

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัด
ปทุมธานี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEPRESSION IN MALE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA RESIDING IN HALF-WAY HOME



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

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและ
พัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี
โดย น.ส.โสธญา นานบุญ
สาขาวิชา สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์. ดร. นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์. ดร. นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

โสทรธนา นานบุญ : ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิไล (ชาย) จังหวัดปทุมธานี. (DEPRESSION IN MALE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA RESIDING IN HALF-WAY HOME) อ.ที่ปรึกษาหลัก : อ.ดร. นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional descriptive design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการอุปการะในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิไล (ชาย) จังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่เดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2562 จำนวน 319 ราย โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติและสอบถามจากผู้ดูแลในส่วนของข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย และสาเหตุที่เข้ารับการอุปการะ จากนั้นให้อาสาสมัครทุกคนตอบแบบสอบถามต่อทั้งหมดอีก 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale of Schizophrenia; CDSS) และ 2) แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท (The positive and negative syndrome scale for schizophrenia; PANSS) นำเสนอข้อมูลภาวะซึมเศร้าเป็นค่าคะแนน วิเคราะห์หาค่าความชุกและความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยต่างๆ

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 319 ราย ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 40-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 48.91 ปี พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองทั้งหมด ร้อยละ 39.5 ในผู้ป่วยกลุ่ม A พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือร้อยละ 57.1 รองลงมาคือผู้ป่วยกลุ่ม B พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41.3 ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม C นั้นไม่พบภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ประวัติการฆ่าตัวตาย พบภาวะซึมเศร้า 44 ราย (34.9%) OR 0.506 95% CI 0.276, 0.926 p -value 0.027, ผลข้างเคียงของยา พบภาวะซึมเศร้า 74 ราย (23.2%) OR 0.423 95% CI 0.236, 0.757 p -value 0.004, จำนวนครั้งที่ลี้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ 11 ราย (2.82%) OR 0.526 95% CI 0.300, 0.921 p -value 0.025, และอาการทางจิตในปัจจุบัน OR 0.982 95% CI 0.970, 0.994 p -value 0.003

สรุป ภาวะซึมเศร้าพบได้ ร้อยละ 39.5 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครอง และพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการฆ่าตัวตาย มีผลข้างเคียงของยา มีการลี้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ และมีอาการทางจิตในปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6174261430 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: depression, Schizophrenia, welfare home

Soraya Nabun : DEPRESSION IN MALE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA RESIDING IN HALF-WAY HOME.

Advisor: Lect. CHAVIT TUNVIRACHAISAKUL, M.D., Ph.D.

This cross-sectional descriptive study was conducted among patients with Schizophrenia who was residing in the Half-Way home. The data collection period was from September 2019 to November 2019, for all eligible patients. The demographic characteristics data, medical history and cause of residency of the participants were collected from the patients' profiles together with the interviews of the caregivers. All volunteers were interview for two questionnaires, including 1) The Thai Version of Calgary Depression Scale of Schizophrenia (CDSS) and 2) The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS). Furthermore, depression was presented in both score and prevalence and the correlation with other factors.

Results Most of the eligible 319 male patients with Schizophrenia were in the age range between 40 – 59, with an average age of 48.91 years. It was found that the prevalence rate of depression in male patients with Schizophrenia in the Half-way home was 39.5%. Additionally, it was reported that the most prevalence rate of depression was found in high and intermediate independent patients which accounted for 57.1% and 41.3% respectively. However, there was no prevalence of depression in Group-C patients. Moreover, the associated factors of depression included suicidal history found in 44 patients (34.9%, OR 0.506 95% CI 0.276, 0.926 *p*-value 0.027), adverse effects of medications found in 74 patients (23.2%, OR 0.423 95% CI 0.236, 0.757 *p*-value 0.004), the number of times that patients miss taking their medications in a week found in 11 patients (2.82%, OR 0.526 95% CI 0.300, 0.921 *p*-value 0.025) and total PANSS score (OR 0.982 95% CI 0.970, 0.994 *p*-value 0.003).

Conclusion The prevalence rate of depression among the male patients in the Half-way home was accounted for 39.5% which mostly found in patients who had a history of suicide, adversely effected by their medications, and missed taking the medications during the week. Further depression was associated with current mental symptoms in inversed-U shape.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจากบุคคลผู้มีพระคุณหลายท่าน ขอกราบขอบพระคุณ อ. ดร. น.พ. ชววิท ต้นวีระชัยสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยชี้แนะ ให้คำปรึกษา และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือทุกกระบวนการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้เสมอมา

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ถ่ายทอดความรู้และการนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์รวมถึงในวิชาชีพการทำงาน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวก และชี้แนะแนวทางตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ขอขอบพระคุณ รศ. พ.ญ. สุทธิจิตต์ Dr. Donald Addington ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale of Schizophrenia: CDSS) ฉบับภาษาไทย และขอขอบพระคุณ ผศ. น.พ. ธนา นิลชัยโกวิท ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบวัดอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท (The positive and negative syndrome scale for schizophrenia: PANSS-T) ฉบับภาษาไทย

ขอขอบพระคุณกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้ปกครองบ้านสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ รศ. พ.ญ. ศิริลักษณ์ สุภปิติพร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อ. ดร. สารรัตน์ วุฒิอาภา คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ คุณอุมาพร สุระพงศ์ทวี นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ ที่ให้คำแนะนำแนวทางในการดำเนินวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงให้คำแนะนำและกำลังใจในการทำงานและการดำเนินชีวิต และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายสถิติ รพ. ศรีธัญญา ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ขอขอบพระคุณคุณครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมชั้นเรียนปริญญาโท ที่คอยให้กำลังใจ ชี้แนะแนวทาง และให้ความช่วยเหลือต่างๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

โสธญา นานูญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	9
สารบัญรูปภาพ.....	10
บทที่ 1.....	11
บทนำ.....	11
บทที่ 2.....	18
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
ตอนที่ 1 โรคจิตเภท.....	19
1.1 ความหมายของโรคจิตเภท.....	19
1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท.....	19
1.3 ระยะอาการของโรคจิตเภท.....	20
1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก.....	22
1.5 การรักษาโรคจิตเภท.....	24
ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้า.....	25
2.1 ความหมาย.....	25
2.2 อาการและอาการแสดงออกทางภาวะซึมเศร้า.....	27
2.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	27
2.4 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท.....	28

ตอนที่ 3 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี	30
ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท	34
4.1 การศึกษาในประเทศไทย	34
4.2 การศึกษาในต่างประเทศ.....	36
บทที่ 3	45
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	45
บทที่ 4	50
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคะแนนภาวะซึมเศร้าเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	51
ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ของระดับคะแนนอาการทางจิตในปัจจุบัน(PANSS) กับระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า(CDSS)	62
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการทางจิต.....	64
ส่วนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ.....	66
ส่วนที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple fractional polynomial regression เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ	71
บทที่ 5	72
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผลการวิจัย	73
1. การเกิดภาวะซึมเศร้า.....	73
2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิต.....	75
3. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า.....	76
ข้อจำกัดการวิจัย	80

ข้อเสนอแนะสำหรับทีมวิชาชีพ81

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป82

บรรณานุกรม.....2

ประวัติผู้เขียน..... 7



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ	20
ตารางที่ 2 บรรยายลักษณะรวมทั่วไปของผู้ป่วย	51
ตารางที่ 3 บรรยายลักษณะรวมทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด	54
ตารางที่ 4 แสดงผลความสัมพันธ์ของระดับคะแนนอาการทางจิตกับระดับภาวะซึมเศร้า	62
ตารางที่ 5 แสดงผลความสัมพันธ์ของคะแนนรวมอาการทางจิตในปัจจุบันกับภาวะซึมเศร้า	64
ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการทางจิตด้วย simple linear regression และ fractional polynomial regression	64
ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่มีลักษณะต่อเนื่อง	67
ตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบการกระจายข้อมูลด้วย Variance inflation factor (VIF)	68
ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า	69
ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ ด้วย Multiple fractional polynomial regression	71

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของคะแนนอาการทางจิตกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งหมด	65
รูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของคะแนนอาการทางจิตกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 3	
กลุ่มตามการแบ่งระดับของผู้ป่วยในศูนย์คุ้มครอง.....	66



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Rationale)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่พบได้บ่อยในโรคทางจิตเวชทั้งในและต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้มีการสำรวจระบาดวิทยาเรื่องความชุกของโรคจิตเภทในคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2559 โดยได้ติดตามตัวอย่าง 241 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 89.5) พบความชุกของโรคจิตเภทร้อยละ 0.7 หรือ 333,595 คน⁽¹⁾ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 51 ล้านคน ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนมากของประชากรโลกที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคจิตเภท ในส่วนของจำนวนประชากรที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทในหนึ่งปีนั้นจะมีประมาณหนึ่งใน 4,000 คน⁽²⁾ โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น ปัจจุบันยังไม่สามารถทราบสาเหตุการเกิดโรคได้แน่ชัด จากการศึกษาพบว่า มักจะปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งนี้มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง และปัจจุบันมีหลักฐานที่ยืนยันว่าโรคจิตเภทถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยนอกจากบุคคลที่เป็นฝาแฝดจะมีโอกาสเจ็บป่วยเช่นเดียวกับฝาแฝดที่เป็นโรคจิตเภทสูงกว่าคนทั่วไปแล้ว ยังพบว่าบุตรของผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีโอกาสเป็นโรคนี้นสูงกว่าคนทั่วไป⁽³⁾

อุบัติการณ์และระบาดวิทยาโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคทางจิต (Psychotic disorders) ทั้งหมด เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกระดับการศึกษา อาชีพ และเศรษฐกิจ ในงานค้นคว้าวิจัยในต่างประเทศพบว่าประชาชนในระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำเป็นโรคจิตเภทมากกว่าพวกระดับเศรษฐกิจและสังคมสูง⁽⁴⁾ ด้วยเหตุนี้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสถูกทอดทิ้งสูง เนื่องจากญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ สถานสงเคราะห์จึงเป็นทางออกในการแก้ปัญหาดังกล่าวของภาครัฐ เพื่อจัดสวัสดิการในการให้บริการสงเคราะห์และฟื้นฟูในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท

ภาวะซึมเศร้าหรืออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทนั้น สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยจิตเภทการประมาณความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ระหว่างร้อยละ 20 ถึง 80 มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตเชิงลบ (negative symptoms) และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งอาการทางจิตเชิงลบ (negative symptoms) คือกลุ่มอาการไม่ยินดีในร้าย ไม่มีอารมณ์ร่วมหรือรู้สึกกับอะไรก็ตาม (Anhedonia), อาการพูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (Alogia), และอาการขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง (Avolition) จึงอาจมีความเป็นไปได้ที่จะแยกความแตกต่างเพิ่มในอาการซึมเศร้าจากอาการเชิงลบในโรคจิตเภทเมื่อมีการแสดงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท หรืออาจเป็นร่วมกันทั้งสอง⁽⁵⁾ มีการศึกษาหลายครั้งที่ได้ชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าของโรคจิตเภทในช่วงระยะเรื้อรังหรือแม้แต่ในช่วงระยะแรก ซึ่งเป็นระยะที่มีความกดดันและแปรปรวนสูงนั้น มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย และมีความเสี่ยงสูงกว่าใน ระยะการกำเริบของโรค และยังพบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตในระดับต่ำ กลับพบความคิดฆ่าตัวตายและการมองโลกในแง่ร้ายสูงและชัดเจนขึ้นด้วย⁽⁶⁾

สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี เป็นหนึ่งในสถานสงเคราะห์ในประเทศไทยที่ให้บริการรับอุปการะผู้ป่วยชายโดยเฉพาะโรคจิตเภทที่อาการทุเลาแล้วและอยู่ในเกณฑ์คนพิการประเภท 4 จากโรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และจากโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่มีญาติหรือถูกทอดทิ้ง โดยบริการด้านการสงเคราะห์พัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ฝึกวิชาชีพแก่คนไข้โรคจิตทุเลาชาย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป และสามารถกลับสู่ครอบครัวได้ในอนาคต⁽⁷⁾

คนพิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกายทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ หรือ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ได้ให้ความหมายของความพิการ คือ สิ่งที่ส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่อง (Impairments) ข้อยกจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitations) และข้อยกจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation restrictions) ความบกพร่อง (Impairment) หมายถึง การสูญเสียหรือความผิดปกติของโครงสร้างของการทำงานด้านจิตใจ เป็นผลให้เกิดข้อยกจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitation) หมายถึง ความยากลำบากในการกระทำ

กิจกรรมของแต่ละบุคคล เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพปกติในวัยเดียวกันควรจะได้ อาจมีความยากลำบากได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมากดังนั้นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจะ พิจารณาที่ “ความสามารถ” ของบุคคลโดยรวมว่าสามารถทำกิจกรรมหนึ่งๆจนเสร็จสิ้นได้หรือไม่ ถ้า ได้จะต้องทำด้วยความลำบากหรือไม่โดยไม่สนใจว่าบุคคลนั้นมีความบกพร่องอะไรบ้าง ข้อจำกัดใน การมีส่วนร่วม (Participation restriction) หมายถึง ปัญหาที่บุคคลประสบเมื่ออยู่ในสถานการณ์ หนึ่งของชีวิตโดยเปรียบเทียบสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้กับสิ่งที่คาดหวังว่าบุคคลที่ไม่มีความพิการสามารถ ทำได้ในสังคม หรือวัฒนธรรมเดียวกัน เช่น การประกอบอาชีพการเดินทาง การดูแลบุตร การทำงาน บ้าน และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น⁽⁸⁾

จากการให้ความหมายของความพิการข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งประเภทของคน พิการเป็น 5 ประเภท โดยโรคจิตเภทเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มคนพิการประเภท 4 คือ คนพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ความคิดจนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น⁽⁸⁾

หลายครั้งที่ผู้ป่วยต้องยินยอมสมัครใจเข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ เนื่องจากหมด หนทางในชีวิตที่จะออกไปดำรงชีวิตอยู่อิสระ ด้วยข้อจำกัดหลายประการ ทั้งภาวะอาการของโรคทำ ให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ทำให้ญาติปฏิเสธ การดูแลผู้ป่วย หรือ แม้กระทั่งทัศนคติของคนในสังคมที่ยังรังเกียจและกลัวผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย จากการศึกษา พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มโรงพยาบาลที่รักษาโรคทาง จิตเวช และในชุมชน แต่ยังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานสงเคราะห์ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและ พัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถิ (ชาย) จังหวัดปทุมธานี ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการ ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

คำถามของการวิจัย (Research Question)

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. วัตถุประสงค์ (หลัก) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี
2. วัตถุประสงค์ (รอง) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี พบได้ประมาณร้อยละ 46
2. ปัจจัยด้านประวัติส่วนบุคคล ด้านประวัติการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง และอาการทางจิตในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี

ขอบเขตการวิจัย (Conceptual Study)

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีตัวแปรที่จะศึกษา ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านอาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตาย และระยะเวลาที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง
2. **ประวัติการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง** ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประเภทและชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และจำนวนครั้งที่ลิ้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์
3. **สาเหตุที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง** ได้แก่ ขาดผู้ดูแล/ไม่มีญาติ ครอบครัวปฏิบัติเสถียร รับผิดชอบผู้ป่วย/ถูกทอดทิ้ง และอื่นๆ
4. **อาการทางจิตในปัจจุบัน**(แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท The positive and negative syndrome scale)⁽⁹⁾

ตัวแปรตาม

ภาวะซึมเศร้า

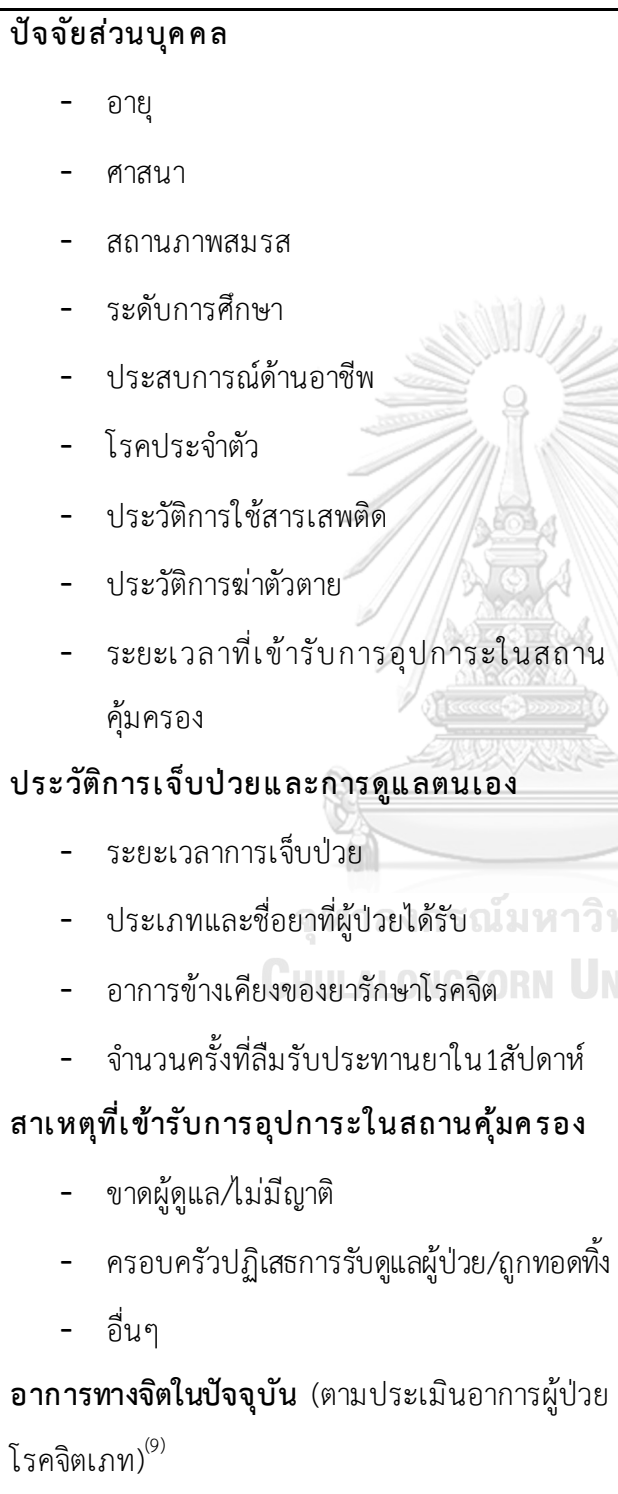
การให้นิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation definitions)

1. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีลักษณะทางอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ กระวนกระวายใจ ความรู้สึกสับสน การตัดสินใจยาก บุคลิกภาพเปลี่ยน และมีอาการแสดงออกจากกาย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท(CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington D และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเริ่มมีภาวะซึมเศร้า
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีกลุ่มอาการทางสุขภาพจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท⁽⁴⁾

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาวะซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected or Anticipated Benefit Gain)

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารและทีมสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง ในการจัดบริการและกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครอง
2. เป็นแนวทางการพัฒนาการจัดสวัสดิการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครอง
3. ใช้ในการทำความเข้าใจผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้ญาติประกอบการตัดสินใจในการพิจารณาส่งผู้ป่วยเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานสงเคราะห์ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนี้ได้เสนอแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

ตอนที่ 1 โรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการ การวินิจฉัยโรค
- 1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.5 การรักษาโรคจิตเภท

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้า

- 2.1 ความหมาย
- 2.2 อาการและอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้า
- 2.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
- 2.4 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 3 สถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลาบ้านกิ่งวิศิษาย(24)

ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 4.1 การศึกษาในประเทศไทย
- 4.2 การศึกษาในต่างประเทศ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตอนที่ 1 โรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

The International Classification of Diseases-10 (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก⁽⁴⁾ ได้นิยามโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ การควบคุมตนเอง การแสดงออกของพฤติกรรม ความผิดปกติทางความรู้สึก หรือการตอบสนองทางอารมณ์ และการเชื่อมโยงทางความคิด⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยมีการแยกกระบวนการคือ (Thought process) แต่ระดับความรู้สึกตัว สติสัมปชัญญะ และเขว้าปัญญาของผู้ป่วยมักจะยังปกติอยู่⁽¹²⁾ โดยโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงที่สุด มีความเรื้อรัง และทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพ และความสามารถต่างๆ ไปได้มากที่สุด ผู้ป่วยมักจะต้องรักษาตลอดไป⁽⁸⁾ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มเป็นเมื่ออายุประมาณ 14-16 ปี หรือช่วงปลายวัยรุ่น โรคนี้พบได้ ประมาณร้อยละ 1 ของประชากร^(13, 14)

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท^{(14, 15) (16, 17)}

โรคจิตเภทเป็นที่เกิดขึ้นในระบบประสาท มีการเจ็บป่วยทางสติปัญญาในการแสดงออกเป็นหลัก และมีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอาการด้านอาการบวกและลบ และเป็นความผิดปกติของความรู้ความเข้าใจ เป็นลักษณะอาการหลักของการ⁽⁶⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่ชัดเจนในสาเหตุของโรคจิตเภท จึงกล่าวได้ว่า เกิดจากหลากหลายปัจจัย โดยสิ่งแวดล้อมทางจิตใจและสังคมตั้งแต่ในวัยทารกมีอิทธิพลร่วมในการสนับสนุนให้เกิดอาการของโรค⁽¹⁶⁾ เดิมเชื่อว่าเกิดจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เด็กโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุหลักเป็นเรื่องของความผิดปกติของระบบในร่างกาย ได้แก่ **พันธุกรรม** พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้น โอกาสสูง เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้น⁽¹⁷⁾ **ระบบสารเคมีในสมอง** เชื่อว่าโรคนี้เป็นจากสารเคมีในสมองที่ชื่อว่าโดปามีน (dopamine) ในบางบริเวณของสมอง มีการทำงานมากเกินไป และความผิดปกติในส่วนอื่นๆ ของสมอง พบผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งมีช่องในสมอง (ventricle) โตกว่าปกติ และ **สิ่งแวดล้อม** ร่วมเป็นพหุปัจจัย หลายการศึกษาพบว่า สิ่งแวดล้อมทางจิตใจและสังคม เริ่มตั้งแต่ในวัยทารกมีอิทธิพลไม่น้อยในการหล่อหลอมให้เกิดอาการของโรค เช่น ความสัมพันธ์ของมารดาต่อผู้ป่วย

ตั้งแต่ในวัยทารก เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาที่เย็นซา เจ้าอารมณ์ ดุร้าย ทารุณ หรือตรงกันข้าม การที่มารดาปกป้องฟูมฟักบุตรจนเกินควร มีโอกาสและมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาที่อบอุ่น อารมณ์คงเส้นคงวา และบรรลุลุติภาวะ นอกจากนี้งานศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ประชาชนในระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำเป็นโรคจิตเภทมากกว่าพวกระดับเศรษฐกิจและสังคมสูง

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ

ความสัมพันธ์	ความเสี่ยง (ร้อยละ)
คนทั่วไป	1.0
พี่น้องของผู้ป่วย	8.0
ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย	12.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข้คนละใบ)	12.0
ลูกที่พ่อและแม่ป่วย	40.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข้ใบเดียวกัน)	47.0

1.3 ระยะอาการของโรคจิตเภท⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเริ่มมีอาการ เป็นระยะเริ่มที่มีอาการน้อย ส่วนใหญ่จะเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระยะนี้อาจเกิดนานเป็นเดือนจนถึงเป็นปี
2. ระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือนแล้วมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบเลย บางคนระยะเริ่มอาการอาจนานเป็นปี ก่อนที่จะถึงระยะกำเริบ โดยส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ ใช้สารกระตุ้น สารเสพติด หรือ

แอลกอฮอล์ แต่ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการมากขึ้นมาเอง โดยอาการในระยะกำเริบที่พบบ่อย ดังนี้

- 1) อาการหลงผิด มีหลายรูปแบบ อาจเป็นการหวาดระแวง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้า หรือเป็นบุคคลสำคัญ และยังมีอาการหลงผิดที่ผู้ป่วยเชื่อว่ามีความผิดที่จับสัญญาณคลื่นในสมองผู้ป่วย หรือมีอำนาจบางอย่างบังคับให้ผู้ป่วยต้องทำทุกอย่างตามคำสั่ง เป็นต้น
 - 2) อาการประสาทหลอน เป็นอาการที่มีการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส
 - 3) อาการด้านความคิด มักมีความคิดในลักษณะที่ไม่สมเหตุสมผล หรือแปลกๆ ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยไม่สามารถประติประต่อความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้
 - 4) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายวันติดกัน ผมง่วง กลางคืนไม่นอน เดินไปมา มีท่าทางแปลก ๆ กัดฟัน โวยวาย หัวเราะหรือยิ้มทั้งวัน พูดจาหรือแต่งตัวแปลก บางคนจะควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ค่อยได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน
 - 5) อาการด้านลบ (negative symptoms) ผู้ป่วยจะขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป เช่น ไม่อยากได้ดี ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งตัวมอซอ ผู้ป่วยอาจนั่งเฉยทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่รู้ร้อนรู้หนาว อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ค่อยพูด หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร
3. ระยะอาการหลงเหลือ เป็นระยะที่เกิดขึ้นเมื่อรักษาจนอาการทุเลา อาการต่างๆ ที่กล่าวไปในข้างต้นจะหายไป หรืออาจมีน้อยกว่าเดิม หรือเป็นนานๆ ครั้ง

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision: ICD-10)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

โรคจิตเภทคือ ความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ มีอาการไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญามักยังปกติอยู่อย่างไรก็ตาม การสูญเสียด้านการรู้คิดจะค่อยๆ ปรากฏขึ้น^(16, 18) มีการให้รหัสในกลุ่ม F20.- Schizophrenia และได้แยกรหัสอยู่ในหมวด F20-F29 ตามชนิดและรูปแบบการดำเนินโรคที่แพทย์วินิจฉัย โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท⁽¹⁹⁾ ดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ทั้งนี้แต่ละอาการจะต้องมีระยะเวลาานานกว่า 1 เดือน
 - ก. อาการหลงผิดทางความคิดและการรับรู้
 - ข. อาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว
 - ค. มีการพูดแบบ disorganized เช่น derailment หรือ incoherence
 - ง. มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonia อย่างเห็นได้ชัด
 - จ. มีอาการด้านลบ เช่น อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด ขาดความกระตือรือร้น

หมายเหตุ หากมีอาการเพียงข้อเดียว สามารถวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทได้หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรือมีอาการประสาทหลอนในลักษณะแบบได้ยินเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วย หรือได้ยินเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดโต้ตอบกัน

2. ไม่มีโรคทางสมองที่ชัดเจน
3. ไม่ได้เกิดจากพิษยาหรือการถอนยา ยกเว้นมีอาการนำของโรคจิตเภทมาก่อน และระบุได้ว่าอาการและการดำเนินโรคเป็นแบบใด
 - มีอาการต่อเนื่อง รวมถึงติดต่อการรักษา
 - มีอาการเป็นครั้งๆ ร่วมกับเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ

- มีอาการเป็นครั้งๆ เป็นอย่างคงที่
- เป็นๆ หายๆ
- หายไม่สมบูรณ์
- หายสมบูรณ์ แพทย์จะให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทชนิดใด ได้แก่
 1. Paranoid schizophrenia อาการเด่นคือหลงผิดชนิด paranoid มักพบอาการประสาทหลอน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หูแว่ว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ไม่ค่อยพบการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ภาษาพูด พฤติกรรม และ catatonia
 2. Hebephrenic schizophrenia อาการเด่นคือ อารมณ์เปลี่ยนแปลง หลงผิด และประสาทหลอนแบบเยาะเย้ยไม่ปะติดปะต่อกัน มีพฤติกรรมไม่รับผิดชอบ คาดคะเนไม่ได้ และพบการเคลื่อนไหวเลียนแบบได้บ่อย อารมณ์ตื่นและไม่เหมาะสม ความคิดกระจัดกระจาย ไม่เป็นระบบคำพูดไม่ต่อเนื่อง แยกตัวจากสังคม
 3. Catatonic schizophrenia อาจไม่พูด หรืออยู่ในท่าหนึ่งท่าใดนานๆ หรือมีการเคลื่อนไหวผิดปกติโดยปราศจากจุดหมาย และไม่ขึ้นกับสิ่งเร้าภายนอก มีการต่อต้านต่อทุกคำสั่งอย่างชัดเจน
 4. Undifferentiated schizophrenia หรือ atypical schizophrenia มีเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทครบ แต่ไม่เข้ากับชนิดย่อยชนิดใดข้างต้น
 5. Post-schizophrenic depression มีอารมณ์เศร้าต่อเนื่องยาวนาน เกิดหลังจากป่วยเป็นโรคจิตเภท อาจยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่ไม่เด่น มีโอกาสฆ่าตัวตายได้มาก ถ้าไม่พบอาการของโรคจิตเภทหลงเหลืออยู่ให้วินิจฉัยเป็น depression ถ้าอาการของโรคจิตเภทยังเด่นและชัดเจน ให้วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดต่าง ๆ

6. Residual schizophrenia เป็นระยะเรื้อรังของโรคจิตเภท โดยมีการดำเนินโรคชัดเจนตั้งแต่ต้นจนถึงระยะท้าย อาการหลักคือเป็นนาน มีอาการด้านลบ เช่น เชื่องช้า ไม่ค่อยทำอะไร อารมณ์เฉยเมย เป็นผู้ตาม ไม่มีความคิดริเริ่ม พูดน้อย ไม่มีการแสดงท่าทางเวลาพูด ไม่สบตา พูดเสียงระดับเดียว อยู่ในท่าเดียว ไม่สนใจตัวเอง และไม่เข้าสังคม
7. Simple schizophrenia อาการเกิดขึ้นช้าๆ ค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ มีพฤติกรรมผิดปกติ เข้าสังคมไม่ได้ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง อาการด้านลบของ residual schizophrenia เช่น อารมณ์เฉยเมย เกิดโดยไม่เคยมีอาการโรคจิตอื่นๆ มาก่อน

1.5 การรักษาโรคจิตเภท

มุ่งเน้นเพื่อลดหรือกำจัดอาการแสดงของโรค⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้ยังไม่มียาหรือวิธีการรักษาให้หายขาดในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนมากมักต้องใช้ยาและทำจิตบำบัดควบคู่กัน เป้าหมายของการรักษามี 3 ประการ คือ 1. รักษาอาการให้หายหรือบรรเทาลง หรือการรักษาโรคจิตเภทมุ่งเน้นเพื่อลดหรือกำจัดอาการแสดงของโรค 2. ป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำ และ 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาหลายวิธีซึ่งแพทย์มักใช้ร่วมกัน โดยมีตัวหลักคือยารักษาโรคจิต นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยไฟฟ้า และการดูแลรักษาด้านจิตใจและสังคม ดังนี้

ก. ยารักษาโรคจิต^(16, 20) เป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ การรักษาแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ

1. ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว
2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องกินยาต่อเนื่องอยู่อีก ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบขึ้นมาอีก แพทย์จะปรับขนาดยาในผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป

ระยะเวลาการรักษา ส่วนใหญ่ในผู้ที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วควรกินยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรกินยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ อาจต้องกินยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

ข. การรักษาด้วยไฟฟ้า^(16, 21) ใช้ในกรณีที่ให้ยาขนาดสูงแล้ว ผู้ป่วยยังมีการไม่ดีขึ้น เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าผ่านบริเวณศีรษะของผู้ป่วยในปริมาณน้อยๆ เพื่อทำให้เกิดการชักเหมือนกับในโรคลมชัก กระแสไฟฟ้าที่ใช้มีขนาดต่ำมาก ไม่มีอันตรายต่อสมอง ใช้เวลาทั้งหมดประมาณไม่ถึง 5 นาที การรักษายาจะทำวันเว้นวัน ทำทั้งหมดประมาณ 10-12 ครั้ง อาจมาน้อยกว่านี้ก็ได้ตามแต่ที่แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยอาการเป็นอย่างไร ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ให้ยาขนาดสูงแล้วผู้ป่วยก็ยังมีอาการไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการวุ่นวายมาก หรืออยู่นิ่งเฉย ไม่กินข้าวกินน้ำ

ค. การดูแลรักษาด้านจิตใจและสังคม^(13, 16, 22)

1. การช่วยเหลือด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความคับข้องใจ ผู้รักษาจะให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้
2. การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เรื่องของโรคและปัญหาต่างๆ
3. กลุ่มบำบัด โดยส่งเสริมให้เกิดการ ผูกพันกันทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กัน
4. นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.1 ความหมาย

ภาวะซึมเศร้า (depression)⁽²³⁾ หมายถึง ความรู้สึกหรืออารมณ์เศร้า หม่นหมอง หรือทุกข์ใจ เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ผิดหวัง โดยสิ่งกระตุ้นการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นอาจยังไม่ได้เกิดขึ้นจริง อาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าหรือคิดไปเอง ในกรณีที่เกิดจากการประสบกับเหตุการณ์สูญเสียในชีวิต มักจะเป็นอาการเศร้าที่มากเกินควรและนานเกินไป ไม่สามารถกลับมาดีขึ้นได้ในระยะเวลาอันสั้น แม้ว่าจะได้ได้รับกำลังใจหรือคำอธิบายด้วยเหตุผล⁽²⁴⁾ ความรู้สึกหรืออารมณ์นี้จะหายไปเมื่อผ่านช่วงเวลาของเหตุการณ์นั้นไประยะหนึ่ง แต่ในกรณีที่อารมณ์หรือความรู้สึกเศร้านี้ยังคงอยู่นานอย่างไม่มีเหตุผลให้ต้องเศร้ารุนแรงหรือนานมากขนาดนั้น หรือแม้แต่การที่มีสิ่งดีเกิดขึ้นแล้ว แต่กลับยังไม่สามารถช่วยให้หลุดพ้นจากความเศร้าได้ ผู้อยู่ในภาวะนี้ในระยะแรกอาจจะ

รู้สึกเศร้า เหงา หงอย และรู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาในแต่ละวันมีแต่ความน่าเบื่อ ไม่มีความสุข หากอาการแย่งจะสูญเสียแรงจูงใจหรือไม่มีกำลังใจ ไม่อยากทำอะไร แยกตัว ไม่อยากพูดคุยกับใคร บางครั้งอาจไม่สามารถปฏิบัติภารกิจพื้นฐานในแต่ละวันได้ ซึ่งมีข้อสังเกตที่แยกจากความรู้สึกซึมเศร้าที่เป็นปฏิกิริยาปกติ คือความรู้สึกจะรุนแรงกว่า เป็นอยู่นานกว่า และทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต มีการสูญเสียหน้าที่การงานชีวิตประจำวันมาก

Samans S⁽²³⁾ อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกแย่ที่มากกว่าความโศกเศร้าหรือสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการตายหรือการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งที่รักเพียงชั่วคราว แต่เป็นภาวะอารมณ์ที่คงอยู่นาน และส่งผลต่อความรู้สึก ความคิดเห็น และพฤติกรรม

ดวงใจ กษานติกุล⁽²⁴⁾ อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์เศร้าหมอง เสียใจ หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ เบื่อหน่าย อาการเหล่านี้คงอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานหรือการเรียน โดยมีอาการรวมในด้านต่างๆ ดังนี้

1. อาการทางกาย (Vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อารมณ์ทางเพศลดลง
2. การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (Psychomotor) ในบริเวณปาก เช่น อาการพูดช้าหรือพูดเร็วขึ้น
3. อาการความคิดกังวล (Cognitive) เช่น ย้ำคิด หมกมุ่น คิดมองโลกในแง่ลบ โทษตนเอง ต่ำหนีดตนเอง มองว่าตนเองไร้คุณค่า สิ้นหวัง ไม่มีความสุข หาทงออกไม่ได้ และคิดอยากตาย

ภาวะซึมเศร้า (depression) คือความรู้สึกเศร้าหมอง ทุกข์ใจ เสียใจ หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ เบื่อหน่าย เป็นความรู้สึกแย่ที่เป็นภาวะอารมณ์ที่คงอยู่นาน⁽²³⁾ ส่งผลต่อความรู้สึก ความคิดเห็น พฤติกรรม อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป^(25, 26) นำมาสู่กลุ่มอาการต่างๆ คือ กลุ่มอาการทางอารมณ์ กลุ่มอาการทางการคิด และกลุ่มอาการทางกาย^(23, 24) ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผิดหวัง หรืออาจเกิดจากคิดไปเอง และหากเกิดการสูญเสียจริง อาการเศร้ายิ่งจะมีมากและนาน ไม่ดีขึ้นแม้ว่าจะได้รับกำลังใจหรือการอธิบายด้วยเหตุผล ความรู้สึกนี้จะหายไปเมื่อผ่านช่วงเวลาไประยะหนึ่ง⁽²⁴⁾

2.2 อาการและอาการแสดงออกทางภาวะซึมเศร้า

แบ่งตามลักษณะอาการหลักเป็น 3 กลุ่ม คือ^(21,22)

1. **กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Affective symptom)** คือ อารมณ์เศร้า รู้สึกเบื่อ และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือตนเองไม่ดีพอในด้านต่างๆ
2. **กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด (Cognitive symptom)** คือ ความคิดเชิงซ้ำ ไม่มีสมาธิ ความจำไม่ดี ความสนใจต่างๆ เจ็บ เหนื่อยชา ไม้ร่าเริง ไม้แจ่มใส ไม้กระตือรือร้นในชีวิต มองโลกในด้านลบ ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย คิดอยากตาย และมีความวิตกกังวลหรือกลัววนอยู่ในความคิด
3. **กลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptom)** คือ รับประทานไม่ได้หรือรับประทานอาหารมากกว่าปกติ น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับ นอนหลับไม่สนิท หรือนอนมากกว่าปกติ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เกิดอาการเฉพาะส่วนของร่างกาย หรือมีอาการทางกายเกิดร่วมกันได้ทุกระบบ

2.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

สุทธนันท์ ชุนแจ่ม⁽²⁷⁾ ได้การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย และได้แบ่งปัจจัยหลักที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ปัจจัย คือ

1. **ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factors)** คือ พันธุกรรม เป็นสิ่งที่ถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง พบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าคือพบว่ามีญาติสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคซึมเศร้า, สารสื่อประสาท ได้แก่ Norepinephrine, Serotonin, และ Dopamine โดยปริมาณของสารสื่อประสาทที่ผิดปกติไปและ, ฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงของระบบฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนและเอสโตรเจนซึ่งพบว่าลดลง
2. **ปัจจัยส่วนบุคคล(Personal Factors)** คือ เพศ การศึกษาจำนวนมากพบว่าเพศหญิงมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย, อายุ เป็นปัจจัยที่ไม่แน่นอน สิ่งต่างๆ ที่เกิด ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ในชีวิตที่กลุ่มอายุในแต่ละช่วงต้องเผชิญและปรับตัว หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวหรือผ่านพ้นเหตุการณ์ต่างๆ ไปได้ตามวัย อาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้, สถานภาพสมรส มีการศึกษาพบว่าบุคคลที่หย่าร้างหรือโสด ที่ต้องพบ

เจอกับความรู้สึกโดดเดี่ยวไร้ค่า ว่าแห้ว ขาดคู่คิด อาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าและ, **รายได้** มีการรายได้น้อยและไม่เพียงพอต่อความต้องการ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. **ปัจจัยด้านจิตวิทยา(Psychological Factors)** คือ **ประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนผู้ป่วยอายุ 11 ปี** การสูญเสียนี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า, **ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic thought)** เป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิดในส่วนของ การรับรู้และการแปรความ จากประสบการณ์เดิมที่ผิดพลาด จนเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบขึ้น และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา, **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem)** บุคคลความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า, **ความว้าเหว (Loneliness)** คือความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เกิดจากการสูญเสียสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายหรือความสำคัญกับบุคคล ส่งผลให้รู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้ และ, **ลักษณะเฉพาะทางบุคลิกภาพของบุคคล (Personality traits)** ได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น ย้ำคิดย้ำทำ หรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติ
4. **ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (Social and Environment Factors)** คือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่บุคคลประสบแล้วมีอันตรายต่อตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม หากบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคม อาจส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกขาด และกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้

2.4 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการในโรคทางอารมณ์ที่เป็นนิสัยอารมณ์แปรปรวนต่ำและอาการที่ไม่มีความสนใจสิ่งรอบตัวที่ส่งผลต่ออาการได้รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในโรคจิตที่ไม่ใช่อารมณ์ใน 50% - 80% ของผู้ป่วยในบางช่วงของการเจ็บป่วย⁽⁶⁾ ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาจเกิดจากอาการหลักของความผิดปกติหรืออาจเกิดขึ้นจากอาการโรคจิตรุนแรง การศึกษาหลายครั้งที่ได้ชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในช่วงระยะเรื้อรังของโรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย และมีความเสี่ยงสูงกว่าในระยะการกำเริบของโรค เคยมีการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทอายุที่อายุ 55 ปีขึ้นไปมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับสูง⁽²⁸⁾ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ยังคง

ประสบกับปัญหาในช่วงเวลาในการฟื้นตัวของอาการและการทำงานด้านจิตสังคมเป็นเวลานานหลายปี ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจึงควรมีความรู้และความเข้าใจในอาการเตือนที่เป็นความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายที่สำเร็จในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในช่วง 10 ถึง 12 ปีแรกของการเกิดโรค⁽²⁹⁾ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิตสามารถเกิดร่วมกันได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท⁽²⁴⁾

ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ลักษณะอาการในระดับต่ำ อารมณ์ความคิดฆ่าตัวตายและการมองโลกในแง่ร้ายจะมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น จึงอาจเป็นไปได้ที่จะแยกความแตกต่างเพิ่มในอาการซึมเศร้าจากอาการเชิงลบในโรคจิตเภทเมื่อมีการแสดงอาการซึมเศร้า โดยมีการสังเกตพบว่าอาการโศกเศร้าพร้อมกับอาการที่ไม่รู้สึกอะไรเลย ถือว่าเป็นอาการเชิงลบของโรคจิตเภทเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับอารมณ์⁽⁶⁾ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบบ่อยขึ้นและรุนแรงกว่าการเปรียบเทียบกับปกติ เป็นอาการที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาจเกิดจากอาการหลักของความผิดปกติหรืออาจเกิดขึ้นจากอาการโรคจิตรุนแรง การศึกษาหลายครั้งที่ได้ชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในช่วงระยะเรื้อรังของโรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย และมีความเสี่ยงสูงกว่าในระยะการกำเริบของโรค เคยมีการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทอายุที่อายุ 55 ปีขึ้นไปมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับสูง⁽²⁸⁾ นอกจากนี้ได้มีการเตือนถึงอันตรายของการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายที่สำเร็จในช่วงระยะแรกที่เป็นในผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่ยังประสบกับปัญหาคับช่วงเวลาในการฟื้นตัวของอาการ และการทำงานด้านจิตสังคมเป็นเวลานานหลายปี⁽²⁹⁾

Bartels SJ และ Drake RE, 1988⁽³⁰⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของโรคจิตเภทและแบ่งอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1.) อาการซึมเศร้าที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ 2.) อาการซึมเศร้าที่เกิดจากการกำเริบของโรคจิตเภท และ 3.) อาการซึมเศร้าที่ไม่เกี่ยวกับอาการทางจิตที่รุนแรง

ภิญโญภัส พันธุ์ดนตรี⁽³¹⁾ ได้สรุปภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ คือ

- **การวินิจฉัยแยกโรค** จะต้องแยกภาวะซึมเศร้าออกจากโรคหรืออาการดังนี้ **1. อาการทางจิต (Adjustment reactions)** การพิจารณาเพื่อการวินิจฉัยในช่วงที่กำลังแสดงอาการ จะไม่สามารถอธิบายสาเหตุหลักของภาวะซึมเศร้าได้ อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น มักจะเกิดในช่วงที่มีการตอบสนองต่อการรักษาแบบเฉียบพลัน ดังนั้นอาการที่ปรากฏในช่วงนี้จึงถือเป็นอาการ

เฉียบพลันทางจิตที่ตอบสนองต่อการรักษา **2. ปัจจัยทางชีวภาพ** มักจะพบว่าอาการซึมเศร้า เป็นโรครวมในอาการทางจิตต่างๆ ในระหว่างการดำเนินโรค เป็นผลมาจากความผิดปกติของสมองหรือต่อมไร้ท่อต่างๆ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย เช่น การรับประทานยาลดความดันโลหิต ยาสเตรียรอยด์ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และ

3. ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากอาการทางด้านลบของโรคจิตเภทที่มีลักษณะการแสดงออก คล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า แต่จะไม่ได้มีเฉพาะการแสดงออกเท่านั้น ต้องมีอาการของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น ความคิดด้านลบต่อตนเอง และความรู้สึกต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีการพิจารณาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน

- การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท มีระยะการเกิด ดังนี้ **ระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า (Depressive as a prodromal syndrome)** เป็นอาการซึมเศร้าทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน ระยะแรกผู้ป่วยมักจะมีอาการที่แสดงออกทางร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีความเครียด ไม่มีสมาธิ รับประทานอาหารน้อยลง มีปัญหาการนอน หรือเริ่มแยกตัว **ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน (Depressive symptom during acute episode)** เกิดขึ้นในช่วงก่อนได้รับการรักษา เมื่อได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าจะลดลง **ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง (Depress symptom in chronic schizophrenia)** เกิดอาการซึมเศร้าขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานาน เรื้อรัง หรือไม่หายขาดจากโรค รวมถึงในช่วงระยะหลังที่อาการด้านลบของโรคจิตเภทกลับมามีอาการเด่นชัดขึ้น

ตอนที่ 3 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี

สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี ตั้งอยู่ ณ เลขที่ 130 หมู่ 2 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบล รังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ให้การสงเคราะห์พัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ฝึกวิชาชีพ แก่คนไข้โรคจิตทุเลาชาย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ ได้แก่ 1) คนพิการ (ประเภทที่ ๔ จิตใจผิดปกติ) เพศชาย อายุ ๑๘ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) รับตัวจากโรงพยาบาลทางจิตเวชที่ผ่านการ

บำบัดจนทุเลาแล้ว 3) รับตัวจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ประวัติความเป็นมา มติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยให้ กรมประชาสงเคราะห์ (ในขณะนั้น) “จัดทำโครงการสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา” และได้ดำเนินการเมื่อ “วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๑๑” กรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ได้ประทานชื่อ “บ้านกึ่งชาย” (Half Way Home) ต่อท้ายสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา ต่อมา พ.ร.บ. ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ ๑๔) พ.ศ.๒๕๕๘ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๘ เป็นผลให้สถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลาบ้านกึ่งชาย ตัดโอนจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการมาสังกัดกรมส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี” Half Way Home For Protection and Development of Mental Disabilities (For Male), Pathum Thani Province

วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน คือ เพื่อให้การสงเคราะห์คนไข้โรคจิตที่ได้รับการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆที่มีอาการทุเลาแล้ว แต่ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่ถูกทอดทิ้ง เพื่อเป็นการระบายคนไข้โรคจิตเวช และเพื่อให้การสงเคราะห์ฟื้นฟูฝึกอบรมคนไข้โรคจิตทุเลาโดยจัดการฝึกอาชีพบำบัด และจัดกิจกรรมต่างๆเป็นการฟื้นฟูคนไข้โรคจิตทุเลาให้รู้จักช่วยเหลือตนเอง และสามารถกลับสู่ครอบครัวได้ในอนาคต

หน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยงาน คือ ให้การสงเคราะห์แก่ผู้รับบริการด้านปัจจัยสี่, ให้การฟื้นฟูปรับสภาพและการบำบัดรักษาอาการทางจิตต่อเนื่องจากโรงพยาบาล, การดำเนินงานด้านสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยา, และให้การฝึกอบรมวิชาชีพและงานอาชีพบำบัด รวมทั้งการจัดการงานให้ ผู้รับบริการสงเคราะห์ทำตามความเหมาะสม⁽⁷⁾ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- **บริการด้านปัจจัยสี่** ได้แก่
 - อาหารที่มีปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสม
 - ที่อยู่อาศัย โดยจัดอาคารนอน 11 อาคาร แบ่งเป็นอาคารผู้ป่วย 1 อาคาร
 - จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มและของใช้อย่างเพียงพอ

- การรักษาพยาบาล โดยดูแลด้านยาจิตเวช ยาทางกาย รวมทั้งการนำส่งรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมให้คำแนะนำการดูแลเบื้องต้น
- **บริการด้านสังคมสงเคราะห์ ได้แก่**
 - จัดทำทะเบียนประวัติผู้รับบริการ และปรับปรุงฐานข้อมูลผู้รับบริการ เพื่อให้ทราบข้อเท็จจริง เพื่อนำไปวิเคราะห์และวางแผนในการฟื้นฟูตามความเหมาะสม
 - ให้การช่วยเหลือแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม ให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อนำไปแก้ไข ปัญหา
 - การจัดบริการด้านกิจกรรมทางสังคม ศาลนา ประเพณี
 - การปรับพฤติกรรมของผู้รับบริการ
 - การจัดบริการติดต่อญาติ และครอบครัว ทั้งทางจดหมาย โทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน
 - การจัดบริการสวัสดิการสังคมในชุมชน
 - การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูล สื่อองค์กรเอกชนและภาครัฐ
 - ผู้รับบริการถึงแก่กรรม สถานสงเคราะห์จะดำเนินการแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจในเขตท้องที่ เพื่อส่งศพชั้นสูตรที่สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พร้อมแจ้งญาติผู้รับบริการเพื่อรับศพไปบำเพ็ญกุศลตามประเพณี กรณีไม่มีญาติก็จะเก็บศพไว้ที่สุสานของมูลนิธิเต็กตึ้งและร่วมกตัญญู ต่อไป
- **บริการด้านการฟื้นฟูทักษะด้านสังคม**

เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและเสริมสร้างทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิต โดยจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ ทักษะศึกษา กีฬา และกิจกรรมทางศาสนาและตามประเพณีต่างๆ ทั้งในภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้และการอยู่ร่วมกันกับสังคม ตลอดจนเป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจคลายความตึงเครียด ซึ่งจะมีผลทำให้อาการทางจิตดีขึ้น

- **บริการด้านจิตวิทยา (กลุ่มบำบัด)**

เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ให้มีความผ่อนคลาย และมีกำลังใจในการดำรงชีวิต รวมทั้งตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และเกิดการเรียนรู้ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมภายนอกได้

- **บริการด้านอาชีพบำบัด**

เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการด้วยกัน และส่งเสริมการฝึกทักษะอาชีพเบื้องต้น โดยจัดให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ ความถนัด และความสนใจของแต่ละบุคคล โดยแบ่ง 2 ประเภท ได้แก่

- ศิลปหัตถกรรม ได้แก่ พรมเช็ดเท้า ไม้กวาดดอกหญ้า เพนท์กระเป่า ผ้าบาติก ผ้ามัดย้อม
- เกษตรกรรม ได้แก่ บัญหมัก ผักสวนครัว เพาะชำกล้าไม้ เลี้ยงปลา

ภาพรวมสถิติผู้รับบริการ มีจำนวนผู้เข้ารับบริการ ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 510 คน แบ่งระดับการพึ่งพาตนเองออกเป็น ระดับ A (พึ่งพาตนเองได้ดี – มีศักยภาพสูง 34 คน) 6%, ระดับ B (พึ่งพาตนเองได้ปานกลาง – มีศักยภาพปานกลาง 333 คน) 67%, และระดับ C (พึ่งพาตนเองได้น้อย – มีศักยภาพต่ำ 128 คน) 25% โดยสาเหตุการเข้ารับบริการส่วนใหญ่ครอบครัวไม่พร้อมดูแล 315 คน และขาดผู้อุปการะ/ไม่มีที่อยู่อาศัย 195 คน ช่วงอายุของผู้รับบริการ คือ 21-30 ปี (37 คน) 7%, 31-40 ปี (113 คน) 22%, 41-50 ปี (132 คน) 26%, 51-60 ปี (145 คน) 29%, 61-70 ปี (54 คน) 10%, และ 71 ปีขึ้นไป (12 คน) 2%

ตอนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท

4.1 การศึกษาในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทย พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทน้อย และยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานสงเคราะห์ โดยการศึกษาส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท CDSS (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia), แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทของ Zung (The Zung Self-Rating Depression Scale), และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทของ Beck (Beck Depression Inventory-II)

จอมขวัญ นามสูตร, 2558⁽²³⁾ ได้ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive design) เรื่องภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 140 คน โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia; CDSS) และแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 46.4 และมีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 32.9 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการมีอาการข้างเคียงของยา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การดื่มสุราและประวัติการฆ่าตัวตาย

ภิญโญ นัส พันธุ์ดนตรี, 2554⁽³¹⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา และโรงพยาบาลชัยบาล จำนวน 140 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.96, 0.93, และ 0.63 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด และการสนับสนุนทาง

สังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปริญนันท์ สละสวัสดิ์, 2546⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive design) เรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอก โรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social support scale) แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress events scale) และแบบสอบถามประเมิน ภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Zung (The Zung self-rating depression scale) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.0 อายุและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ และ 0.001 ตามลำดับ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ การสนับสนุนทางสังคมน้อย อายุน้อย และมีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2555⁽³²⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เรื่องปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มี อาการทางจิตครั้งแรก โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี จำนวน 77 ราย และใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท(The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia; CDSS) พบว่า มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 75.32 และปัจจัยที่ สัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความเข้าใจการ เจ็บป่วยทางจิต และปัจจัยที่สำคัญทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

วราพงษ์ กำไร, 2552⁽³³⁾ ได้ศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive design) เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราช นครินทร์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผ่านการประเมินอาการทางจิตได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน จำนวน 100 คน และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยตนเองของ Zung (The Zung Self-Rating Depression Scale) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีร้อยละ 26 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยทางบวก รายได้จากการทำงาน ความพอเพียงของรายได้ ประวัติการไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีอาการข้างเคียงจากการกินยา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการมีญาติที่เป็นโรคซึมเศร้า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี

สรุปภาพรวมจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดในการศึกษาของประเทศไทย พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยภาพรวมในผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 36 และในส่วนของการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก หรือผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี พบภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 75

4.2 การศึกษาในต่างประเทศ

สำหรับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาอย่างหลากหลายวิธี ทั้งการศึกษาแบบเชิงสำรวจ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) และมีการศึกษาที่ใช้วิธีการศึกษาเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบตามแนวทางของ PRISMA โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

Hulya Ertekin และคณะ, 2015⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศูนย์ดูแลในประเทศตุรกี โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัว และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งหมดที่อยู่ในงานวิจัยนี้ ประเมินโดยแบบประเมินอาการจิตคือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช คือ the Quality of Life Scale for Schizophrenia Patients (QLSSP) ใช้วิธีการศึกษาระยะสั้นเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional study) ตัวอย่างการศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยที่รักษาตัวที่ศูนย์ดูแลที่แตกต่างกันทั้ง 3 ในจังหวัดเดียวกัน (Polyclinic of the Beyhekim Psychiatric Clinic of Konya) ควบคู่กับศึกษาผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัว

ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่กำหนดโดย DSM IV-TR ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่ไม่มี
 ความรู้เกี่ยวกับโรคทางสมอง และไม่มีควมพิการทางสมอง(ปัญญาอ่อน) จากการสำรวจโรคจิตเภทใน
 ศูนย์ดูแลทั้ง 3 แห่ง พบผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 143 คน ผลการศึกษาในระดับคะแนนอาการซึมเศร้า
 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าการเพิ่มขึ้นอย่างมากในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ศูนย์ดูแล ในส่วนของคุณภาพชีวิต
 รวมถึงการสื่อสารระหว่างบุคคล, อาการทางจิต, และการปฏิบัติกรรรมทั่วไป พบว่าคะแนนทั้งหมด
 ลดลงอย่างชัดเจนซึ่งเป็นสถิติที่ต่ำอย่างมาก ในด้านของลักษณะการดูแลใน ระยะยาวไม่มีสถิติที่
 แตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รักษาตัวที่ศูนย์ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับ
 ครอบครัว คือ อายุ, เพศ, สถานะภาพ, ระดับการศึกษา, ประวัติการทำงาน, ระยะเวลาของโรค,
 ความคุ้นเคยของโรคจิตเวช, และประวัติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวที่
 ศูนย์ดูแลได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ($T = 2.27, P = 0.027$) ระยะเวลาของการรักษาตัวที่ศูนย์ดูแลคิด
 เป็น 14.87/9.37 ต่อเดือน ในผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่มีมากกว่าหนึ่งอาการคิดเป็น 50.0% ($N = 17$)
 สำหรับผู้ป่วยที่รักษาตัวที่ศูนย์ดูแล และ 48.0% ($N = 16$) สำหรับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัว
 ปริมาณยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยในระยะยาวคิดเป็น 23.5% ($N = 8$) ของผู้ป่วยที่รักษาตัวที่ศูนย์ดูแล และ
 คิดเป็น 14.7% ($N = 5$) ของผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัว จากการใช้แบบประเมิน CDSS พบว่าภาวะ
 ซึมเศร้าของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์ดูแลคือ 26.5% และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับ
 ครอบครัวคือ 5.8% ผลการวิจัยระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัว
 พบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ซึ่งให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและเงื่อนไขทางสภาพแวดล้อม
 เป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ในส่วนของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่
 รักษาตัวอยู่ที่ศูนย์ดูแลพบว่าต่ำกว่าคนที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ภาวะซึมเศร้าในแบบประเมิน CDSS
 จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในเชิงลบของโรคจิต
 เภทและโรคอื่นๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกันกับภาวะซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง จึงเป็นปัจจัย
 สำคัญที่ส่งผลต่อการบำบัดรักษาและการวินิจฉัยโรค จึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการประเมินในผู้ป่วย
 โรคจิตเภททั้งหมด เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พัฒนาคุณภาพชีวิต ส่งเสริมการมีส่วนร่วม
 ของครอบครัวในบำบัดรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา มีบทบาท
 ช่วยเหลือผู้ดูแลมากขึ้น และในท้ายที่สุดเพื่อพัฒนาและสนับสนุนการรักษาในครอบครัวมากขึ้น

European Psychiatry และคณะ, 2006⁽³⁵⁾ ศึกษาการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยศึกษาโครงสร้างแพคทอเรียลของมาตราวัดระดับภาวะซึมเศร้าของศาลการีสำหรับโรคจิตเภท (CDSS) ในตัวอย่างของโรคจิตเภทที่คลุ่มคลั่ง และสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าว ในมิติอาการที่สำคัญและประสบการณ์ส่วนตัว การวิจัยเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้านอกจากการรบกวนคุณภาพชีวิตและสังคมการทำงาน อาจยังมีผลต่อมิตอาการอื่นๆในผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับวิธีการรักษาอาการและการพยากรณ์โรค ศึกษาโดยใช้วิธีการ ประเมินผู้ป่วยจำนวน 100 คน และ 61 คน เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการโรคจิตเภท ความทุกข์เนื่องจากประสบการณ์ส่วนตัวของอาการเชิงลบ และระดับของผู้กระทำที่มีความเสี่ยงทางปัญญา (เช่นอาการพื้นฐาน) ผลการวิเคราะห์พบว่า CDSS มี 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่ 1 คือภาวะซึมเศร้าสิ้นหวัง ปัจจัยที่ 2 คือความคิดที่ผิดเกี่ยวกับความผิดที่อ้างอิงทางพยาธิวิทยา และปัจจัยที่ 3 คือการตื่นเข้า โดยปัจจัยสองประการแรกเผยให้เห็นหลายความสัมพันธ์ที่มีทั้งอาการการวินิจฉัยและประสบการณ์ส่วนตัว ในขณะที่ปัจจัยสุดท้ายไม่สัมพันธ์กับโดเมนทางจิตอื่นๆ ผลการวิจัยคือผลลัพธ์โครงสร้างแพคทอเรียลสามเท่าของ CDSS พบรูปแบบความสัมพันธ์เฉพาะกับการวินิจฉัยและคำตอบในโรคจิตเภท ยืนยันความแตกต่างทางคลินิกระหว่างปัจจัยภาวะซึมเศร้าทั่วไปและปัจจัยความรู้ความเข้าใจผิด การศึกษาตรวจสอบ คือ ความชุกของและปัจจัยของพวกอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่รักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบวัดระดับความซึมเศร้าของศาลการีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (CDSS) นำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า ปัจจัย อาการการวินิจฉัยทั้งสอง (เช่น บวกลบ และทางลบ) และจิตพยาธิวิทยา เครื่องมือนี้คือการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำรวจผู้ป่วยที่ได้รับรายงานอาการเกร็งและความทุกข์ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีนัยสำคัญ เปรียบเทียบโดเมนที่อยู่ใน SANS (เช่น ความรู้สึก, ไร้อารมณ์, และ ความสนใจ) ประเมินอาการขั้นพื้นฐานโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง 98 รายการ ครอบคลุมการรบกวนจากประสบการณ์ไม่เคยเป็นมาก่อน ผลการศึกษาพบความชุกของอาการซึมเศร้าร้อยละ 29.8% (คะแนนรวม CDSS > 6) ในผู้ป่วยชาย 28 คน และผู้ป่วยหญิง 20 คน สรุปคือการศึกษาที่ยืนยันโครงสร้างสามแพคทอเรียลของ CDSS รายงานก่อนหน้านี้โดยผู้วิจัยระบุว่าม็องค์ประกอบทางจิตอย่างน้อย 2 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ชัดเจนในภาวะซึมเศร้าในโรคจิตเภท คือ ปัจจัยทั่วไปในภาวะซึมเศร้า “ภาวะซึมเศร้าสิ้นหวัง” และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยผิด “ความคิดหรือความรู้สึกผิด” ยิ่งไปกว่านั้นรูปแบบความสัมพันธ์เฉพาะของอาการ

ดังกล่าวกับการวินิจฉัยและอัตรพยาธาวิทยาทั้งกลไก "จิตวิทยา" และ "ประสาท" คือการทำงานในภาวะซึมเศร้าในโรคจิตเภท

Krynicky CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE, 2018⁽⁶⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการลบและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท วัตถุประสงค์เพื่อให้การศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างอาการเชิงลบและภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ใช้วิธีการศึกษาเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบตามแนวทางของ PRISMA จำกัดเป็นการค้นหาเพื่อศึกษาการตรวจสอบภาวะซึมเศร้าและอาการเชิงลบในโรคจิตเภท รวมถึงการศึกษาที่ไม่รวมเงื่อนไขอื่น ๆ ผลการศึกษา พบว่า ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตในระดับต่ำ กลับพบความคิดฆ่าตัวตายและการมองโลกในแง่ร้ายสูงและชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตามในมิติที่เสนอแนวคิดทั้งสองนั้นเป็นที่ศึกษาร่วมกันต่อไป โดยมีอาการ เช่น อารมณ์ความคิดฆ่าตัวตายและการมองโลกในแง่ร้าย คืออาการที่เป็นภาวะซึมเศร้า ดังนั้นความเข้าใจรายละเอียดของอาการที่แสดงออกพื้นฐานอาจสามารถเป็นเป้าหมายในการรักษาที่มีศักยภาพได้ และเป็นพื้นฐานการวิจัยในอนาคตต่อไป เพื่อประเมินและการพิจารณากลไกพื้นฐานเกี่ยวกับการดำเนินโรค จึงอาจเป็นไปได้ที่จะแยกความแตกต่างเพิ่มในอาการซึมเศร้าจากอาการเชิงลบในโรคจิตเภทเมื่อมีการแสดงอาการซึมเศร้า ซึ่งก่อนหน้านี้ Siris และคณะ พบว่าครึ่งหนึ่งของชาวอินเดียนที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคจิตเภท ยังพบเกณฑ์ในการวินิจฉัยสำหรับอาการเชิงลบ คืออาการทับซ้อนระหว่างอาการซึมเศร้าและอาการเชิงลบของโรคจิตเภท ทั้งนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับของ Whiteford และคณะ คือในขณะที่มีอาการต่างๆ เช่น ความสนใจที่ไม่ดีมีอาการเชิงลบอย่างชัดเจน และมีการสูญเสียพลังงาน ทั้งโดเมนที่ซึมเศร้าและเป็นลบ สังเกตอาการภาวะโศกเศร้าพร้อมกับอาการที่รู้สึกอะไรเลย ถูกรายงานว่าเป็นอาการเชิงลบโดย Kibel และคณะ อีกทางหนึ่งก็ถือว่าเป็นอาการเชิงลบของโรคจิตเภทเพราะมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ สรูป คืออาจเป็นไปได้ที่จะแยกความแตกต่างเพิ่มในอาการซึมเศร้า จากอาการเชิงลบในโรคจิตเภท เมื่อมีการแสดงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

Sidney Zisook และคณะ, 1999⁽²⁸⁾ ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ซึมเศร้า วัตถุประสงค์ คือประเมินการแสดงอาการ และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในกลุ่มของผู้ใหญ่ตอนกลางถึงผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ซึมเศร้า หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นความผิดปกติของโรคจิตเภท ศึกษาที่ศูนย์การวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับโรคจิตของผู้ป่วย

สูงอายุ ในมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียซานดิเอโก โดยใช้อายุและเพศเป็นตัวแปรในการศึกษาอาการ ซึมเศร้า จัดอันดับด้วยระดับแฮมิลตันในอาการซึมเศร้าเป็นหลัก และใช้ DSM-III-R หรือ เกณฑ์ DSM-IV ของโรคจิตเภทเป็นเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท, และผู้ป่วยปกติ จำนวน 143 คน โดยใช้กลุ่มผู้สูงอายุโรคจิตเภทเป็นหลักในการเปรียบเทียบ กำหนดช่วงอายุไว้ที่ 45 ปี หรือสูงกว่า และ 79 หรือต่ำกว่า ในที่นี้มีกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเภทมีจำนวน 60 คน อายุระหว่าง 45 ถึง 79 ปี และไม่มีอาการทางจิตรุนแรง ใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแบบประเมินอาการทางจิตเวช (BPRS) โดยตัดในส่วนหัวข้อในระบบประสาทเพื่อให้เหมาะสมสำหรับการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบบ่อยขึ้นและรุนแรงกว่าการเปรียบเทียบปกติ เพศหญิงที่เป็นโรคจิตเภท 20% มีคะแนนซึมเศร้าในระดับแฮมิลตันหรือมากกว่า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการทางบวก แต่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ อาการเชิงลบ อาการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือยาอินซูลิน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากอาการหลักของความผิดปกติหรืออาจเกิดขึ้นจากอาการโรคจิตรุนแรง นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทอาจเป็นรองอาการเชิงลบจากการใช้ยาหรือระบบประสาทที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ก่อนหน้านี้ Siris และคณะ พบว่าครึ่งหนึ่งของชาวอินเดียที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคจิตเภท ยังพบเกณฑ์ในการวินิจฉัยสำหรับอาการเชิงลบ หมายถึงอาการทับซ้อนระหว่างอาการซึมเศร้าและอาการเชิงลบของโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม Addington และคณะ ได้ออกแบบประเมินเพื่อวัดระดับความซึมเศร้าของบุคลากรสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งประเมินภาวะซึมเศร้าแยกจากอาการเชิงลบและจากอาการเชิงบวก และอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น พาร์กินสัน ก่อนหน้านี้อาการซึมเศร้า ความคิด และอาการเชิงลบ เป็นการแยกกลุ่มอาการทางคลินิก เช่น โรคจิตเภทยังคงไม่แน่นอน การระบุภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทและการรักษาอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การทำความเข้าใจความแตกต่างนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการอธิบายของกลไกสาเหตุของอาการพื้นฐานและการพัฒนาวิธีการรักษาที่ดีขึ้นต่อไป

Thomas H Jobe, MD และคณะ, 2005⁽²⁹⁾ ศึกษาการตรวจสอบผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการทบทวนที่มุ่งเน้นไปที่การศึกษาระยะยาวในอเมริกาเหนือของโรคจิตเภท และใน

การศึกษาของ WHO การตรวจสอบนี้มุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยการพยากรณ์โรคที่อาจเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ และการฟื้นตัวของอาการ เป็นการศึกษาติดตามความยืดหยุ่นปัจจัยการพยากรณ์โรคจิตเภท รวมถึงความผิดปกติทางจิตเวชที่สำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภท การศึกษาระยะยาวเป็นผลลัพธ์ได้รับการศึกษาคครอบคลุมมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวบางส่วน ซึ่งครอบคลุมระยะเวลา ก่อนที่จะมีการนำยาจิตเวช (psychotropic) ช่วยเสริมความชัดเจนให้กับคำจำกัดความของการวินิจฉัยโรคจิตเภทและความหมายของการฟื้นอาการในผลทางจิตเวช วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวน การศึกษาเชิงประจักษ์ที่ประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินระดับรายงานผลที่ได้รับ ผลกระทบจากวิธีการวิจัย ตัวแปรการรักษาปัจจัยการพยากรณ์โรคปัจจัยระดับจิตวิทยาและความ ยืดหยุ่นของผู้ป่วย โดยมีวิธีการคือตรวจสอบการศึกษาที่ใช้การควบคุมและใช้เวลานานกว่าทศวรรษ หรือมากกว่านั้น เปรียบเทียบกับวิธีการวิจัยและการเลือกตัวแปรผลลัพธ์ ผลการศึกษาพบว่าเป็น ลักษณะเดียวกับความเจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ และความเจ็บป่วยทางการแพทย์โดยทั่วไปเส้นทาง ธรรมชาติของโรคจิตเภทแสดงให้เห็นว่าอาการมีส่วนของอ่อนปานกลางและรุนแรง แม้ว่าความ แปรปรวนอย่างมากของผลลัพธ์จะเกิดขึ้นในทุกการศึกษาที่ทบทวน โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผลค่อนข้าง ต่ำต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทแสดงการดำเนินโรคและผลลัพธ์ที่แย่กว่าผู้ป่วยโรคอื่นอย่างสม่ำเสมอ ความผิดปกติทางจิตเวช และจิตเวชในด้านบวก ผลในทางคลินิกพบว่า ยังมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากที่ ยังเผชิญกับช่วงเวลาการฟื้นตัวของอาการและการทำงานด้านจิตสังคมเป็นเวลานานหลายปีหรือนาน กว่านั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตควรมีความรู้ความเข้าใจในสัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงสูงต่อการฆ่า ตัวตายเป็นความสำเร็จในผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะในช่วง 10 ถึง 12 ปีแรกของการเกิดโรคนี ทั้งนี้ประสิทธิภาพ จากการรักษาระยะยาว ในปัจจุบันขึ้นอยู่กับจุดแข็งส่วนบุคคล ความสำเร็จในการพัฒนา และความ ยืดหยุ่นของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นอิทธิพลสำคัญต่อข้อจำกัดในการรักษา ผลการศึกษาได้เตือนถึง อันตรายของการฆ่าตัวตายและความตายในช่วงระยะแรกที่เป็นในผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังพบ ปัญหาทางคลินิกรวมถึงการจัดการและการรักษา ซึ่งช่วยคาดการณ์ความเป็นไปได้ของช่วงเวลาการ ดำเนินโรคหรือช่วงเวลาการรักษาในบางอาการที่อาจเกิดขึ้นและเชื่อมโยงไปยังผู้ป่วยแต่ละราย มี รายละเอียดของการศึกษาที่น่าสนใจ ดังนี้

- ภาพรวมของการติดตามผลที่สำคัญในอเมริกาเหนือ เป็นการศึกษาของโรคจิตเภท นาน 10 ปีหรือมากกว่าในการทบทวนนี้ได้มุ่งเน้นการศึกษาระยะยาว 10 ครั้ง จาก

อเมริกาเหนือและ ISOS ที่ประสานร่วมกับ WHO นับการศึกษาครั้งแรกเป็นการศึกษาย้อนหลังข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับปัจจัยการพยากรณ์โรคและที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ในโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า 61% เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ในขณะที่ 39% ไม่ได้เป็นเรื้อรังได้ สิ่งที่สำคัญที่สุดสมมติฐานของ Vaillant คือการพยากรณ์ เกณฑ์ไม่สามารถแยกแยะผลลัพธ์ได้อย่างสมบูรณ์ส่วนหนึ่ง การศึกษาที่สำคัญของตัวแปรการพยากรณ์โรคอาจให้การเชื่อมโยงกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยถึงความแตกต่างมักจะพบในผลลัพธ์สำหรับโรคจิตเภท

- การศึกษา Phipps Clinic เพื่อค้นหาตัวทำนายผลหรือการพยากรณ์โรค การศึกษาติดตามในบัลติมอร์ รัฐแมริแลนด์ จำนวนผู้ป่วย 472 ราย เป็นผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท หลังจากเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลครั้งแรกอย่างน้อย 3 สัปดาห์ โดยการติดตามผลเฉลี่ย 10 ปี และ 3 ผลลัพธ์ที่ถูกกำหนดไว้ กลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยที่คิดว่าหายแล้ว (24%) มีอาการกำเริบที่สมบูรณโดยไม่มีการกำเริบของโรค กลุ่มที่สองได้รับการปรับปรุง (46%) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและการรักษาซ้ำซ้อนและเป็นผู้ป่วยที่แสดงอาการกำเริบอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่สามไม่ได้รับการปรับปรุง (30%) เป็นผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในโรงพยาบาลหรือผู้ที่มีโรคจิตอย่างต่อเนื่อง
- การศึกษาของแคนาดาถูกควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับการกระจายทางภูมิศาสตร์ ความคิดและอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท ศึกษาติดตามผลในโรงพยาบาล ดำเนินการโดย Bland และคณะ การศึกษาโดยมองผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน ส่วนหนึ่งของจังหวัดอัลเบอร์ตาแคนาดาเหมือนเวอร์มอนต์ ซึ่งอัลเบอร์ตายังแสดงให้เห็นโดยรวมที่ดีขึ้น ผลลัพธ์มากกว่าที่เห็นในการศึกษาอื่นซึ่งพึ่งพาสัดส่วนประชากรเมืองที่มีศักยภาพลดลง การเคลื่อนไหวทางสังคมในปี 1976 ส่วนแรกของการศึกษาของอัลเบอร์ตาลดระดับผู้ป่วย 92 รายที่ผ่านเกณฑ์ DSM-II และผู้ที่มีการเข้าโรงพยาบาลอัลเบอร์ตาครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยจำนวน 88 รายประสบความสำเร็จ ตรวจสอบผลลัพธ์ 6 ระดับจากการฟื้นคืนเต็มถึงเรื้อรัง โดยไม่มีการเปลี่ยนโรงพยาบาล ประเด็นที่น่าสนใจคือมี 58% ของผู้ป่วยลดลงในประเภทการฟื้นคืนเต็ม และเพียง 8% ตกอยู่ในประเภทเรื้อรัง ผลลัพธ์เหล่านี้ได้เป็นที่สนใจเพราะ 45% ของผู้ป่วยหยุดยารักษาจิตเวช (psychotropic) 10 เดือนหลังจากออกจาก

โรงพยาบาล การค้นพบนี้เป็นหนึ่งในข้อบ่งชี้แรกที่ผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้ใช้ยาจิตเวช อาจมีผลลัพธ์ที่ดี

- พบตัวอย่างที่เริ่มมีอาการค่อนข้างเร็วของผู้ป่วย (อายุเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 23 ปี) จากโรงพยาบาล 2 แห่งในชิคาโก ในการติดตามผล 15 ปี ในผู้ป่วยโรคจิตเภท 73 คน, ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ 40 คน, และผู้ป่วยทางจิตประเภทอื่น 134 คน ความผิดปกติของอาการวุ่นวายและไม่มีอาการทางจิตมาก ในผู้ป่วย 37 คน พบการเสียชีวิตส่วนใหญ่จากการฆ่าตัวตาย การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลระยะยาวเพื่อมุ่งเน้นผลการศึกษาการฆ่าตัวตายและการฟื้นคืนที่มีศักยภาพในโรคจิตเภทและโรคไบโพลาร์ นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษาอาการที่สำคัญรวมถึงโรคจิตความคิดที่ไม่ดี คำสั่ง อาการทางลบ และความซึมเศร้า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางความคิดโรคจิตและอาการเจ็บป่วยในโรคจิตเภท
- สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ข้อมูลยาวกว่า 20 ปีระบุว่าที่การติดตามผลแต่ละครั้ง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการแย่ลง ผลลัพธ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่น ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภทสมัยใหม่ที่ได้รับการสอนในช่วงความเจ็บป่วยระดับปานกลางและรุนแรง ความสามารถกับหลายประสบการณ์ทางจิตสังคม การฟื้นตัวในด้านบวก ในขณะที่ทำงานได้ไม่ดีกว่า ผู้ป่วยโรคจิตประเภทอื่นมากกว่า 40% แสดงช่วงรักษาหรือช่วงเวลาของการฟื้นคืนที่อาจอยู่ได้นานหลายปีหลาย ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นระยะเวลาหลายปีโดยไม่ต้องใช้ยา รักษาโรคจิต
- การติดตามผลข้อมูลจากการศึกษา CFU แนะนำว่ายารักษาโรคจิตรุ่นแรกเพิ่มอัตราของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท และที่ยารักษาโรคจิตรุ่นที่สองไม่ได้กระตุ้น เช่นนี้ กลุ่มอาการของโรคที่สำคัญเป็นศูนย์กลางในขณะนี้ มีหลักฐานว่าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีอาการสมบูรณ์โดยไม่กำเริบต่อไปอย่างน้อยก็เป็นผลดีในระยะเวลาและผู้ป่วยบางรายที่ไม่ต้องการรับการรักษา การศึกษาติดตามผลระยะยาวบ่งชี้ว่าปัจจัยเฉพาะของผู้ป่วยสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคล ความยืดหยุ่นในการเอาชนะต่อโรคจิต ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพบางครั้งเน้นการรักษาของมากเกินไป โดยลืมความสำคัญของความพยายามของผู้ป่วยและความสำคัญของ

ทรัพยากรภายในของผู้ป่วยในการปรับปรุงและการฟื้นคืนที่เป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม มีความท้าทายที่สำคัญในอนาคต ในการมุ่งหวังที่จะสร้างมาตรฐานวิธีการในการศึกษาติดตามผลเช่นเดียวกับการพยายามครั้งแรก

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์ดูแลคือร้อยละ 26.5 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวคือร้อยละ 5.8 และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลุ่มคลั่งคือร้อยละ 29.8 จึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวอยู่ในระดับที่ต่ำมาก เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่ศูนย์ดูแลถึง 5 เท่า

สรุปรวมทั้งหมดของการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการเจ็บป่วยในครั้งแรกของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง รวมถึงมีการเตือนถึงอันตรายของการฆ่าตัวตายและความตายสูงในช่วงระยะแรกที่เป็นโรคจิตเภท รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตน้อยซึ่งกลับพบว่ามีความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตายและมีความคิดลบสูงกว่าผู้ที่มีอาการจิตมาก การศึกษาทั้งไทยและต่างประเทศ พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีระดับค่อนข้างต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวและเงื่อนไขทางสภาพแวดล้อม จึงเป็นปัจจัยสำคัญมากต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกเหนือจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา ประวัติการฆ่าตัวตาย รายได้จากการทำงาน ความพอเพียงของรายได้ ประวัติการไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีอาการข้างเคียงจากการกินยา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการมีญาติที่เป็นโรคซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) เป็นการศึกษาค้นคว้าในเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional descriptive design) ใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามเป็นเครื่องมือศึกษา

ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการอุปการะในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการอุปการะในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี ซึ่งสมัครใจและยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย และผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย

วิธีการเข้าถึงอาสาสมัคร (Approach to participant) ผู้วิจัยติดต่อสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี โดยการทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในถึงผู้ปกครองสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี เพื่อขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัวแก่อาสาสมัคร

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10
2. รู้สึกดี รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ สื่อสารกับผู้วิจัยได้
3. สมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงใจยินยอมให้ความร่วมมือ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการป่วยทางจิตเวชหรืออาการป่วยทางกายในโรงพยาบาล ขณะที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล

กระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลให้กับอาสาสมัคร แจกเอกสารข้อมูลและแบบขอความยินยอมให้อาสาสมัครพิจารณาก่อนตัดสินใจ

วิธีการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้วิธีสำรวจประชากรที่สนใจทั้งหมด จากข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครองคนไข้โรคจิตทุเลาบ้านกิ่งวิศิษย์ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนประมาณ 495 คน แต่สามารถประมาณประชากรที่สนใจ คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) คือ

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

z = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96

p = สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะความเครียดเท่ากับ 0.46⁽³⁶⁾

d = ค่าความเคลื่อนที่ของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.055

n = คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 315 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique) ไม่ได้ใช้การเลือกตัวอย่าง แต่ใช้การสำรวจผู้ที่รับบริการในสถานสงเคราะห์ทั้งหมดที่มีคุณลักษณะตามที่ระบุในเกณฑ์คัดเลือก และไม่มีในเกณฑ์คัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 (ผู้วิจัยคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติและสอบถามจากผู้ดูแล) ประกอบด้วย **ข้อมูลทั่วไป** คือ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านอาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตาย และระยะเวลาที่เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลาบ้านกิ่งวิถีสาย **ประวัติการเจ็บป่วย** คือระยะเวลาการเจ็บป่วย ประเภท และชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ จำนวนครั้งที่ลี้ภัยรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต **สาเหตุที่เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์** คือ ขาดผู้ดูแล/ไม่มีญาติ, ครอบครัวยุติธรรม การรับดูแล/ถูกทอดทิ้ง

ส่วนที่ 2 (ผู้วิจัยจะเป็นผู้ถามและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale of Schizophrenia: CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington D และคณะ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์⁽¹⁰⁾ เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ แบบประเมินมีจำนวนคำถามรวมทั้งสิ้น 9 ข้อ ประกอบด้วยหัวข้อคือ

1. ความซึมเศร้า
2. ความรู้สึกสิ้นหวัง
3. ความรู้สึกไร้ค่า
4. ความรู้สึกคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา
5. ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ
6. ความซึมเศร้าตอนเช้า
7. ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ
8. การฆ่าตัวตาย
9. ความซึมเศร้าที่สังเกตได้

การแปลผลและเกณฑ์กำหนดคะแนน โดยคะแนนรวมมีพิสัยอยู่ระหว่าง 0 – 27 คะแนน จอมขวัญ นามสูตร, 2558⁽²³⁾ ได้มีการออกแบบในผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ในส่วนองระดับของภาวะซึมเศร้าจะแบ่งโดยใช้อัตราภาคชั้นในการแบ่ง คือ ใช้คะแนนมากที่สุดลดด้วยคะแนนที่น้อยที่สุด ทหารจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง ความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามมีค่า Conbach' alpha เท่ากับ 0.77 และมีค่า Item-Total Correlation ของแบบสอบถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.27 – 0.73

ส่วนที่ 3 (ผู้วิจัยจะเป็นผู้ถามและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ) แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท (PANSS-T) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ คณะ, 2550⁽⁹⁾ แบบประเมินมี 3 ส่วนย่อย ได้แก่

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Scale) 7 อาการ
2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Scale) 7 อาการ
3. อาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) 16 อาการ

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 6 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละชั้นจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ การตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของค่า Conbach' alpha เท่ากับ 0.78⁽³⁷⁾

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนของการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. เสนอโครงการวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ติดต่อผู้ปกครองสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี

3. ดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และผู้ดูแลหอผู้ป่วยทั้ง 10 ตึก
4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยใช้เครื่องมือ 3 ชุด ที่กล่าวข้างต้น หลังจากที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อ่านหรือฟังรายละเอียดของโครงการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งลงนามเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจเรียบร้อยแล้ว
5. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้ให้ครบถ้วน และนำเสนอข้อมูลทั้งหมดมาจัดระเบียบข้อมูล เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (Data Analysis and Statistics)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Science Personal Computer) Version 22.00 ดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติ Pearson correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ของอาการทางจิตกับระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ใช้สถิติ simple linear regression, fractional, polynomial regression, และ multiple logistic regression analysis เพื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาหาความสัมพันธ์ และหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 319 คน ระหว่างเดือนกันยายน – เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งหมดในสถานคุ้มครองฯ ได้ผ่านการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลประจำตึกคัดเลือกการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเกณฑ์คัดเข้าแล้ว จำนวนที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าหรืออยู่ในเกณฑ์คัดออก จึงไม่สามารถเก็บกลุ่มตัวอย่างได้ทุกคนตามจำนวนผู้ป่วยที่รับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ทั้งหมด ณ ช่วงเวลานั้นมีจำนวนทั้งสิ้น 495 คน มีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวมทั้งหมด และวิเคราะห์โดยการแบ่งกลุ่มตามระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคะแนนภาวะซึมเศร้า เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การแบ่งกลุ่มตามศักยภาพ (A B และ C) ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ด้านอาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตาย และระยะเวลาที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประเภทและชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และจำนวนครั้งที่สัมผัสประทุพพิกายใน 1 สัปดาห์

1.3 สาเหตุที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง ได้แก่ ขาดผู้ดูแล/ไม่มีญาติ ครอบครัวปฏิเสธการรับดูแลผู้ป่วย/ถูกทอดทิ้ง และอื่นๆ

1.4 อาการทางจิต

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ของระดับคะแนนอาการทางจิตในปัจจุบันกับระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (PANSS, CDSS)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการทางจิต

ส่วนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ

ส่วนที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple fractional polynomial regression เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคะแนนภาวะซึมเศร้าเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 บรรยายลักษณะรวมทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะรวมทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด	ทั้งหมด (n = 319)	เศร้า (n = 126)	ไม่เศร้า (n = 193)	Statistic p-value
	n(%)	n(%)	n(%)	
การแบ่งกลุ่มตามอายุ				t-test 83.49 $p < 0.001^{**}$
20-29 ปี	13 (4.1)	4(3.2)	9(4.7)	
30-39 ปี	46 (14.4)	17(13.5)	29(15.0)	
40-49 ปี	110 (34.5)	51(40.5)	59(30.6)	
50-59 ปี	97 (30.4)	38(30.2)	59(30.6)	
60+ ปี	53 (16.61)	16(12.7)	37(19.2)	
การแบ่งกลุ่มตามศักยภาพ				χ^2 17.475 $p < 0.001^{**}$
กลุ่ม A	21(6.6)	12(9.5)	9(4.7)	
กลุ่ม B	276(86.5)	114(90.5)	162(83.9)	
กลุ่ม C	22(6.9)	0(0)	22(11.4)	
ระดับการศึกษาสูงสุด				χ^2 17.201 $p = 0.001^*$

ประถมศึกษา	121(37.9)	49(38.9)	72(37.3)	
มัธยมศึกษา	143(44.8)	68(54.0)	75(38.9)	
ปริญญาตรี	10(3.1)	3(2.4)	7(3.6)	
ไม่ได้รับการศึกษา	45(14.1)	6(4.8)	39(20.2)	
ศาสนา				Fisher exact 2.383 $p = 0.143$
พุทธ	301(94.4)	122(96.8)	179(92.8)	
คริสต์	8(2.5)	0(0)	8(4.1)	
อิสลาม	5(1.6)	2(1.6)	3(1.6)	
และอื่นๆ	5(1.6)	2(1.6)	3(1.6)	
สถานภาพ				Fisher exact 1.676 $p = 0.204$
โสด	271(85.0)	103(81.8)	168(87.0)	
หม้าย	11(3.4)	4(3.2)	7(3.6)	
หย่า	5(1.6)	3(2.4)	2 (1.0)	
อื่นๆ (สมรส, แยกกันอยู่)	32(10.0)	16(12.7)	16 (8.3)	
ประสบการณ์ด้านอาชีพ				χ^2 27.643 $p = 0.001^*$
พนักงานของรัฐ	12 (3.8)	9(7.1)	3(1.6)	
พนักงานเอกชน	22(6.9)	8(6.4)	14(7.3)	
รับจ้าง	57(17.9)	26(20.6)	31 (16.1)	
เกษตรกร	21(6.6)	6(4.8)	15(7.8)	
ค้าขาย	15(4.7)	5(4.0)	10(5.2)	
กรรมกร, นายช่าง	60(18.8)	31(24.6)	29(15.0)	
รปภ.	9(2.8)	2(1.6)	7(3.6)	
โรงงาน	20(6.3)	13(10.3)	7(3.6)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	103(32.3)	26(20.6)	77(39.9)	

โรคทางกาย				χ^2 6.883 $p = 0.009^*$
มี (โรคเรื้อรัง คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันใน เลือดสูง หัวใจโตวาย และ เกาต์, โรคทางเดินอาหาร คือ ภาวะอาหาร ดับแข็ง และริดสีดวง, โรคทางระบบ หายใจคือ โรคปอด หอบหืด และไซนัส, โรคผิวหนัง คือ โรคเท้าแสบปน, โรคทาง ระบบประสาท คือ ลมชัก, อื่นๆ คือ ภูมิแพ้, รวมถึง ความพิการทางกาย คือ ตาบอด หูหนวก และแขนขาด)	52 (16.3)	29(23.0)	23(11.9)	
ไม่มี	267(83.7)	97 (77.0)	170(88.1)	
ประวัติสารเสพติด				χ^2 14.855 $p < 0.001^{**}$
เคยเสพ	84(26.3)	48 (38.1)	36(18.7)	
ไม่เคย	235(73.4)	78 (61.9)	157(81.4)	
ประวัติการใช้แอลกอฮอล์				χ^2 7.657 $p = 0.006^*$
เคยใช้แอลกอฮอล์	96(30.1)	49(38.9)	47(24.4)	
ไม่เคย	223(69.9)	77(61.1)	146(75.7)	
ประวัติการฆ่าตัวตาย				χ^2 16.065 $p < 0.001^{**}$
มี	74(23.2)	44 (34.9)	30(15.5)	
ไม่มี	245(76.8)	82(65.1)	163(84.5)	

ระยะเวลาเข้ารับการ อุปการะในสถานคุ้มครอง				t-test 21.124 $p < 0.001^{**}$
1-10 ปี	206(64.6)	96 (76.2)	110(57.0)	
11-20 ปี	75(23.5)	17(13.5)	58(30.1)	
21-30 ปี	24(7.5)	9(7.1)	15(7.8)	
30 ปีขึ้นไป	14(4.4)	4(3.2)	10(5.2)	

ตารางที่ 3 บรรยายลักษณะรวมทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด

ลักษณะรวมทั่วไปของผู้ป่วย ทั้งหมด	ทั้งหมด (n = 319)	เศร้า (n = 126)	ไม่เศร้า (n = 193)	statistic p -value
	n(%)	n(%)	n(%)	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				t-test 25.528 $p < 0.001^{**}$
1-10 ปี	71(22.3)	35(27.8)	36(18.7)	
11-20 ปี	67(21.0)	29(23.0)	38(19.7)	
21-30 ปี	56(17.6)	22(17.5)	34(17.6)	
30 ปีขึ้นไป	125(39.2)	40(31.8)	85(44.1)	
สาเหตุที่เข้ารับการอุปการะ				χ^2 3.528 $p = 0.317$
ขาดผู้ดูแล/ไม่มี ครอบครัวอุปถัมภ์	81(25.4)	31(24.6)	50(25.9)	
ญาติควบคุมพฤติกรรมไม่ได้	197(61.8)	78(61.9)	119(61.7)	
อื่นๆ	30(9.4)	15(11.9)	15(7.8)	
อื่นๆ	11(3.4)	2(1.6)	9(4.7)	
ประเภทและชื่อยาที่ผู้ป่วย ได้รับ				
Antipsychotics (กิน)				
Haloperidol	83(26.0)	32(25.4)	51(26.4)	χ^2 0.042 $p = 0.838$
Perphenazine	73(22.9)	31(24.6)	42(21.8)	χ^2 0.349

Chlorpromazine	109(34.2)	46(36.5)	63(32.6)	$p = 0.555$ $\chi^2 0.506$
Thioridazine	25(7.8)	9(7.1)	16(8.3)	$p = 0.477$ $\chi^2 0.139$
Trifluoperazine	9(2.8)	4(3.2)	5(2.6)	$p = 0.709$ $\chi^2 0.095^a$
Clozapine	113(35.4)	48(38.1)	65(33.7)	$p = 0.743$ $\chi^2 0.650$
Risperidone	116(36.4)	47(37.3)	69(35.8)	$p = 0.420$ $\chi^2 0.079$
Antipsychotics (ฉีต)				$p = 0.778$
Haloperidol	49(15.36)	18(14.3)	31(16.1)	$\chi^2 0.185$ $p = 0.667$
Fluphenazine (Fendec, DECA)	59(18.50)	26(20.6)	33(17.1)	$\chi^2 0.632$ $p = 0.426$
Risperidone	5(1.57)	3(2.4)	2(1.0)	Fisher exact 0.893 $p = 0.387$
Other	10(3.13)	4(3.2)	6(3.1)	Fisher exact 0.001 $p = 1.000$
Antidepressants				$\chi^2 2.559$ $p = 0.110$
มี (Fluoxetine, Fluvoxamine, Amitriptyline, Nortriptyline, Mianserin, และ Sertraline)	55(17.2)	27(21.4)	28(14.5)	
ไม่มี	264(82.8)	99(78.6)	165(85.5)	

Anticonvulsants				χ^2 0.101 $p = 0.750$
มี (Valproate, Carbamazepine)	88(27.6)	36(28.6)	52(26.9)	
ไม่มี	231(72.4)	90(71.4)	141(73.1)	
Benzodiazepine				χ^2 6.497 $p = 0.165$
Diazepam	50(15.67)	15(11.9)	35(18.1)	
Lorazepam	23(7.21)	11(8.7)	12(6.2)	
Chlorazepate	30(9.40)	13(10.3)	17(8.8)	
Trazodone	12(3.76)	8(6.3)	4(2.1)	
ไม่มี	204(63.95)	79(62.7)	125(64.8)	
Others	265(83.1)	1(0.5)	160(82.9)	χ^2 0.010 $p = 0.920$
มี (Trihexyphenidyl (ACA, Artane, Lithium, Phenobarbital)	256(80.3)	101(80.2)	155(80.3)	
ไม่มี	54(16.9)	21(16.7)	33(17.1)	
DMPA (ฉีดยา)				χ^2 0.379 $p = 0.538$
มี	29(9.1)	13(10.3)	16(8.3)	
ไม่มี	290(90.9)	113(89.7)	177(91.7)	
ผลข้างเคียงของยา				χ^2 13.963 $p < 0.001^{**}$
มี	74(23.2)	43(34.1)	31(16.1)	
ไม่มี	245(76.8)	83(65.9)	162(83.9)	
จำนวนครั้งที่ลิ้มรับประทาน ยาใน 1 สัปดาห์				Fisher exact 8.538 $p = 0.008^*$
ไม่ลิ้ม	308(96.6)	117(92.9)	191(99.0)	
1-10 ครั้ง	10(3.5)	8(6.4)	2(1.0)	
6-10 ครั้ง	1(0.3)	1(0.8)	0(0.0)	

จากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการศึกษา 319 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า 126 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.5

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 48.91 ปี (standard deviation 10.46) โดยผู้ป่วย 60.9% มีอายุในช่วง 40-59 ปี และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean 48.01 SD 9.94 และ mean 49.50 SD 10.77 ตามลำดับ; t-test 83.49 p -value <0.001)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแบ่งกลุ่มตามศักยภาพต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่ม A จำนวน 21 ราย ผู้ป่วยกลุ่ม B จำนวน 276 ราย และผู้ป่วยกลุ่ม C จำนวน 22 ราย ผู้ป่วยกลุ่ม A มีภาวะเศร้าร้อยละ 57.14 ผู้ป่วยกลุ่ม B มีภาวะเศร้าร้อยละ 41.30 ในผู้ป่วยกลุ่ม A และ B ไม่พบภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าต่อส่วนรวม และมีความสุขในการใช้ชีวิตโดยมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละวัน ในสถานคุ้มครองฯ และผู้ป่วยกลุ่ม C ไม่มีภาวะเศร้า ผลการศึกษานี้ไม่สามารถบอกได้ถึงสาเหตุที่ไม่พบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม C เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่ม C ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือตอบคำถามที่มีความซับซ้อนได้ ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการดูแลช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวและเป็นผู้ป่วยติดเตียง สถานคุ้มครองฯ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม C โดยมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ป่วยกลุ่ม A และ B ช่วยเหลือการใช้ชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วยกลุ่ม C ซึ่งมีจำนวนทั้งหมดถึง 130 ราย เนื่องจากผู้ดูแลในแต่ละตึกมีจำนวนน้อยไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง ผลการศึกษาการแบ่งกลุ่มตามศักยภาพนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square Tests 17.475 p -value <0.001, Mean 1.73, Std. Deviation 0 .731)

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่ม B มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่ม C มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาสูงสุดต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยจบชั้น ประถมศึกษา จำนวน 121 ราย ผู้ป่วยจบชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 143 ราย ผู้ป่วยจบชั้นปริญญาตรีจำนวน 10 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 45 ราย ผู้ป่วยจบชั้นประถมศึกษามีภาวะเศร้าร้อยละ 40.50 ผู้ป่วยจบชั้นมัศึกษามีภาวะเศร้าร้อยละ 47.55 ผู้ป่วยจบชั้นปริญญาตรีมีภาวะเศร้าร้อยละ 30.00

และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษามีภาวะเศร้รร้อยละ 13.33 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square Tests 17.201 p -value 0.001, Mean 2.00, Std. Deviation 0.368)

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของของคะแนนภาวะซึมเศร้ราพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มจบชั้นมัธยมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ราสูงสุด (Mean 0.48, Std. Deviation 1.096) ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มจบชั้นปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ราต่ำที่สุด (Mean 3.00, Std. Deviation 1.003)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีศาสนาต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยศาสนาพุทธ จำนวน 301 ราย และผู้ป่วยศาสนาคริสต์,อิสลาม, และอื่นๆ จำนวน 18 ราย ผู้ป่วยศาสนาพุทธมีภาวะเศร้รร้อยละ 40.53 และผู้ป่วยศาสนาคริสต์, อิสลาม, และอื่นๆ มีภาวะเศร้รร้อยละ 22.22 ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher exact 2.383, p -value 0.143)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยโสด จำนวน 271 ราย, หม้ายจำนวน 11 ราย, หย่าร้างจำนวน 5 ราย, และอื่นๆ (สมรส, แยกกันอยู่) จำนวน 32 ราย ผู้ป่วยโสดมีภาวะเศร้รร้อยละ 38.01 และผู้ป่วยอื่นๆ (หม้าย, หย่า, สมรส, แยกกันอยู่) มีภาวะเศร้รร้อยละ 47.1 ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher exact 1.676, p -value 0.204)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ด้านอาชีพต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยอาชีพพนักงานของรัฐจำนวน 12 ราย ผู้ป่วยอาชีพพนักงานเอกชนจำนวน 22 ราย ผู้ป่วยอาชีพรับจ้างจำนวน 57 ราย ผู้ป่วยอาชีพเกษตรกรจำนวน 21 ราย ผู้ป่วยอาชีพค้าขายจำนวน 15 ราย ผู้ป่วยอาชีพกรรมกร, นายช่างจำนวน 60 ราย ผู้ป่วยอาชีพรพภ. จำนวน 9 ราย ผู้ป่วยอาชีพโรงงานจำนวน 20 ราย และผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 103 ราย ผู้ป่วยอาชีพพนักงานของรัฐมีภาวะเศร้รร้อยละ 75.00 ผู้ป่วยอาชีพพนักงานเอกชนมีภาวะเศร้รร้อยละ 36.36 ผู้ป่วยอาชีพรับจ้างมีภาวะเศร้รร้อยละ 45.61 ผู้ป่วยอาชีพเกษตรกรมีภาวะเศร้รร้อยละ 28.57 ผู้ป่วยอาชีพค้าขายมีภาวะเศร้รร้อยละ 33.33 ผู้ป่วยอาชีพกรรมกร, นายช่างมีภาวะเศร้รร้อยละ 51.67 ผู้ป่วยอาชีพรพภ.มีภาวะเศร้รร้อยละ 22.22 ผู้ป่วยอาชีพโรงงานมีภาวะเศร้รร้อยละ 65.00 และผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีภาวะเศร้รร้อยละ 25.24 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square Tests 27.643, p -value 0.001)

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของของคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มอาชีพกรรมกร, นายช่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มอาชีพรปภ. มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีหรือไม่มีโรคทางกายต่างกัน โรคทางกายที่พบ ได้แก่ โรคเรื้อรัง คือ เบาหวาน 4 ราย ความดันโลหิตสูง 3 ราย ไขมันในเลือดสูง 1 ราย หัวใจ 5 ราย ไตวาย 1 ราย และเกาต์ 1 ราย, โรคทางเดินอาหาร คือ ภาวะอาหาร 5 ราย ตับแข็ง 1 ราย และริดสีดวง 1 ราย, โรคทางระบบหายใจ คือ โรคปอด 1 ราย หอบหืด 5 ราย และไซนัส 2 ราย, โรคผิวหนัง คือ โรคเท้าแขนปม 1 ราย, โรคทางระบบประสาท/สมอง 17 ราย, อื่นๆ คือ ภูมิแพ้ 1 ราย, รวมถึงความพิการทางกาย คือ ตาบอด 1 ข้าง 1 ราย หูหนวก 1 ข้าง 1 ราย และแขนขาด 1 ข้าง 1 ราย)

โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย จำนวน 52 ราย และผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางกายจำนวน 267 ราย ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายมีภาวะเศร่ำร้อยละ 55.77 ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางกายมีภาวะเศร่ำร้อยละ 36.33 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square Tests 6.883, p -value 0.009)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีหรือไม่มีประวัติสารเสพติดต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยเสพสารเสพติดจำนวน 84 ราย และผู้ป่วยที่ไม่เคยเสพสารเสพติดจำนวน 235 ราย ผู้ป่วยที่เคยเสพ มีภาวะเศร่ำร้อยละ 57.14 ผู้ป่วยที่ไม่เคยเสพมีภาวะเศร่ำร้อยละ 33.19 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square Tests 14.855, p -value < 0.001)

ด้านผู้ป่วยจิตเภทที่มีหรือไม่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 96 ราย และผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 223 ราย ผู้ป่วยที่เคยใช้แอลกอฮอล์มีภาวะเศร่ำร้อยละ 51.04 ผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้แอลกอฮอล์มีภาวะเศร่ำร้อยละ 34.53 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square Tests 7.657, p -value 0.006)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีหรือไม่มีประวัติการฆ่าตัวตายต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายจำนวน 74 ราย และผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายจำนวน 245 ราย ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตาย มีภาวะเศร่ำร้อยละ 59.46 ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมีภาวะเศร่ำร้อยละ 33.47 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square Tests 16.065, p -value < 0.001)

ระยะเวลาเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษามีระยะเวลาเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครองเฉลี่ย 10.75 ปี (standard deviation 9.089) โดยผู้ป่วย 51.1% มีระยะเวลาเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครองในช่วง 40-49 ปี และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลาเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครองน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean 8.06 SD 6.795 และ mean 10.05 SD 8.026 ตามลำดับ; t-test 21.124, p -value < 0.001)

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของของคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีระยะเวลาเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครองในช่วง 1-10 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีระยะเวลาเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครองในช่วง 30 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด

ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษามีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 19.99 ปี (SD 12.157) โดยผู้ป่วย 56.7% มีระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 21 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean 19.94 SD 12.588 และ mean 20.04 SD 11.832 ตามลำดับ; t-test 25.528, p -value < 0.001)

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของของคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 30 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 21-30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด

ประเภทและชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยแบ่งเป็นกลุ่มยา Antipsychotics (กิน) คือ Haloperidol จำนวน 83 ราย Perphenazine จำนวน 73 ราย Chlorpromazine จำนวน 109 ราย Thioridazine จำนวน 25 ราย Trifluoperazine จำนวน 9 ราย Clozapine จำนวน 113 ราย และ Risperidone จำนวน 116 ราย กลุ่มยา Antipsychotics (ฉีด) คือ Haloperidol Fluphenazine (Fendec, DECA) Risperidone และอื่นๆ จำนวน 51 ราย กลุ่มยา Antidepressants จำนวน 55 ราย กลุ่มยา Anticonvulsants จำนวน 88 ราย กลุ่มยา Benzodiazepine จำนวน 47 ราย กลุ่มยาอื่นๆ (Trihexyphenidyl, ACA, Artane, Lithium, Phenobarbital) จำนวน 256 ราย และกลุ่มยา DMPA (ฉีด) จำนวน 29 ราย ซึ่งกลุ่มยาและตัวยาที่

ผู้ป่วยได้รับนั้น ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเศร้ำและไม่มีภาวะเศร้ำ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีหรือไม่มีผลข้างเคียงของยาต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงของยาจำนวน 74 ราย และผู้ป่วยที่ไม่มีผลข้างเคียงของยาจำนวน 245 ราย ผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงของยามีภาวะเศร้ำร้อยละ 13.48 ผู้ป่วยที่ไม่มีผลข้างเคียงของยามีภาวะเศร้ำร้อยละ 26.02 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square Tests 13.963, p -value < 0.001)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีหรือไม่มีจำนวนครั้งที่ลี้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งที่ลี้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ 1-10 ครั้ง จำนวน 11 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ลี้มรับประทานยาจำนวน 308 ราย ผู้ป่วยจำนวนครั้งที่ลี้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ 1-10 ครั้งมีภาวะเศร้ำร้อยละ 2.82 ผู้ป่วยที่ไม่ลี้มรับประทานยามีภาวะเศร้ำร้อยละ 36.68 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher exact 8.538, p -value 0.008)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีสาเหตุที่เข้ารับการอุปการะต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยขาดผู้ดูแล/ไม่มีจำนวน 81 ราย ผู้ป่วยครอบครัวปฏิเสธจำนวน 197 ราย ผู้ป่วยญาติควบคุมพฤติกรรมไม่ได้จำนวน 30 ราย และอื่นๆ จำนวน 11 ราย ผู้ป่วยขาด/ไม่มีผู้ดูแลมีภาวะเศร้ำร้อยละ 9.72 ผู้ป่วยครอบครัวปฏิเสธมีภาวะเศร้ำร้อยละ 24.45 ผู้ป่วยญาติควบคุมพฤติกรรมไม่ได้มีภาวะเศร้ำร้อยละ 4.70 และผู้ป่วยอื่นๆ มีภาวะเศร้ำร้อยละ 0.63 ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square Tests 3.528, p -value 0.317)

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ของระดับคะแนนอาการทางจิตในปัจจุบัน(PANSS) กับระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า(CDSS)

ตารางที่ 4 แสดงผลความสัมพันธ์ของระดับคะแนนอาการทางจิตกับระดับภาวะซึมเศร้า

คะแนนอาการทางจิตSUM_PANSS (mean 73.47, SD25.11)	จำนวน (ราย)	คะแนนภาวะซึมเศร้า CDSS Mean (SD)
กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Psychopathology Scale) (mean 12.72, SD 5.441)		
7 – 14 คะแนน	219	4.84 (4.545)
15 – 21 คะแนน	79	2.49 (3.626)
22 – 28 คะแนน	17	1.65 (3.297)
29 – 35 คะแนน	4	0.00 (0.000)
36 – 42 คะแนน	0	N/A
กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Psychopathology Scale) (mean 18.98, SD 8.658)		
7 – 14 คะแนน	119	5.56 (4.599)
15 – 21 คะแนน	76	4.05 (4.742)
22 – 28 คะแนน	72	3.08 (3.782)
29 – 35 คะแนน	52	2.19 (3.384)
36 – 42 คะแนน	0	N/A
กลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) (mean 37.30, SD 12.880)		
16 – 32 คะแนน	123	5.01 (4.491)
33 – 48 คะแนน	132	3.58 (4.330)
49 – 64 คะแนน	55	3.60 (4.254)
65 – 80 คะแนน	9	0.00 (0.000)
81 – 96 คะแนน	0	N/A

กลุ่มอาการด้านสังคม (Social Overall Psychopathology Scale) (mean 4.49, SD2.780)		
3 – 6 คะแนน	266	4.44 (4.506)
7 – 9 คะแนน	36	2.44 (3.443)
10 – 12 คะแนน	8	2.13 (3.563)
13 – 15 คะแนน	4	0.00 (0.000)
16 – 18 คะแนน	5	0.00 (0.000)

พบว่า ระดับคะแนนอาการทางจิต (PANSS) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Psychopathology Scale) mean 12.72, SD 5.441 มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ 219 ราย ในช่วงคะแนน 7 – 14 คะแนน และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (CDSS) mean 4.84, SD 4.545

ระดับคะแนนอาการทางจิต (PANSS) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Psychopathology Scale) mean 18.98, SD 8.658 มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ 119 ราย ในช่วงคะแนน 7 – 14 คะแนน และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (CDSS) mean 5.56, SD 4.599 นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยถึงจำนวน 76 ราย ในช่วงคะแนน 15 – 21 คะแนน ซึ่งพบว่ามีระดับของคะแนนภาวะซึมเศร้า (CDSS) mean 4.05, SD 4.742

ระดับคะแนนอาการทางจิต (PANSS) กลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) mean 37.30, SD 12.880 มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ 132 ราย ในช่วงคะแนน 33 – 48 คะแนน และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (CDSS) mean 3.58, SD 4.330 นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยถึงจำนวน 123 ราย ในช่วงคะแนน 16 – 32 คะแนน ซึ่งพบว่ามีระดับของคะแนนภาวะซึมเศร้า (CDSS) mean 5.01, SD 4.491

ระดับคะแนนอาการทางจิต (PANSS) กลุ่มอาการด้านสังคม (Social Overall Psychopathology Scale) mean 4.49, SD 2.780 มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ 266 ราย ในช่วงคะแนน 3 – 6 คะแนน และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (CDSS) mean 4.44, SD 4.506

ตารางที่ 5 แสดงผลความสัมพันธ์ของคะแนนรวมอาการทางจิตในปัจจุบันกับภาวะซึมเศร้า

Total score SUM_PANSS: SUM_CDSS	จำนวน (ราย)	Mean (SD)
0 – 30 คะแนน	137	(mean 5.42, SD 4.651)
31 – 67 คะแนน	155	(mean 3.35, SD 3.995)
68 – 103 คะแนน	20	(mean 1.15, SD 3.082)
104 - 139 คะแนน	7	(mean 0.00, SD 0.000)

ในส่วนของความสัมพันธ์ของระดับคะแนนรวมทั้งหมดของอาการทางจิตในปัจจุบันกับระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า มีลำดับช่วงคะแนนรวมอาการทางจิต(PANSS) ที่มีผู้ป่วยมากที่สุดถึง 155 ราย ในช่วงคะแนน 31 – 67 คะแนน ซึ่งมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า(CDSS) mean 3.35, SD 3.995 นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยถึงจำนวน 137 ราย ในช่วงคะแนน 0 – 30 คะแนน ซึ่งพบว่ามีระดับของคะแนนภาวะซึมเศร้า(CDSS) mean 5.52, SD 4.651

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการทางจิต

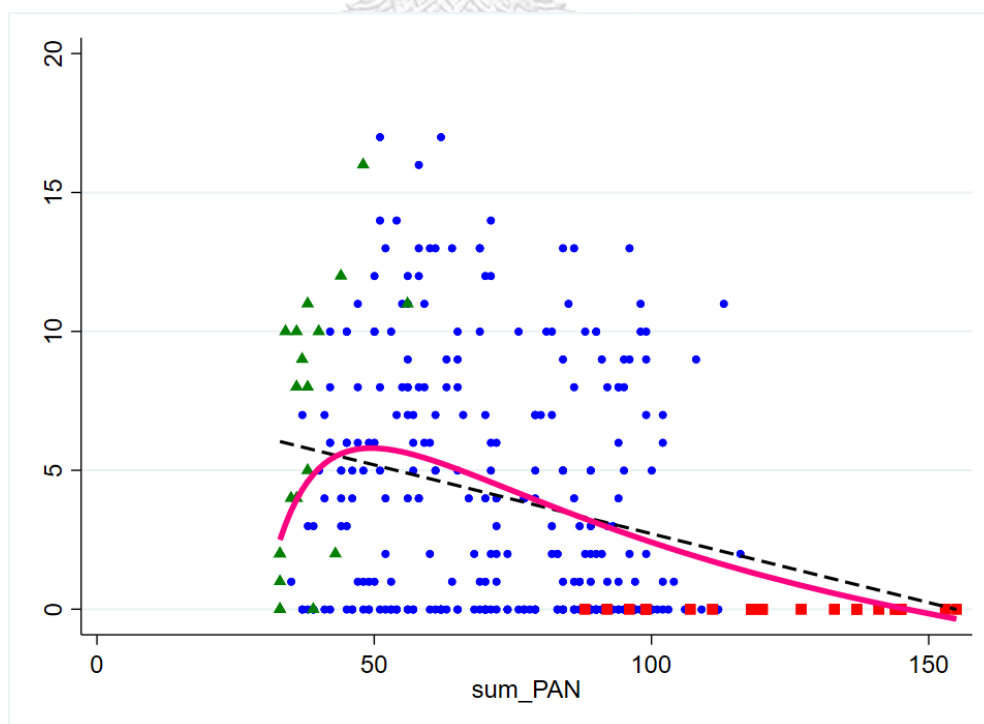
ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการทางจิตด้วย simple linear regression และ fractional polynomial regression

	Beta coef.	SE	95% CI	p-value
<i>Linear model R² 0.077</i>				
Total PANNS score	-0.05	0.01	-0.07, -0.03	<0.001**
<i>Fractional polynomial model R² 0.102</i>				
Total_PANNS score ⁻²	-32461.92	6885.35	-46008.84, -18915.01	<0.001**
Total_PANNS score ⁻¹	1312.51	246.43	827.66, 1797.35	<0.001**

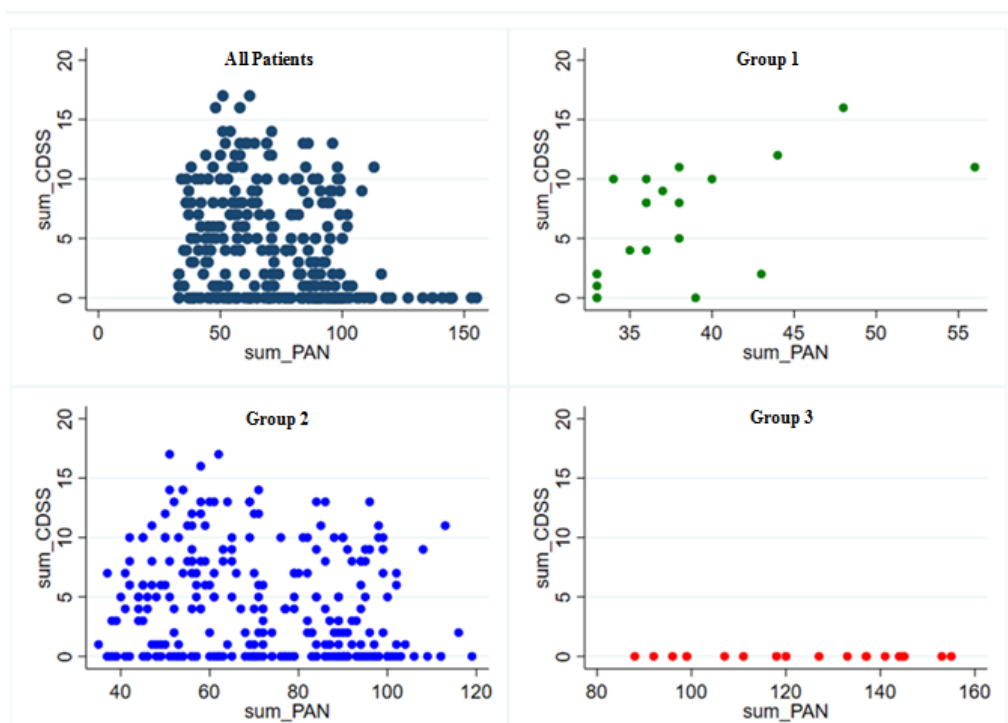
เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการทางจิต ด้วย Pearson's correlation พบว่า ความสัมพันธ์ -0.282 $p\text{-value} < 0.001$ และเมื่อวิเคราะห์ด้วย simple linear regression พบว่ามี R^2 0.077 และเมื่อวิเคราะห์ด้วย fractional polynomial regression โดยใช้ maximum degree ที่ 2 พบว่ามี R^2 0.102

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการทางจิต พบว่า คะแนนอาการทางจิต กับ คะแนนอาการซึมเศร้าอาจไม่ได้มีความสัมพันธ์ในลักษณะของเส้นตรงอย่างชัดเจน เมื่อศึกษาโดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามศักยภาพของผู้ป่วยอย่างละเอียดขึ้น พบว่า มีลักษณะของความสัมพันธ์ที่ต่างกัน โดยใน ผู้ป่วยกลุ่ม A สัมพันธ์แบบเส้นตรงขึ้น คือคะแนนทางจิตมากขึ้น คะแนนซึมเศร้ามากขึ้นด้วย ผู้ป่วยกลุ่ม B พบว่า มีความสัมพันธ์แบบไม่แน่นอน หรืออาจรูปแบบเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะของเส้นโค้ง คือเมื่อมีระดับคะแนนมากถึงในระดับหนึ่งแล้ว พบว่าคะแนนซึมเศร้านั้นไม่ได้เพิ่มระดับขึ้นมากตาม และใน ผู้ป่วยกลุ่ม C พบว่า ไม่มีผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนอาการทางจิตมีลักษณะเป็นเส้นตรง

รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของคะแนนอาการทางจิตกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งหมด



รูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของคะแนนอาการทางจิตกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามการแบ่งระดับของผู้ป่วยในศูนย์คุ้มครอง



ส่วนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ

เนื่องจากตัวแปรหลายตัวที่เก็บข้อมูลมีความสัมพันธ์ระหว่างกันจึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสูงออก เหลือเฉพาะตัวแปรที่น่าจะอธิบายภาวะซึมเศร้าได้ดี

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่มีลักษณะต่อเนื่อง

	อายุ	การศึกษา	อาชีพ	โรคทางกาย	ระยะเวลาป่วยจิต	สารเสพติด	แอลกอฮอล์	ประวัติฆ่าตัวตาย	ผลข้างเคียงยา	ระยะเวลาอุปการะ	ลิ้มทานยา	อาการทางจิต
อายุ	1.000											
การศึกษา	-0.008	1.000										
อาชีพ	0.018	0.230	1.000									
โรคทางกาย	-0.032	0.076	0.105	1.000								
ระยะเวลาป่วยจิต	0.581	-0.126	0.049	0.040	1.000							
สารเสพติด	-0.261	0.167	0.145	0.015	-0.170	1.000						
แอลกอฮอล์	-0.068	0.166	0.117	0.062	-0.064	0.188	1.000					
ประวัติฆ่าตัวตาย	0.001	0.153	0.094	0.140	0.000	0.332	0.141	1.000				
ผลข้างเคียงยา	-0.083	0.094	0.189	0.059	0.085	0.109	0.044	0.068	1.000			
ระยะเวลาอุปการะ	0.430	-0.171	-0.126	-0.036	0.555	-0.171	-0.153	-0.122	-0.035	1.000		
ลิ้มทานยา	-0.031	0.066	0.020	0.103	-0.077	-0.074	-0.012	0.100	0.140	-0.071	1.000	
อาการทางจิต	0.055	-0.387	-0.317	-0.141	0.021	-0.213	-0.131	-0.105	-0.080	0.133	0.020	1.000

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่มีลักษณะต่อเนื่อง พบว่า อายุ ระยะเวลาที่เข้ารับการอุปการะ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กันมาก ($\rho > 0.4$) ในส่วนของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ประวัติการเสพยาเสพติด กับ อายุ และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด คือ อายุ กับ ระยะเวลาการป่วยทางจิต ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับค่อนข้างมาก โดยมีจุดตัดคือ 0.4 ขึ้นไป ซึ่งได้แก่ อายุกับระยะเวลาป่วยทางจิต, อายุกับระยะเวลาเข้ารับการอุปการะ, และระยะเวลาป่วยทางจิตกับระยะเวลาเข้ารับการอุปการะ

สาเหตุที่ทำให้ตัวแปรอายุ ระยะเวลาเข้ารับการอุปการะ และระยะเวลาป่วยทางจิต มีความสัมพันธ์กันส่วนหนึ่งอาจเพราะจำนวน ระยะเวลาในผลการศึกษาทั้ง 3 ตัวแปรมีความใกล้เคียงกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตัดตัวแปรระยะเวลาเข้ารับการอุปการะและระยะเวลาป่วยทางจิตออก แล้วเลือกศึกษาตัวแปรอายุแทน เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด อีกทั้งผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลอายุในผู้ป่วยได้ครบทุกคน

ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยการกระจายข้อมูลด้วย Variance inflation factor (VIF)

ตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบการกระจายข้อมูลด้วย Variance inflation factor (VIF)

Variables	VIF
อายุ	1.10
การศึกษา	
Primary	2.97
Secondary	3.27
Graduate+	1.27
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต	1.07
ประวัติการใช้สารเสพติด	1.35
ประวัติการใช้แอลกอฮอล์	1.08
ประวัติการฆ่าตัวตาย	1.21
ผลข้างเคียงของยา	1.04
การลิ้มรับประทานยา	1.07
อาการทางจิต	1.41

ทดสอบ Variance inflation factor (VIF) ของตัวแปรเพื่อนำมาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ จิสติก (Logistic regression) พบว่า มีค่า < 10 หมายความว่า ตัวแปรเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กัน และเป็นอิสระต่อกัน สามารถนำมาวิเคราะห์ตัวแปรทำนายได้โดยไม่เกิดภาวะร่วมของตัวแปรตัวแบบเส้นตรง (Multicollinearity)

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า

Variables	Odds ratio	Lower 95% CI	Upper 95% CI	p-value
อายุ	0.999	0.973	1.025	0.917
ระดับการศึกษาสูงสุด				
- ประถม	1.894	0.678	5.295	0.223
- มัธยม	2.066	0.730	5.846	0.171
- ปริญญาตรี	1.144	0.205	6.382	0.878
โรคทางกาย	1.676	0.851	3.299	0.135
ประวัติการใช้สารเสพติด	1.339	0.739	2.425	0.336
ประวัติการใช้แอลกอฮอล์	1.446	0.844	2.476	0.179
ประวัติการฆ่าตัวตาย	2.077	1.119	3.852	0.020*
ผลข้างเคียงของยา	2.280	1.273	4.083	0.006*
การลิ้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์	5.978	1.121	31.879	0.036*
อาการทางจิตในปัจจุบัน	0.982	0.970	0.995	0.005*

Note Pseudo R² 0.146 LR X² 62.28 p-value <0.001

การมีหรือไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย มีผลต่อการมีหรือไม่มีอาการซึมเศร้า เนื่องจาก Odds ratio คือ 2.077 นั้นแปลว่า หากมีประวัติการฆ่าตัวตายจะมีโอกาสซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย การมีหรือไม่มีผลข้างเคียงของยา มีผลต่อการมีหรือไม่มีอาการซึมเศร้า เนื่องจาก Odds ratio คือ 2.280 นั้นแปลว่า หากมีผลข้างเคียงของยาจะมีโอกาสซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีผลข้างเคียงของยา การมีหรือไม่มีจำนวนครั้งที่ลิ้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ มีผลต่อการมีหรือไม่มีอาการซึมเศร้า เนื่องจาก Odds ratio คือ 5.978 นั้นแปลว่า หากมีการลิ้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ จะมีโอกาสซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 5 - 6 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ลิ้ม

รับประทานยาใน 1 สัปดาห์ ด้านอาการทางจิต พบว่า ถ้าระดับคะแนนอาการทางจิตสูงกว่าก็จะมีโอกาสต่ำกว่าในการเกิดอาการซึมเศร้า

ด้านอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด โรคทางกาย ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ผลการศึกษาไม่พบการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ

การเลือกตัวแปรต้นเข้าในสมการ logistic regression เลือกโดยการนำเข้าทั้งหมด โดยนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมากออก พบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท คือ ประวัติการฆ่าตัวตาย (OR 0.506 95% CI 0.276, 0.926 p -value 0.027), ผลข้างเคียงของยา (OR 0.423 95% CI 0.236, 0.757 p -value 0.004), จำนวนครั้งที่รับประทานยาใน 1 สัปดาห์ (OR 0.526 95% CI 0.300, 0.921 p -value 0.025), และอาการทางจิตในปัจจุบัน (OR 0.982 95% CI 0.970, 0.994 p -value 0.003)

ปัจจัยที่เกือบจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ประวัติการใช้สารเสพติด (OR 0.555 95% CI 0.302, 1.021 p -value 0.058)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ อายุ (OR 1.002 95% CI 0.976, 1.028 p -value 0.900), ระดับการศึกษาสูงสุด (OR 0.833 95% CI 0.616, 1.126 p -value 0.234), โรคทางกาย (OR 0.600 95% CI 0.307, 1.174 p -value 0.136) และประวัติใช้แอลกอฮอล์ (OR 0.695 95% CI 0.406, 1.188 p -value 0.184)

ส่วนที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple fractional polynomial regression เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ ด้วย Multiple fractional polynomial regression

Total score	Beta coef.	SE	95% CI	p-value
อายุ	-0.01	0.02	-0.058,0.288	0.512
ระดับการศึกษาสูงสุด	0.57	0.76	-0.930,2.076	0.454
ประถมศึกษา	0.54	0.78	-0.998,2.084	0.488
มัธยมศึกษา	-0.42	1.41	-3.207,2.362	0.766
ปริญญาตรี				
โรคทางกาย	1.34	0.61	0.133,2.540	0.030*
ประวัติการใช้สารเสพติด	0.57	0.55	-0.508,1.639	0.301
ประวัติการใช้แอลกอฮอล์	-0.07	0.50	-1.054,0.921	0.895
ประวัติการฆ่าตัวตาย	1.98	0.57	0.860,3.097	0.001*
ผลข้างเคียงของยา	2.09	0.53	1.050,3.129	<0.001**
การลืมรับประทานยาใน 1 สัปดาห์	2.66	1.24	0.223,5.101	0.033*
Total_PANNS score ²	29802.41	7528.66	14987.91,44616.91	<0.001**
Total_PANNS score ⁻¹	-101040.3	25993.05	-152188.1,-49892.59	<0.001**

Note Pseudo R-Squared 0.251 Adj R-Squared 0.221 RMSE 3.895 p-value <0.001

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยต่างๆ ด้วย Multiple fractional polynomial regression เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคทางกาย p-value 0.030 ประวัติการฆ่าตัวตาย p-value 0.001 ผลข้างเคียงของยา p-value < 0.001 การลืมรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ p-value 0.033 และอาการทางจิต คือ คะแนนรวมของ Total_PANNS score ทั้งสองพจน์

ในส่วนของปัจจัยอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการใช้แอลกอฮอล์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional descriptive design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี

ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการอุปการะในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี จำนวน 319 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ แบบคัดลอกข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุที่เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ จากแฟ้มประวัติและสอบถามจากผู้ดูแล แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale of Schizophrenia: CDSS) และแบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท (The positive and negative syndrome scale for schizophrenia: PANSS-T)

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี มีการกระจายข้อมูลในลักษณะเป็นเส้นโค้งเบ้ขวา โดยมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.03 จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-27 คะแนน ใช้ค่าตัดคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป⁽²³⁾ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 60.5, ร้อยละ 39.5)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี มีลักษณะเป็นเส้นโค้งลง พบว่า มีความสัมพันธ์กับการแบ่งเกรดผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยกลุ่ม A ที่มีอาการทางจิตน้อย พบว่ามีภาวะซึมเศวรร้อยละ 57.14 (12/21) ผู้ป่วยกลุ่ม B ที่มีอาการทางจิตปานกลาง พบว่ามีภาวะ

ซึมเศร้าร้อยละ 41.30 (114/276) และผู้ป่วยกลุ่ม C มีอาการทางจิตมาก พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (0/22)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ด้านอาชีพ โรคทางกาย ประวัติสารเสพติด ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ประวัติการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผลข้างเคียงของยา และจำนวนครั้งที่ลี้ภัยรับประทานยาใน 1 สัปดาห์

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเกิดภาวะซึมเศร้า

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.5 สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ ดังนี้

- 1.1 **งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานสงเคราะห์หรือศูนย์ดูแล** Hulya Ertekin และคณะ⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศูนย์ดูแล (Polyclinic of the Beyhekim Psychiatric Clinic of Konya) จำนวน 143 ราย โดยใช้เครื่องมือ The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.5 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าลักษณะความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในด้านเชื้อชาติ บริบททางสังคม สาธารณสุข และบริบทอื่นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกัน อาจเป็นผลให้ผลการศึกษาผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
- 1.2 **งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล จอมขวัญ นามสูตร⁽²³⁾** ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 140 ราย โดยใช้เครื่องมือ The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 46.4 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าผล

การศึกษาผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ใกล้เคียงกันมาก อาจเป็นไปได้ว่าลักษณะบางอย่างกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน เช่น สถานที่อาศัยเป็นศูนย์คุ้มครองและโรงพยาบาลของภาครัฐ ลักษณะของที่อยู่อาศัยที่ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดบริเวณเขตพื้นที่และวิถีการชีวิตที่ต้องกินอยู่หลับนอนเป็นเวลา รวมถึงลักษณะของกฎกติกาการอยู่ร่วมกันผู้ป่วยคนอื่นๆ เป็นต้น

1.3 งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ปริญนันท์ สละสวัสดิ์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 150 ราย โดยใช้เครื่องมือ The Zung Self-Rating Depression Scale พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 และวราพงษ์ กำไร⁽³³⁾ ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 100 ราย โดยใช้เครื่องมือ The Zung Self-Rating Depression Scale พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าผลการศึกษาทั้ง 2 งานวิจัยมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ใกล้เคียงกันกับงานวิจัยในครั้งนี้ แม้ว่าวิธีการศึกษา เครื่องมือที่เลือกใช้วัดผล และบริบทของผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกันก็ตาม

1.4 งานวิจัยที่มีผลการศึกษาแตกต่างกัน สุภาวดี เกษไชย และคณะ⁽³²⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จำนวน 77 ราย โดยใช้เครื่องมือ The Zung Self - Rating Depression Scale พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 75.32 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าผลการศึกษาผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่แตกต่างกันมาก อาจเป็นไปได้ว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะลักษณะบางอย่างกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ สุภาวดี เกษไชย และคณะ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่

มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี ส่วนงานวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่(ร้อยละ 91.5) มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเกิน 5 ปี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิต

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้านั้น สามารถพบได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมากและในกลุ่มที่มีอาการทางจิตน้อย ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งหมดกลับพบในกลุ่มอาการทางจิตมาก ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมาก ในขณะที่สัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามได้ตรงตามความเป็นจริง จึงอาจไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับในการศึกษาอื่นที่มีการกล่าวถึงภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิต เช่น การศึกษาของ Hulya Ertekin และคณะ, 2015⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศูนย์ดูแลในประเทศตุรกี ที่พบว่า ในขณะที่ระดับคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมีการเพิ่มขึ้นอย่างมาก กลับพบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยมีคะแนนลดลงอย่างชัดเจนซึ่งเป็นสถิติที่ต่ำอย่างมาก อีกการศึกษาหนึ่งที่มีการกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิตคือของ Krynicki CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE, 2018⁽⁶⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการลบและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพบว่า ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตในระดับต่ำ กลับพบว่าอาการของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะการมีความคิดฆ่าตัวตายและการมองโลกในแง่ร้ายในกลับมีระดับสูงและชัดเจนขึ้น

จากผลการศึกษา เมื่อนำมาจัดแบ่งกลุ่มตามศักยภาพตามที่ศูนย์คุ้มครองได้ทำการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยไว้ พบว่า ศักยภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีศักยภาพแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน เมื่อนำมาเรียงลำดับผลคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม B พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยกลุ่ม A และในผู้ป่วยกลุ่ม C ไม่พบภาวะซึมเศร้า

- 2.1 ผู้ป่วยกลุ่ม A เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและทักษะการใช้ชีวิตสูงที่สุดใน 3 กลุ่มจากการสัมภาษณ์ในผู้ป่วยอาการทางจิตน้อยหรือแทบที่จะไม่มี

อาการทางจิตเลย พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 57.1)

2.2 ผู้ป่วยกลุ่ม B เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและทักษะการใช้ชีวิตตรงลงมาจากกลุ่ม A พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 41.3) จากการสัมภาษณ์ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามีความสุขในการใช้ชีวิตที่ศูนย์คุ้มครองฯ และมีความภาคภูมิใจจากการที่ตนเองได้หน้าที่รับผิดชอบช่วยเหลืองานต่างๆ ในสถานคุ้มครองฯ

2.3 ผู้ป่วยกลุ่ม C เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและทักษะการใช้ชีวิตต่ำที่สุดใน 3 กลุ่ม ศูนย์คุ้มครองฯ ได้จัดการดูแลช่วยเหลือกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด โดยมอบหมายให้ผู้ป่วยกลุ่ม A และ B ช่วยดูแลและช่วยกระตุ้นการใช้ชีวิตในทุกด้านให้กับผู้ป่วยกลุ่ม C เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ จากการสัมภาษณ์ในผู้ป่วยกลุ่ม C พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีอาการทางจิตมาก ส่วนใหญ่จะไม่สามารถสื่อสารหรือตอบคำถามได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น ผลการศึกษาจึงไม่พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ประวัติการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยผู้ป่วยที่มีประวัติการฆ่าตัวตายจะสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย (OR 0.506 95% CI 0.276, 0.926 p-value 0.027) ซึ่งไม่สอดคล้องกับจอมขวัญ นามสูตร⁽²³⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี⁽³¹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลางโดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเสนาและโรงพยาบาลชัยบาล และปรียนันท์ สละสวัสดิ์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

พบว่าประวัติการฆ่าตัวตายไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าลักษณะบางอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน จึงอาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกัน ทั้งนี้ผลการศึกษาของจอมขวัญ นามสูตร⁽²³⁾ ได้พบว่าการประวัติการฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมรุนแรง

ผลข้างเคียงของยา ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงของยา จะสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีผลข้างเคียงของยา (OR 0.423 95% CI 0.236, 0.757 p-value 0.004) สอดคล้องกับจอมขวัญ นามสูตร⁽²³⁾ ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์⁽¹¹⁾ ที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และวราพงษ์ กำไร⁽³³⁾ ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ซึ่งพบว่าอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนครั้งที่ลิ้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยที่มีการลิ้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ จะสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 5 - 6 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการลิ้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ (OR 0.526 95% CI 0.300, 0.921 p-value 0.025) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการลิ้มรับประทานยา

อาการทางจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยมีการพบว่าหากระดับคะแนนอาการทางจิตสูงกว่าก็จะมีโอกาสต่ำกว่าหรือลดลงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (OR 0.982 95% CI 0.970, 0.994 p-value 0.003) ทั้งนี้ไม่ได้มีความสัมพันธ์ในลักษณะของเส้นตรงอย่างชัดเจน เมื่อศึกษาอย่างละเอียดขึ้น มีลักษณะของความสัมพันธ์เป็น 3 กลุ่ม โดยในกลุ่มที่ 1 (ผู้ป่วยกลุ่ม A) เมื่อคะแนนทางจิตมากขึ้น คะแนนซึมเศร้าจะมากขึ้นด้วย กลุ่มที่ 2 (ผู้ป่วยกลุ่ม B) พบว่ามีความสัมพันธ์แบบไม่แน่นอน คือเมื่อคะแนนทางจิตมีระดับคะแนนมากขึ้นถึงในระดับหนึ่งแล้ว กลับพบว่าระดับคะแนนซึมเศร้าไม่ได้เพิ่มมากขึ้นตามระดับคะแนนทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Hulya Ertekin และคณะ, 2015⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศูนย์ดูแล

ในประเทศตุรกี ที่พบว่า ในขณะที่ระดับคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมีการเพิ่มขึ้นอย่างมาก กลับพบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยมีคะแนนลดลง และในกลุ่มที่ 3 (ผู้ป่วยกลุ่ม C) พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนอาการทางจิตสูง แต่กลับไม่พบภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ผลการศึกษาในกลุ่ม C มีสอดคล้องกับการศึกษาของ Krynicky CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE, 2018⁽⁶⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการลบและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตในระดับต่ำนั้น กลับพบอาการของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพะความคิดฆ่าตัวตายและการมองโลกในแง่ร้ายในสูง

เมื่อวิเคราะห์แบบรายคู่ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติ t-test และ Chi-Square Test พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม ดังนี้

ระยะเวลาเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ t-test พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ Hulya Ertekin และคณะ⁽³⁴⁾ ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศูนย์ โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งพบว่าระดับคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทการเพิ่มขึ้นอย่างมากในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ศูนย์ดูแล

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ t-test พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับภิญโญภัส พันธุ์ดนตรี⁽³¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง ซึ่งพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ สุภาวดี เกษไชย และคณะ⁽³²⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์(Descriptive correlational study) เรื่องปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปีพบว่า มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 75.32 ส่วนงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่(ร้อยละ 77.8) ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเกิน 5 ปี พบว่ามีอาการซึมเศร้าเพียงร้อยละ 39.5 สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลอย่างยิ่งต่อการภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท กล่าวคือผู้ป่วยที่ป่วยเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ t-test พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นอาการซึมเศร้ากลับน้อยลง สอดคล้องกับปรียนันท์ สละสวัสดิ์⁽¹¹⁾ ที่ได้รับความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และภิญโญภัส พันธุ์ดนตรี⁽³¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive research) เรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง ซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษาสูงสุด ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ Chi-Square Test พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงสุดแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน คือระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยที่พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือระดับมัธยมศึกษา และพบภาวะซึมเศร้าต่ำสุดคือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุด

ประสบการณ์ด้านอาชีพ ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ Chi-Square Test พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ด้านอาชีพแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มอาชีพที่พบอาการซึมเศร้ามากที่สุดคือกลุ่มอาชีพกรรมกรและนายช่าง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านประสบการณ์ด้านอาชีพ

โรคทางกาย ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ Chi-Square Test พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางกาย สอดคล้องกับวรภาพงษ์ กำไร⁽³³⁾ ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบว่าประวัติการไม่มีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ประวัติสารเสพติด ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ Chi-Square Test พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีประวัติสารเสพติด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติสารเสพติด สอดคล้องกับภิญโญภัส พันธุ์ดนตรี⁽³¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่

สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ Chi-Square Test พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับจอมขวัญ นามสูตร⁽²³⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่า ประวัติการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ผลการศึกษาพบว่าการดื่มสุราเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมรุนแรง

ข้อจำกัดการวิจัย

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาทั้งหมดคือ 319 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 495 คน แม้ว่าจะเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเกินร้อยละ 60 แต่ก็ยังไม่ได้ครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในสถานคุ้มครองฯ
2. กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยกลุ่ม C เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและทักษะการใช้ชีวิตต่ำที่สุด ผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนอาการทางจิตมาก และมีอาการทางจิตคงที่ ส่วนใหญ่สื่อสารหรือตอบคำถามที่ง่ายและไม่ซับซ้อนได้ แต่หากเป็นคำถามที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น จึงอาจเป็นผลให้ไม่พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลการศึกษาจึงไม่สามารถบอกได้ถึงสาเหตุที่ไม่พบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม C เนื่องจากไม่สามารถทราบได้แน่ชัดว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าจริง หรือเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่สูง
3. การเก็บข้อมูลระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง ในผู้ป่วยบางส่วนมีระยะเวลาไม่ถึง 1 ปี อาจไม่ได้นำมาจัดแบ่งเป็นกลุ่มตัวแทนของผู้ป่วยในระยะเวลาที่มีหน่วยเป็นจำนวนเดือน ซึ่งใช้วิธีการปัดขึ้นและลงเป็นหน่วยจำนวนปีแทน
4. การศึกษาไม่ได้เก็บตัวแปรที่อธิบายสีกลงไปที่ผู้ป่วยพบภาวะซึมเศร้า เกิดจากสาเหตุอะไร ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ว่าในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามนัดในครั้งก่อนการเก็บข้อมูลจิตแพทย์ไม่พบอาการซึมเศร้า จึงไม่ได้จ่ายยากกลุ่มต้านเศร้าให้กับผู้ป่วย หรืออาจเป็นไปได้ที่ผู้ดูแลไม่สามารถคัดกรองอาการภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในสถานคุ้มครองได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรในองค์กรที่อาจไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับทีมสหวิชาชีพ

1. การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ผู้ประเมินควรให้ความสำคัญกับการตั้งคำถามในประเด็นการมีหน้าที่บทบาทรับผิดชอบในแต่ละวันของผู้ป่วยเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นเหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมองว่าตนเองมีคุณค่าต่อส่วนรวม ส่งผลให้เกิดความสุขจากการใช้ชีวิตในแต่ละวันในสถานคุ้มครองฯ และเช่นเดียวกันนั้น การมีหน้าที่บทบาทรับผิดชอบในแต่ละวันของผู้ป่วยเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมองว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือไม่มีความสุข หากบทบาทที่รับผิดชอบนั้นไม่ได้ตรงกับความต้องการหรือศักยภาพของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการระบบการดูแลทางทีมสหวิชาชีพในสถานคุ้มครอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ให้ความรู้เรื่องการดูแลและการสนับสนุนทางจิตใจกับผู้ป่วยกลุ่ม A และ B อย่างสม่ำเสมอ โดยการสอดแทรกในการจัดกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยทำร่วมกัน เพื่อเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ เช่น การให้คำปรึกษาภายในแต่ละตึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาที่ให้บริการปรึกษาโดยผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อเป็นการเข้าถึงผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและสัมพันธภาพที่ดีในผู้ป่วยต่อผู้ดูแลมากขึ้น
4. การให้บริการด้านกายภาพบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม C เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการดูแลช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและเป็นผู้ป่วยติดเตียง หากได้รับการกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการช่วยการถดถอยของผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถมีทักษะใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดี รวมถึงเป็นการลดภาระในการดูแลและลดงบประมาณการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
5. มีการฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะยาวแก่ผู้ดูแลในแต่ละตึก เป็นการส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและมีแนวทางการช่วยเหลือดูแลสถานะทางด้านจิตใจของ

ผู้ป่วยมากขึ้น หรืออาจจัดแนวทางการให้ความรู้ในรูปแบบแผนพับหรือโปสเตอร์ติดไว้บนแต่ละตึก เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงความรู้ และสะดวกในการทบทวนนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย

6. มีการเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อจำนวนของผู้ป่วย เพื่อเป็นการลดภาระปริมาณของผู้ดูแลไม่ให้มากเกินไป จนอาจนำไปสู่ภาวะการหมดไฟในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเพิ่มค่าตอบแทนหรือสวัสดิการอย่างเหมาะสมต่อบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยโดยตรง เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน และลดปัญหาการลาออกของบุคลากร
7. ปัจจัยประวัติการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า จึงควรให้ความสำคัญในประเด็นประวัติการฆ่าตัวตายในการดูแลทางสหวิชาชีพร่วมกัน เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังการเกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในสถานคุ้มครองฯ ต่อไป
8. ด้านทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยของสถานคุ้มครองฯ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การมีผลข้างเคียงของยา และลิ้มรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ จึงควรใส่ใจและตระหนักในปัจจัยดังกล่าวมากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยรวมถึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและที่ดีต่อไป และยังส่งผลให้บุคลากรผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น
9. อาการทางจิตของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากการเฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบแล้ว ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีหรือแสดงอาการทางจิตน้อย ควรได้รับการใส่ใจเฝ้าระวังการเกิดอาการซึมเศร้าเช่นกัน เนื่องจากผลการศึกษาบางส่วนพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพบได้มากในกลุ่มที่มีอาการทางจิตน้อย


ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในสถานสงเคราะห์

2. ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในสถานสงเคราะห์หญิง เพื่อให้ได้ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง
3. ศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของแนวทางวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่ม C เพื่อให้ได้ข้อมูลของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมาก



ภาคผนวก



ที่ ทม ๐๓๐๗/ ๕๕๓๒

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
๒๕๕ อาคาร ๖๐ ปี กรมประ ชาสงเคราะห์
ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง อนุญาตให้นางสาวโสธญา นานุญ นักศึกษามหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ เก็บข้อมูล เพื่อทำวิทยานิพนธ์
ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี

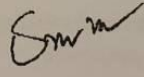
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุชเจริญ ตั้งวงษ์ไชย หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชา
อังกถึง หนังสือคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ จว.๖๓๔/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๕ ๕๖๒

ตามหนังสือที่อ้างถึงนางสาวโสธญา นานุญ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยการทําแบบสอบถาม
เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประเมินเศรษของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้าน กึ่งวิถี (ชาย)
จังหวัดปทุมธานี โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประมาณ ๑ เดือน ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทิวาธนาแล้วเห็นสมควรอนุญาตให้นางสาวโสธญา นานุญ
นักศึกษามหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้าน กึ่งวิถี (ชาย)
จังหวัดปทุมธานี ทั้งนี้ ให้อยู่ในความดูแลของสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการฯ และคำนึงถึงสิทธิของค การด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นางธนาภรณ์ พรมสุวรรณ)

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

กองคุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนาคนพิการ
กลุ่มคุ้มครองสวัสดิภาพคนพิการ
โทร. ๐ ๒๓๕๔ ๕๕๐๕
โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๖๒๓๓

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับ เรื่องภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทใน
สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี ก่อนที่ท่านจะตกลง เพื่อเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว
ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท
ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านทำ ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตัวเอง หรือได้รับการประเมินจาก
ผู้ดูแล โดยแบบสอบถามจะมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป		
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 9	ข้อ
ตอนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน 4	ข้อ
ส่วนที่ 3สาเหตุที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง	จำนวน 1	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 9	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 33	ข้อ

ท่านมีสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้ รวมถึงสิทธิในการเลือกที่จะตอบแบบสอบถามใน
ข้อที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ และบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที และการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิ
ประโยชน์ใดๆเป็นพิเศษทั้งสิ้น


ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามตามความเป็นจริง หากท่านมีปัญหา
หรือข้อสงสัยประการใด ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ท่านสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนท่านพอใจ
โดยกรุณาติดต่อที่ผู้วิจัยคือ นางสาวโสธญา นานบุญ โทร. 091-7186987 หรือ sorayanabun@gmail.com
ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งยินดีให้คำตอบท่าน ทุกประการ

หากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัย ขอให้ติดต่อสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โทร. 0-2256-4493

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวโสธญา นานบุญ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 348/62
วันที่รับเรื่อง 9 ก.ค. 2562

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-04/5.0 หน้า 1/3
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	--------------------------

ชื่อโครงการวิจัย **ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี**

ผู้สนับสนุนการวิจัย **ไม่มี**

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ **นางสาวโสธญา นามบุญ**

ที่อยู่ **ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถ.พระราม4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10300**

เบอร์โทรศัพท์ **091-718-6987**

ผู้วิจัยร่วม **ไม่มี**

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ **นายแพทย์ ขวาท ต้นวีระชัยสกุล**

ที่อยู่ **ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถ.พระราม4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10300 โทรศัพท์ 02-256-4298**

เรียน **ผู้ปกครองสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี**

เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของอาสาสมัคร ผู้ซึ่งเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่าน

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง และแพทย์ประจำตัวของอาสาสมัครได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา


อุบัติการณ์และระบาดวิทยาโรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบมากที่สุดในบรรดาโรคจิตทั้งหมด เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกระดับการศึกษา อาชีพ และเศรษฐกิจ ในงานค้นคว้าวิจัยในต่างประเทศพบว่าประชาชนในระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำเป็นโรคจิตเภทมากกว่าพวกระดับเศรษฐกิจและสังคมสูง ด้วยเหตุนี้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสถูกทอดทิ้งสูง เนื่องจากญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ สถานคุ้มครองจึงเป็นทางออกในการแก้ปัญหาดังกล่าวของภาครัฐ เพื่อจัดสวัสดิการในการให้บริการสงเคราะห์และฟื้นฟูกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครอง ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี มีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยในสถานสงเคราะห์ทั้งหมดประมาณ 382 คน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ **348/62**
วันที่รับรอง **9 ก.ค. 2562**

Version 2.0 Dated 28 June 2019

 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	ผู้แทนโดยชอบธรรม	หน้า 2/3

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

จากการประเมินเบื้องต้น หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้อาสาสมัคร ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถาม แล้วให้อาสาสมัครเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 9	ข้อ
ตอนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน 4	ข้อ
ส่วนที่ 3 สาเหตุที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง	จำนวน 1	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 9	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 33	ข้อ

โดยระยะเวลาที่อาสาสมัครอยู่ในโครงการวิจัย ประมาณ 30 นาที และอาสาสมัครมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ไม่ต้องการตอบ ทั้งนี้ผู้ทำวิจัยจะทำการจัดเตรียมสถานที่ ในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร

ความเสี่ยงที่อาจจะได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้อาสาสมัครเสียเวลาหรือไม่สะดวก ระหว่างที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเข้าทำการเก็บข้อมูลในวันที่อาสาสมัครสะดวกหรือไม่กิจกรรมสำคัญซึ่งการให้ข้อมูลจะเป็นไปโดยความสมัครใจ

ประโยชน์ที่อาสาสมัครอาจได้รับ

อาสาสมัครอาจไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาคั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในด้านองค์ความรู้ ข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปใช้ โดยบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ ในการวางแผน ช่วยเหลือ ส่งเสริม และป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท ต่อไป

ข้อปฏิบัติของอาสาสมัครขณะเข้าร่วมในโครงการวิจัย

- ขอให้อาสาสมัครให้ข้อมูลของอาสาสมัครทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- หากอาสาสมัครพบความผิดปกติระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย อาสาสมัครสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย อาสาสมัครจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยมีแนวทางในการช่วยเหลือคือผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ดูแลทราบ และประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ท่านได้เข้ารับการรักษาตามกระบวนการของหน่วยงานและการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าอาสาสมัครได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่อาสาสมัครพึงมีหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย อาสาสมัครสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวโสธรา นานบุญ โทร. 091-718-6987 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง


ค่าใช้จ่ายของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการทำวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 348 / 62
วันที่รับรอง : 9 ก.ค. 2562

Version 2.0 Dated 28 June 2019

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้แทนโดยชอบธรรม	หน้า 3/3

คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน หรือเงินชดเชยจากการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ ตลอดเวลา การถอนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวอาสาสมัครจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของอาสาสมัครจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการของอาสาสมัคร จากการลงนามยินยอมของผู้แทนโดยชอบธรรม และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของอาสาสมัครได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตามหากผู้แทนโดยชอบธรรม ต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าวสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ผู้วิจัยหลัก คือ นางสาวโสธรา นานุกฎภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-2564346, 02-2564298 ในเวลาราชการ หากผู้แทนโดยชอบธรรมขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่อาสาสมัครได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัครจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของอาสาสมัครอาจถูกนำมาใช้เพื่อการประเมินผลการวิจัย และ อาสาสมัครจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้ อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของอาสาสมัครที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วม

วิจัยในโครงการวิจัยสามารถขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น



7. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับ ช่มชู้ หรือการหลอกลวง หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท์มณฑล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493ในเวลาราชการ




คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ
348 / 62
วันที่รับรอง :
9 ก.ค. 2562

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวโสธรา นานุกฎ

Version 2.0 Dated 28 June 2019

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-06/5.0 หน้า 1/3
	โครงการวิจัยเรื่อง "ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี"		
วันที่ให้ความยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.			
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง)			
ที่อยู่.....			
มีความสัมพันธ์เป็น.....ของนาย..... (ชื่อสกุลของผู้เข้าร่วมการวิจัย)			
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....แล้วข้าพเจ้า			
ยินยอมให้ นาย.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดย			
สมัครใจ			
<p>ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยพอใจ</p>			
<p>ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัย จะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุว่า จะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่)</p>			
<p>ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป</p>			
<p>ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้</p>			
<p>ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย</p>			
<p>ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ</p>			
		คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
		หมายเลขโครงการ 348/62 9 ก.ค. 2562	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-06/5.0 หน้า 2/3
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--------------------------

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้นาย.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)
.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ


.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 348 / 62
วันที่รับรอง : 9 ก.ค. 2562


	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 09-06/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	หน้า 3/3

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้

..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

.....ลงนามพยาน (หมายถึงเพื่อน/ญาติ/พยาบาล/หรือ
(.....) เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๖๓ / ๒๒

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพปัจจุบันของท่าน หรือ ใส่ข้อมูลลงในช่องว่างที่มีให้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- อายุ _____ ปี
- ศาสนา พุทธ ¹ คริสต์ ² อิสลาม ³ อื่นๆ ⁴ (ระบุ) _____
- สถานภาพสมรส โสด ¹ หม้าย ² หย่าร้าง ³ อื่นๆ ⁴ (ระบุ) _____
- ระดับการศึกษา (ระบุ) _____
- ประสบการณ์ด้านอาชีพ (ระบุ) _____
- โรคประจำตัว (ทางกาย) ไม่มี ² มี (ระบุ) _____
- ประวัติการใช้สารเสพติด ไม่มี ² มี (ระบุ) _____
- ประวัติการฆ่าตัวตาย ไม่มี ² มี (ระบุ) _____ ครั้ง
- ระยะเวลาที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง (ระบุ) _____ ปี

ตอนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

- ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ระบุ) _____ ปี
- ประเภทและชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ระบุ) _____
- อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ไม่มี ² มี ระบุ _____
- จำนวนครั้งที่ลืมรับประทานยาใน 1 สัปดาห์ ไม่มี ² มี ระบุ _____ ครั้ง

ตอนที่ 3 สาเหตุที่เข้ารับการอุปการะในสถานคุ้มครอง

- ¹ ขาดผู้ดูแล/ไม่มีญาติ
- ² ครอบครัวปฏิเสธการรับดูแลผู้ป่วย/ถูกทอดทิ้ง
- ⁴ อื่นๆ _____



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 348 / 62
วันรับรอง : 9 ก.ค. 2562

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

(The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS)

คำชี้แจง: กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบที่ใกล้เคียงกับอาการที่เกิดขึ้นระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ยกเว้นที่กำหนดเงื่อนไขอื่น (หมายเหตุ ข้อ 9 ได้จากการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์)

1. ความซึมเศร้า: คุณจะบรรยายถึงอารมณ์ในช่วงสองสัปดาห์ว่าอย่างไร? เมื่อเร็วๆ นี้ คุณยังคงร่ำไห้ตามปกติ หรือว่าคุณซึมเศร้าหรือเศร้าใจ? ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณ (ใช้คำตอบของคุณเอง) ทุกวัน? ทั้งวัน?
 0. ไม่มี
 1. เล็กน้อย แสดงความเศร้าบางอย่าง หรือความท้อใจเมื่อดู
 2. ปานกลาง มีอารมณ์เศร้าอย่างชัดเจนต่อเนื่องกันไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาโดยเกิดขึ้นทุกวัน
 3. รุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมาก ต่อเนื่องทุกวัน เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด โดยส่งต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม
2. ความรู้สึกสิ้นหวัง: คุณมองตัวเองในอนาคตว่าเป็นอย่างไร? คุณคิดว่ามีอนาคตไหม? หรือว่าชีวิตดูสิ้นหวัง? คุณยอมแพ้หรือยัง หรือว่ามันยังคงมีเหตุผลที่จะพยายามต่อไปอยู่?
 0. ไม่มี
 1. เล็กน้อย มีบางครั้งรู้สึกสิ้นหวังในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ยังคงมีความหวังในระดับหนึ่งกับอนาคต
 2. ปานกลาง รู้สึกสิ้นหวังปานกลางอย่างต่อเนื่องในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถชัดเจนให้ยอมรับความเป็นไปได้ว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น
 3. รุนแรง รู้สึกสิ้นหวังที่ทุกข์ทรมานและต่อเนื่อง
3. ความรู้สึกไร้ค่า: คุณมองตัวเองว่าเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น? คุณรู้สึกว่า คุณดีกว่า, ต่ำกว่า, หรือพอๆกับคนอื่น? คุณรู้สึกด้อยกว่าหรือไร้ค่าบ้างไหม?
 0. ไม่มี
 1. เล็กน้อย รู้สึกต่ำต้อยบ้าง แต่ไม่ได้มากจนรู้สึกว่าคุณไร้ค่า
 2. ปานกลาง รู้สึกว่าคุณไร้ค่า แต่น้อยกว่า 50 % ของเวลา
 3. รุนแรง รู้สึกว่าคุณไร้ค่ามากกว่า 50 % ของเวลา แต่เมื่อถูกชักจูงก็ยอมรับได้ว่าตนเองไม่ได้ไร้ค่า
4. ความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา: คุณรู้สึกว่าถูกตำหนิหรือถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นจริงบ้างไหม? เป็นเรื่องอะไร? (ไม่นับหากเป็นการตำหนิหรือกล่าวหาที่สมเหตุสมผล และไม่รวมความคิดหลงผิดว่าตนทำผิด)
 0. ไม่มี
 1. เล็กน้อย รู้สึกว่าถูกตำหนิแต่ไม่ถูกกล่าวหาน้อยกว่า 50 % ของเวลา
 2. ปานกลาง รู้สึกว่าถูกตำหนิและ/หรือ ถูกกล่าวหาเป็นบางครั้ง
 3. รุนแรง รู้สึกว่าถูกกล่าวหาอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อถูกชักจูงก็ยอมรับได้ว่าตนไม่ได้ถูกกล่าวหา



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 348 / 62
วันที่รับรอง 9 ก.ค. 2562

5. ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ: คุณมีแนวโน้มที่จะตำหนิตัวเองสำหรับเรื่องเล็กน้อยที่คุณเข้าไปในอดีตไหม? คุณคิดว่าคุณสมควรที่จะรู้สึกผิดเกี่ยวกับมันมากหรือไม่?
0. ไม่มี
 1. เล็กน้อย รู้สึกผิดมากเกินไปเกี่ยวกับการกระทำในอดีต แต่น้อยกว่า 50% ของเวลา
 2. ปานกลาง มักจะรู้สึกผิดมากกว่า 50% ของเวลา เกี่ยวกับการกระทำในอดีต ซึ่งผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ความสำคัญมากเกินไปจริง
 3. รุนแรง มักจะรู้สึกว่าตนเองควรถูกตำหนิสำหรับทุกอย่างที่ผิดพลาดไป แม้ว่าจะไม่ใช่ความผิดของตนเองก็ตาม
6. ความซึมเศร้าตอนเช้า: เมื่อคุณรู้สึกซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณสังเกตว่าความซึมเศร้าแยกลงในช่วงเวลาไหนของวันเป็นพิเศษหรือไม่?
0. ไม่มี ไม่มีอาการซึมเศร้า
 1. เล็กน้อย มีความซึมเศร้า แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา
 2. ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกเองว่าความซึมเศร้าแยกลงในช่วงเช้า
 3. รุนแรง ความซึมเศร้าแยกลงในช่วงเช้า และส่งผลให้การทำหน้าที่เสียใจ ความซึมเศร้าดีขึ้นในช่วงบ่าย
7. ตื่นนอนเช้าว่าปกติ: คุณตื่นนอนเช้ากว่าปกติหรือไม่? ภายในหนึ่งสัปดาห์เกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน?
0. ไม่มี ไม่มีการตื่นนอนเช้ากว่าปกติ
 1. เล็กน้อย ตื่นนอนก่อนเวลาปกติหรือก่อนนาฬิกาปลุกอย่างน้อย 1 ชั่วโมงเป็นครั้งคราว (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์)
 2. ปานกลาง มักจะตื่นนอนก่อนเวลาปกติหรือก่อนนาฬิกาปลุกอย่างน้อย 1 ชั่วโมง (3-5 ครั้งต่อสัปดาห์)
 3. รุนแรง ตื่นนอนก่อนเวลาปกติอย่างน้อย 1 ชั่วโมงทุกวัน
8. การฆ่าตัวตาย: คุณรู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่าพอที่จะใช้ชีวิตอยู่หรือไม่? คุณเคยรู้สึกอยากจบชีวิตบ้างไหม? คุณเคยคิดใหม่ว่าจะทำอะไร? คุณเคยลองทำจริงๆไหม?
0. ไม่มี
 1. เล็กน้อย มีความคิดว่าตายไปเสียดีกว่า หรือคิดฆ่าตัวตายอยู่บ่อยๆ
 2. ปานกลาง มีแผนการฆ่าตัวตาย แต่ไม่เคยพยายามทำจริง
 3. รุนแรง มีการพยายามฆ่าตัวตายที่ดูแล้วต้องการจบชีวิต (นั่นคือ ถูกพบโดยบังเอิญ หรือวิธีการที่ไม่สำเร็จผล)
9. ความซึมเศร้าที่สังเกตได้: ขึ้นอยู่กับการสังเกตของผู้สัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ตั้งแต่ต้นจนจบ การถามว่า "คุณรู้สึกอยากจะร้องไห้หรือไม่" ณ เวลาที่เหมาะสมระหว่างการสัมภาษณ์ อาจทำได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการสังเกตนี้
0. ไม่มี
 1. เล็กน้อย ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าและเสียใจในบางขณะของการสัมภาษณ์ แต่อารมณ์ปกติเมื่อพูดถึงเรื่องที่ไม่เศร้า
 2. ปานกลาง ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าตลอดการสัมภาษณ์ ด้วยน้ำเสียงราบเรียบอย่างเศร้าหมอง และร้องไห้หรือเกือบจะร้องไห้บางครั้ง
 3. รุนแรง ผู้ถูกสัมภาษณ์สะอึกสะอื้นเมื่อพูดถึงหัวข้อที่ทุกข์ใจ ถอนหายใจบ่อยครั้ง และร้องไห้อย่างเปิดเผยหรืออยู่ในภาวะที่ดูทุกข์ใจอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้สัมภาษณ์แน่ใจว่าสิ่งนี้ปรากฏจริง



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 349/68
วันที่รับรอง : 9 ก.ค. 2562

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
(Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)

ชื่อผู้ป่วย..... ผู้ประเมิน..... วันที่.....

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P1. อาการหลงผิด | <input type="checkbox"/> G4. ความตึงเครียด |
| <input type="checkbox"/> P2. ความคิดสับสน | <input type="checkbox"/> G5. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> P3. อาการประสาทหลอน | <input type="checkbox"/> G6. อาการซึมเศร้า |
| <input type="checkbox"/> P4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย | <input type="checkbox"/> G7. การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ |
| <input type="checkbox"/> P5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง | <input type="checkbox"/> G8. การไม่ร่วมมือ |
| <input type="checkbox"/> P6. ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย | <input type="checkbox"/> G9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ |
| <input type="checkbox"/> P7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร | <input type="checkbox"/> G10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล |
| <input type="checkbox"/> N1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ | <input type="checkbox"/> G11. อาการสมาธิและความสนใจเสีย |
| <input type="checkbox"/> N2. การแยกตัวจากอารมณ์ | <input type="checkbox"/> G12. การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย |
| <input type="checkbox"/> N3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง | <input type="checkbox"/> G13. การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจ หรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง |
| <input type="checkbox"/> N4. อาการแยกตัวจากสังคม | <input type="checkbox"/> G14. ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ได้ |
| <input type="checkbox"/> N5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม | <input type="checkbox"/> G15. ความคิดหมกมุ่น |
| <input type="checkbox"/> N6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง | <input type="checkbox"/> G16. การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม |
| <input type="checkbox"/> N7. การคิดอย่างตายตัว | <input type="checkbox"/> S1. ความรู้สึกโกรธ |
| <input type="checkbox"/> G1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย | <input type="checkbox"/> S2. อดใจรอการตอบสนองความต้องการไม่ได้ |
| <input type="checkbox"/> G2. อาการวิตกกังวล | <input type="checkbox"/> S3. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย |
| <input type="checkbox"/> G3. ความรู้สึกผิด | |

ระดับความรุนแรงของความคิดผิดปกติทางจิต

- | | | |
|-----------------------|---------------------|---------------------------|
| 1 = ไม่มีอาการ | 3 = มีอาการเล็กน้อย | 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง |
| 2 = มีอาการขั้นต่ำสุด | 4 = มีอาการปานกลาง | 6 = มีอาการรุนแรง |



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 348/62
วันที่รับรอง : 9 ก.ค. 2562



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕๐ ถนนพระราม ๖ บางเขน กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทร. ๐๒-๒๖๔-๕๙๖๗ โทรสาร ๐๒-๓๕๕-๗๕๗๗

ที่ ศอ ๐๕๓๗.๐๖๕/ ๕๑๑
วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๑
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่นี้คือภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย นางสาว โสภณา นานบุญ นิสิตศึกษาศาสตร วม. สาขาสุขภาพจิต แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม การประเมินความรู้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ เพื่อให้ ประกอบการศึกษา เรื่อง การประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตดูแลบ้านที่ สภ. ชาย ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ภาควิชาฯ โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็น ประโยชน์ และสมควรสนับสนุนอย่างยิ่ง จึงอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี พงษ์ประเสริฐ)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

"มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมส่วนการถึง ทัศนคติรอบรู้ สืบสันตติวงศ์"

17/4/2562

Gmail - ขออนุญาตให้แบบสอบถามCDSSฉบับแปลภาษาไทยโดยอาจารย์ศิริจิต



Soraya Nabun <sorayanabun@gmail.com>

ขออนุญาตให้แบบสอบถามCDSSฉบับแปลภาษาไทยโดยอาจารย์ศิริจิต

3 messages

Soraya Nabun <sorayanabun@gmail.com>
To: sirijit <sirijit@gmail.com>

3 April 2019 at 12:52

เรื่อง ขออนุญาตให้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริจิต สุทธิจิตต์

ด้วย นางสาวโสรวญา นามบุญ เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง "ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตดูแลบ้านกึ่งวิถีชาย" โดยมี นายแพทย์ ขาววิทย์ ดันวีระชัยสกุลเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตให้แบบประเมิน "อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท" ที่รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริจิตต์ สุทธิจิตต์เป็นผู้พัฒนาแบบสอบถามฉบับภาษาไทย

ในกรณี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไร้ขอความอนุเคราะห์แบบสอบถามฉบับเต็มดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์

จึงเวียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดพิจารณาอนุญาตที่เวียนมาข้างต้นนี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวโสรวญา นามบุญ

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Sirijit Suttajit <sirijit@gmail.com>
To: Soraya Nabun <sorayanabun@gmail.com>

3 April 2019 at 12:59

เรียน นางสาวโสรวญา นามบุญ

ยินดีให้แบบประเมิน CDSS-Thai ครับ

รบกวนขออนุญาตให้แบบประเมินที่ Dr. Donald Addington ตาม link ดังต่อไปนี้

<https://www.ucalgary.ca/cds/>

ขอแสดงความนับถือ
ศิริจิต สุทธิจิตต์

On 3 เม.ย. 2019, at 12:52, Soraya Nabun <sorayanabun@gmail.com> wrote:

เรื่อง ขออนุญาตให้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริจิต สุทธิจิตต์

17/4/2562

Gmail - ขออัญญาใช้แบบสอบถามCDSSฉบับภาษาไทยโดยอาจารย์ฟ้า

ด้วย นางสาวโสธรา นามบุญ เป็นนิสิตหลักสูตร วท. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง "ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตดูแลบ้านที่วัดเวียงชัย" โดยมี นายแพทย์ ขาววิทย์ ต้นวัชรชัยสกุลเป็นอาจารย์

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออัญญาใช้แบบประเมิน "อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท" ที่รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริจิต สุทธิจิตต์เป็นผู้พัฒนาแบบสอบถามฉบับภาษาไทย

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์แบบสอบถามฉบับเต็มดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดพิจารณาอนุญาตที่เรียนมาข้างต้นนี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ
นางสาวโสธรา นามบุญ
นิสิต วท. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Soraya Nabun <sorayanabun@gmail.com>
To: Sirijt Suttajit <sirjits@gmail.com>

3 April 2019 at 13:22

ใช้รับแบบสอบถามฉบับเต็มและ ขอขอบคุณอาจารย์มาก ๆ เลยค่ะ

On Wed, 3 Apr 2562 at 12:59 Sirijt Suttajit <sirjits@gmail.com> wrote:
เรียน นางสาวโสธรา นามบุญ

ฉันได้ใช้แบบประเมิน CDSS-Thai ค่ะ

รบกวนขออัญญาใช้แบบประเมินที่ Dr. Donald Addington ตาม link ดังต่อไปนี้

<https://www.ucalgary.ca/cdss/>

ขอแสดงความนับถือ
ศิริจิต สุทธิจิตต์

On 3 เม.ย. 2019, at 12:52, Soraya Nabun <sorayanabun@gmail.com> wrote:

เรื่อง ขออัญญาใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริจิต สุทธิจิตต์

ด้วย นางสาวโสธรา นามบุญ เป็นนิสิตหลักสูตร วท. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง "ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตดูแลบ้านที่วัดเวียงชัย" โดยมี นายแพทย์ ขาววิทย์ ต้นวัชรชัยสกุลเป็นอาจารย์

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=221fb5d&view=pt&search=all&permid=fb5ad-a%3A3676000000661150746&dup=1&siml=msq-a%3A...> 2/3

17/4/2562

Gmail - นามสกุลไฟล์โดยระบบของCOSSฉบับแปลภาษาไทยโดยอาจารย์พีพี

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบประเมิน "อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท" ที่รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริจิต สุทธิจิตต์เป็นผู้พัฒนาแบบสอบถามฉบับภาษาไทย

ในกรณี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยขอความอนุเคราะห์แบบสอบถามฉบับเต็มดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดพิจารณาอนุญาตที่เรียนมาข้างต้นนี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวไสรฤา นามบุญ

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3/5/2012

Gmail - ask permission to use The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)



Soraya Nabun <SORAYANABUN@GMAIL.COM>

ask permission to use The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)

3 messages

Soraya Nabun <SORAYANABUN@GMAIL.COM>
 To: addingto@ucalgary.ca
 Cc: Chavit Tunvirachaisakul <CHAVIT.TUN@GMAIL.COM>

16 April 2019 at 20:23

Dear Dr. Donald Addington

This is Ms. Soraya Nabun. I am a master student at Chulalongkorn University, Thailand, with associate professor Chavit Tunvirachaisakul, MD. (cc to this email) being my thesis adviser.

I would like to ask permission to use The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) for studying of Depression in male patients with schizophrenia residing in Half-way home.

So, could you please consider my request.

I am looking forward to seeing from your response.

Sincerely,
 Ms. Soraya Nabun
 Master student, M.Sc. program in Mental Health Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Chulalongkorn University,
 1873 Rama 4 Road, Pathumwan
 Bangkok 10330, Thailand
 Tel. +66-2256-4298

Donald E.N. Addington <ADDINGTO@UCALGARY.CA>
 To: Soraya Nabun <SORAYANABUN@GMAIL.COM>
 Cc: Chavit Tunvirachaisakul <CHAVIT.TUN@GMAIL.COM>

16 April 2019 at 23:49

Hello Soraya,

Thank you for your interest in using the Calgary Depression Scale in your thesis. You have my permission to use the scale at no cost. You can read about the scale and download translations from the CDSS web site <https://www.ucalgary.ca/cdss/>

The Calgary Depression Scale for Schizophrenia | University of Calgary

www.ucalgary.ca

The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) was developed to assess the level of depression in schizophrenia.

regards

Donald Addington

3/5/2012

Email - ask permission to use the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (LUSIS)

Professor, Department of Psychiatry, University of Calgary
Member, Mathison Centre for Mental Health Research and Education
Foothills Hospital, Room 289 B, SSB
[1403 29 Street NW, Calgary, Alberta](#)
Canada T2N 2T9
T. 403-944-2637
F. 403- 270-3451
C. 403-650-7565

From: Soraya Nabun <sorayanabun@gmail.com>
Sent: April 16, 2019 7:23 AM
To: Donald E.N. Addington
Cc: Chavit Tunvirachaisakul
Subject: ask permission to use The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)

[Quoted text hidden]

Soraya Nabun <sorayanabun@gmail.com>
To: "Donald E.N. Addington" <addingto@ucalgary.ca>
Cc: Chavit Tunvirachaisakul <chavit.tun@gmail.com>

17 April 2019 at 21:55

Thank you for your response.
[Quoted text hidden]



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2559 2017, September 12 [Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28200>.].
2. Erin Hawkes. Schizophrenia Facts and Statistics 2013 [Available from: <http://www.schizophrenia.com/szfacts.htm#>].
3. เพียงใจ ทองพวง. จิตเภท: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ; [Available from: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=195>].
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research: World Health Organization; 1993.
5. สมภพ เรื่องตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2533.
6. Krynicki CR, Uptegrove R, Deakin J, Barnes TR. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica 2018;137:380-90.
7. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี 2018 [Available from: <http://www.hpd-m.org/>].
8. ปติตตา มีหนูน. ความพิการ ความหมาย และประเภท เพื่อการขอรับสิทธิประโยชน์จากรัฐ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2012, March 28 [Available from: <http://www.pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=70>].
9. กระทรวงสาธารณสุข ก. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. 2016.
10. Suttajit Sirijit, Srisurapanont M, Pilakanta S, Charmsil C, Suttajit S. Reliability and validity of the Thai version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. Neuropsychiatric disease and treatment 2013;9:113.
11. ปรีชนันท์ สละสวัสดิ์. ความ ชุก ของ ภาวะ ซึม เศร้า และ บั๊จจัย ที่ เกี่ยวข้อง ใน ผู้ ป่วย นอก โรคจิตเภท เรื้อรัง สถาบัน จิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงมหมาทปรังษาลาย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. พวงแก้ว กิจธรรม. ประเภทของคนพิการ 2016 [Available from: <http://sichon.wu.ac.th/file/pt-shh-20110120-171550-LGxCP.pdf>].
13. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: กรม

สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; มกราคม 2558.

14. โรงพยาบาลมานารมณ. โรคจิตเภท 2561 15 พฤศจิกายน [Available from: <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=93>.
15. Andreasen NC, Flaum M. Schizophrenia: the characteristic symptoms. Schizophrenia bulletin 1991;17:27-49.
16. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภทโดยละเอียด: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2015 [Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-0855>.
17. สู้พัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. จิตเภท: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; [Available from: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1000>.
18. Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. Schizophrenia Bulletin 1991;17:75-98.
19. Occupational and Environmental Medicine Center. เกณฑ์การวินิจฉัยจิตเภท: Nopparat Hospital; 2015 [Available from: http://occmednop.com/nrhicd/icd/icd_om_detail.php?icd_id=169&back=72&fbclid=IwAR2b4B3kGJZ8ojHaVok6rWAnKGeZqKbxHDmZIf6leVYp3L97-nQAjkl7n_0.
20. Carpenter WT, Conley RR, Buchanan RW, Breier A, Tamminga CA. Patient response and resource management: another view of clozapine treatment of schizophrenia. The American journal of psychiatry 1995.
21. Kane JM, Marder SR. Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. Schizophrenia bulletin 1993;19:287-302.
22. ลักษณะสุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโคกรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, วีร์ เมฆวิไลย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) 2015. Available from: https://www.udo.moph.go.th/thepost/upload/WWzKnvSjQl2Zb1BWzZ7rYdL31B/VSPdJ5XrzXpRofXBRtSNGFdrI.pdf?fbclid=IwAR2ASp7dEoDWPWafMtwjHEXtJvVUsw_SIHccQlfcblfd_cOmplQ_tix_HNKY.
23. จอมขวัญ นามสูตร. ภาวะซึมเศร้า และ พฤติกรรมรุนแรง ของ ผู้ป่วย โรคจิตเภท ที่ เข้า มา รับ การ รักษา ใน สถาบัน กัลยา ณี ราช นครินทร์: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
24. ดวงใจ กษานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์หน้า

อักษรการพิมพ์; 2542.

25. อัมพร เบญจพล พิทักษ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, ธรณินทร์ กอง สุข, ธน เนตร ชั้นทลัษณ์ วงศ์, สุรพันธ์ ปราน กวี, พัชรินทร์ ศิริวิสุทธิ รัตน์, et al. การจัดการ ความรู้ และ สังเคราะห์ แนวทาง ปฏิบัติ ของ โรง พยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล: แนวทาง การดูแลรักษาภาวะ ซึมเศร้า และ ผู้มี ความ เสี่ยง ต่อ การ ฆ่า ตัว ตาย. 2010.
26. Salmans S. Depression: questions you have-answers you need: Peoples Medical Society; 1995.
27. สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภิตา แสงอ่อน, ทวีคุณ ท. การสำรวจ งานวิจัย ที่ เกี่ยว กับ ภาวะ ซึมเศร้า ใน ประเทศไทย. Ramathibodi Nursing Journal 2011;17:412-29.
28. Zisook Sidney, McAdams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson TL, et al. Depressive symptoms in schizophrenia. American Journal of Psychiatry 1999;156:1736-43.
29. Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. The Canadian Journal of Psychiatry 2005;50:892-900.
30. Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. Comprehensive Psychiatry 1988;29:467-83.
31. ภิญญินภัส พันธุ์ดนตรี. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในเขตภาคกลาง. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
32. Ketchai Supawadee, Sitthimongkol Y, Vongsirimas N, Petrasuwan S. Predictors of Depressive Symptoms in Individual with First-episode Schizophrenia. Nursing Science Journal of Thailand 2012;30:90-101.
33. Kamrai Warapong. A Study of Depression in Schizophrenic Patients in the Outpatient Department of Loei Rajanagarindra: Psychiatric Hospital: Mahidol University; 2009.
34. Ertekin H, Er M, Ozayhan HY, Yayla S, Akyol E, Sahin B. Quality of life and depression in schizophrenia patients living in a nursing home. Düşünen Adam 2015;28:213-21.
35. Maggini C, Raballo A. Exploring depression in schizophrenia. European Psychiatry 2006;21:227-32.
36. จรณิต แก้วกังวาล , ประตาป สิงหศิวานนท์. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก 2011 [Available from: <http://readgur.com/doc/2068177/%E0%B8%82%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%95%E0%B8%B1%E0%B8%A7%E0%B8%AD%E0%B8%A2%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%81>

[B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%81.](#)

37. พรทิพย์ ไชสะอาด, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ผล ของ โปรแกรม การ จัดการ ความเครียด ต่ ออาการ ทาง จิต ของ ผู้ ป่วยจิต เภท. THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH 2014;28:43-55.





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	โสธญา นานุญ
วัน เดือน ปี เกิด	29 มกราคม 2536
สถานที่เกิด	นครศรีธรรมราช
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี สังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต เกียรตินิยมอันดับสอง คณะ สังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	74/787 The trust condo ถนนงามวงศ์วาน ตำบลบางเขน อำเภอเมือง นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY