาน Schemas จะเป็นตัวกรองและเป็นแนวทางในการพิจารณาและจดจำข้อมูลต่างๆพัฒนาเป็นความเชื่ออยู่ภายในจนกระทั่งถูกกระตุ้นในการเผชิญหน้ากับสภาวะอารมณ์ที่ระทมทุกข์ Schemas จะแปลสถานการณ์ไปในทางลบหรือสถานการณ์ที่สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่เดิม ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Segal and Shaw, 1986 cited in Stein, Kupfer, and Schatzberg, 2006: 136)

3. การคิดที่ผิดพลาด (cognitive error) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนของการคิดไปในทางลบ (negative thought schema) แบบแผนของการคิดในทางลบจะประกอบด้วยลักษณะต่างๆดังต่อไปนี้ (Beck, 1976 cited in Beck et al., 1979)

3.1 ชอบอนุมานเอาเองโดยไม่มีหลักฐานเพียงพอ (Arbitrary inferences) เป็นการสรุปความคิด แม้จะมีข้อมูลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลย

3.2 การเลือกรับข้อมูล (selective abstraction) มีการมุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ ในขณะที่เพิกเฉยต่อสิ่งที่สำคัญ เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความยินดี เพราะในระดับความรู้สึกตัวของผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุข ความยินดีของตนเอง

3.3 การคิดเกินความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเกี่ยวกับความสามารถที่มีอยู่บนพื้นฐานความจริงเพียงอย่างเดียว หรือจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวจะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกครั้ง

3.4 การให้ความสำคัญแก่เหตุการณ์หนึ่งมากเกินไปและให้ความสำคัญแก่เหตุการณ์หนึ่งน้อยเกินไป (magnification and minimization) มีการประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อย ที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และประเมินถึงสิ่งที่สำคัญหรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากกระทบตนเองเพียงเล็กน้อยอาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรงซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

3.5 การคิดว่าตนเป็นเหตุ (personalization) ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองในเหตุการณ์ต่างๆ การบิดเบือนทางปัญญาอาจเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้ และความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตากับเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนไม่ได้มองอาจคิดว่าตนเองทำอะไรให้เพื่อนขุ่นเคือง

3.6 การคิดแบบสมบูรณ์นิยม (absolutism) หรือคิดแบบทวิภาค

นิยม (dichotomous reasoning) เป็นการคิดแบบได้ก็ต้องได้ทั้งหมดถ้าไม่ได้ก็จะไม่เอาอะไรเลย (all-or-none) เช่น ถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรให้ครบถ้วนสมบูรณ์หรือยลระยลก็จะไม่มีอะไรที่ต้องทำอีกเลย

แบบแผนของการคิดไปในทางลบทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้ามักจะมองตนเองในแง่ลบ มองว่าตนเองมีข้อบกพร่อง ตนเองไม่เก่ง ตนเองไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น หมดหนทางต่อสู้และไม่มีประโยชน์อีกแล้ว (helpless) ผู้ป่วยมักจะตีความ (interpret) เหตุการณ์ต่างๆไปในทางที่ไม่ดีและผู้ป่วยจะคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนใน cognition นี้เกิดจากการมีบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็กเช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (condition) ให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความและตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่างๆไป ความเห็นในทางลบที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542: 39-40)

การประเมินความคิดด้านลบ

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon and Kendall (1980) ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม โดยให้บุคคลประเมินตนเอง เป็นแบบประเมินมีความเที่ยงสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.96 รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความซึมเศร้าของ เบ็คเท่ากับ 0.84 (Hollon and Kendall, 1980) และมีความสัมพันธ์กับ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เท่ากับ 0.80 (Dopson and Shaw, 1986) และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) โดย Hollon and Kendall (1980) พบว่าแบบประเมินมี 4 องค์ประกอบได้แก่ 1. ความสามารถในการปรับตัวที่ล้มเหลวและต้องการการเปลี่ยนแปลง (Personal Maladjustment and Desire for change) 2. อัตมโนทัศน์และความคาดหวังในทางลบ (Negative Self-Concept and Negative Expectations) 3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-Esteem) 4. ความรู้สึกสิ้นหวังและไร้ค่า (Giving Up/ Helplessness) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2536) และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 50 คน นำผลที่ได้มาทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์สัน 21 (Kuder-Richardson: KR21) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การแปลผลคะแนนจะทำโดยคิดคะแนนตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 30 คะแนน คะแนนที่อยู่ในช่วง 40-60 คะแนน สามารถพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และคะแนนที่อยู่ในช่วง 90-130

คะแนน พบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (DeRubeis et al., 1990) แต่จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) มีการแปลผลคะแนนแบบประเมินความคิดด้านลบซึ่งอ้างอิงมาจาก DeRubeis et al. (1990) โดยนำมาหาค่าเฉลี่ยเพื่อแบ่งจุดตัดของคะแนน (cut of point) เท่ากับ 80 คะแนน และมีการแปรคะแนนดังนี้ ผู้ป่วยที่มีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในช่วง 30-80 คะแนนถือว่ามีความคิดด้านลบในระดับปกติที่สามารถพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หากคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่า 80 คะแนนถือว่ามีความคิดด้านลบอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงใช้เกณฑ์ดังกล่าวในการแปลผลคะแนนความคิดด้านลบ

ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดด้านลบและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Myriam and Susan (2005) ได้ทำการศึกษารูปแบบความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด 97 คน พบว่าความคิดที่บิดเบือนและความคิดด้านลบมีความสัมพันธ์กับจำนวน episode ที่ผ่านมาของโรคซึมเศร้าและเป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยควบคุมจำนวน episode ที่ผ่านมาของโรคซึมเศร้า

Alloy et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความคิดด้านลบกับโรคซึมเศร้าในระยะแรกและโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำ ในนิสิตชั้นปีที่ 1 ที่ไม่เคยมีการเจ็บป่วยทางจิตมาก่อนจำนวน 347 คน โดยติดตามเป็นระยะเวลา 2.5 ปี โดยใช้แบบประเมิน Dysfunction Attitudes Scale (DAS) และ Cognitive Style Questionnaire (CSQ) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) และมีความเสี่ยงต่ำ (low risk) พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major, minor, and hopelessness depression) มากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ 3.5 – 6.8 เท่า นอกจากนี้พบว่ารูปแบบความคิดด้านลบสามารถทำนายการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครั้งแรกและโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษาการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินโรคในระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์กลุ่ม

ตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Depressive disorder (F32) หรือ Recurrent depressive disorder (F33) ตาม ICD – 10 ซึ่งเทียบเท่ากับ Major depressive disorder (MDD) ของ DSM – IV โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคตลอดระยะเวลาที่มาพบแพทย์ โดยผู้ป่วยจะต้องมีประวัติบันทึกการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและ/หรือ เวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างน้อย 10 ปี มีอายุ 18 – 65 ปี จำนวน 51 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของประชากร แบบบันทึกข้อมูลการรักษาและหรือการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลการดำเนินโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกทั้งหมด 51 ราย เพศชาย 6 ราย เพศหญิง 45 ราย มีจำนวนครั้งของการป่วยทั้งหมด 192 episode จำนวน episode เฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 3.8 พบว่าเพศ การขาดยา ระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ โดยเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าเพศชาย 6.5 เท่า ผู้ที่มีประวัติขาดยามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่ขาดยาประมาณ 4 เท่า และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลางมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มเล็กน้อย 3.4 เท่า

Burcusa and Iacono Clinical Psychology Review (2007) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่เฉพาะต่อการกลับเป็นซ้ำ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยจำนวน 50 เรื่อง โดยใช้ key word ว่า “recurrence”, “recurrent”, “depression”, “risk”, “correlate” ค้นหาในฐานข้อมูล PsycINFO และ Science Citation Index Expanded โดยมุ่งเน้นทางอาการและปัจจัยทางด้านจิตสังคม คำจำกัดความของ “Depression” ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ DSM หรือ ICD การวัดภาวะซึมเศร้า ใช้เป็น check lists และ rating scale เช่น Beck Depression Inventory (BDI, Beck, 1996) หรือ Hamilton Rating Scale (Hamilton, 1960) คำจำกัดความของ “Recurrence” คือ การเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้าภายหลัง recovery (Frank et al., 1991) ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าใน first episode แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางนัยสำคัญทางสถิติต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ลักษณะทางคลินิกและประวัติครอบครัว พบว่า อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก (Age at first onset of depression) และจำนวนครั้งของการเกิด episode ตลอดชีวิต (lifetime number of depressive episode) เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ ความรุนแรงของกลุ่มอาการใน first episode (เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย, มี BDI หรือ Hamilton

scores สูง แต่มีใช้ระยะเวลาการเจ็บป่วยใน first episode) มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มความถี่ของการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่แต่มีใช้เด็ก

3. ประวัติโรคร่วมทางด้านจิตเวช (Comorbid psychopathology) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรือภาวะผิดปกติทางจิตเวชใน Axis I,II เช่น โรคตื่นตระหนก โรคกลัว โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด เป็นต้น เพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำในวัยเด็ก

4. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง first – degree Relative เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

5. ปัจจัยทางด้านจิตใจและจิตสังคมพบว่า รูปแบบความคิดด้านลบ, high neuroticism, การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มิใช่เป็นปัจจัยใน first episode เท่านั้น แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Kessler et al. (1993) ได้ทำการศึกษาแบบ cross-sectional ถึงความชุกของโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำในเพศหญิงตาม DSM-III-R ผลการศึกษาพบผู้หญิงมีประวัติของโรคซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตมากกว่าเพศชายประมาณ 1.7 เท่า โดยอายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นจนกระทั่งวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ผู้หญิงจะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย อย่างไรก็ตามพบว่ามีโอกาสของการเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังหรือการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้หญิงที่มีประวัติโรคซึมเศร้าเมื่อเทียบกับผู้ชายที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

Kennedy, Abbott and Paykel (2003) ได้ทำการติดตามการดำเนินของโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 8-11 ปี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำชนิดรุนแรงจำนวน 70 ราย กลุ่มตัวอย่างจะถูกสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) Longitudinal information over follow-up เป็นแบบสัมภาษณ์อาการ การรักษา การดำเนินของโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV 2) Cross-sectional information at time of follow-up เป็นแบบสัมภาษณ์กิ่งโครงสร้างประกอบด้วย sociodemographic data, Symptoms of depression, Longitudinal social functioning และ global functioning ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 65 คน 60 คนมีการ recovery ระหว่างการติดตาม ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการกลับเป็นซ้ำซึ่ง 29 คน มีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง และ 19 คน มีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง อายุที่เริ่มป่วยมากกว่า 40 ปี (OR= 0.58, 95% C.I.= 0.29-1.15) ความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้านี้

แรก (OR=2.50, 95% C.I.= 1.25-4.98) และเพศหญิง (OR = 1.09, 95% C.I.= 0.50-2.36) เป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในระหว่างการติดตาม Social function อยู่ในระดับดี

Giles et al. (1989) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางคลินิกของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นว่า อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การเจ็บป่วยด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ตลอดช่วงชีวิต และประวัติ episodes ของโรคซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นการติดตามไปข้างหน้าในระยะเวลา 36 เดือน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและ unipolar type จำนวน 30 คนที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Research Diagnostic Criteria (RDC) โดยจะมีการติดตามผู้ป่วยทุกเดือนภายหลังการรักษา ข้อมูลที่ถูกติดตามได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว อายุเริ่มแรกของการเกิดโรคซึมเศร้า จำนวน episodes ของโรคซึมเศร้า presence or absence of concurrent and previous affective disorders ประวัติการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่ความผิดปกติทางอารมณ์โดยใช้ The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia-Lifetime Version และสัมภาษณ์อาการแสดงทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัย 18 คนเป็นหญิง 12 คนเป็นชาย ผู้ป่วย 24 คนมีอายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร่าก่อนอายุ 40 ปี 6 คนที่เหลือเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร่าก่อนอายุ 20 ปี ผู้ป่วย 23 คนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร่าอย่างน้อย 2 episodes และ 14 คนมีมากกว่าหรือเท่ากับ 3 episodes ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยที่อายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร่าก่อนอายุ 20 ปี มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.46$, $df = 1$, $p = .002$) และผู้ป่วยที่มีประวัติความผิดปกติทางอารมณ์ (7 คน เป็น intermittent depressive disorder และ 2 คนป่วยเป็น labile personality) เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.77$, $df = 1$, $p = .002$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติความผิดปกติทางอารมณ์ และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน episodes กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร่า

Bos et al. (2005) ได้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-section design) ถึงความสัมพันธ์ระหว่าง cognitive, psychological and personality ต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 102 คน 60 คนมีการกลับเป็นซ้ำ (recurrent), 42 คน ไม่กลับเป็นซ้ำ (non recurrent) ซึ่งผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการประเมินการรับรู้ทางด้านอารมณ์จาก vocal stimuli, 24-h urinary free cortisol and neuroticism ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำมีระดับ cortisol มากกว่ากลุ่มที่ไม่กลับเป็นซ้ำ ($p < .05$) และผู้หญิงที่กลับเป็นซ้ำจะมีการรับรู้ด้านลบมากกว่าผู้หญิงที่ไม่กลับเป็นซ้ำ ($p < .05$)

Rush et al. (1995) ได้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-section design) เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (ระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี)

และไม่เรื้อรัง (ระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปี) ตามเกณฑ์ของ Research Diagnostic Criteria ซึ่งมีความสอดคล้องกับเกณฑ์ของ DSM-III-R และ DSM-IV ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังมีจำนวน 64 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่เรื้อรังมีจำนวน 179 คน ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังจะมีอายุมากกว่าและมีจำนวน episode น้อยกว่ากลุ่มโรคซึมเศร้าไม่เรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของกลุ่มอาการโรคซึมเศร้า ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวระหว่าง 2 กลุ่ม นอกจากนี้เมื่อจำแนกตามการกลับเป็นซ้ำและไม่กลับเป็นซ้ำพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำนั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังจะมีอายุมากกว่า ($p < .01$) และมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาวนานกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่เรื้อรัง ($p < .002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lewinsohn, Zeiss and Duncan (1989) ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross -section design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าจากจำนวน episode ก่อนหน้านั้น เพศ อายุที่เริ่มป่วย (น้อยกว่าอายุ 40 ปี และมากกว่าอายุ 40 ปี) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 2,046 คน ซึ่งจะได้รับการสัมภาษณ์และวินิจฉัยตาม Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Research Diagnostic Criteria ผลการศึกษาพบว่า 1,130 คน มี 1 episode, 513 คน มี 2 episodes และ 173 คน มี 3 episodes โอกาสของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวน episode ก่อนหน้านั้น เพศหญิง และระดับของอาการซึมเศร้าในช่วงเวลาที่สัมภาษณ์ ซึ่งผู้หญิงจะมีความรุนแรงของ episode มากกว่าเพศชาย

Furukawa et al. (2008) ได้ทำการติดตามการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 10 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการของการ remission และการ recovery ของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาครั้งแรกใน 23 ศูนย์ของประเทศญี่ปุ่นจำนวน 95 คน กลุ่มตัวอย่างจะถูกสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง Psychiatric Initial Screening for Affective Disorder (PISA) and Comprehensive Assessment List for Affective Disorder (COALA) ใช้ Kaplan-Meier survival analyses วิเคราะห์ระยะเวลาการ recovery และ recurrence ที่ 2, 4, 6 หรือ 12 เดือนภายหลังการ remission ผลการศึกษาพบว่า 67 คนมี 1 episode และ 28 คนมีการกลับเป็นซ้ำ ค่ากลางของการ recovery คือ 3.0, 4.0, 4.0 และ 12.0 เดือนตามลำดับ ระยะเวลาของ episode สุกท้ายมากกว่า 24 เดือน เท่ากับ 9.4%, 9.2%, 12.6% และ 24.5% และค่ากลางของการกลับเป็นซ้ำ เท่ากับ 16.0, 32.0, 42.0 และ 74.0 เดือนตามลำดับ สรุปได้ว่าที่ระยะเวลา 2 เดือนภายหลังการ

remission อาจจะสั้นเกินกว่าที่จะมีความชัดเจนในการเข้าสู่ระยะ recovery ถ้าเป็นระยะเวลา 4 หรือ 6 เดือน ภายหลังจากการ remission จะเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างชัดเจน ก่อนการเกิด episode ต่อไป

Mueller et al. (1999) ได้ทำการศึกษาการดำเนินของโรคซึมเศร้าโดยติดตามเป็นระยะเวลา 15 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังระยะ recovery และปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Research Diagnostic Criteria 2) Research Diagnostic Criteria 3) Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกสัมภาษณ์ทุกๆ 6 เดือน จนกระทั่ง 5 ปี หลังจากนั้นทุกๆ 1 ปี จนถึงสิ้นสุดการวิจัย 4) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและอาการทางคลินิกโดยใช้ Hamilton Depression Rating Scale และ Global Assessment Scale (GAF) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 380 คน 279 มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า 66 คน มีการสูญหายไประหว่างการรักษา และ 35 คนไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้แก่ เพศหญิง (OR= 1.43, 95% C.I.= 1.10-1.86, p=.007) ระยะเวลาของ episode ก่อนหน้านี้ (OR= 1.11, 95% C.I.= 1.05-1.18, p=.0004) จำนวน episode ก่อนหน้านี้ (OR= 1.18, 95% C.I.= 1.06-1.31, p=.002) และยังไม่เคยผ่านการแต่งงาน (OR= 1.55, 95% C.I.= 1.14-2.10, p=.005)

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งตัวแปรต่างๆที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความคิดด้านลบ แสดงเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

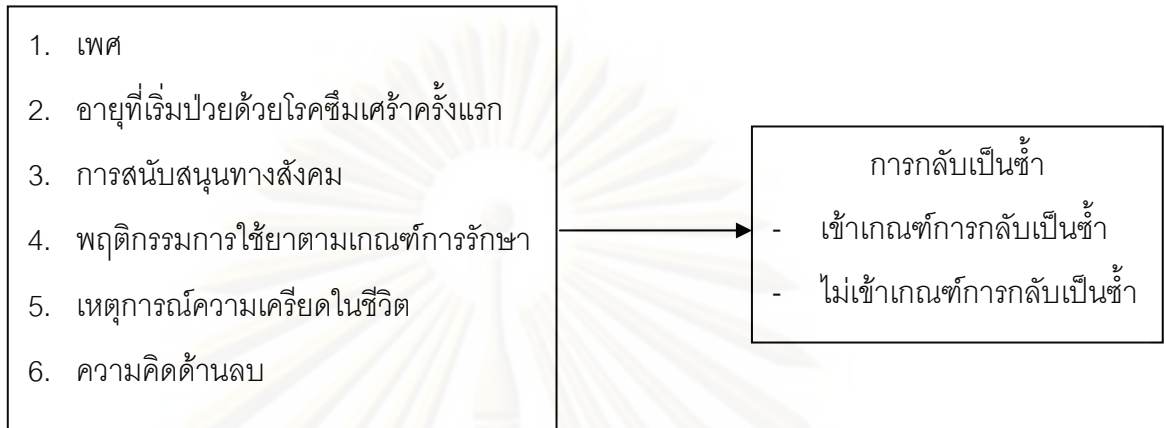
ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอำนาจการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากปัจจัยในเรื่อง เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Depressive disorder (F32) มีอายุ 20-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike(1978) $N \geq 10K + 50$ เมื่อ N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และ K คือ จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา ในการวิจัยมีตัวแปรตัวที่นำมาศึกษาจำนวน 7 ตัวแปร แต่ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นการทำนายโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression Analysis) มีตัวแปรในระดับนามบัญญัติ(nominal scale) 2 ตัวแปรซึ่งต้องทำเป็นตัวแปรหุ่น จึงมีตัวแปรที่นำมาใช้ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 140 คน $[N = (10 \times 9) + 50]$

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Depressive disorder (F32)
2. มีอายุ 20-59 ปี
3. มีประวัติการรักษาในเวชระเบียนโดยต้องไม่มีช่วงใดช่วงหนึ่งที่ขาดการรักษา

นานเกิน 6 เดือน และยังมี การติดตามการรักษาอยู่ที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
5. ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาล โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ทำการศึกษาในโรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 4 โรงพยาบาลในภาคตะวันออก ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ซึ่งมีคลินิกจิตเวชให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาล และเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด
2. ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามรายจังหวัดประจำปี 2550 ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	218	21
2. โรงพยาบาลระยอง	414	40
3. โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี	694	67
4. โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา	128	12
รวม	1,454	140

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ

อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก (ปี) ระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้า (เดือน) ประวัติโรคร่วมทางด้านจิตเวช ประวัติโรคทางจิตเวชในญาติสายตรง และการวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำ โดยผู้วิจัยสำรวจข้อมูลจากทะเบียนประวัติและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย

ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช ของ บุญพา ฌ นคร (2538) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆจำนวน 5 ด้าน ได้แก่

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มีจำนวน 5 ข้อคือ		ข้อ 1-5
การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่ามีจำนวน 5 ข้อคือ	5 ข้อคือ	ข้อ 6-10
การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีจำนวน 5 ข้อคือ	5 ข้อคือ	ข้อ 11-15
การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมีจำนวน 5 ข้อคือ	5 ข้อคือ	ข้อ 16-20
การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมีจำนวน 5 ข้อคือ	5 ข้อคือ	ข้อ 21- 25

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ป่วยประเมินกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ นับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก และกำหนดให้ผู้ป่วยเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้ค่าคะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด	5
มาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก	4
ปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง	3
น้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย	2
น้อยที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด	1

การแปลผลคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับ จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นค่าเฉลี่ยและความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542: 108)

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับดีมาก
3.50 – 4.49	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับดี
2.50 – 3.49	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
1.00 – 1.49	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของ สรินทร เขียวใสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ มีความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 โดยมีขั้นตอนการดัดแปลงดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ศึกษาแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของ สรินทร เขียวใสธร (2545) ซึ่งใช้สัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ผู้วิจัยปรับปรุงลักษณะของข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยปรับปรุงข้อคำถามดังนี้
 - ข้อ 1 “ท่านเคยใช้ หยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น” ปรับเป็น “ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการซึมเศร้าดีขึ้น”
 - ข้อ 3 “ท่านเคยลืมรับประทานยา” ปรับเป็น “ท่านเคยลืมรับประทานยาด้านเศร้า”
 - ข้อ 4 “ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ” ปรับเป็น “ท่านหยุดรับประทานยาด้านเศร้า โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง”
 - ข้อ 10 “ท่านเคยมีอาการผิปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที” ปรับเป็น “ท่านเคยมีอาการผิปกติรุนแรงเช่น หน้ามืด เวียนศีรษะมาก ปัสสาวะลำบาก ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที”
 - ข้อ 11 “เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทาน

ยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้” ปรับเป็น “เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์”

ข้อ 12 “ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น” ปรับ เป็น “ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการซึมเศร้าของท่านไม่ดีขึ้น”

ข้อ 14 “เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกายท่านหยุดรับประทานยาโรคจิตทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์” ปรับเป็น “เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกายท่านหยุดรับประทานยาต้าน เศร้าทันที โดยไม่ปรึกษาแพทย์”

ข้อ 17 “เมื่อยาหมดท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตกินเอง โดยไม่ได้มาพบ แพทย์” ปรับเป็น “เมื่อยาหมดท่านซื้อยาต้านเศร้ากินเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์”

แบบสอบถามสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ ของยา แบ่งเป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16 และ 18 และ ข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14 และ 17 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตาม เกณฑ์มาตรฐานวัด 5 ระดับ จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นค่าเฉลี่ยและ ความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542: 108)

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50 – 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50 – 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00 – 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) เป็นแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิตของ สมจิตร์ นครพานิช (2531) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวทางของ Homes and Rahe และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ

ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาเหตุการณ์ในข้อความ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นเคยเกิดขึ้นกับท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน

การคิดคะแนนให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 20 ท่าน กำหนดคะแนนเหตุการณ์ในชีวิตในแต่ละข้อด้วยวิธีการของเธอร์สโตน เป็น 1- 11 คะแนน มีการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ที่รุนแรงมากขึ้นให้คะแนน 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และ 11 คะแนนตามลำดับ นำคะแนนของข้อความแต่ละข้อมาหาค่ามัธยฐาน (Median) ค่ามัธยฐานจะเป็นคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละข้อนั้นๆ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนแบบสัมภาษณ์แล้ว 1 สัปดาห์ นำแบบสัมภาษณ์ชุดเดิมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิคณะเดิมให้คะแนนอีกครั้งหนึ่งเพื่อหาความเที่ยงของคะแนนเหตุการณ์ในชีวิต แล้วนำมาหาค่ามัธยฐานใหม่ ได้ค่าความเที่ยงรวมของคะแนนก่อนและหลังเท่ากับ .97 และ .94ตามลำดับ แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้ถูกนำมาใช้สัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิตของหญิงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี และขณะตั้งครรภ์ ที่มีอายุระหว่าง 17-35 ปี ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .99 และ .98 ตามลำดับ นอกจากนี้แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้ถูกนำมาใช้ในสตรีวัยเปลี่ยนอายุ 45-59 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้า (พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด, 2548)

การแปลผลคะแนนการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตดังนี้

คะแนน	ความหมาย
77.37 - 170.17	มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง
53.36 – 77.36	มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตปานกลาง
5.17 – 53.35	มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของ Hollon and Kendall

(1980) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) โดย Hollon and Kendall (1980) พบว่าแบบประเมินมี 4 องค์ประกอบได้แก่ 1. ความสามารถในการปรับตัวที่ล้มเหลวและต้องการการเปลี่ยนแปลง (Personal Maladjustment and Desire for change) 2. อคติในทัศนคติและความคาดหวังในทางลบ (Negative Self-Concept and Negative Expectations) 3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-Esteem) 4. ความรู้สึกสิ้นหวังและไร้ค่า (Giving Up/ Helplessness) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 50 คน นำผลที่ได้มาทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครุเดอริชาร์สัน 21 (Kuder-Richardson: KR21) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ โดยให้ผู้ปวยประเมินข้อความว่าตรงกับความคิดของตนเองเพียงใด และกำหนดให้ผู้ปวยเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้ค่าคะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ประจำ	ท่านมีความคิดเกิดขึ้นตรงกับข้อความ เป็นประจำทุกวัน	5
บ่อยครั้ง	ท่านมีความคิดเกิดขึ้นตรงกับข้อความ บ่อยๆ เกือบทุกวัน	4
บางครั้ง	ท่านมีความคิดเกิดขึ้นตรงกับข้อความ เป็นบางครั้งประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง	3
นานๆครั้ง	ท่านมีความคิดเกิดขึ้นตรงกับข้อความ เกิดขึ้นนานๆครั้ง	2
ไม่เคย	ท่านไม่เคยมีความคิดตรงกับข้อความนั้นเลย	1

การแปลผลคะแนนจะทำโดยคิดคะแนนตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 30 คะแนน หากคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบต่ำกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน คือมีความคิดด้านลบอยู่ในเกณฑ์ปกติ หากคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่า 80 คะแนน คือ มีความคิดด้านลบสูงกว่าปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

อาจารย์จิตแพทย์ผู้มีผลงานวิจัยด้านโรคซึมเศร้า	จำนวน 1 ท่าน
จิตแพทย์ผู้มีผลงานวิจัยทางด้านโรคซึมเศร้า	จำนวน 1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยทางด้านโรคซึมเศร้า	จำนวน 2 ท่าน
พยาบาลชำนาญการทางด้านโรคซึมเศร้า	จำนวน 1 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆไม่สอดคล้องกับค่านิยาม
คะแนน 2	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับค่านิยามน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆค่อนข้างสอดคล้องกับค่านิยาม
คะแนน 4	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆสอดคล้องกับค่านิยามมาก

ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อ 5, 6
- แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อ 5, 6, 13, 14, 16, 20, 22, 23

3. แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 14, 19, 20, 42

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อ 2, 3, 10 และควรตัดข้อคำถามข้อที่ 1 และ 8 ออก เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามข้อที่ 4

5. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อ 1, 6, 7, 15, 16, 19, 24, 26, 27, 28, 30

การตรวจความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาตามคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้

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

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน รายละเอียดของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่า CVI
1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.80
2. แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	0.79
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	0.89
4. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ	0.83

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจนเข้าใจง่ายและกระชับ โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. การหาความเที่ยง (reliability)

การวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้

3. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ซึ่งเมื่อพิจารณาค่า Correct Item – Total Correlation ค่า Alpha if Item Delete และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของของครอนบาค ในแบบสอบถามทุกชุดที่นำไปทดลองใช้ พบผลดังนี้

3.1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในข้อ 11 มีค่า Correct Item – Total Correlation ต่ำกว่า 0.3 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของของครอนบาคเท่ากับ 0.93

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในข้อ 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17 มีค่า Correct Item – Total Correlation ต่ำกว่า 0.3 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของของครอนบาคเท่ากับ 0.50

3.3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ในข้อที่ 1 มีค่า Correct Item – Total Correlation ต่ำกว่า 0.3 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของของครอนบาคเท่ากับ 0.97

4. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ผู้วิจัยหาความเที่ยงภายนอกโดยวิธีการวัดซ้ำ (Test - retest) โดยวัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มเดียวกันซ้ำกัน 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 2-3 สัปดาห์ (เพชรน้อยสิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์, 2536: 168) จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากการวัดทั้ง 2 ครั้ง มาหาค่าสัมพันธ์ โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) (อารีย์วรรณ อ่วมตानी, 2550:75) ได้ค่าความสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.91 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้มีความคงที่ในการวัดค่อนข้างสูง

5. นำแบบเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงดังนี้

5.1 ผู้วิจัยได้เรียงอันดับของแบบสอบถามจากแบบสอบถามที่ต้องใช้

ความคิดในการตอบน้อยไปยังแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้นดังนี้
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา แบบวัด
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแบบวัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ

5.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบวัดความคิดอัตโนมัติ
มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับสูงคือ 0.93 และ 0.97 อาจเนื่องมาจากลักษณะของข้อคำถามมีความ
คล้ายคลึงกัน แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือทั้ง 2 ชุดเป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยจำนวน
มากและมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.80-0.90 ผู้วิจัยจึงไม่ปรับลักษณะของข้อคำถาม

5.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรค
ซีมีเศรามีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับต่ำคือ 0.50 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่โดยตัดข้อ
คำถามที่ 1 และ 8 ออก มีการจัดหมวดหมู่ของข้อคำถามใหม่ และปรับปรุงข้อคำถามโดยการ
ปรับภาษาให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายมากขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 คือ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษามีทั้งหมด 10 ข้อ
แบ่งเป็นข้อความทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 8, 9 และ 10 และข้อความทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,
2, 3, 5 6 และ 7 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

ตอนที่ 2 คือ ด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์
ของยามีทั้งหมด 6 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3 และ 6 และข้อความ
ทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 และ 5 ในการตอบแบบสอบถามกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่าน
ข้อความในแต่ละข้อความและพิจารณาเหตุการณ์ในแต่ละข้อความว่าเหตุการณ์ในข้อนั้นๆเคยเกิด
ขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามหรือไม่ หากเหตุการณ์ในข้อความนี้เคยเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม
ให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาต่อว่าข้อความแต่ละข้อนั้นตรงกับกรปฏิบัติตนของท่านมากน้อย
เพียงใด โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

ภายหลังได้ปรับปรุงแบบสอบถามในแต่ละชุดให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมเข้าใจง่าย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง พบว่าแบบสอบถามทุกชุดมีค่าความเที่ยงสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเมื่อนำไปทดลองใช้และเมื่อนำไปเก็บข้อมูลจริง

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดสอบ (N=30)	ฉบับใช้จริง (N=140)
1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.93	0.92
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	0.50	0.76
3. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ	0.97	0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลจำนวน 2 ท่าน โดยติดต่อผู้ช่วยวิจัยที่โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก และผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวชโรงพยาบาลละ 1 ท่าน มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลวิจัย สามารถให้การช่วยเหลือระดับประคองจิตใจเบื้องต้นได้ สำหรับโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรและโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูล

1.3 อธิบายถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ การยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

1.4 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือวิจัยก่อน เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ และผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ช่วยวิจัยไม่เข้าใจในข้อคำถาม เพื่อให้ได้ความหมายและความเข้าใจในแต่ละข้อคำถามตรงกัน

1.5 หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้วางแผนร่วมกันในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลาที่กำหนด โดยผู้วิจัยมาติดตามผลการเก็บข้อมูลเป็นระยะๆ ด้วยตนเอง เพื่อติดตามผลและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

2. ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัยและการให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยมีการเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล ดำเนินการและประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในกรณีที่ประเมินเบื้องต้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำตามที่กำหนดไว้ แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือในการตรวจสอบ

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจากจิตแพทย์เพื่อการวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ทราบว่าไม่มีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างไม่มีผลต่อการให้บริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.3.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามคนละ 30 นาที ทั้งหมด 5 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 120 ข้อ โดยผู้วิจัยได้เรียงอันดับของแบบสอบถามจากแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อยไปยังแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นหรือเหนื่อยทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างหยุดตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลเบื้องต้น หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะเลือกตอบแบบสอบถามหรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

2.3.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2552 ถึง 31 กรกฎาคม 2552 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

2.3.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามความคิดอัตโนมัติด้านลบมีคะแนนน้อยกว่าเกณฑ์หรือกลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานใจมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้น โดยการให้การประคับประคองจิตใจในกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอย่างเหมาะสม และจะทำการประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

2.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ

ความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยจะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจง สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการ ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาแต่อย่างใดและขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆและไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำต่อจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดในช่วงระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดคือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ + ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ = 140 ราย)

2. วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการคำนวณ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ อายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้า เป็นตัวแปรระดับอัตราส่วนมาตรา(ratio scale) วิเคราะห์โดยหา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ ประวัติการ

เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโรคอื่นๆ และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในญาติสายตรงเป็นตัวแปร
ระดับนามมาตรา(nominal scale) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2.3 วิเคราะห์คะแนนการสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดใน
ชีวิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความคิดอัตโนมัติด้านลบโดยการแจกแจง
ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.4 วิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression Analysis) และสร้างสมการทำนาย
การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบ $p = 0.05$



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอำนาจการทำนายการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก จากปัจจัยในเรื่องเพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลเมืองชะเชิงเทรา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแบบสอบถามความคิดอัตโนมัติด้านลบ จำนวนทั้งสิ้น 120 ข้อ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย เรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้า ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำต่อจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดในช่วงระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโรคซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโรคซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายระหว่างเพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโรคซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบ 2 กลุ่ม (Binary Logistic Regression)

Analysis) และเปรียบเทียบความสามารถของตัวแปรทำนายในการทำนายค่าความน่าจะเป็นของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก ในรูปอัตราส่วนแต่มีต่อ

ตอนที่ 6 ตรวจสอบความกลมกลืนของสมการโลจิสติกส์กับข้อมูลเชิงประจักษ์ และผลการทำนายของสมการโลจิสติกส์ ในการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้า ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ (n=86)		ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ (n=54)		รวม (n=140)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ					
ชาย	22	25.6	8	14.8	30	21.4
หญิง	64	74.4	46	85.2	110	78.6
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ						
มี	18	20.9	26	48.1	44	31.4
ไม่มี	68	79.1	28	51.9	96	68.6
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว (พี่น้องท้องเดียวกัน)						
มี	7	8.1	14	25.9	21	15.0
ไม่มี	79	91.9	40	74.1	119	85.0

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน เป็นเพศหญิง 110 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 เป็นเพศชายจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆจำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 68.6 และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว (พี่น้องท้องเดียวกัน)จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 85 และเมื่อพิจารณาจำแนกปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ พบผลการศึกษาดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 86 คน เป็นเพศหญิง 64 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 เป็นเพศชาย 22 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆจำนวน 18 คนคิดเป็นร้อยละ 20.9 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว(พี่น้องท้องเดียวกัน)จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 54 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2 เป็นเพศชาย 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 51.9 และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆจำนวน 26 คนคิดเป็นร้อยละ 48.1 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว(พี่น้องท้องเดียวกัน)จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 85.0

ตารางที่ 6 พิสัย ค่ามัชฌิมเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก และระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ			กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ			ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด		
	Range	\bar{X}	S.D.	Range	\bar{X}	S.D.	Range	\bar{X}	S.D.
- อายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก(ปี)	18-58	43.45	9.28	19-55	37.72	10.38	18-58	41.24	10.07
- ระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้า(เดือน)	6-99	23.15	18.50	14-252	85.69	61.47	6-252	47.27	50.82

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุ 18-58 ปี อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 41.24 ปี (S.D.=10.07) และมีระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 6 – 252 เดือน ระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 47.27 เดือน (S.D.= 47.27)

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีอายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุ 18-58 ปี อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 43.45 ปี (S.D.=9.28) และมีระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 6 – 99 เดือน ระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 23.15 เดือน (S.D.= 18.50)

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีอายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุ 19-55 ปี อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 37.72 ปี (S.D.=10.38) และมีระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 14-252 เดือน ระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 85.69 เดือน (S.D.= 61.47)

อธิบายได้ว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ และมีระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าเฉลี่ยนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำต่อจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดในช่วงระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกตามการเข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ	54	38.6
ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ	86	61.4
รวม	140	100

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 140 คน เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ 54 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 และเป็นผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ 86 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโรคซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ			กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม						
1. ด้านอารมณ์	3.20	0.86	ปานกลาง	2.80	0.86	ปานกลาง
2. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	3.58	0.67	มาก	3.40	0.68	ปานกลาง
3. ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	3.19	0.73	ปานกลาง	3.17	0.68	ปานกลาง
4. ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ	3.19	0.79	ปานกลาง	3.10	0.91	ปานกลาง
5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	3.18	0.89	ปานกลาง	2.84	0.74	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.27	0.63	ปานกลาง	3.06	0.60	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58$ S.D.=0.67) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ($\bar{X}=3.20$, S.D.=0.86) ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($\bar{X}=3.19$, S.D.=0.73) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ ($\bar{X}=3.19$, S.D.=0.79) และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}=3.18$, S.D.=0.89) อยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามรายด้านพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่ามากที่สุดเท่ากับ 3.40 คะแนน (S.D.=0.68) รองลงมาได้แก่ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ 3.17 คะแนน (S.D.=0.68) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์น้อยที่สุดเท่ากับ 2.80 คะแนน (S.D.=0.68)

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ ($\bar{X}=3.27$, S.D.=0.63) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ ($\bar{X}=3.06$, S.D.=0.60)

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำจำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ			กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา					
1. ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา	4.40	0.53	ดี	3.95	0.67	ดี
2. ด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา	3.64	1.04	ดี	3.47	0.89	ปานกลาง
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม	4.24	0.49	ดี	3.85	0.59	ดี

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแตกต่างกันดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งในด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยาอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.40, 3.64, S.D.=0.53, 1.04$ ตามลำดับ)

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.95, S.D.=0.67$) และด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.47, S.D.=0.89$)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในภาพรวมระหว่างสองกลุ่มพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่มแต่เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ ($\bar{X}=4.24, S.D.=0.49$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ ($\bar{X}=3.85, S.D.=0.59$)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำจำแนกตามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ		กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต				
- ด้านสุขภาพ	16.77	7.91	18.90	6.27
- ด้านครอบครัว	16.83	15.0	25.21	17.58
- ด้านเศรษฐกิจ	8.13	9.42	11.28	11.97
- ด้านการงาน	6.31	8.89	10.60	12.84
- ด้านสังคม	4.11	6.70	5.16	7.53
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	52.17	29.60	71.18	37.98
โดยรวม				

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำในทุกๆด้าน ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในด้านครอบครัวสูงสุด ($\bar{X}=16.83$, S.D.=15.0) รองลงมาได้แก่ด้านสุขภาพ ($\bar{X}=16.77$, S.D.=7.91) และด้านเศรษฐกิจ ($\bar{X}=8.13$, S.D.=9.42) ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในด้านครอบครัวสูงสุด ($\bar{X}=25.21$, S.D.=17.58) รองลงมาได้แก่ด้านสุขภาพ ($\bar{X}=18.90$, S.D.=6.27) และด้านเศรษฐกิจ ($\bar{X}=11.28$, S.D.=11.98) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในภาพรวม อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($\bar{X}=52.17$, S.D.= 29.60) ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ ($\bar{X}=71.18$, S.D.= 37.98)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ		กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต						
- สูง (77.37-170.17)	15	17.4	20	37	35	25
- ปานกลาง (53.36-77.36)	24	27.9	11	20.4	35	25
- ต่ำ (5.17-53.35)	47	54.7	23	42.6	70	50
รวม	86	100	54	100	140	100

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดมีการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำมากที่สุดจำนวนทั้งสิ้น 70 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา มีการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและสูงอย่างละเท่าๆกัน เป็นจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำมากที่สุดเป็นจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมา มีการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและสูงเป็นจำนวน 24 คน และ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 และ 17.4 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำมากที่สุดเป็นจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 42.6 รองลงมา มีการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับสูงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 37 และมีการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 20.4

ตารางที่ 12 พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ			กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ		
	Range	\bar{X}	S.D.	Range	\bar{X}	S.D.
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	29-135	71.06	29.352	41-150	90.70	27.047

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติด้านลบแตกต่างกันดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในช่วง 29-135 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 71.06 คะแนน (S.D.=29.352) และกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในช่วง 41-150 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.70 คะแนน(S.D.=27.047)

อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ		กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ระดับความคิดอัตโนมัติด้านลบ					
- มีความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในเกณฑ์ปกติ	53	61.6	21	38.9	74	52.9
- มีความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่าปกติ	33	38.4	33	61.1	66	47.1
รวม	86	100	54	100	140	100

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดมีความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 และมีความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่าปกติจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำส่วนมากมีความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 53 คนคิดเป็นร้อยละ 61.6 และมีความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่าปกติ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำส่วนมากมีความคิดอัตโนมัติด้านลบสูงกว่าปกติ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 61.1 และมีความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 38.9

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโรคซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

ตัวแปร	r_{pb}/ϕ	p
เพศ	.128 ^b	>.05
อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก	-.278 ^a	<.05
การสนับสนุนทางสังคม	-.156 ^a	>.05
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.271 ^a	<.05
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	-.339 ^a	<.05
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	.320 ^a	<.05

^a = point biserial correlation coefficient (r_{pb}), ^b = Phi coefficient (ϕ)

จากตารางที่ 14 พบว่า เพศและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ($r_{pb} = -.278$ และ $r_{pb} = -.339$, $p<.05$) ส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ($r_{pb} = .271$ และ $r_{pb} = .320$, $p<.05$)

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายระหว่างเพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบ 2 กลุ่ม (Binary Logistic Regression Analysis) และเปรียบเทียบความสามารถของตัวแปรทำนายในการทำนายค่าความน่าจะเป็น ของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก ในรูปอัตราส่วนต่อ

จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ โดยให้ตัวแปร 6 ตัว ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่ม

ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความคิด
 อัตโนมิติด้านลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นตัวแปรอิสระ ทำการวิเคราะห์
 ถดถอยโดยเลือกตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าในการวิเคราะห์พร้อมๆกัน (Enter method) โดยตัวแปร
 ตามคือการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามี 2 กลุ่ม ซึ่งระบุค่าและความหมายของตัวแปรตามดังนี้

0 = กลุ่มไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

1 = กลุ่มเข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

ส่วนตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพมี 1 ตัวคือ เพศ โดยแปลงให้อยู่ในรูป
 ตัวแปรหุ่นดังนี้

0 = เพศชาย

1 = เพศหญิง

ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ของตัวแปรทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า
 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคตะวันออกเฉียง

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E.	Wald	Sig.	EXP(B) (OR)	95%C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
1. เพศ	-.663	.527	1.584	.208	.515	.184	1.447
2. อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรค ซึมเศร้าครั้งแรก	-.058	.021	7.625	.006*	.943	.905	.983
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.009	.014	.396	.529	.991	.965	1.018
4. เหตุการณ์ความเครียด ในชีวิต	.009	.006	2.002	.157	1.009	.996	1.022
5. ความคิดด้านลบ	.017	.008	5.125	.024*	1.017	1.002	1.033
6. พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	-.831	.338	6.040	.014*	.436	.224	.845
ค่าคงที่	4.189	2.174	3.713	.054	65.966		

จากตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์พบว่า เมื่อพิจารณา

ค่าสถิติ วาลด์ (wald statistic) และค่า Sig. พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาคตะวันออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก ความคิดด้านลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ส่วนตัวแปรเพศ การสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

จากค่าประมาณสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติกส์ที่ได้จากตารางที่ 15 สามารถเขียนสมการถดถอยโลจิสติกส์ได้ดังนี้

$$\text{Log}_e \left[\frac{P}{1-P} \right] = 4.189$$

- .663 เพศ
- .058 อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก
- .009 การสนับสนุนทางสังคม
- .831 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- + .009 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
- + 0.017 ความคิดด้านลบ

จากสมการข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ถ้าคะแนนของตัวแปรทำนายเปลี่ยนไป 1 หน่วย จะทำให้โอกาสของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปลี่ยนไปในรูปของค่าลอการิทึมของอัตราส่วนแอดัมต่อ (log odd) มีค่าเท่ากับสัมประสิทธิ์การถดถอย (B) เช่น ถ้าอายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 ปี ในขณะที่ตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆคงที่ จะทำให้ค่าลอการิทึมของอัตราส่วนแอดัมต่อของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปลี่ยนไป -.663 และเช่นเดียวกันหากคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความคิดด้านลบเปลี่ยนไป 1 หน่วย และควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆคงที่ จะทำให้ค่าลอการิทึมของอัตราส่วนแอดัมต่อของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปลี่ยนไป -.831 และ .017 ตามลำดับ แต่ในการแปลความหมายในรูปของอัตราส่วนแอดัมต่อจะง่ายกว่าการแปลความหมายในรูปค่าลอการิทึมของอัตราส่วนแอดัมต่อ ดังนั้นจึงสามารถเขียนสมการถดถอยโลจิสติกส์ใหม่ในเทอมของอัตราส่วนแอดัมต่อ (odds ratio) ได้เป็น

$$\frac{\text{prob (โอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า)}}{\text{prob (โอกาสไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า)}} = e^{4.189 - 0.663 \text{ เพศหญิง} - 0.058 \text{ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก} - 0.009 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} - 0.831 \text{ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา} + 0.009 \text{ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต} + 0.017 \text{ ความคิดด้านลบ}}$$

โดยที่ e หมายถึง natural logarithm มีค่าประมาณ 2.71828

ค่าคงที่ (e) ยกกำลังด้วยสัมประสิทธิ์การถดถอย (B) คือค่าอัตราส่วนแถมต่อ หรือ odd ratio ในกรณีที่ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเป็นบวก ค่าของอัตราส่วนแถมต่อจะมีค่ามากกว่า 1 หมายความว่าค่าของอัตราส่วนแถมต่อเพิ่มขึ้น แต่ถ้าค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเป็นลบค่าของอัตราส่วนแถมต่อจะน้อยกว่า 1 หมายความว่าค่าของอัตราส่วนแถมต่อจะลดลง และถ้าค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเป็นศูนย์ ค่าของอัตราส่วนแถมต่อเท่ากับ 1 หมายความว่าค่าของอัตราส่วนแถมต่อไม่เปลี่ยนแปลง

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยและค่าอัตราส่วนแถมต่อ ($\text{Exp}(B)$) แล้วพบว่า ตัวแปรทำนายที่ทำนายโอกาสของการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในรูปของอัตราส่วนแถมต่อได้มากที่สุด คือ ความคิดด้านลบ มีค่าอัตราส่วนแถมต่อเท่ากับ 1.017 หมายความว่า เมื่อคะแนนความคิดด้านลบเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆคงที่จะทำให้โอกาสของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.017 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนความคิดด้านลบเดิม

รองลงมาได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก มีค่าอัตราส่วนแถมต่อเท่ากับ .943 หมายความว่า เมื่ออายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกเพิ่มขึ้น 1 ปี โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆคงที่จะทำให้โอกาสของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลง 0.943 เท่า เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีค่าอัตราส่วนแถมต่อเท่ากับ .436 หมายความว่า เมื่อคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆคงที่จะทำให้โอกาสของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลง 0.436 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเดิม

เพื่อให้เห็นภาพของการนำเสนอการโลจิสติกส์ไปใช้ ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างดังต่อไปนี้ วัดคะแนนความคิดด้านลบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงคนเดียวกัน 2 ครั้งห่างกัน 1 ปี พบว่าในปี 2551 ได้คะแนนความคิดด้านลบเท่ากับ 94 คะแนน และในปี 2552 ได้คะแนนความคิดด้านลบเพิ่มขึ้นเป็น 95 คะแนน โอกาสของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า คือ โอกาสของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า ปี 2551 คือ

$$\frac{e^{4.189-.663+.017(94)}}{1 + e^{4.189-.663+.017(94)}} = \frac{168.005}{169.005} = 0.9940$$

$$\text{และเมื่อพิจารณาในแง่ของ odd จะพบว่า odd} = \frac{0.9940}{1 - 0.9940} = 165.66$$

โอกาสของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า ปี 2552 คือ

$$\frac{e^{4.189-.663+.017(95)}}{1+e^{4.189-.663+.017(95)}} = \frac{170.885}{171.885} = 0.9941$$

$$\text{และเมื่อพิจารณาในแง่ของ odd จะพบว่า odd} = \frac{0.9941}{1-0.9941} = 168.505$$

ดังนั้นจะได้ odd ratio ของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในปี 2552 ต่อ ปี 2551 = $\frac{168.505}{165.66} = 1.017$

นั่นคือ ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในปี 2552 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2551 ประมาณ 1 เท่า

ตอนที่ 6 ตรวจสอบความกลมกลืนของสมการโลจิสติกส์กับข้อมูลเชิงประจักษ์และผลการทำนายของสมการโลจิสติกส์ ในการพยากรณ์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก

ตารางที่ 16 ค่าสถิติในการตรวจสอบความตรงของโมเดล

ค่าสถิติ	Chi-Square	df	significance
- 2 Log Likelihood	37.517	6	.000
Goodness of Fit	8.742	8	.365
Nagelkerke R ² = .319			

จากตารางที่ 16 การทดสอบความเหมาะสมของสมการ ภายใต้สมมุติฐานหลักที่ว่าโอกาสของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ขึ้นกับตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว จากค่า - 2 Log Likelihood ในตารางพบว่า เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวเข้าในสมการพบว่าการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ที่มีตัวแปรอิสระเทียบกับกรณีที่ไม่มีตัวแปรอิสระเพิ่มขึ้นเท่ากับ 35.517 (df=6, p<.000) อธิบายได้ว่าโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าขึ้นกับตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัวที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งปฏิเสธสมมุติฐานหลักแสดงให้เห็นว่าสมการนี้เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการทำนาย

เมื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบความสัมพันธ์ (goodness of fit test) ภายใต้สมมุติฐานหลักที่ว่า สมการเหมาะสมที่ใช้แสดงความสัมพันธ์จากค่าสถิติทดสอบ พบค่าไคสแควร์มีค่าเป็น 8.742 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (df= 8, Sig.= .365) ยอมรับสมมุติฐานหลัก จึงทำให้สรุปได้ว่าสมการที่ใช้เหมาะสมที่จะใช้แสดงความสัมพันธ์ และเมื่อคำนวณค่า

Nagelkerke $R^2 = .319$ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่อยู่ในสมการสามารถอธิบายความแปรปรวนของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ร้อยละ 31.9

ตารางที่ 17 ร้อยละการทำนายของสมการโลจิสติกส์ในการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กลุ่มจริง (Observed)	กลุ่มพยากรณ์(Predicted)		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
	การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า		
	ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ	เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ	
- ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ	72	14	83.7
- เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ	26	28	51.9
ร้อยละของความถูกต้องโดยรวม			71.4

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ มีจำนวนทั้งสิ้น 86 คน ได้รับการทำนายจากสมการถูกต้อง 72 คน กล่าวได้ว่าสมการนี้ทำนายกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 83.7

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ มีจำนวนทั้งสิ้น 54 คน ได้รับการทำนายจากสมการถูกต้อง 28 คน กล่าวได้ว่าสมการนี้ทำนายกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 51.9

เมื่อพิจารณาในภาพรวม กล่าวได้ว่าสมการนี้ทำนายได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 71.4 จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 140 คน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอำนาจการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากปัจจัยในเรื่องเพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Depressive disorder (F32) ตาม ICD-10 มีอายุ 20-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Depressive disorder (F32) ตาม ICD-10 มีอายุ 20-59 ปี และมีประวัติการรักษาในเวชระเบียนโดยต้องไม่มีช่วงใดช่วงหนึ่งที่ขาดการรักษานานเกิน 6 เดือน และยังมีประวัติติดตามการรักษาอยู่ที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง จำนวน 140 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามรายจังหวัดประจำปี 2550 และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event)

จำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ จำนวน 30 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93, .50 และ .97 ตามลำดับ ในส่วนของแบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดหาความเที่ยงภายนอกโดยวิธีการวัดซ้ำ (Test - retest) ได้ค่าความสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.91 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้มีความคงที่ในการวัดค่อนข้างสูง จะเห็นได้ว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยการตัดข้อคำถาม จัดหมวดหมู่ของข้อคำถามใหม่และปรับปรุงข้อคำถามโดยการปรับภาษาให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย และเมื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงพบว่ามีค่าความเที่ยงสูงขึ้นเท่ากับ .76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพร้อมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2552 ถึง 31 กรกฎาคม 2552 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายโดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบ 2 กลุ่ม (Binary Logistic Regression Analysis) พิจารณา ค่าสถิติ Wald โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ ค่า Odd Ratio เพื่อแสดงโอกาสของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน เป็นเพศหญิง 110 คน (ร้อยละ 78.6) เป็นเพศชายจำนวน 20 คน (ร้อยละ 21.4) โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีจำนวนทั้งสิ้น 86 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 และกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ 54 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก ($\bar{X} = 37.72$, S.D.= 10.38) น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ ($\bar{X} = 43.45$, S.D.=9.28) และมีระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าเฉลี่ยนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ ($\bar{X} = 85.69$, S.D.= 61.47 และ $\bar{X} = 23.15$, S.D.= 18.50 ตามลำดับ)

3. กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและความคิดอัตโนมัติด้านลบพบว่าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ

4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (Enter method) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความคิดด้านลบ โดยมีค่าสถิติวาลด์ (wald statistic) เท่ากับ 7.625, 6.040 และ 5.125 ตามลำดับ

5. ปัจจัยทั้ง 6 ตัว ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 31.9 (Nagelkerke $R^2 = .319$)

6. สมการโลจิสติกส์ทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า คือ

$$\text{Log}_e \left[\frac{P}{1-P} \right] = 4.189 - .663 \text{ เพศ} - 0.058 \text{ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก} - .009 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} - .831 \text{ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา} + .009 \text{ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต} + 0.017 \text{ ความคิดด้านลบ}$$

สมการสามารถทำนายกลุ่มไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 83.7 และกลุ่มเข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 51.9 และในภาพรวมมีประสิทธิภาพในการทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าถูกต้องร้อยละ 71.4

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายเรียงลำดับดังนี้

1. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. ความสามารถของตัวแปรทำนายทั้ง 6 ตัวแปร ในการทำนายค่าความน่าจะเป็น ของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. ความสามารถของตัวแปรแต่ละตัวแปรในการทำนาย การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- 3.1 ตัวแปรที่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- 3.2 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 140 คน เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ 54 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 และเป็นผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ 86 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบในการศึกษานี้จะเห็นได้ว่ามีความใกล้เคียงกับการให้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี 2548 ที่พบว่าส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยโรคหลักในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำกำลังเกิดขึ้นรุนแรง ไม่มีอาการโรคจิต (F332: Recurrent depressive disorders, current episode severe without psychotic symptom) คิดเป็นร้อยละ 29.8 รองลงมาคือกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ กำลังเกิดขึ้น อาการปานกลาง (F331: Recurrent depressive disorders: current episode moderate) คิดเป็นร้อยละ 18.3 (กิตติวรรณ เทียมแก้ว และคณะ, 2550: 10 - 21) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิเพิ่มสูงขึ้นใกล้เคียงกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลของการปฏิรูประบบบริการที่รัฐมีนโยบายมุ่งกระจายความเป็นธรรมในสังคม กระจายความเสี่ยงหรือลดความเสี่ยงของบุคคลที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวน

มากเมื่อเจ็บป่วย (วิทยา ต้นสุวรรณนนท์, 2550) ส่งผลให้แบบแผนการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลของประชากรในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเปลี่ยนแปลงไป โดยเปลี่ยนมาใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิเพิ่มสูงขึ้นและประชาชนที่เข้ารับบริการไม่ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลเช่นเคยจึงสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

2. ความสามารถของตัวแปรทำนายทั้ง 6 ตัวแปร ในการทำนายค่าความน่าจะเป็น ของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก

การวิเคราะห์ความสามารถของตัวแปรทำนายทั้ง 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ ในการทำนายค่าความน่าจะเป็นของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยโดยเลือกตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าในการวิเคราะห์พร้อมๆกัน (Enter method) ได้สมการที่เหมาะสมดังนี้

$$\text{Log}_e \left[\frac{P}{1-P} \right] = 4.189 - .663 \text{ เพศ} - 0.058 \text{ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก} - .009 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} - .831 \text{ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา} + .009 \text{ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต} + 0.017 \text{ ความคิดด้านลบ}$$

เมื่อพิจารณาสถิติ Chi-square = 8.742 (df = 8, Sig.= .365) แสดงให้เห็นว่าสมการนี้มีความเหมาะสมที่จะใช้แสดงความสัมพันธ์ และสมการที่ได้เมื่อมีตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร ร่วมกันอธิบายโอกาสการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสมการที่มีแต่ค่าคงที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาจากค่า -2 Log Likelihood = 37.517(df = 6, sig = .000) และเมื่อคำนวณค่า Pseudo R² = 31.9 % (Nagelkerke R² = .319) แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรที่อยู่ในสมการ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 31.9 และเมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของการทำนาย (Prediction success) พบว่าสมการนี้สามารถทำนายกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้องร้อยละ 83.7 และทำนายกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้องร้อยละ 51.9 โดยในภาพรวมสมการข้างต้นมีประสิทธิภาพในการทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าถูกต้องร้อยละ 71.4 สามารถอธิบายได้ว่า สมการนี้สามารถทำนายกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำได้น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จึงทำให้สมการนี้สามารถทำนายกลุ่มเข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้น้อย แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าสมการนี้มีประสิทธิภาพในการทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าถูกต้องถึงร้อยละ 71.4 ซึ่งสะท้อนให้

เห็นว่า ตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความคิดด้านลบ มีความสามารถในการจำแนกกลุ่มของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ค่อนข้างดี

3. ความสามารถของตัวแปรแต่ละตัวแปรในการทำนาย การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออก

3.1 จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 3 ตัวแปรคือ อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความคิดด้านลบ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยผู้วิจัยขออภิปรายเรียงลำดับดังนี้

อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยที่มีอายุเริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 ปี ในขณะที่ตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆคงที่ จะทำให้โอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง 0.943 เท่า เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ($OR=0.943$, $95\%CI=.905-0.983$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านอารมณ์ ความคิดและทักษะทางสังคม อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น เช่น ในวัยเด็กอาจเกิดจากการสูญเสีย การถูกทารุณกรรม ความขัดแย้ง ความคับข้องใจ และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ในวัยรุ่นอาจเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ความขัดแย้งในบทบาท ความขัดแย้งในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นนั้นมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในอายุน้อยๆ และอาจได้รับปัจจัยใหม่ๆ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าสะสมมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเหตุให้เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ (Lenz et al., 2009) ถึงแม้ว่าอาการซึมเศร้าในวัยเด็กจะมีการฟื้นหายที่รวดเร็วแต่อย่างไรก็ตามก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีในระยะยาว (Kennard et al., 2006) ดังเช่นการศึกษาของ Harrington et al. (1990) ที่ติดตามเด็กและวัยรุ่นจำนวน 80 ราย โดยจับคู่กับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี พบว่าในเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางอารมณ์ในวัยผู้ใหญ่ และมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาโรคทางจิต นอกจากนี้ยังพบว่าในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเด็กที่มีการฟื้นหายจากการเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ประมาณร้อยละ 20-60 มีการกลับเป็นซ้ำภายใน 2 ปี หลังระยะ remission และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 70 ภายหลังจาก 5 ปี (Lenz et al., 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kessing et al. (2000) พบว่าเมื่ออายุของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ครั้งแรกเพิ่มขึ้นอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะลดลง 2-7% ทุกๆ 10 ปี และผู้ป่วยอายุน้อยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับจำนวน episode ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.048$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษาดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 51 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอายุน้อย จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยซึ่งอายุมากถึง 1.69 เท่า ด้วยเหตุนี้ตัวแปรอายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกจึงสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาคตะวันออกได้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ในขณะที่ตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ คงที่ มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าลดลง .436 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเดิม ($OR=.436$, 95% C.I.= .224-.845) เนื่องจากสาเหตุของโรคซึมเศร้าประการหนึ่งมาจากการทำงานของสารนำสื่อประสาทได้แก่ serotonin, norepinephrine และ dopamine ลดลง ดังนั้นการใช้ยาด้านเศร้าในการรักษาจะเป็นตัวกระตุ้นให้ระบบการทำงานของสารนำสื่อประสาทปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) ซึ่งความสำเร็จในการใช้ยาด้านเศร้าเพื่อรักษาอาการซึมเศร้ามีตั้งแต่ 60-80% ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพออาจนำไปสู่การฟื้นฟูที่ไม่สมบูรณ์และส่งผลให้มีการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น (Judd et al., 2000) ดังนั้น ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้านั้น ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าด้วยขนาดยาและระยะเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งมีความต่อเนื่อง (Thase, 2008) จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษาดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 51 ราย พบว่าผู้ที่มีประวัติการขาดยามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ไม่ขาดยาประมาณ 4 เท่า เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Doeschate et al.(2009) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านเศร้าในการรักษา ระยะ continuation และ maintenance ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำ พบว่าระยะเวลาของการใช้ยาไม่ต่อเนื่องทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นไปได้ว่าในการ

รักษาระยะ continuation และ maintenance เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นจากอาการของโรค ซึมเศร้าจึงทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง ด้วยเหตุนี้ตัวแปรพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาจึงสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกได้

ความคิดด้านลบสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาค ตะวันออก สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนความคิดด้านลบเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆคงที่จะทำให้โอกาสของการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.017 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนความคิดด้านลบเดิม (OR=1.017, 95% C.I.= 1.002-1.033) อาจเนื่องมาจาก บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการบิดเบือน ทางความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง โดยจะมีความคิด ทางด้านลบในด้านต่างๆทั้ง 3 ด้าน (Cognitive Triad) ทั้งความคิดในด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต (Beck et al., 1979) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมองตนเองในแง่ลบ มองว่าตนเอง มีข้อบกพร่อง ตนเองไม่เก่ง ไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น หมดหนทางต่อผู้ (helpless) ผู้ป่วย มักจะตีความ (interpret) เหตุการณ์ต่างๆไปในทางที่ไม่ดีและผู้ป่วยจะคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนในความคิดนี้อาจมีรากฐานมาจากประสบการณ์เดิมตั้งแต่ในวัยเด็ก เช่น มีการ สูญเสียบิดามารดา การขาดเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ เหตุการณ์เหล่านี้จะส่งผล ให้ผู้ป่วยมีการสร้างแบบแผนความคิดในทางลบของตนเอง และเมื่อผู้ป่วยไปเจอกับสิ่งกระตุ้นหรือ เหตุการณ์ต่างๆในชีวิต จะตอกย้ำให้ผู้ป่วยแปลเหตุการณ์หรือข้อมูลต่างๆ สอดคล้องกับแบบแผน ความคิดในทางลบของผู้ป่วยที่มีอยู่เดิมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนข้อมูลที่ไม่สอดคล้องจะถูกปฏิเสธ ในทันที ส่งผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Teasdale (1983,1988 cited in Lewinsohn et al., 1999) พบว่าประสบการณ์ของโรค ซึมเศร้า จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดรูปแบบความคิดที่บิดเบือนและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าที่ เพิ่มขึ้น ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางความคิดและ คงไว้ซึ่งรูปแบบความคิดที่บิดเบือนมากขึ้นตามไปด้วย (Nandrinio et al., 2002 cited in Nandrinio et al., 2004) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lewinsohn et al. (1999) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมในวัยรุ่นระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกและโรคซึมเศร้าที่ กลับเป็นซ้ำพบว่าอารมณ์ซึมเศร้าและรูปแบบความคิดที่บิดเบือนเป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำ ของโรคซึมเศร้ามากกว่าการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก และการศึกษาของ Myriam and Susan (2005) ซึ่งพบว่าความคิดด้านลบเป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ด้วยเหตุ

นี้ตัวแปรความคิดด้านลบจึงสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก
ได้

3.2 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาค
ตะวันออกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีทั้งหมด 3 ตัวแปรคือ เพศ การสนับสนุนทางสังคม
และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยขออภิปราย
เรียงลำดับดังนี้

ตัวแปรเพศ ผลจากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรเพศไม่สามารถทำนายการกลับ
เป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคตะวันออกได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มี
ข้อสรุปที่ชัดเจนในเรื่องของตัวแปรเพศกับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีการศึกษาที่
พบว่าตัวแปรเพศมีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ดังเช่น การศึกษาของ
Mueller (2000) ที่ติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 380 คน เป็นระยะเวลา 15 ปี พบว่าเพศหญิง
เป็นตัวทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Odd ratio=1.43, 95% C.I.=1.10-1.86)
เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kessing (2004) ที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของ
โรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 1.14 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก พรหมภักดี และ
พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ที่พบว่า ปัจจัยทางด้านเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ โดยเพศ
หญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 6.5 เท่า และมีการศึกษาที่พบว่าตัว
แปรเพศไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ ดังเช่น การศึกษาของ
Rao et al. (1995) ได้ทำการติดตามไปข้างหน้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่นเป็นระยะเวลา 7 ปี
พบว่าตัวแปรเพศไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการ
เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Simpson, Nee, and Endicott
(1997) ที่ทำการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 195 คน เป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี พบว่าไม่
มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศหญิงและเพศชายในการกลับเป็นซ้ำของโรค
ซึมเศร้าเมื่อความคุมจำนวน episode ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยใน
ครั้งนี้ ด้วยเหตุนี้ตัวแปรเพศจึงไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาค
ตะวันออกได้

ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ผลจากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรการ
สนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกได้ ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของ Staner et al. (1997) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตสังคม
และอาการแสดงทางคลินิกในการทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างโรค
ซึมเศร้าจำนวน 24 คน และ โรคอารมณ์แปรปรวนจำนวน 27 คน พบว่าการปรับตัวทางสังคม

(social adjustment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นตัวทำนายการเกิด episode ใหม่ของโรค แต่การเห็นคุณค่าแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะอาการทางคลินิกไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากมีความคาบเกี่ยวกันระหว่างกลุ่มเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม ทั้งกลุ่มโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำและกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมอาจไม่ใช่ความสัมพันธ์โดยตรง (Burgum and Iacono, 2007) ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ายังไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามการสนับสนุนของสังคมจะช่วยเพิ่มปัจจัยปกป้องและป้องกันผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของบุคคลและครอบครัวและมุ่งเน้นการมีสุขภาพที่ดีมากกว่าการเจ็บป่วย (Stuart and Laraia, 2005) นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมใกล้เคียงกันในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์โดยวิธีการถดถอยโลจิสติกส์ จึงไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจึงไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกได้

ตัวแปรการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ผลจากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกได้ อธิบายได้ว่า เหตุการณ์ความเครียดมักนำหน้ามาก่อนการเริ่มต้นของความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นร่วมกับภาวะซึมเศร้าครั้งแรกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ถาวรและยาวนานภายในสมอง ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของสารส่งผ่านประสาท และระบบสัญญาณภายในเซลล์ประสาท จากผลที่เกิดขึ้นทำให้คนบางคนมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในระยะหลัง แม้ว่าจะไม่มีสิ่งทำให้เกิดความเครียดจากภายนอกชัดเจน (จำลอง ดิษยวณิช และ พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2003) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Post et al. (1992, 1996 cited in Lewinsohn et al., 1999) ได้ทำการศึกษาถึงการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ทั้งความรวดเร็วต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นความเครียด และความรวดเร็วต่อการเกิด episode ของโรค โดย Post et al. ได้ติดตามไปข้างหน้าพบว่า episodes จำนวนมากจะเกิดขึ้นเองซ้ำๆ ในผู้ที่มีประสบการณ์ซึมเศร้า มากกว่าการได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยทางด้านจิตสังคม โดยตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดทางด้านจิตสังคมจะเป็นตัวทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าครั้งแรกมากกว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่ง Post et al. ได้ทำการทบทวนการศึกษาทั้งหมด 12 ซึ่งผล

การศึกษายืนยันว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Catherine et al. (2008) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ โดยทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 13 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าการเกิดโรคซึมเศร้าในครั้งแรกมีเหตุการณ์ความรุนแรงในชีวิตสูงกว่าการเกิดโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตจึงไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อย มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชจะต้องมีการคัดกรอง โดยการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าครั้งแรกและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ และเนื่องจากอาการซึมเศร้าในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลควรมีแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเพื่อใช้ในการประเมินและติดตามที่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งจะทำให้การคัดกรองมีความถูกต้องและสามารถวางแผนให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม และจะต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยเด็ก เช่น ในเด็กที่มีประวัติสูญเสียพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกทารุณกรรม ความขัดแย้ง ความคับข้องใจ และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ในวัยรุ่นที่มีประวัติประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า มีความขัดแย้งในบทบาท ความขัดแย้งในครอบครัว เป็นต้น

2. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่ำมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจำเป็นที่จะต้องวางแผนการให้สุขภาพจิตศึกษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในเรื่องการค้าเนินของโรคซึมเศร้า การให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยาต้านเศร้า การออกฤทธิ์ของยา ขนาดยา ความถี่ในการใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจโรคซึมเศร้ามากขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลควรมีการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการไม่ร่วมมือในการ

รับประทานยา เช่น มีบุคลิกภาพผิดปกติ มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม เคยมีประวัติการขาดยามาก่อน เคยมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเศร้ารุนแรง เป็นต้น

3. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดด้านลบสูงมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความสามารถในการใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล เหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือนไปสู่เหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความ เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาวิธีการคิดไปในอีกแนวทางหนึ่งที่ยืดหยุ่นกว่า และเป็นไปในทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความคิดที่เป็นไปในด้านบวกและถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา นอกจากนี้ควรมีการให้จิตบำบัดในระยะต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เนื่องจากจะสามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse and recurrent rate) ลงได้ (พีรพนธ์ ลีอบุญวัชชัย, 2549)

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการดูแลที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น นำผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างแนวทางการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. สนับสนุนพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบลดลง และส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตั้งแต่วัยเด็ก

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า เช่น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิด
2. เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีลักษณะการดำเนินของโรคยาวนาน สามารถเกิดการกลับเป็นซ้ำได้หลายครั้ง ดังนั้นควรศึกษาในรูปแบบการติดตามไปข้างหน้า (Prospective Studies หรือ Cohort Studies) เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ของการกลับเป็นซ้ำ โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมตลอดการรวบรวมข้อมูล และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน

แต่ละ episode ซึ่งอาจมีความแตกต่างของปัจจัยในแต่ละ episode เพื่อนำผลการวิจัยไป
ออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแต่ละ episode ต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. จำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขจังหวัด
[ออนไลน์]. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน[ผู้เผยแพร่], 2550. แหล่งที่มา:

<http://www.dmh.go.th/plan/FormRptDmh/view.asp?id=83> [24 กันยายน 2550]

กรมสุขภาพจิต. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 10. นนทบุรี: ปิยะนงค์ พับลิชชิ่ง, 2550.

กรมสุขภาพจิต. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต : การศึกษาระดับประเทศปี 2546. นนทบุรี:
วงศ์กมล, 2546.

กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ธรรม
สาร, 2551.

กิตติวรรณ เทียมแก้ว, บุญผดุง พัวพันธ์ประเสริฐ, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และ
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลภาครัฐของ
ประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 15(2550): 10-21.

กุลธิดา สุภาคณ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิดต่อภาวะซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

คณะทำงานศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บกระทรวงสาธารณสุข. การจัดลำดับปัญหาทาง
สุขภาพของประชากรไทยในปี 2549 โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาวะโรค[ออนไลน์]. แหล่งที่มา
: <http://www.thaihealth.or.th> [2552]

จอม สุวรรณโณ. การจัดการผู้ป่วยเป็นราย : รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพ
การพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 6(2541): 27-32.

จิตปราณี วาศวิท, กัญจนา ติชยาธิคม, นวรัตน์ โอบนพันธ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ
วลัยพร พัชรนฤมล. อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ตอนที่ 1 เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของ
คนไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 13(2547): 428-439.

จินตนา ยูนิพันธุ์. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
13(2542): 1-13.

จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, และธรรณินทร์ กองสุข. การทบทวนวรรณกรรม

- ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค[ออนไลน์]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549. แหล่งที่มา:
<http://www.jvkk.go.th/researchnew/qresearch.asp?code=0074> [29 March 2008]
- จำลอง ดิษยวณิช และ พรพิมลเพรา ดิษยวณิช. ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48(กรกฎาคม – กันยายน 2546): 185-198.
- ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาให้หายได้ และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์, 2542.
- ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน เกษม ตันติผลาชีวะ, ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. หน้า 348-410. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 53(2551): 61-68.
- ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชษฐ ฤกษ์รัตน์. การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 53(2551): 81-97.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2548.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย, 2547.
- บุญพา ณ นคร. การศึกษาระดับสูงทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. รายงานการวิจัย. สุราษฎร์ธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
- ประคอง กวรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์. 2542.
- ประยุทธ์ เสรีเสถียร, วัชรีย์ อุจระรัตน์, รัชวัลย์ บุญโสม และเกษณ ปาลสุทธิ. การศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 1(2543): 14-21.
- ปนัดดา ปริยทฤณ. วิทยาการระบาด: การวางแผนนโยบาย และแผนงานด้านสาธารณสุข.

กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.(เอกสารอัดสำเนา)

ปริญญ์ สละสวัสดิ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท
เรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2546.

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. DSM IV ฉบับภาษาไทย(ใช้รหัส ICD-10).
กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์, 2539.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, เนตรชนก บัวเล็ก, พัชรินทร์ สุริยะ และ สตรีรัตน์ รุจิระชาคร. ระบาด
วิทยาปัญหาสุขภาพจิตของลูกจ้างสถานประกอบการในประเทศไทย: การศึกษา
ระดับประเทศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(2547): 199-208.

พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล: จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิง
สำหรับโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน. เวชศาสตร์ร่วมสมัย (2549): 109-119.

พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด. ภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมด
ประจำเดือน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิต
เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวแปรสำหรับกร
วิจัยทางการแพทย์. สงขลา: 3 จ.เอกสาร, 2546.

ลัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.

วีณา มิ่งเมือง. ผลการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อ
กลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

วิทยา ตันสุวรรณนนท์. โครงการหลักประกันสุขภาพ: หลักการ แนวคิด ผลการดำเนินงาน.
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550. (เอกสารอัดสำเนา)
สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และ รวมพร คงกำเนิด. การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด
ทฤษฎีและการปฏิบัติทางการแพทย์. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์,
2543.

สมจิตร์ นครพานิช. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ของหญิงที่มีและไม่มี

- ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- สมชาย จักรพันธ์. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2547-2548. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
- สมชัย สายสุสุขสวัสดิ์. ผลกระทบของการพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออกต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาวิทยาลัย, ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- สรยุทธ วาสิกนันท์. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2547.
- สรินทร เชี่ยวโสธร. ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- สาธุพร พุฒขาว. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- สุชาดา หุณทะสาร. สุขภาพจิต: การพยาบาลที่มีคุณภาพในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. ใน ประมวลการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 12, หน้า 258-259. กรุงเทพมหานคร: LT.เพรส, 2547.
- สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท, 2542.
- สุรัชย์ หวันแก้ว, ปรีชา คุวินทร์พันธุ์ และประสิทธิ์ สวาสดิ์ญาติ. ผลกระทบทางสังคมจากการพัฒนาอุตสาหกรรม ชายฝั่งทะเลตะวันออกต่อชุมชนท้องถิ่น. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- สุภรัตน์ เอกอัศวิน. แนวทางการผสมผสานบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 10(2002): 30-44.
- อรพวรรณ ลีอนุญัตต์ชัย. การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, 2549.
- อรพินธ์ เจริญผล. การพัฒนาระบบการปฏิบัติกรพยาบาลขั้นสูง. ใน ประมวลการประชุม

- พยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 12, หน้า 41. กรุงเทพมหานคร: LT.เพรส, 2547.
- อวยพร เรืองตระกูล. สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I. พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
- อภิชัย มงคล. รายงานการวิจัยระดับวิทยาสมาชิกของผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ.2547. ใน ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 จากหลังคาแดงสู่ชุมชน, หน้า 80. 3-5 กรกฎาคม 2549 ณ โรงแรมปริ้นท์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- อภิชัย มงคล. เผยสถิติฆ่าตัวตายคนไทยลด จับตา “ระยอง” มาแรงเสียงแข่งทุกจังหวัด [ออนไลน์]. ผู้จัดการออนไลน์. แหล่งที่มา :<http://www.dmh.go.th/sty.libnews/news/view.asp?id=7653> [20 กรกฎาคม 2550]
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550. (เอกสารอัดสำเนา)
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร, 2543.

ภาษาอังกฤษ

- Alloy,L.B., et al. Prospective Incidence of First Onsets and Recurrences of Depression in Individuals at High and Low Cognitive Risk for Depression. Journal of Abnormal Psychology 115(2006): 145 – 156.
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depression. 2nded. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4thed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Ashton,A.K, Jamerson,B.D., Weinstein,W.L., and Wagoner,C. Antidepressant- related adverse effects impacting treatment compliance: result of a patient survey. Curr Ther Res Clin Exp 66(2005):96-106.
- Beck,A.T., Rush,A.J., Shaw,B.F. and Emery,G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press, 1979.
- Bland,R.C., Newman,S.C., and Orn,H. Recurrent and nonrecurrent depression.

Archives of General Psychiatry 43(1986): 1085-1089.

Bos,E.H.,et al. Cognitive, Physiological, and personality correlates of recurrence of depression. Journal of Affective Disorder 87(2005): 221-229.

Boyd,M.A., and Nihart,M.A. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. New York: Lippincott-Raven, 1998.

Burcusa,S.L., and Iacono,W.G., Risk for recurrence in depression. Clinical Psychology Review 27(2007): 959-985.

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

Corruble,E., Falissard,B., and Gorwood,P. Life events exposure before a treated major depressive episode depends on the number of past episodes. European Psychiatry 21(2006): 364-366.

Demyttenaere,K. Compliance during treatment with antidepressant. Journal. Affective. Disorder. 43(1997): 27-39.

Demyttenaere,K. Risk factors and predictors of compliance in depression. European Neuropsychopharmacology 13 (2003): S69-S75.

DeRubeis,R.J., Evans,M.D., Hollon,S.D., Garvey,M.J.,Grove,W.M., and Tuason,V.B. How does Cognitive Therapy Work? Cognitive Change and Symptom Change in Cognitive Therapy and Phamacotherapy for Depression. Journal of Consulting and clinical Psychology 58(1990): 862-869.

Dobson,K.S. Chronic Processes in depression: Differentiating Self and Other Influences in Onset, Maintenance, and Relapse/Recurrence. American Psychological Association 7(2000): 236-239.

Doesschate,M.C.,Blockting,C.L.H.,and Shene,A.H. Predictors of patient non-adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. Journal of Affective Disorders 107(2009): 167-170.

Dohrenwend,B.S., and Dohrenwend,B.P. Stressful life events and their contexts. Volume2, USA.: Rutgers university press, 1974.

Dunner,D.V., et al. Preventing Recurrent Depression: Long-Term Treatment for Major Depressive Disorder. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 9(2007): 214-251

- Durand,V.,M, and Barlow,D.H. Essentials of Abnormal Psychology. 4thed. USA.: Thomson Learning, 2006.
- Fanker,S.,et al. Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication Best Practice. JB10(2006): 1-4.
- Furukawa,T.A.,Fujita,A.,Yoshimura,R.,Kitamura,T., and Takahashi,K. Definitions of recovery and outcomes of major depression: results from a 10-year follow-up. Acta Psychiatr Scand 117(2008): 35-40.
- Giles,D.E., Jarrett,R.B., Biggs,M.M., Guzick,D.S., and Rush,A.J. Clinical Predictors of Recurrence in Depression. American Journal Psychiatry 146(1989): 764-767.
- Gochman,D.S. Health Behavior Emerging Research Perspectives. England: Plenum Press, 2001.
- Greden,J.F. Treatment of Recurrent Depression. U.S.A.: American Psychiatric Publishing, 2001.
- Greden,J.F. The Burden of recurrent Depression: Cause, Consequences, and Future Prospects. Journal Clin Psychiatry 62(2001): 5-9
- Hammen, C. Social stress and women's risk for recurrent depression. Arch Womens Ment Health 6(2003): 9-13.
- Harrington,R., Fudge,H., Rutter,M., Pickles,A., and Hill,J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. Arch Gen Psychiatry 47(1990): 465 - 473.
- Hollon,S.T., and Kendall,P.C. Cognitive Self-Statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. Cognitive Therapy and Research 4(1980): 383-395.
- Horesh,N., Klomek,A.B., and Apter,A. Stressful life events and major depressive disorders. Psychiatry Research 160 (2008): 192-199.
- House,J.S. Work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall, 1981.
- Jacobs,J.,Goldstein,A.G.,Kelly,M.E., and Bloom,B.S., NSAID dosing schedule and compliance. Drug Intell Clin Pharm 22(1988): 727-728.
- Judd,L.L.,et al. Dose incomplete recovery from first lifetime major depressive episode

herald a chronic course of illness ?. American Journal Psychiatry 157(2000): 1501-1504.

Jefferson,J. Patient Compliance in depression. The American Journal of Managed care 6(2000) s31- s38.

Keller,M.B. Long-term treatment of recurrent and chronic depression. Journal Clin Psychiatry 60(1999): 41-45.

Kennard,B.D., Emslie,G.J., Mayes,T.L., and Hughes,J.L. Relapse and Recurrence in Pediatric Depression. Child Adolescent Psychiatric clinics of North America 15(2006): 1057-1079.

Kennedy,S. Full remission: a return to normal functioning. J Psychiatry Neurosci 27(2002): 233-235.

Kennedy,N.,Abbott,R., and Paykel,E.S. Remission and recurrence of depression in the maintenance era: long-term outcome in a Cambridge cohort. Psychological Medicine 33(2003): 827-838.

Kessler,R.C., MCGonagle,K.A., Zhao,S. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in The United States. Arch Gen Psychiatry 51(1994): 8-19.

Epidemiology of women and depression. Journal Affective Disorder 74(2003): 5-13.

Kessing,L.V. Recurrence in affective disorder: II. Effect of age and gender. . British Journal Psychiatry 172(1998): 29-34.

Kessing,L.V., Andersen,E.W., and Andersen,P.K. Predictors of recurrence in affective disorder – analyses accounting for individual heterogeneity. Journal of Affective Disorders 57(2000): 139-145.

Kessing,L.V. Severity of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. British Journal Psychiatry 164(2004): 263-266

Lazarus, AS., and Folkman,S. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing, 1984.

Lenz,K.,Coderre,K., and Watanabe,M.D. Overview of depression and its management in children and adolescents. Pediatic depression 44(2009): 172-180.

Lewinsohn,P.M., Zeiss,A.M., and Duncan,E.M. Probability of relapse after recovery from

- an episode of depression. Journal of Abnormal Psychology 98(1989): 107-116.
- Lewinsohn, P.M., Allen, N.B., Seeley, J.R., and Gotlib, I.H. First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. Journal of Abnormal Psychology 108(1999): 483-489.
- Mitchell, A.J. Adherence behavior with psychotropic medication is a form of self-medication. Medical hypotheses 68(2007): 12-21
- Myriam, M., and Susan, B. Cognitive Vulnerability, Lifetime Risk, and the Recurrence of Major Depression in Graduate Students. Cognitive Therapy and Research. 29(2005): 747-768.
- Mueller et al. Recurrence After Recovery From Major Depressive Disorder During 15 years of Observational Follow-Up. American Journal Psychiatry (1999): 1000-1006.
- Nandrino, J.L., Pezard, L., Poste, A., Reveillere, C., and Beaune, D. Autobiographical Memory in Major Depression: A comparison between First-Episode and Recurrent Patients. Psychopathology 35(2002): 335-340.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., and Munizza, C. Patient adherence in treatment of depression. British Journal of Psychiatry 180(2002): 104-109.
- Power, M. Mood Disorders. A handbook of science and practice. England: Antony Rowe, 2004.
- Rao, U., et al. Unipolar depression in adolescents: A 5-year longitudinal study of young women. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34(1995): 566-578.
- Rush, A.J., et al. Clinical characteristics of outpatients with chronic major depression. Journal Affective Disorder 34(1995): 25-32.
- Rush, A.J., et al. Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder. Neuropsychopharmacology 31(2006): 1841-1853.
- Sadock, B.J., and Sadock, V.A. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. U.S.A.: Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
- Schaefer, C., Colyne, C., and Lazarus, R.S. The health related functions of social support. Journal of behavior medicine 4(1981): 381 - 406.

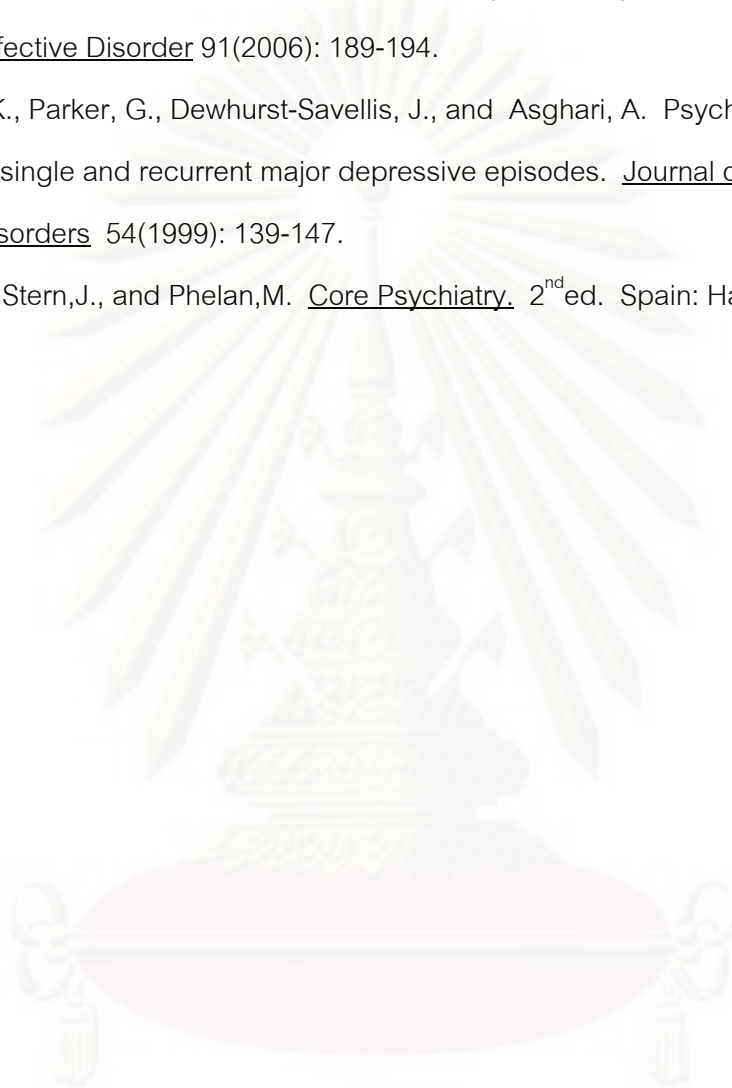
- Simpson,H.B., Nee,J.C., and Endicott,J. First episode major depression: Few Sex differences in course. Archives of General Psychiatry 54(1997): 633-639.
- Sirey,J.A., Bruce,M.L., Alexopoulos,G.S., Perlick,D.A., Friedman,S.J., and Meyers,B.S., Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. Psychiatry Serv 52(2001): 1615-1620.
- Solomon,D.A.,et al. Psychosocial Impairment and Recurrence of Major Depression. Comprehensive Psychiatry 45(2004): 423-430.
- Staner,L. et al. Clinical and psychosocial predictors of recurrence recovered bipolar and unipolar depressives: A one-year controlled prospective study. Psychiatry Research 69(1997): 39-51.
- Stein,D.J., Kupfer,D.J., and Schatzberg,A.F. Textbook of Mood Disorder. U.S.A.: American Psychiatric Publishing, 2006.
- Stroud,C.B., Davila,J., and Moyer,A. The Relationship Between Stress and Depression in First Onsets Versus Recurrences: A Meta-Analytic Review. Journal of Abnormal Psychology 117(2008): 206 - 213.
- Stuart,G.W., and Laraia,M.T. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 7th ed. U.S.A.: Mosby, 2001.
- Stuart,G.W., and Laraia,M.T. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th ed. U.S.A.: Mosby, 2005.
- Stuart,G.W., and Sundeen,S.J. Principles and practice of psychiatric nursing. 4th ed. U.S.A.: Mosby, 1991.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., and Kendler, K. S. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. American Journal of Psychiatry 157(10): 1552-1562.
- Tabachnick,B.G., and Fidell,L.S. Using Multivariate Statistics. 5rd ed. U.S.A.: Harper Collins College Publishers, 2007.
- Thase,M.E. Preventing Recurrence in Major Depression: A Rational Approach to Maintenance Therapy[Online]. 2008. Available from: <http://www.WyethNeuroscience.com>.

Thorndike,R.M. Correlational procedures for research. New York: Gardner press,Inc, 1978.

Williams,J.M.G., Crane,C., Barnhofer,T., Van der Dose,A.J.W., and Segal,Z.V. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. Journal of Affective Disorder 91(2006): 189-194.

Wilhelm, K., Parker, G., Dewhurst-Savellis, J., and Asghari, A. Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. Journal of Affective Disorders 54(1999): 139-147.

Wright,P., Stern,J., and Phelan,M. Core Psychiatry. 2nded. Spain: Harcourt, 2005.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

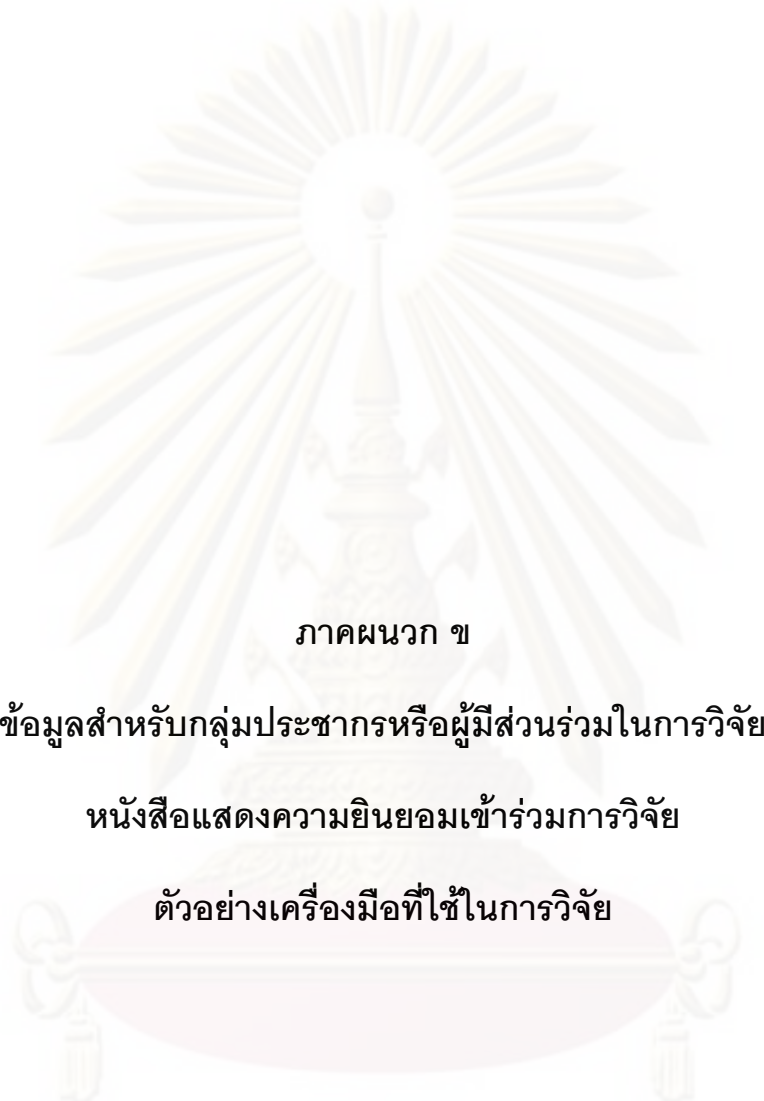
ชื่อ – สกุล

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล | รองหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.อัฉรวพร สีหิรัญวงศ์ | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. นางสกาวรัตน์ พวงรัตน์ | พยาบาลชำนาญการ
โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 5. นายแพทย์พิสิฐฐ์ ชัยประเสริฐสุด | นายแพทย์ด้านเวชกรรม สาขา
จิตเวชศาสตร์ ระดับชำนาญพิเศษ
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร |

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจฉัยทำนายนการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านม ในภาคตะวันออกเฉียง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรพรรณ ศรีโสภานิชิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ 56 หมู่ 3 ถ. สุวินทวงศ์ ต. ไม้เค็ด อ.เมือง จ.ปราจีนบุรี 25230

โทรศัพท์บ้าน 037-405321

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-0662200

E-mail : nuykung97@hotmail.com

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจฉัยทำนายนการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านม ในภาคตะวันออกเฉียง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม และทำนายนการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านมในภาคตะวันออกเฉียง จากปัจฉัยส่วนบุคคล (เพศ อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก) ความคิดด้านลบ การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

3. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกโรงพยาบาล โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลชลบุรี โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายจังหวัด ประจำปี 2550 ดังนี้ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจำนวน 11 คน โรงพยาบาลระยองจำนวน 21 คน โรงพยาบาลจันทบุรีจำนวน 36 คน และโรงพยาบาลชลบุรีจำนวน 72 คน มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีบันทึกประวัติการรักษาในเวชระเบียนไม่เกิน 5 ปี นับจากการป่วยครั้งแรกและไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของจิตแพทย์หรือเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการหลงเหลือเพียงเล็กน้อยติดต่อกันอย่างน้อย 4 เดือน และกลับมามีอาการป่วยอีก และกลุ่มที่ 2 ไม่เข้าเกณฑ์การกลับเป็นซ้ำ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนไม่มีอาการหรือมีอาการหลงเหลือเพียงเล็กน้อยติดต่อกันนาน 4 เดือนแล้วไม่กลับมามีอาการอีก หรือป่วยเพียงครั้งเดียวตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย

4. ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ ลงในรายงานการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอถึงวิชาการ และจะไม่ทำคามเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วนจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับปฏิบัติดังต่อไปนี้

5.1 ในงานวิจัยครั้งนี้เรียกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยว่า ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Participants)

AF 04-09

ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมทางจิตเวชแล้ว จะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นหลัก โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ในแบบสอบถาม 5 ส่วน จำนวนทั้งหมด 121 ข้อ

5.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลและจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลชลบุรี

5.3 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างไม่มีผลต่อการได้รับบริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

5.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามถามมีคะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบให้ทราบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล

5.5 หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์ หมายเลข 089-0662200

5.6 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้นจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

5.7 ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางบำบัดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน และจัดให้บริการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า เพื่อลดการสูญเสียสมรรถภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

7. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย 034.1/52
วันที่รับรอง - 7 พ.ค. 2552
วันหมดอายุ - 6 พ.ค. 2553

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของผู้วิจัยชื่อ นางสาวพรพรรณ ศรีโสกา บ้านเลขที่ 56 หมู่ 3 ต. ไม้เค็ด อ. เมือง จ. ปราจีนบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 089-0992200

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน จำนวน 121 ข้อ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

Handwritten signature

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 034.1/52
- 7 พ.ศ. 2552
วันที่รับรอง
- 6 พ.ศ. 2553
วันหมดอายุ

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออกเฉียง

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม เครื่องมือชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต รวมถึงความคิดและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความซ้ำๆ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 5 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

1. การวินิจฉัยโรคในครั้งปัจจุบัน
 - Depressive disorder (F32) Recurrent depressive disorder(F33)
2. ในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งนี้ ท่านได้รับการรักษาจากจิตแพทย์มาเป็นระยะเวลาปี..... เดือน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

3. เพศ ชาย หญิง
4. ท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกเมื่ออายุปี
5. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคซึมเศร้าหรือไม่ (เช่น โรคตื่นตระหนก โรคกลัว โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด หรืออื่นๆ)
 - ไม่มี มี ระบุ.....
6. สมาชิกในครอบครัวของท่าน (พ่อ แม่ พี่และน้องท้องเดียวกัน) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือไม่
 - ไม่มี มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวน 25 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามกิจกรรมหรือพฤติกรรมความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลในครอบครัวและสังคม **นับตั้งแต่วันที่ท่านเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจนถึงปัจจุบัน** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความและเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
 มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก
 ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
 น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. มีคนที่ท่านไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหา					
2. คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
3.					
4.					
5.					
.....					
.....					
.....					
24. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีคนที่สามารถแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยให้แก่ท่านได้					
25. มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวน 16 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยาต้านเศร้า และการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาต้านเศร้า นับตั้งแต่ที่ท่านได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าจนถึงปัจจุบัน แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามตอนนี้มีจำนวน 10 ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อความและเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

- เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
 บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน
 บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ประมาณเดือนละครั้ง
 นานๆครั้ง หมายถึง นานๆปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง
 ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านเคยลิ้มรับประทานยาต้านเศร้า					
2. ท่านจะรับประทานยาต้านเศร้า เมื่อ คิดว่ามีความจำเป็นเท่านั้น					
3.					
4.					
.....					
.....					
.....					
9. แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยัง รับประทานยาสม่ำเสมอ					
10. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามตอนนี้มีจำนวน 6 ข้อ มีรายละเอียดการตอบดังนี้

1. ในการตอบแบบสอบถามขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อความและพิจารณาเหตุการณ์ในแต่ละข้อความว่า เหตุการณ์ในข้อนั้นๆเคยเกิดขึ้นกับท่านหรือไม่และเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

- ไม่เคย หมายถึง เหตุการณ์ในข้อความนี้ไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน
- เคย หมายถึง เหตุการณ์ในข้อความนี้เคยเกิดขึ้นกับท่าน

2. หากเหตุการณ์ในข้อความนี้เคยเกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านพิจารณาต่อว่าข้อความแต่ละข้อนั้นตรงกับพฤติตนของท่านมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้องและเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติตนของท่านมากที่สุด

- เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง
- บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง
- บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ประมาณเดือนละครั้ง
- นานๆครั้ง หมายถึง นานๆปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง
- ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	เหตุการณ์		การปฏิบัติตนเมื่อเคยเกิดเหตุการณ์				
	ไม่เคย	เคย	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านเคยมีอาการผิปกติรุนแรงเช่น หน้ามีด เวียนศีรษะมาก ปัสสาวะลำบาก ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที							
.....							
.....							
.....							
.....							
6. เมื่อมีปัญหาสุขภาพหรืออาการผิปกติจากการใช้ยา ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ							

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวน 43 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเหตุการณ์

ความเครียดในชีวิต นับตั้งแต่ที่ท่านเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจนถึงปัจจุบัน โปรด

พิจารณาเหตุการณ์ในข้อความแต่ละข้อความและเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว

ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นเคยเกิดขึ้นกับท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน

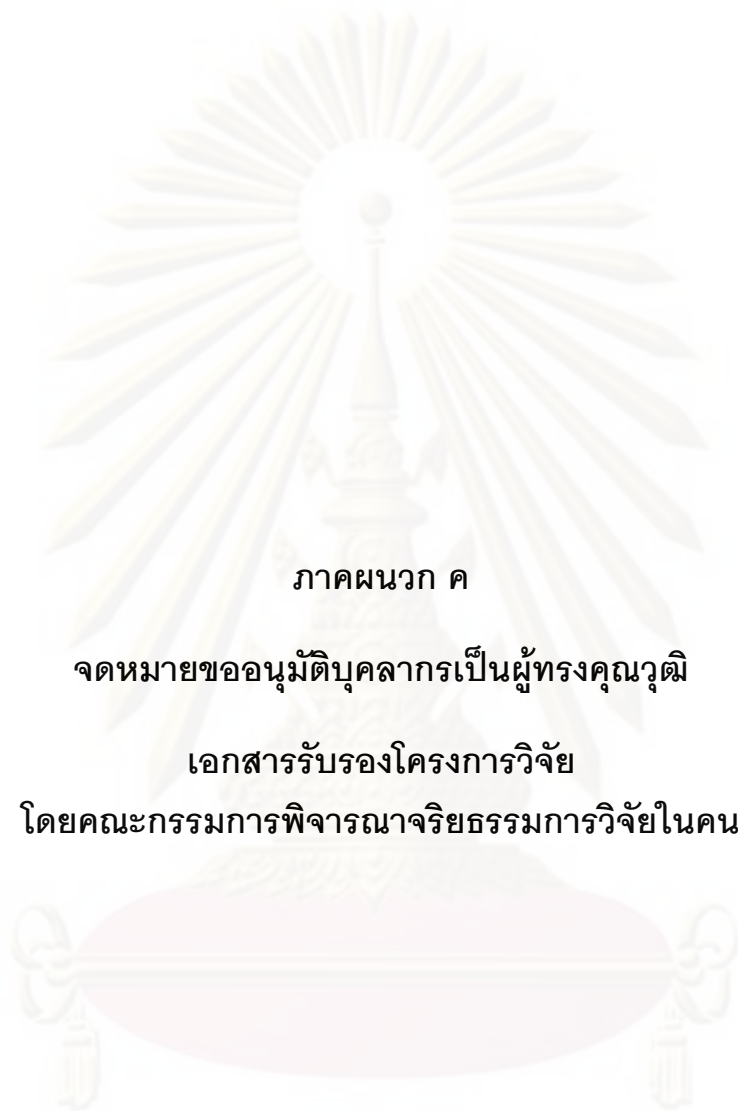
เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
ด้านสุขภาพ		
1. ท่านเจ็บป่วยมากจนถึงกับต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
.....		
ด้านครอบครัว		
7. สามีหรือภรรยาของท่านเสียชีวิต		
.....		
ด้านเศรษฐกิจ		
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวของท่านฝืดเคือง ชัดสน		
.....		
ด้านการทำงาน		
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก		
.....		
ด้านสังคม		
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุภัยอันตรายเสียหาย (เช่น ไฟไหม้บ้าน น้ำท่วมบ้าน)		
.....		
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อยๆ มีเสียงดังรบกวน)		

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่า **นับตั้งแต่ที่ท่านเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจนกระทั่งถึงปัจจุบัน** ท่านมีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรืออนาคตดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทุกข้อโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

- ประจำ หมายถึง ท่านมีความคิดเกิดขึ้นตรงกับข้อความ เป็นประจำทุกวัน
- บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีความคิดเกิดขึ้นตรงกับข้อความ บ่อยๆ เกือบทุกวัน
- บางครั้ง หมายถึง ท่านมีความคิดเกิดขึ้นตรงกับข้อความ เป็นบางครั้ง ประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง
- นานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีความคิดเกิดขึ้นตรงกับข้อความ เกิดขึ้นนานๆครั้ง
- ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยมีความคิดตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ฉันคิดว่าฉันเป็นคนต่อต้านสังคม					
2. ฉันคิดว่าฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3. ฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4.					
5.					
6.					
.....					
.....					
.....					
29. ทุกๆอย่างไม่มีคุณค่าหรือมีความหมายกับฉันเลย					
30. ฉันไม่สามารถทำอะไรให้สำเร็จลงได้เลย					



ภาคผนวก ค

จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0110

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๕ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

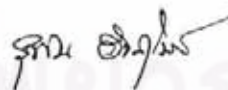
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

เนื่องด้วย นางสาวพรพรรณ ศรี โสภา นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายอาการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิศกร อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. คาราวรรณ ต๊ะปินดา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. คาราวรรณ ต๊ะปินดา

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิศกร อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อนิสิต นางสาวพรพรรณ ศรี โสภา โทร. 08-9066-2200

ที่ ศธ 0512.11/ 0๕๑๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวพรพรรณ ศรี โสภา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หรีดวงษ์ เป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หรีดวงษ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพรรณ ศรี โสภา โทร. 08-9066-2200

ที่ ศธ 0512.11/ 0110

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิจดี ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑) กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

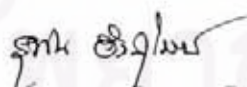
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา นิสิตชั้นปริญญาโทมาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เป้าหมายเรียน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา โทร. 08-9066-2200

ที่ ศบ 0512.11/ 0390

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๗ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

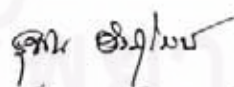
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับตั้งเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาวิชิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด ผู้อำนวยการพิเศษด้านเวชกรรม, ด้านจิตใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. อุทัย กังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้แนะนำเรียน

นายแพทย์ พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา โทร. 08-9066-2200

ที่ ศบ 0512.11/ 0๓๕๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๓ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

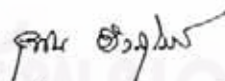
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

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

เนื่องด้วย นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสกาวัฒน์ พวงถัดดา พยาบาลชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้แนะนำเรียน

นางสกาวัฒน์ พวงถัดดา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา โทร. 08-9066-2200



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 059/2552

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 034.1/52 : ปิจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออกเฉียง
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา นิสิตระดับมหาบัณฑิต
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... ประจักษ์ วัฒนศิริ ลงนาม..... นันทิยา วัฒนศิริ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักนประคินฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 7 พฤษภาคม 2552 วันหมดอายุ : 6 พฤษภาคม 2553

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 034.1/52
วันที่รับรอง - 7 พ.ค. 2552
วันหมดอายุ - 6 พ.ค. 2553

เงื่อนไข

1. ขั้พเจ้ารับทราบว่าเป็นการมีจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งต้นฉบับเอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



เลขที่ EC – CA 008 / 2552

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

โครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ"

ผู้วิจัยหลัก : นางสาว พรพรรณ ศรีโสภา

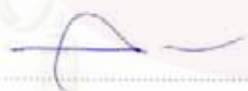
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา พิจารณาแล้ว มีมติเอกฉันท์ให้การรับรอง โครงร่างการวิจัยตามข้อบ่งชี้ที่เสนอขอดำเนินการวิจัย

วันที่รับรอง : 17 มิถุนายน 2552

วันหมดอายุ : 16 มิถุนายน 2553

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราดังนี้

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยที่ขอรับการรับรองทุกขั้นตอน
2. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ
3. รายงานความก้าวหน้า/การยุติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ

ลงนาม 

(นายสมชาย หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราลงนาม 

(นายวีระพงษ์ เพ็งพานิชย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ศูนย์รพชยทรพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพรพรรณ ศรีโสภา เกิดเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดนครนายก สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อปี 2545 หลังจากจบการศึกษาทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จนถึงปี พ.ศ. 2549 หลังจากนั้นได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปีการศึกษา 2550

ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย