

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง



นางสาวอังคาร ศรีชัยรัตนกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2543

ISBN 974-13-1284-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A COMPARATIVE STUDY OF QUALITY OF LIFE BETWEEN
ACUTE AND CHRONIC
MAJOR DEPRESSION

Miss Aungkan Srichairattanakool

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health
Department of Psychaitry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2000
ISBN 974-13-1284-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิด เฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง
โดย	นางสาวอังการ ศรีชัยรัตนกุล
ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์นายแพทย์ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์นายแพทย์อำไพพนิชฐ์ สมานวงศ์ไทย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ
ศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์นายแพทย์ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์แพทย์หญิงอำไพพนิชฐ์ สมานวงศ์ไทย)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกุล)

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล : การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง (A COMPARATIVE STUDY OF QUALITY OF LIFE BETWEEN ACUTE AND CHRONIC MAJOR DEPRESSION) อ.ที่ปรึกษา : อาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, อาจารย์แพทย์หญิงอำไพชนิษฐ์ สมนางศ์ไทย ; 80 หน้า. ISBN 974-13-1284-9.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 217 คน ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และโรงพยาบาลศรีธัญญา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 2) แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ค่าสถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดย **Chi-square test, Mann-Whitney, correlation, multiple linear regression** ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป **SPSS / PC⁺**

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน จำนวน 43 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง จำนวน 174 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน (คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย = 172.88) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง (คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย = 220.43) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน คือ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และการมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังคือ การมีปัญหาคอขวด, ระยะเวลาการป่วย และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อ นิสิต.....
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2543	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....
		ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4275275030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD : QUALITY OF LIFE / ACUTE MAJOR DEPRESSION / CHRONIC MAJOR DEPRESSION

AUNGKAN SRICHAIRATTANAKOOL : A COMPARATIVE STUDY OF QUALITY OF LIFE BETWEEN ACUTE AND CHRONIC MAJOR DEPRESSION. THESIS ADVISOR : NIPATT KARNJANATHANALERS,M.D, THESIS COADVISOR : TAWEESIN VISANUYOTHIN,M.D, AND AUMPHIKANIT SAMANWONGTHAI,M.D, 80 pp. ISBN 974-13-1284-9

The purpose of this research was to study the level of quality of life and predictive factors between acute and chronic major depression. The subject of this study include 217 major depressive patients who had attended the clinics at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Somdedjoaphaya , and Srithunya Hospital. The instruments were quality of life questionnaire (SF-36), Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (HAM-D). Percentage, mean, standard deviation were determined. Chi-square test, Mann Whitney , correlation and multiple linear regression were used for statistical analysis. All of data were analyzed with SPSS program.

The study revealed that the quality of life of 43 acute major depressive patients (mean score = 172.88) and 174 chronic major depressive patients (mean score = 220.43) were significantly no difference at $p < 0.05$. The predictive factors to quality of life of acute major depressive patients were the severity of depressive symptoms and economic problem. ($p < 0.05$) The predictive factors to quality of life of chronic major depressive patients were family problems ,preiod of illness, severity of depression (HAM-D). ($p < 0.05$)

Department	Psychaitry	Student's signature.....
Field of study.	Mental Health	Advisor's signature.....
Academic year	2000	Co-advisor's signature.....
		Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งของศาสตราจารย์แพทย์นันทิ
กา ทวีชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วงษ์ร้อย วรกุล กรรมการ
การสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
อาจารย์นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน อาจารย์แพทย์หญิงอำไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย อาจารย์ที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือในการดำเนินงานและแก้ไขข้อบกพร่อง
ต่างๆแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ
ขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ. โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความกรุณาร่วมเป็นกรรมการสอบป้องกันวิทยา
นิพนธ์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความ
สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ไร
งพยาบาลศิริราช คณะแพทย์ ,พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลที่กล่าวข้างต้นทุก
ท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและคอยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับ
การวิจัยครั้งนี้รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน ที่ให้
ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ อาจารย์วงศ์วรรณ วงศ์สุภา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความ
ถูกต้องของรายการอ้างอิง

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้เพิ่มพูนความรู้และ
ประสบการณ์ในการศึกษา และขอระลึกถึงพระคุณครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนผู้วิจัย
ทั้งทางตรงและทางอ้อม ขอขอบพระคุณนายแพทย์ค่านวน พันธุ์ศรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
หนองหญ้าไซ, คุณศรีสกุล ชมสวัสดิ์ ,คุณนงลักษณ์ ศุภจิตร์ และเพื่อนนิสิตปริญญาโทรุ่นที่
11,12 และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา รวมไปถึงบุคคลที่
อำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ อันส่งผลให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ซึ่งมีอาจกล่าว
นามได้หมด ณ.ที่นี้ ผู้วิจัยพึงระลึกถึงความดีของท่านด้วยความประทับใจตลอดไป

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมุติฐานการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดของงานวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย.....	6
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	23
แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต.....	25
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	26
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	28
ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
3. วิธีการดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....43
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....43
4.	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....44
5.	สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล.....53
	สรุปผลการวิจัย.....54
	อภิปรายผลการวิจัย.....56
	ข้อเสนอแนะ.....62
	รายการอ้างอิง.....63
	ภาคผนวก.....68
	ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป.....69
	ภาคผนวก ข แบบประเมินคุณภาพชีวิต.....71
	แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า.....76
	ประวัติผู้วิจัย.....80

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงข้อบ่งชี้ในการป้องกันระยะยาว.....	20
2	แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะ.....	45
	ของประชากร	
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆของ.....	48
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง	
4	เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน.....	48
	และชนิดเรื้อรังโดยรวม	
5	แสดงจำนวนและร้อยละของช่วงคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย.....	49
	โรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง	
6	แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคะแนนคุณภาพชีวิตของ.....	50
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวม	
7	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวพยากรณ์กับคุณภาพชีวิตของ.....	50
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวม	
8	แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคะแนนคุณภาพชีวิต.....	51
	ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน	
9	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวพยากรณ์กับคุณภาพชีวิตของ.....	51
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน	
10	แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคะแนนคุณภาพชีวิตของ.....	52
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง	
11	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวพยากรณ์กับคุณภาพชีวิตของ.....	52
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง	

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ

หน้า

- 1 แสดงการจำแนกการเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่างจาก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์,โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
และโรงพยาบาลศรีธัญญา.....37



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้จำนวนประชากรเพิ่มสูงขึ้นมากเมื่อเทียบกับในอดีต แม้แต่ในประเทศไทยจำนวนประชากรก็เพิ่มขึ้นมากถึงประมาณ 63 ล้านคน ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร ความเป็นอยู่ก็พัฒนาขึ้นมาตามลำดับ และถ้ามองทางด้านภาระเจ็บป่วยของคนเรานั้นก็มีมากขึ้นเช่นกัน ไม่ว่าจะป่วยทางกายหรือทางจิตใจก็ส่งผลให้บุคคลนั้นๆ มีความทุกข์จากภาวะการป่วยดังกล่าวได้ โรคซึมเศร้ารุนแรงเป็นโรคประเภทหนึ่งในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน ซึ่งเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอาการเด่นที่อยู่ในกลุ่มโรคทางจิตเวช ความชุกของโรคซึมเศร้านี้พบได้ในชุมชนถึง 17%⁽¹⁾ และเมื่อเป็นโรคนี้แล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ถึง 25%⁽²⁾ ปัจจุบันภาวะของโรคซึมเศร้านี้พบได้เสมอในสังคมไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาของ Kendler et al,⁽³⁾ 1996 ดวงใจ กสานติกุล และคณะ 2537 , 2541 (ก)^(4,5) เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคจิตที่มีความผิดปกติของความคิดอย่างมาก พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรืออารมณ์ผิดปกติมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทถึง 10 เท่า แต่ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์มารับการรักษาในอัตราต่ำกว่าโรคจิตเภทมาก ปัจจุบันประมาณว่ามีประชากรโลกป่วยเป็นโรคอารมณ์ผิดปกติมาก โดยพบโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงในอัตราร้อยละ 5-20 ซึ่งองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจสังคม ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ใกล้เคียงกับโรคหัวใจขาดเลือด เพราะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้บริการทางการแพทย์ในระบบต่างๆหรือรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากที่สุด แต่ไม่พบความผิดปกติใดๆ ซึ่งในอดีตปี 1990 โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชอันดับที่ 4 ของโรคทั้งหมด แต่ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกทำนายว่า ปี 2020 โรคซึมเศร้าจะอยู่อันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะเป็นภาระในการดูแลรักษาเช่นกัน จากข้อมูลในช่วง 20 ปีนี้เป็นที่ยอมรับว่าโรคซึมเศร้ามีอัตราสูงขึ้นมาก โดยแพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ และกรมสุขภาพจิต (2540)⁽⁶⁾ สสำรวจประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,948 ราย อายุเฉลี่ย 32.3 ปี พบว่ามีโรคซึมเศร้ารุนแรงถึงร้อยละ 19.9 และโรคซึมเศร้าดิสโทเมีย (dysthymia) ร้อยละ 1 ในขณะที่พบโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้น เช่นเดียวกับ Stoll และคณะ⁽⁷⁾ ซึ่งวิจัยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในช่วง 10 ปีของโรคทางอารมณ์ในสถาบันใหญ่ๆ 6 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา พบว่าในโรงเรียนแพทย์ อัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่า (จากร้อยละ 10 ในปี ค.ศ.1972 เป็นร้อยละ 49 ในปี ค.ศ.1990) Kessler และคณะ⁽⁸⁾ รายงานความชุกของโรคจิตเวชในประชากรทั่วไปในช่วง 1 ปีและชั่วชีวิตพบว่า โรคทางอารมณ์เท่ากับร้อยละ 24.9 และรายงานของดวงใจ กสานติกุล

และเดชา ลลิตอนันต์พงศ์⁽⁹⁾ พบว่าสถิติของโรคทางอารมณ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงปี พ.ศ. 2530 ถึง 2540 เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้คือ 8710, 13151, 14068 คน และพบโรคซึมเศร้ามากในช่วงอายุ 25-40 ปี

จากการศึกษาทางด้านการแพทย์จากผู้ป่วยนอกจำนวน 11,242 คน ในสหรัฐอเมริกา^(10,11) พบว่าโรคซึมเศร้าไม่ว่าจะเป็นชนิดรุนแรงหรือไม่รุนแรงก็จะทำให้มีความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตแย่ลง เท่าๆกับโรคเรื้อรังทางการแพทย์อื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ,โรคปอด ,ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจเป็นต้น ดังนั้นโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก การดูแลรักษาต้องอาศัยทักษะเฉพาะทางและผู้ป่วยด้วยโรคนี้จำนวนไม่น้อยที่ต้องเข้ารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมบ่อยๆอีกทั้งขณะที่มีอาการของโรคอาจมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและเป็นภาระต่อผู้ดูแลผู้ป่วย การทำงานหรือประกอบกิจวัตรประจำวันไม่ดีเท่าที่ควร ถ้าผู้ป่วยยังอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียนภาวะซึมเศร้านี้ยังส่งผลกระทบต่อการเรียน ทำงานได้ไม่ดีเท่าเดิม ซึ่งการป่วยนี้ทำให้รายได้ลดน้อยลงส่งผลให้ระดับฐานะต่ำลงกว่าเดิม การป่วยทางจิตยังเป็นเรื่องที่น่าอับอายในความรู้สึกของบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ภาวะโรคของผู้ป่วย, การรับรู้ของญาติ และสถานะการณีสังคมรอบข้างที่มีต่อผู้ป่วยอาจเป็นสิ่งบีบบังคับตัวผู้ป่วยจนทำให้เกิดการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางอารมณ์นี้ทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาทั้งการใช้จ่ายค่ายาโดยตรง ได้แก่ ค่าโรงพยาบาล ค่ายา ค่ารักษาอื่นๆ ส่วนค่ายาโดยอ้อม ได้แก่ การใช้จ่ายจากภาวะทุพพลภาพและการที่ความสามารถในการทำงานลดลง แต่ในปัจจุบันนี้การรักษาโรคซึมเศร้าได้ก้าวหน้าไปจากยุคก่อนๆมาก ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าเดิมพอสมควร

แม้ว่าการรักษาจะพัฒนาสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยได้ตลอดระยะเวลาการป่วยนี้ก็ตาม แต่อีกประการหนึ่งที่น่าสนใจคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับปานกลางหรือดีนั้นจะมีผลมาจากปัจจัยใดบ้างนั้น เป็นสิ่งที่จะศึกษาต่อไป

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นต่างประเทศมีการศึกษาไว้หลายงานวิจัย^(12,13,14,15,16,17,18,19) ในประเทศไทยมีงานวิจัยของนายแพทย์ รณชัย คงสกนธ์⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาถึงสถานะทางคลินิกและความสามารถทางหน้าที่การงานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้แบบวัด Short form 36 Health Survey Thai version (SF-36), Behavior And Symptom Identification Scale Thai version (BASIS-32), Hamilton Rating Scale for depression (HAM-D) ทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงเวลาสั้นๆ แต่ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังและการรักษามาเป็นเวลานานจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร เป็นสภาพการณ์ที่ต้องติดตามและศึกษากันต่อไป จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นและยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิด

เฉียบพลันและชนิดเรื้อรังว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และปัจจัยใดที่มากเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มบ้าง และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

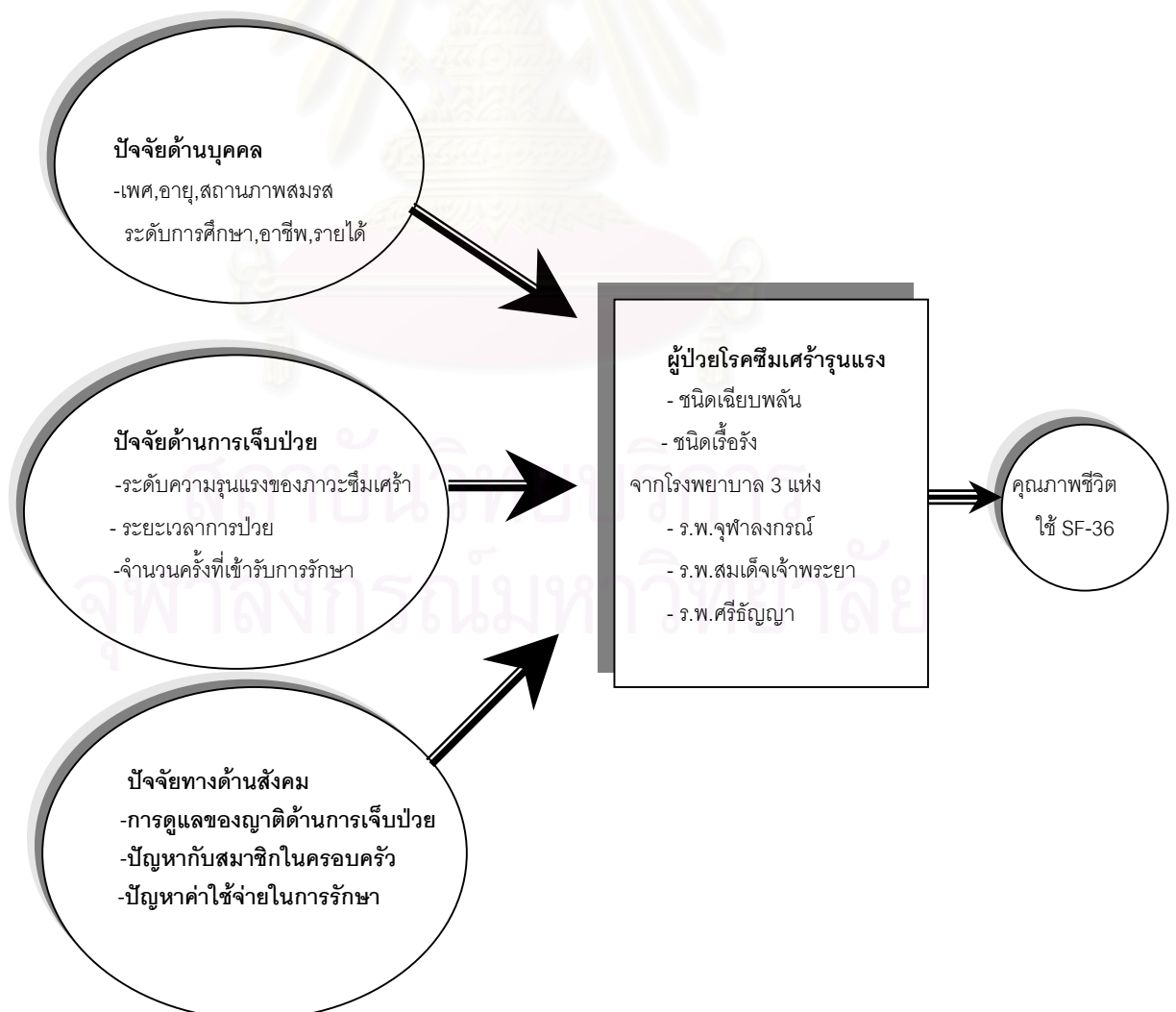
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง

สมมุติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวความคิด (Conceptual Framework)



ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการป่วยระหว่าง 6 เดือนถึง 2 ปี นับตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยนั้น ไม่ได้ทำการศึกษาเพราะไม่จัดว่าเป็นชนิดเฉียบพลันหรือชนิดเรื้อรัง และจากการค้นคว้า พบว่า⁽²¹⁾ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงถ้ามีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 1 ปี นับตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยแล้วนั้นร้อยละ 40 มีอาการทุเลาเป็นปกติ และร้อยละ 20 มีอาการทุเลาบางส่วน ดังนั้นจึงไม่ได้ทำการศึกษาคคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อจำกัดของการวิจัย

- งานศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ซึ่งช่วงของการทำวิจัย ทำในระยะเวลาที่จำกัดและเป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญาเท่านั้น ผลการวิจัยที่ได้จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ป่วยเป็นโรคนี้ได้
- ข้อมูลที่ได้มาจากผู้ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ไม่สามารถควบคุมอคติที่เกิดขึ้น จากกลุ่มตัวอย่างได้
- ผลการวิจัยครั้งนี้อาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนกลุ่มประชากรที่ป่วยด้วยโรคนี้ได้ทั้งหมด เพราะการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมเรื่องของยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่อาจต่างกันและอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต (Quality of Life; QOL)

หมายถึง สภาพที่บุคคลนั้นรับรู้ความเป็นอยู่ของตนเองอันเนื่องมาจากสิ่งต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ในอดีตและในชีวิตประจำวัน ซึ่งประเมินในเชิงจิตวิสัย อันได้แก่ ความเป็นอยู่ ความพึงพอใจ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนและญาติ และการอยู่อย่างมีความสุข

โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) ตาม Diagnostic Criteria ของ DSM-IV⁽²²⁾ มีดังนี้

ก) มีอาการเปลี่ยนแปลงจากปกติอย่างน้อย 5 ข้อจาก 9 ข้อนานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย โดยมีอาการหลักอาการใดอาการหนึ่งระหว่าง

1) อารมณ์ซึมเศร้า หรือ 2) รู้สึกเบื่อหน่ายไม่มีความสุข

1. อารมณ์ซึมเศร้าเกือบทั้งวัน แทบทุกวันหรือจากการสังเกตของผู้อื่น
2. หหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆเกือบทั้งวันหรือแทบทุกวัน

3. น้ำหนักร่างกายลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน

4. นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติเกือบทั้งวัน
5. กระวนกระวายทั้งกายและใจ หรือเซื่องซึม เซื่องซึมเกือบทุกวัน
6. อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงเกือบทุกวัน
7. รู้สึกไร้ค่าโทษตนเอง หรือรู้สึกผิดพลาดเกือบทุกวัน
8. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลงหรือตัดสินใจไม่ได้เกือบทุกวัน
9. คิดหมกมุ่นเรื่องความตาย คิดอยากตายบ่อย

ข) อาการไม่เข้ากับเกณฑ์ของภาวะอารมณ์ผสม

ค) อารมณ์มากถึงขั้นเจ็บป่วยจนต้องรับการตรวจรักษา หรือกระทบต่อด้านสังคมและการทำงาน

ง) มิได้เป็นผลจากสาร (สารเสพติด ยาต่างๆ)หรือโรคทางกาย

จ) มิใช่เป็นภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียหรือผิดหวัง

ให้ระบุว่าเป็นโรคชนิดเรื้อรัง: ถ้ามีอาการนานกว่า 2 ปี ติดต่อกันโดยอาจมีช่วงที่อาการเป็นปกติได้ไม่นานกว่า 2 เดือน

โรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน (Acute Major depressive disorder)

หมายถึงโรคซึมเศร้ารุนแรงที่นับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นครั้งแรกว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง โดยมีระยะเวลาการป่วยมาไม่เกิน 6 เดือน

โรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง (Chronic Major depressive disorder)

หมายถึง โรคซึมเศร้ารุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง และมีช่วงของการมีอาการครบตามเกณฑ์ในครั้งนี้นับรวมทั้งมีการรักษาอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม รักษา และป้องกัน ตลอดจนฟื้นฟูสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังได้
2. เพื่อเป็นแนวทางให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วย ให้เข้าใจในภาวะของโรคและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการทำวิจัยด้านต่างๆ ต่อไป ที่ทำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ.-

- 1) โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorders)
- 2) คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

โรคซึมเศร้ารุนแรง เป็นโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorders) หรือ (Affective Disorders) เป็นโรคประเภทหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการสำคัญ โดยอารมณ์ที่ผิดปกตินั้น จะเป็นอารมณ์เศร้า และไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยาเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว โรคอารมณ์เศร้า (Depressive Disorder) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

- 1) โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)
- 2) โรคอารมณ์เศร้าเรื้อรัง (Dysthymia Disorder)

คำนิยาม

ภาวะซึมเศร้า (Depression)⁽²⁸⁾ หมายถึงอารมณ์ทุกข์ (Dysphoric mood) รู้สึกเศร้า หมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง

ภาวะซึมเศร้า อาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (affect or state) ซึ่งใคร ๆ ก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ
2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or strait) คือคงนานและระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ (secondary depression)
3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติคงนาน (mood disorders) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้าหรือ

hypomania ถึง mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่

- อาการทางจิต (psychophysiological หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น
- อาการทางความคิด (cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ซ้ำหลงซ้ำลิ้ม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น
- อาการทางพฤติกรรมเคลื่อนไหว (psychomotor) เช่น เซื่องซึม หรือ กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

ทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้า (Theories of Etiology)⁽²⁷⁾

นักทฤษฎีหลายท่านได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้.-

1. **ทฤษฎีทางชีวเคมี** เชื่อกันว่าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติ (neurotransmitters) มีสมมติฐานว่า neurotransmitters เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในคนตามธรรมชาติ ความคิดที่ว่ามีความเกี่ยวข้องกันระหว่างพฤติกรรม และสารเคมีในสมอง เรียกว่าเป็น Pharmacological bridge ทฤษฎีส่วนมากมีความเกี่ยวข้องกันกับ neurotransmitters 2 กลุ่ม ที่สำคัญคือ The catecholamines (Dopamine และ norepinephrine) และ indoleamines (serotonin) ซึ่งลักษณะทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าจะมีอยู่สองแบบ คือ ภาวะซึมเศร้าแบบ norepinephrine และ serotonin ต่ำ และอีกแบบก็คือการลดลงของ catecholamines อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ น่าจะคำนึงถึงทางด้านอื่นประกอบด้วย เช่น พันธุกรรม ภูมิหลัง การเรียนรู้และสติปัญญาความสามารถของมนุษย์ในการจะต่อสู้กับสิ่งที่มากระทบ

2. **ทฤษฎีพันธุกรรม** เชื่อกันว่ายีนส์ มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีนักทฤษฎีหลายท่านมีความเห็นพ้องกันว่า ทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาหลายครั้งแสดงให้เห็นว่าความซึมเศร้าจะเกิดกับบุคคลที่มีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวอยู่แล้ว และจากผลวิจัยเมื่อไม่นานมานี้ ชี้ให้เห็นว่ายีนส์อย่างน้อย 1 ตัว บนโครโมโซมคู่ที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยีนส์เหล่านี้ตั้งอยู่ใกล้ ๆ กลุ่มของยีนส์ ที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกันบางส่วนภายในร่างกาย และจะสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Beck and others, 1984)

3. **Cognitive theory** รูปแบบของเบรค (Beck' model) ในเรื่องของภาวะซึมเศร้า ได้ใช้ในรูปแบบของความซับซ้อนของสภาวะทางจิตใจส่วนของ ego ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคาดเดาในแง่

ลบ และความคิดในอนาคตที่เป็นส่วนหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในอดีตของบุคคลนั้น ได้เป็น 3 ประเด็น คือ

- ความคิดทางลบต่อตัวเอง
- การตีความทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา
- การมองทางลบต่ออนาคต

คนที่ซึมเศร้าจะรู้สึกว่าโลกเป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถจะผ่านไปถึงจุดหมายได้ มองตนเองไร้ที่พึ่งที่จะผ่านอุปสรรคไปได้ และสิ้นความหวังที่จะทำการควบคุมอนาคตให้เป็นไปตามจุดหมายของตนเอง

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ภาวะของพฤติกรรมที่มีลักษณะที่ไม่มีการแสดงออกของพฤติกรรมปรับตัว การหลุดพ้นจากเหตุการณ์ที่ตนไม่ชอบ ความคาดหวังว่า ความพยายามของตนโดยทั่วไปเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ มีผู้เสนอว่าคนที่มีความโน้มจะมีภาวะซึมเศร้า มักจะมีลักษณะมีความล้มเหลวในการควบคุมแรงเสริมในสิ่งแวดล้อม และเกิดขึ้นเมื่อคนรู้สึกว่าตนเองได้สูญเสียการควบคุมทุกอย่างต่อแรงเสริม และทำให้อ่อนเปลี้ยโดยความรู้ที่พึ่งความไม่ต่อสู้ และไม่สามารถจะปกป้องตัวเองได้ การขาดความก้าวร้าวนี้พบได้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก

5. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) Sigmund Freud มองว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการหันกลับเข้าไปในของสัญชาตญาณแห่งความก้าวร้าว ซึ่งเกิดในช่วงการมีรูปแบบของอิด (id) ซึ่งเชื่อว่าในความผูกพันของเด็กในระยะแรก จะมีทั้งความรู้สึกรักและเกลียดเมื่อสูญเสียหรือเกิดความคับข้องใจในการต้องพึ่งพา เด็กจะไม่ยอมรับความรู้สึกโกรธ ดังนั้นจึงหมุ่นเข้าหาตนเอง กลายเป็นความไม่เป็นมิตร เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

Major Depressive Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก⁽³⁰⁾

อาการสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหดหู่ สะเทือนใจร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทย อาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจห่อเหี่ยวไม่มีความสุขสบายใจหรือสดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยและมักรุนแรงจนผู้ป่วยบอกว่าไม่เหมือนคนเดิม รู้สึกทนเสียดังหรือมีคณรบกวนไม่ได้ อยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ

อาการด้าน neurovegetative ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ซึ่งพบว่ามีทั้ง initial, middle และ terminal insomnia แต่ที่เป็นลักษณะจำเพาะของ major depressive disorder คือ middle และ terminal insomnia ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงชัดเจน รู้สึกอ่อนเพลียตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติไป

อาการด้าน Psychomotor อาจมี psychomotor retardation ได้แก่ เชื่องช้า เฉื่อยชาลง พุดน้อย คิดนาน อาจซึม อยู่เฉย ๆ ได้นาน ๆ ผู้ป่วยบางคนอาจมี psychomotor agitation ได้แก่ กระสับกระส่าย มักอยู่เฉยไม่ได้ นั่งได้สักครู่ก็ต้องลุกเดินไปมา โดยมักพบในผู้ป่วยช่วงวัยต่อ

พบบ่อยว่าสมาธิของผู้ป่วยเสื่อมลงจากเดิม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่อนเชื่องช้า ลังเล ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจตัวเอง ผู้ป่วยจะมองโรคภายนอกมองชีวิตของตนเอง

ในแง่ลบ รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใครผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกผิดหรือ กล่าวโทษตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย

ความคิดอยากตายพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15 ในช่วงแรกผู้ป่วยอาจแค่ รู้สึกเบื่อชีวิต ไม่ทราบจะมีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม เมื่ออาการเป็นมากขึ้น จะรู้สึกอยากตาย อยากวิ่งให้รถชน ต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย เริ่มมีการคิดถึงวิธีการ มีการวางแผน จนถึงการกระทำการฆ่าตัวตายในที่สุด

ในผู้ป่วยไทยพบไม่น้อยที่มาหาแพทย์ด้วยอาการทางร่างกาย มีอาการเวียนศีรษะ เห็นอ้อย่างปวดเรื้อรังตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่น ๆ ของ major depressive disorder ร่วมด้วย

เกณฑ์การวินิจฉัย⁽²²⁾ ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (ดัดแปลง) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV,1994)

ก. มีอาการเปลี่ยนแปลงจากปกติอย่างน้อย 5 ข้อ จาก 9 ข้อ นานกว่า 2 สัปดาห์ โดยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งของ 1) อารมณ์ซึมเศร้า หรือ 2) เบื่อหน่าย (anhedonia) ไม่มีความสุข

1. อาการซึมเศร้าเกือบทุกวัน แทบทุกวัน จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอง หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้) ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิด

2. หหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ หรือลดความสนใจลงมาก เกือบทั้งวันหรือแทบทุกวัน (จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือการสังเกตของผู้อื่น)

3. น้ำหนักร่างกายลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน คือเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารกว่าปกติ (ในเด็กดูจากที่น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อายุ)

4. นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติเกือบทุกวัน

5. กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitated) หรือเชื่องช้าเชื่องซึม (Retarded) เกือบทุกวันจนเป็นที่สังเกตเห็นของผู้อื่น (มิใช่เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยเท่านั้น)

6. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงหรือพลังกายเกือบทุกวัน

7. รู้สึกไร้ค่า โทษตนเอง หรือรู้สึกผิดพลาด (อาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด เกือบทุกวัน มิใช่เพียงความรู้สึกผิดหรือสมเพชตนเองหรือรู้สึกผิดที่เป็นภาวะแก่ผู้อื่นจากการป่วย)

8. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้เกือบทุกวัน (อาจเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

9. คิดหมกมุ่นเรื่องความตาย (ไม่เพียงแค่ว่าคิดกลัวตาย) คิดอยากตายบ่อย ๆ โดยอาจจะวางแผนหรือไม่วางแผนฆ่าตัวตาย หรือได้พยายามฆ่าตัวตายแล้ว

ข. อาการไม่เข้ากับเกณฑ์ของภาวะอารมณ์ผสม (mixed episode)

ค. อาการมากถึงขั้นเจ็บป่วยจนต้องรับการตรวจรักษา หรือมีผลกระทบในด้านสังคมการงานอื่น ๆ

ง. มิได้เป็นผลจากการ (เช่น สารเสพติด ยาต่าง ๆ หรือโรคทางกาย)

จ. มิใช่เป็นภาวะเศร้าโศก (Bereavement) จากการสูญเสียหรือผิดหวัง

ให้ระบุว่าเป็นโรคเรื้อรัง : ถ้ามีอาการมากกว่า 2 ปี ติดต่อกัน โดยอาจมีช่วงที่อาการเป็นปกติได้ไม่นานกว่า 2 เดือน

การจำแนกกลุ่มย่อยของโรคซึมเศร้า⁽³¹⁾

1. โรคซึมเศร้าเมแลงโคเลีย (Melancholia) คือกลุ่มที่มีอาการทางร่างกาย (endogenous /vegetative) เด่นชัด โดยอาจจะมีหรือไม่มีปัญหาชีวิตหรือความกดดัน (Stress) อาการซึมเศร้าจะรุนแรงมาก รู้สึกผิดมาก เบื่อหน่ายไปหมด (anhedonia) หมดความสนใจทุกสิ่ง หมดอารมณ์เพศ รับประทานอาหารไม่ได้นอนไม่หลับ ท้องผูก ไม่มีสมาธิ ตื่นเช้ามากหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 2 ชั่วโมง (early morning awakening – EMA) และมีอาการเชื่องช้า (retarded) หรือกระวนกระวายใจ (agitate) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักจะตอบสนองต่อยาต้านเศร้าได้ดีแต่ตอบสนองต่อการทำจิตบำบัดหรือยาหลอกในอัตราต่ำ

ดังนั้น โรคซึมเศร้าเมแลงโคเลียเป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรงมาก ป่วยบ่อยครั้ง และมีผลกระทบมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาที่จิตแพทย์มากกว่าโรคซึมเศร้าชนิดอื่น ๆ และมีอาการของโรควิตกกังวลและติบูนุหรือมากกว่า ในกรณีที่ผ่าแผลคนหนึ่งป่วยมีอาการเมแลงโคเลีย แผลอีกคนจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงสูงขึ้น แต่ไม่จำเป็นต้องมีอาการเมแลงโคเลียด้วย อย่างไรก็ตาม อาการเมแลงโคเลียและอาการไม่ตามรูปแบบ (atypical) ก็มีใช้จะแยกกันได้อย่างเด็ดขาด

2. โรคซึมเศร้าที่อาการไม่ตามรูปแบบ (Atypical depression) ซึ่งอาการใกล้เคียงกับโรคประสาทซึมเศร้าคล้ายเรียกร่องความสนใจ (hysteroid dysphoria) เดิม คืออารมณ์เปลี่ยนแปลงตามเหตุการณ์หรือแปรปรวนตามความสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้สึกละเอียดไวเร็วแรง ห้วนไหวมมากถ้าถูกเมิน

เฉยหรือทอดทิ้ง (rejection) รู้สึกสมเพศตนเอง มีอารมณ์เศร้ามากในช่วงสายหรือบ่าย ๆ (reverse diurnal mood) และนอนหลับมากหรือปรวนมาก (reverse vegetative symptoms) ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการดังกล่าว และพบบ่อยในโรคซึมเศร้าชนิดไบโพลาร์ ร้อยละ 11 และมักจะตอบสนองดีต่อยาต้านเศร้ากลุ่มออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ย่อยโมโนเอมีน (monoamine oxidase inhibitors-MAOIs) และกลุ่มยับยั้งฤทธิ์ซีโรโทนิน (Selective serotonin reuptake inhibitors –SSRIs)

3. อาการโรคจิตในโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเศร้า (psychotic depression หรือ delusional depression) พบได้ระหว่างร้อยละ 16 - 54 โดยครึ่งหนึ่งหรือ 2/3 ของผู้ป่วยผู้ใหญ่มีอาการหลงผิดอย่างเดี่ยว ถ้ามีประสาทหลอนร่วมด้วยพบร้อยละ 3-25 แต่ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นและผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เป็นไบโพลาร์ขั้นโรคจิต มักจะมีอาการประสาทหลอนมากกว่าอาการหลงผิด และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดมากกว่าหนึ่งอย่าง ผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่นจะมีประสาทหลอนหูแว่วและเห็นภาพได้บ่อยเท่า ๆ กัน (จากที่เคยคิดว่าการเห็นภาพหลอนเป็นอาการของโรคทางสมอง) ประสาทหลอนแบบได้กลิ่น (olfactory) ก็พบได้บ่อยพอสมควร (not uncommon)

3.1 อาการหลงผิดประสาทหลอนซึ่งเนื้อหาสาระสอดคล้องกับสภาพอารมณ์ (mood-congruent delusion/hallucination) ที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดว่าได้ทำบาปกรรม (delusion of sin) ทำผิด (guilt) หรือหลงผิดว่าร่างกายอวัยวะภายในเน่าเปื่อย (nihilistic delusion) หรือหลงผิดว่ายากจนสิ้นเนื้อประดาตัว (delusion of poverty) ส่วนอาการประสาทหลอน หูแว่ว มักเป็นเสียงว่ากล่าว วิพากษ์วิจารณ์ถึงความไม่ดีหรือความป่วย

3.2 อาการโรคจิตที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood – incongruent) ร่วมกับการปรับตัวในวัยรุ่นที่ไม่ได้ บ่งชี้ว่าการพยากรณ์โรคไม่ดี และอาจจัดเป็นกลุ่มโรคจิตเภทผสมอารมณ์ผิดปกติ (schizoaffective) อย่างไรก็ตามร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคไบโพลาร์ถึงขั้นโรคจิตที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์ จะมีความผิดปกติของรูปแบบความคิด (formal thought disorder) เช่นพูดไม่ปะติดปะต่อหรือผิดปกติในเนื้อหาของความคิดในกลุ่มแรกของการชไนเดอร์ (Schneider first rank) เช่นหลงผิดว่าถูกควบคุมความคิดหรือพฤติกรรม (delusion of being controlled) หรือ ความคิดของผู้ป่วยถูกแพร่กระจายทางวิทยุหรือสื่อต่าง ๆ (thought broadcasting) หรือส่งกระแสจิต (telepathy) ติดต่อกับคนอื่นได้ ซึ่งแปลก ๆ พิสดารได้มาก ๆ จนเข้าใจผิดว่าเป็นโรคจิตเภท รัตนา สายพานิชย์และมาโนช หล่อตระกูล (2542) ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตซึมเศร้า 71 ราย พบว่า ร้อยละ 75.5 มีอาการประสาทหลอน (ส่วนใหญ่หูแว่ว) และร้อยละ 50 มีอาการหลงผิด โดยเป็นชนิดระวางถึงร้อยละ 67.6 ซึ่งเป็นอาการโรคจิตที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์

อาการโรคจิตมักจะเกิดขึ้นหลังจากมีอาการซึมเศร้าธรรมดา (ไม่มีโรคจิต) มาหลายครั้ง และเมื่อมีอาการโรคจิตแล้วก็มีอีกในครั้งต่อไป เช่นมีหูแว่วแบบเดิม ๆ ทุกครั้งไป แม้อาการ

จะไม่รุนแรง เครือญาติของผู้ป่วยเองก็มีโอกาสเป็นโรคจิตซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไป และเนื้อหาของโรคจิตจะคล้าย ๆ กัน และยังมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นด้วย การรักษาโดยทั่วไปต้องให้ยาต้านโรคจิตและยาต้านเศร้า พบว่ายาต้านโรคจิตสามารถทำให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้น ขณะเดียวกันยาต้านเศร้าเองก็อาจทำให้อาการโรคจิตดีขึ้นได้ นอกจากการรักษาที่แตกต่างกันระหว่างโรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิต (ต้องให้ยาต้านโรคจิตด้วย) และไม่มีโรคจิตแล้ว พวกโรคจิตซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (recurrent) มากกว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่า กดระดับคอร์ติซอลด้วยเดกซาเมทาโซนไม่ได้ (DST nonsuppression) ความผิดปกติของการนอนหลับเด่นชัดกว่า และโพรงในกลีบสมองด้านข้างกว้างกว่า (higher ventricle-to-brain ratio)

4. โรคซึมเศร้ารุนแรงหลังคลอด (Postpartum depression) : ผู้หญิงช่วงหลังคลอด มักจะมีอารมณ์หงุดหงิด ไม่สบายใจใน 2-3 สัปดาห์แรกได้บ่อย ๆ จนแทบจะถือเป็นเรื่องปกติ แต่ส่วนใหญ่อาการจะหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา ผู้หญิงหลังคลอดบุตรป่วยเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงได้ร้อยละ 5-10 (Lee et al 1998) โดยร้อยละ 90 มีอาการใน 2-3 วันหลังคลอด เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายหลังการคลอดบุตร ปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ ความขัดแย้งในครอบครัว รวมทั้งความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจต่อการเป็นมารดาและภาระหน้าที่ในช่วงหลังคลอด เช่น การอดนอนเพื่อดูแลทารกก็น่าจะเป็นสาเหตุ การรักษาก็เช่นเดียวกับโรคอารมณ์ผิดปกติอื่น ๆ ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคอารมณ์ผิดปกติในเครือญาติมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะป่วย โรคกลุ่มนี้มักจะเป็นซ้ำ ๆ หลังการคลอดอีก และมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคไบโพลาร์

5. โรคอารมณ์ผิดปกติที่สัมพันธ์กับฤดูกาล (Seasonal Affective Disorder – SAD) ร้อยละ 10-33 ของผู้ป่วยทางอารมณ์มีการป่วยสัมพันธ์กับฤดูกาล (Dubovsky et al 1999) โดยมีอาการซึมเศร้าในหน้าหนาวและครึกครื้นในหน้าร้อน เริ่มจากการเบื่อหน่าย นอนมาก รับประทานอาหารมาก (โดยเฉพาะอาหารหวาน) และอ้วนขึ้นในเดือนพฤศจิกายน และ เมเนียในฤดูร้อน หรืออาการอาจไม่เป็นตามรูปแบบ (atypical) หรือพบในผู้ป่วยไบโพลาร์ II และญาติใกล้ชิดคิดเป็นโรคทางอารมณ์ Postolache et al (1999) รายงานว่าแสงแดดมีผลต่ออารมณ์และรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีกว่าการใช้แสงรักษา (light therapy) การสำรวจในประเทศอเมริกาปี 1990 พบโรคซึมเศร้ากลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 4.3 – 10 แต่การสำรวจในปี 1998 พบร้อยละ 1 เป็นชนิดไม่รุนแรง และร้อยละ 0.4 เป็นชนิดรุนแรง (Blazer et al 1998) โรคกลุ่มนี้พบมากในชาวอลาสก้าและร้อยละ 20 ของชาวสวีเดน (ประชากร 8.5 ล้านคน) ผู้ป่วยมีระดับของสารเมลาโทนินในเลือดสูงกว่าปกติ และตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือแสงรักษาโดยการให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่สว่าง 10,000 Lux หรือแสงไฟนีออน 100 แสงเทียน 8-10 หลอด นาน 30 นาที หรือ 2,500 lux วันละ 2 ชั่วโมงโดยเฉพาะเวลาเช้า (Tam et al 1995) เชื่อว่าแสงไฟยับยั้งการสร้างเมลาโทนินให้เปลี่ยนเป็นซีโรโทนินแทน ถ้าปิดตาไม่ให้มองเห็น

แสง พบว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ดังนั้น ชีวเคมีไม่สมดุลย์ที่จอประสาทตา (retina dysregulation) และนิวเคลียสในสมอง (suprachiasmatic nucleus) น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคกลุ่มนี้โดยมีเส้นทาง (pathway) โยงไปที่ไฮโปทาลามัส (Weaver, 1998)

6. **ชนิดเรื้อรัง**⁽³²⁾ ในชนิดนี้ผู้ป่วยมีอาการครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตลอดเวลาอย่างน้อย 2 ปี

7. **อาการคาทาโทเนีย (Catatonia)** ในชนิดนี้ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง คือ

1. ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวเลย แสดงออกโดยมีอาการ catalepsy และ waxy flexibility หรือไม่ค่อยรู้สึกตัว (stupor)
2. มีพฤติกรรมตื่นเต้นวุ่นวายโดยไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าภายนอก
3. มีลักษณะทำตรงข้ามกับคำสั่ง (negativism) หรือไม่พูด (mutism)
4. มีการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางแปลกประหลาด เช่น ทำอะไรซ้ำ ๆ (mannerism)
5. พูดเลียนแบบ (echolalia) หรือทำเลียนแบบ (echopraxia)

อุบัติการณ์

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในประชากรทั่วไป จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าในระยะเวลากว่า 2 ทศวรรษข้างหน้า (พ.ศ. 2560) โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด

พบว่า ร้อยละ 10-25 ของผู้หญิงและร้อยละ 5-12 ของผู้ชายเป็นโรคนี้ ส่วนอุบัติการณ์เฉพาะในผู้ใหญ่ พบว่าร้อยละ 5-9 ของผู้หญิง และร้อยละ 2-3 ของผู้ชายเป็นโรคนี้ โรคนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นอัตราส่วน 2:1

อุบัติการณ์ของโรคในคนต่างเชื้อชาติ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะและสถานภาพการสมรสจะไม่แตกต่างกัน โรคนี้จะพบได้ในทุกอายุ อายุเมื่อเริ่มเป็นโรคเฉลี่ยคือ 24 ปี

สาเหตุของโรคอารมณ์ผิดปกติ⁽³¹⁾ แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. **สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)** นักจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (primitive) ที่สุด ปრაกฏให้เห็นแม้ในเด็กทารกส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีนโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

Abraham อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเองเนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือทั้งรักและโกรธ (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ที่รักและเป็นที่ยิ่งใหญ่ทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และภาวะครั้นเครง (ไฮโปเมเนีย) หรือค้อมคลั่ง (เมเมีย) เกิดการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดามารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย (primal depression) โดยการปฏิเสธ (denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้า ด้วยท่าที รื่นเริงและครั้นเครงของภาวะไฮโปเมเนียหรือเมเนีย

Freud อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือการพรากจากผู้เป็นที่รักโดยใช้ กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง (introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการซึมซับ (introjection) เอาภาพของบุคคลผู้เป็นที่รัก (แต่สร้างความคับแค้นใจ) รวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือการพราก ความโกรธก้าวร้าวที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หมดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดพฤติกรรมถอยหลัง (regression) ไปเป็นระยะปาก (oral) หรือระยะทวาร (anal) ทำท่าที่แบบเด็ก ๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัวไม่กล้าอยู่คนเดียว หรือย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น และภาวะโรคจิตวิกลจริต (psychosis) ที่อาจพบในโรคอารมณ์ผิดปกติ ก็เป็นพฤติกรรมถอยหลังไปยังระดับหลงตัวเองหรือรักตัวเอง (narcissism) ในระยะปากของการพัฒนาทางจิตเพศ (psychosexual development)

ทฤษฎี Superego Development

Melanle Klein เชื่อว่า Superego เกิดได้ในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรกทำให้มีภาวะเศร้าเกิดขึ้นเมื่อเด็กทารกมีปัญหาในความสัมพันธ์กับมารดา ซึ่งความเศร้าในช่วงต้นของชีวิตนี้เองที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในเวลาต่อมา และการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษหรือทำลายด้านเลวของตนเอง (bad self) ในระดับจิตไร้สำนึก

Otto Kemberg อธิบายว่า เด็กทารกวัย 6 เดือนจะเรียนรู้ว่ามารดามีทั้งข้อดีและข้อไม่ดี และแสดงความโกรธ ความก้าวร้าว ต่อมารดาโดยการกัด เช่น กัดหัวนมขณะเดียวกันก็กลัวว่าจะทำอันตรายต่อมารดา ทำให้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (depressive position)

ทฤษฎี Ego Psychology

Jacobson อธิบายว่าภาวะเศร้า เกิดจากการ ขาดความรักความอบอุ่นในวัยทารก (infantile deprivation) และมีความคับแค้นใจ (frustration) ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนา ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพ และการควบคุมตัวเอง) ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมดความภาคภูมิใจในตัวเองและรู้สึกไร้ค่าซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

Bibring อธิบายว่าภาวะเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ Ego เองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (ego ideal) คือต้องการเป็นที่รัก (loved) เด่น (superior) เป็นคนที่น่ารัก (good loving) มิใช่ความขัดแย้งระหว่าง ego กับ superego หรือ ego กับ บุคคลอื่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ขึ้นพื้นฐานแต่เป็นคนละทิศทาง โดยภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้ (fight) แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสงบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้ออาลัยและหมดความภาคภูมิใจ

ทฤษฎีอื่น ๆ ได้แก่

Bowlby เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (love object) โดยเชื่อว่าความเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้รับความรัก หรือจากการสูญเสียหรือจากพรากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet dependency need) ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจ

Adolf Myer ไม่ได้ให้ความสำคัญของปมขัดแย้งในจิตใจ แต่อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น

Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่าง ๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

Kohut อธิบายว่า การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างพอเหมาะ (proper maternal care) จะช่วยให้ความหลงรักตนเองของทารก (primary narcissism) พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรักความอบอุ่นในช่วงวัยเยาว์จะส่งผลให้ความเป็นตัวตน (sense of self) แตกสลายจึงหมดความภาคภูมิใจ และรู้สึกซึมเศร้า

Arieti อธิบายถึงการมีผู้บงการชีวิต (dominant other) ซึ่งมักจะเป็นบิดามารดาหรือสามีภรรยา ซึ่งผู้ป่วยยังพึ่งพิงในหลาย ๆ ด้าน เมื่อไม่ได้รับการยอมรับหรือเข้าใจจากบุคคลดังกล่าวหรือยึดมั่นกับแผนการณชีวิตที่ไม่มีโอกาสเป็นจริงทำให้ซึมเศร้า

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ผิดปกติ⁽³¹⁾

* ปัจจัยเสริม (predisposing factors)

- พันธุกรรม (Tsuang & Faroene 1996)
- ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต (Sadowski และ 1999)
 - ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดาหย่าร้าง
 - การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (poor parenting)

- บุคลิกภาพ (Depressive personality - Akisal 1999)
ซึ่กังวล ซอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจในตนเอง

* ปัจจัยเร่ง (precipitating) (Kendler et al 1999)

- ความพิการทางกาย (physical loss)
- สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty) , ยุ่งเหยิง ห่างเหิน
แตกแยก พี่น้องไม่ปองดองกลมเกลียว
- ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy)
- ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม
- มีปัญหาชีวิต (loss of self – esteem)
- ถูกกลั่นแกล้งทางเพศ (Weiss et al 1999)

* ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating factors)

- บุคลิกภาพ การปรับตัว (Bagby 1998, Akikal 1999)
- ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต
- แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว (high expressed emotion – EE)
- ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม (ญาติใกล้ชิด-ชั้นแรกป่วยทางจิตชนิดรุนแรง Duggan, 1998)

2. สาเหตุมีความคิดแง่ลบ (Negative Cognition) Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ว่าเกิดจากมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมดทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) ดังนี้ มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโรคหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อมก็รู้สึกกดดันบีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและความผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า ภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือสนับสนุนหรือประสบความสำเร็จใด ๆ เลย จึงขาดแรงจูงใจ และขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. ปัจจัยด้านชีวภาพ⁽³⁰⁾

1. พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรค major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression

2. Neurotransmitter system เชื่อว่าผู้ป่วยมี norepinephrine serotonin ต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความพบพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง

3. Neuroendocrine systems พบว่ามีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่
Cortisol หลังมากและตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย dexamethasone
Growth hormone หลังน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย Clonidine
Thyroid stimulating hormone (TSH) หลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย thyrotropin releasing hormone (TRH)

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในหลาย ๆ แง่มุม ทำให้คาดว่าน่าจะมี ความผิดปกติในบริเวณ limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด, hypothalamus ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนตลอดจน biological pattern และ basal ganglion ซึ่งเกี่ยวข้องกับการ psychomotor activity

การดำเนินโรค

โรคซึมเศร้าอาจเริ่มเป็นในวัยเด็กหรือวัยรุ่น อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อเริ่มเป็นโรคคือ 24 ปี จากข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าคนรุ่นใหม่จะมีอาการของโรคนี้ที่อายุน้อยลง การดำเนินโรคในผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ ๆ จะแตกต่างกันมาก โดยบางคนมีระยะเวลาเป็นปกตินานหลายปี ในขณะที่บางคนเป็นบ่อยครั้งมาก ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถ้ามีอาการของโรคเกิดขึ้นซ้ำ ๆ จะยิ่งทำให้โอกาสของการเป็นซ้ำครั้งต่อ ๆ ไปสูงขึ้น พบว่าประมาณร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกจะเป็นครั้งที่สองร้อยละ 70 ของผู้ที่มีอาการสองครั้ง จะเป็นซ้ำครั้งที่สาม และร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอาการ 3 ครั้ง จะเป็นซ้ำครั้งที่ 4 (APA) ร้อยละ 5-10 ของผู้ที่เป็นครั้งแรกในเวลาต่อมาจะมีอาการแมเนีย เช่น โรค bipolar I (APA)

ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 จะหายเป็นปกติ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการอยู่นาน 0-24 เดือน (Goodwin) ในรายที่รักษาแล้วอาการดีขึ้นแต่ไม่หายเป็นปกติมีโอกาสสูงที่จะเป็นซ้ำอีก ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจะมีอาการ double depression หมายถึงมีอาการของโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์เศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) ร่วมกัน

จากการศึกษาติดตามในระยะยาวพบว่าในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยยังคงมีอาการเหมือนเดิม ร้อยละ 20 มีอาการดีขึ้น และร้อยละ 40 ไม่มีอาการเลย โดยผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเมื่อเป็นครั้งแรก หรือเป็นโรคทางกายเรื้อรังด้วยมีแนวโน้มที่จะมีอาการอยู่เป็นเวลานาน

คำศัพท์ที่ใช้อธิบายการดำเนินของโรค⁽³⁰⁾

Episode ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์

Partial remission ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการน้อยลง โดยอาการที่มีไม่ครบตามเกณฑ์ขั้นต่ำในการวินิจฉัย คำว่า response เริ่มตั้งแต่จุดที่มี partial remission

Full remission ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ

Recovery ผู้ป่วยมี remission มาระยะเวลาหนึ่ง จนค่อนข้างจะแน่ใจว่า recover จาก episode นั้นแล้วคือประมาณ 4-6 เดือน

Relapse ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้นในช่วงที่มี partial หรือ full remission

Recurrence ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีกหลังจากที่มี recover แล้ว นั่น คือมีการเกิด episode ใหม่ของโรค

ผู้ป่วยโรค major depressive disorder ที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการอยู่ยาวนานประมาณ 9 เดือน หากรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 50-85 ของ ผู้ป่วยที่หายแล้วจะกลับมาเป็นซ้ำอีก (recurrent) และประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย major depressive disorder, single episode เกิดเป็น manic episode ในครั้งต่อ ๆ มา

ผู้ป่วยอาจเกิด major depressive disorder ขณะที่เป็น dysthymic disorder อยู่เดิมแล้ว เรียกว่า double depression ซึ่งในกรณีเช่นนี้จะให้การวินิจฉัยทั้งสองโรคร่วมกัน

การรักษา

ในรายที่อาการมาก เช่น กระวนกระวายมาก ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อย ๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีการดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

1. การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินโรค

1.1 การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาหาขณะที่มีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือเข้าสู่ระยะ remission ยาหลักที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาแก้เศร้า ให้ขนาดเริ่มต้นตามความรุนแรงของโรคในรายที่มีอาการน้อยอาจเริ่มให้ amitriptyline

หรือ imipramine ขนาด 25-50 มก./วัน ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงให้ 50-75 มก./วัน ในกรณี que ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย หรือวิตกกังวลมากร่วมด้วย อาจให้ diazepam 2-5 มก. รับประทานเช้า-เย็น ร่วมด้วยในช่วง 2 สัปดาห์แรก ขนาดของ amitriptyline หรือ imipramine ที่ได้ผลในการรักษาโดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 75-150 มก./วัน

ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วยนั้น การรักษาต้องให้ยารักษาโรคจิตควบคู่กันไป โดยทั่วไปขนาดไม่สูงเท่าที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่ออาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ค่อย ๆ ลดยาลงจนหยุดยาในระยะนี้ ยาแก้เศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นไม่มากควรให้ยาจนถึงขนาดสูงสุดเป็นระยะเวลาหนึ่ง (imipramine ขนาด 250 มก./วัน นาน 4-6 สัปดาห์) หากไม่ตอบสนอง อาจให้ลิเทียมหรือ thyroid hormone (T3) ร่วมไปด้วย หรืออาจเปลี่ยนเป็นยาแก้เศร้ากลุ่มใหม่ (new generation)

1.2 การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 6 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้ พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก เมื่อครบระยะเวลาแล้วให้ค่อย ๆ ลดยาลงทุก 2-3 สัปดาห์จนหยุดการรักษาขณะลดยา หากผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการอีก ให้เพิ่มยาขึ้นแล้วคงยาอยู่ระยะหนึ่ง เช่น 2-3 เดือน แล้วลองลดยาใหม่

1.3 การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิด recurrent ของโรค จะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrent สูง ตามตารางที่ 2 ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนว่าควรให้ยาไปนานเท่าไร แต่อย่างน้อยควรนาน 3 ปี หลังจากนั้นจึงประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรให้ยาป้องกันต่ออีกหรือไม่

ตารางที่ 1 ข้อบ่งชี้ในการป้องกันระยะยาว

1. มีอาการมาแล้ว 3 ครั้ง
2. มีอาการมาแล้ว 2 ครั้ง ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้ 1 ข้อขึ้นไป
 - ประวัติ recurrent major depression หรือ bipolar disorder ในญาติใกล้ชิด (first-degree relative)
 - มีประวัติ recurrent ภายใน 1 ปี หลังจากหยุดการรักษา
 - เริ่มมีอาการครั้งแรกขณะอายุน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี)
 - มีอาการที่เป็นเร็ว รุนแรง หรืออันตรายต่อผู้ป่วยมา 2 ครั้ง ภายในช่วงเวลา 3 ปี

2. การรักษาด้วย ECT ใช้ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่อาการรุนแรง เป็นแบบ

melancholic หรือมี psychotic features แต่ทั้งนี้ ECT ไม่ได้ช่วยป้องกัน recurrent จึงควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น

3. จิตบำบัด ชนิดที่ได้ผลดีใน depressive disorder ได้แก่

3.1 Interpersonal therapy เป็นการรักษาที่เน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ

3.2 Cognitive-behaviour therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีต้นเหตุมาจากการมีแนวความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม ซึ่งมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์ และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย ซึ่งพฤติกรรมบำบัด มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมด้านบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นการเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดี ๆ จะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

ขอบข่ายของการบำบัดด้วยความคิด (Cognitive therapy) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ค้นหา (identify) ความคิดยึดมั่นของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยคิดว่า “ผู้คนคงคิดว่าฉันทำตัวหยิ่ง” หรือ “ผู้คนคงเห็นฉันเดินเกร็ง ๆ” หรือคิดว่าผู้ที่ไม่ยิ้มทักทายด้วยเพราะ “เขาคงไม่ชอบฉัน” เป็นต้น
2. ทดสอบความเป็นจริง (reality test) โดยการให้ผู้ป่วยทดสอบความคิดของตนว่าถูกต้องเป็นจริงหรือไม่เพียงใดเพื่อจะได้ขจัดหรือหยุดความคิดนั้นเสีย เช่น ผู้ป่วยที่ชอบตำหนิตัวเอง ผู้รักษาอาจซักถามทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพื่อหาจุดที่จะช่วยสรุปความจริงที่ถูกต้อง
3. การสรุปความคิดไม่เหมาะสม (maladaptive assumption) เช่น “การจะมีความสุขได้ ฉันต้องเป็นคนที่สมบูรณ์แบบ” หรือ “ถ้าไม่มีใครไม่ชอบฉันสักคน หมายความว่าฉันเป็นคนไม่ดีเลย” ความคิดเช่นนี้ทำให้ทุกข์ใจและลงเอยด้วยความซึมเศร้า
4. ทดสอบการสรุปความคิดไม่เหมาะสมว่าถูกต้องเพียงใด ใช้วิธีเดียวกับข้อ 2 โดยการถามรายละเอียดของเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยได้สรุปความคิดดังกล่าว ผู้รักษาช่วยชี้แนะทางเลือกอื่น ๆ และสนับสนุนให้มีการฝึกปฏิบัติทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม

3.3 Short-term psychodynamic psychotherapy หลักการเช่นเดียวกับ psychodynamic psychotherapy แต่ระยะเวลาโดยทั่วไปไม่นานเกิน 6 เดือน ผู้รักษาจะมีส่วนในการช่วยผู้ป่วยสืบค้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ แก้ไขโครงสร้างบุคลิกภาพของตนบางส่วนที่เป็นปัญหา

4. การรักษารักษาอื่น ๆ เช่น sleep deprivation ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในวันรุ่งขึ้นหลังงดการนอน แต่มักกลับมาเป็นอีกหากให้นอนตามปกติ หรือ light therapy ในผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยเป็นแบบ seasonal

Dysthymic Disorder⁽³⁰⁾

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการต่าง ๆ คล้ายกับใน major depressive disorder แต่ความรุนแรงน้อยกว่า อาการที่พบบ่อยส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านอารมณ์และความคิด โดยผู้ป่วยจะมีอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ มองโลกในแง่ลบ มีแนวโน้มที่จะโทษตนเอง ส่วนการเปลี่ยนแปลงในด้าน neurovegetative นั้นไม่ค่อยชัดเจนเหมือนใน major depressive disorder

การวินิจฉัย

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าแทบทั้งวัน เป็นนานกว่า 2 ปี (ในเด็กและวัยรุ่นอาจมีอาการหงุดหงิด และเป็นนานอย่างน้อย 1 ปี)
2. ขณะที่ซึมเศร้าผู้ป่วยจะต้องมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป
 1. เบื่ออาหาร หรือกินจุ
 2. นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมาก
 3. อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง
 4. Low self – esteem
 5. สมาธิไม่ดี หรือตัดสินใจลำบาก
 6. รู้สึกท้อแท้
3. ในช่วงที่เป็นตลอด 2 ปี ต้องไม่มีช่วงที่หายติดต่อกันนาน เกินกว่า 2 เดือน

การดำเนินโรค

ส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยเด็กตอนปลาย หรือวัยรุ่น อาการเริ่มแบบค่อยเป็นค่อยไป และเป็นโรคที่ค่อนข้างเรื้อรัง อาการขึ้นลงเป็นช่วง ๆ ระยะเวลาที่เป็นตั้งแต่ 2 - 20 ปี โดยเฉลี่ยเป็นนาน 5 ปี

การรักษา

1. จิตบำบัด ใช้แนวทางเช่นเดียวกับการรักษา major depressive disorder
2. ยาแก้เศร้า จากการศึกษาระยะหลังพบว่า การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในโรคนี้ดีกว่าที่เคยเชื่อกัน แม้ว่าจะไม่ดีเท่า major depressive disorder ขนาดยาที่ใช้จะใกล้เคียงกับที่ใช้ในการรักษา major depressive disorder อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์จึงเห็นผลการรักษา และต้องให้ไปนานอย่างน้อย 2 ปี พบบ่อยว่าเมื่อหยุดยาแล้วผู้ป่วยกลับมามีอาการอีก

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

ความหมายของคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันในวงการทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ตลอดจนวงการสาธารณสุขทั่วไปได้มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความหรือมโนทัศน์ของคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ต่าง ๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) , ความสุข (happiness) , ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นต้น

พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525⁽³³⁾ ให้ความหมาย "คุณภาพชีวิต" ว่าประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ "คุณภาพ" หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล หรือสิ่งของ "ชีวิต" หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น "คุณภาพชีวิต" หมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO)⁽³⁴⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลภายในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของเขา อันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่ และหมายถึง แนวความคิดที่มีขอบเขตกว้างขวางอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสุขภาพทางกายของบุคคล สภาพของจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของบุคคลเป็นสำคัญ

ในขณะที่คณะกรรมการว่าด้วยคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน (The Panel on the Quality of American Life) (อ้างถึงในพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2535)⁽³⁵⁾ ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกสุขสบาย พลวัตของความพึงพอใจ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับ ดังนี้

ระดับที่หนึ่ง มีอิสระภาพจากความหวาดหวั่น ความยากจน ความเจ็บป่วย ความไม่รู้หนังสือ และความหวาดกลัวต่อผลกระทบของภัยอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต

ระดับที่สอง มีโอกาสสำหรับความเจริญงอกงามส่วนบุคคล (Personal growth) ความสมปรารถนา และความภาคภูมิใจในตนเองเรื่องต่าง ๆ ได้แก่

- โอกาสที่จะสร้างและรักษาสัมพันธภาพทางสังคมกับครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชน และผู้ร่วมงาน
- โอกาสที่จะมีส่วนร่วมและได้รับประโยชน์จากกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และหน้าที่การงาน
- สามารถที่จะเข้าถึงและได้ชื่นชมความสวยงามตลอดจนความเพลิดเพลินทางสติปัญญา ซึ่งหมายรวมถึง การเข้าชมพิพิธภัณฑ์ คอนเสิร์ต การใช้สวนสาธารณะและห้องสมุด ประชาชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการศึกษาและอื่น ๆ
- สามารถที่จะเข้าถึงกิจกรรมที่มีไว้เพื่อนันทนาการ เช่น การปีนเขา กรีฑา การอ่าน และการดูโทรทัศน์ เป็นต้น

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีความพยายามที่จะวัดคุณภาพชีวิตตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 โดยคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นของประธานาธิบดี ไอเซนฮาวร์ (President Eisenhower's Commission on National Goals) และ ในปี ค.ศ. 1983 Gross, Cox และ Pollary แห่ง University of Oklahoma Health Sciences Center ได้รายงานในวารสาร Pediatrics ถึงสูตรของคุณภาพชีวิตที่พวกเขาพร้อมกันคิดขึ้นว่า

$$QL = NE \quad X \quad (H + S)$$

โดย NE หมายถึง สิ่งที่ดีติดตัวตามธรรมชาติ (natural endowment)

H หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากบ้าน (home contribution)

S หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากสังคม (Social contribution)

Ferrans และ Powers⁽³⁶⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่า คือ “เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุก ที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล”

Spiker⁽³⁷⁾ ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่

1. สภาวะสุขภาพทางกาย (physical health status)
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability)
3. สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี (psychological status and well – being)
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interactions)
5. สถานภาพทางเศรษฐกิจ (economic status)

Calman⁽³⁸⁾ ได้กำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึงช่องว่างระหว่างความคาดหวังและความสำเร็จของผู้ป่วย

Ware⁽³⁹⁾ ได้กำหนดความหมายในลักษณะกว้างขึ้น โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่าเป็นจุดศูนย์กลางที่มีลำดับขั้นตอน ที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ของบุคคล ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ รวมถึงการเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และท้ายสุดคือ บทบาทและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งจะเห็นว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญโดยเริ่มจากบุคคลแต่ละบุคคลไปจนถึงระดับสังคม แต่ยังไม่ชัดเจนที่จะกำหนดความหมายไปในทางเดียวกัน เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับประชากรที่ใช้ในการศึกษา ระดับความเจ็บป่วยและการรักษา

จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาทั้งหมด จะพบว่าคุณภาพชีวิตนี้เป็นคำที่มีลักษณะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง ซึ่งดูเหมือนว่าจะรวมหลายมิติทั้งทางชีวภาพ จิตใจ อารมณ์ และสภาพสิ่งแวดล้อม (biopsychosocial) เข้าไว้ด้วยกัน จึงพอที่จะสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่าหมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก หรือความพึงพอใจของบุคคลต่อความผาสุกตามองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสำคัญในชีวิตของบุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และ สิ่งแวดล้อม

แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีที่มักถูกกล่าวถึงในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คือ Maslow's Hierarchy Needs Theory โดย Maslow⁽⁴⁰⁾ ซึ่งได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (basic human needs) โดยเชื่อว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการหรือลดความต้องการตามลำดับขั้น และเมื่อความต้องการต่าง ๆ ของบุคคลถูกขัดขวางหรือล้มเหลวเนื่องมาจากสาเหตุใดก็ตาม ก็จะส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ มากมายจากเล็กน้อยไปถึงขั้นรุนแรง ทฤษฎีนี้ได้มีการใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตอย่างแพร่หลาย โดยแบ่งความต้องการของบุคคลเป็น 7 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านสรีระ (physiological needs) ความต้องการน้ำ อาหาร อากาศ ที่พักอาศัย การได้ขับถ่ายของเสีย การได้รับการกระตุ้น และความรู้สึกสุขสบาย

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) มีบุคคลที่พึงพิง สามารถขอความช่วยเหลือได้ ไม่ตกอยู่ในความหวาดกลัว หรือถูกคุกคามต่าง ๆ สามารถควบคุมตัวเองในการกิน เดิน นั่ง นอน

ขั้นที่ 3 ความต้องการเป็นเจ้าของ (belongingness and love needs) ต้องการมีเพื่อน มีคนสนใจ มีคนเข้าใจที่ห่วงใยกัน มีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนความทุกข์ สุขกัน

ขั้นที่ 4 ความต้องการมีคุณค่า (esteem needs) ได้รับการยกย่อง ได้รับเกียรติ มีศักดิ์ศรีในความเป็นตัวของตัวเอง มีคุณค่าในความเป็นคนที่ดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะเกิดความตระหนักแท้ในตัวเอง (needs for selfactualization) เป็นความต้องการที่จะเข้าใจตนเองตามสภาพที่ตนเองเป็น เข้าใจถึงความสามารถและต้องการของตนเอง ยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง นับเป็นขั้นต้นความต้องการของตนเองปรารถนาที่จะเป็น

ขั้นที่ 6 ความต้องการที่จะรู้และเข้าใจ (desire to know and to understand) เป็นความต้องการที่จะศึกษาหาความรู้เพื่อเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ของชีวิต ซึ่งเป็นความพึงพอใจของงานตลอดจนความปรารถนาที่จะแสวงหาสิ่งที่มีคุณค่าให้แก่ชีวิต

ขั้นที่ 7 ความต้องการด้านสุนทรียะ เป็นความต้องการที่จะรู้จักเข้าถึง และความรู้สึกซาบซึ้งในสิ่งที่เป็นศิลปะจรรโลงใจ

ความต้องการทั้ง 7 ข้อนี้ ความต้องการ 4 ข้อแรก มีความจำเป็นที่ต้องรับการตอบสนอง ไม่งั้นแล้วจะทำให้บุคคลเกิดความเครียด เป็นทุกข์ ส่วนความต้องการ 3 ข้อหลัง อาจไม่เกิดกับทุกคน และเมื่อเกิดแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ก็ไม่ทำให้เดือดร้อนหรือเป็นทุกข์ แต่ถ้าได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจสูงขึ้น การที่บุคคลได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอยอมทำให้บุคคลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีไปด้วย ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือแต่ละเรื่อง ได้มีนักวิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตหรือดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ซึ่งมีส่วนแตกต่างกันไปบ้าง ในรายละเอียด ดังนี้

Ferrans และ Powers⁽⁴¹⁾ ได้วิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ George และ Bearon แล้วสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ประการ คือ

1. ด้านสุขภาพและหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการศึกษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย การพึงพอใจในชีวิตความสุขทั่วไป ความพึงพอใจในตนเอง การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา

4. ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว/คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ สุวิทนา อารีพรรค⁽⁴²⁾ ได้เสนอดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ดังนี้

ทางร่างกาย : อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย พลังงาน การออมทรัพย์
ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ทั้งในครอบครัวและการประกอบอาชีพ

ทางอารมณ์ : การพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณภาพ ประโยชน์ ความนิยมชมชอบในศิลปวัฒนธรรม
ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและต่อบุคคลอื่น ตลอดจนความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทางความคิด : ความสามารถในการป้องกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง ของครอบครัว และ
ของชุมชน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลก ชีวิตและชุมชน การศึกษา วิชาชีพ
การเป็นที่ยอมรับของชุมชนและการยอมรับตนเองตลอดจนการมีเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม

ทางจิตใจ : การมีคุณธรรมทั้งส่วนตัวและต่อสังคม เช่น เมตตากรุณา ซื่อสัตย์สุจริต
กตัญญูกตเวที ความจงรักภักดีต่อชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ ความ
เสียสละ และละเว้นอบายมุข รวมทั้งการมีจิตใจที่เป็นสุขปราศจากทุกข์ร้อน

ทางสิ่งแวดล้อม : แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ คือ ภาวะแวดล้อมที่บริสุทธิ์ เป็นระเบียบ และปราศจากมลพิษ มีทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีพและการคมนาคมสะดวก

2. สภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม คือการมีโอกาสที่เท่าเทียมกันในสังคมทั้งการศึกษา การประกอบอาชีพ ตลอดจนการได้รับการบริหารด้านต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของ สังคม ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปกครองที่ให้สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค ความเป็น

ธรรมด้านรายได้ และสังคม ความร่วมมือร่วมใจในชุมชน ความมีระเบียบวินัย มีความเห็นอกเห็นใจ และมีค่านิยมที่สอดคล้องกับหลักธรรมในศาสนา

Campbell⁽⁴³⁾ เสนอองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 3 ด้าน คือ

1. ทางกายภาพ (บ่นภาวะความหนาแน่นของประชากร และที่อยู่อาศัย)
2. ทางสังคม (การศึกษา สุขภาพอนามัย ความมั่นคงของครอบครัว)
3. ทางจิตวิทยา (ความพอใจ ความสำเร็จ ความผิดหวัง และคับข้องใจ)

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดคุณภาพชีวิต ก็มีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต และวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา รวมถึงผลกระทบจากโรคและการรักษา เช่นเดียวกับความแตกต่างในเรื่องของความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นยังไม่มีข้อตกลงที่แน่นอนว่าเรื่องใดควรจะรวมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต

Meeberg⁽⁴⁴⁾ ได้เสนอเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต ไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัยเป็นการประเมินโดยผู้อื่น วัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเอง

Frang-Stormberg⁽⁴⁵⁾ กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาเลือกเครื่องมือได้หลายรูปแบบ และหลายประเด็น

วิธีแรก คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative and quantitative data) เครื่องมือประเมินคุณภาพแบบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการระบุประเด็นเฉพาะที่มีผลกระทบจากโรค ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเปลี่ยนแปลง ส่วนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการระบุคะแนนประเด็นชีวิตสามารถนำไปคิดคะแนนโดยรวม

วิธีที่ 2 คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัย (Objective and subjective instrument) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย คือ การประเมินคุณภาพชีวิตโดย

บุคลการสุขภาพ ผู้ประเมินสามารถสังเกตได้โดยตรง ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยคือ การประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองโดยบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นตอบหรือให้ข้อมูล และเป็นการสะท้อนความรู้สึกที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง

นอกจากนี้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตตามโครงสร้างหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว (unidimension) ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่ง Cantril⁽⁴⁶⁾ ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหมดจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลนี้ถูกบังคับให้เลือกระหว่างหัวข้อ ปัญหา สัญลักษณ์ และสถานการณ์ต่าง ๆ ให้เป็นของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยแยกขอบเขตหรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตน โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

2. การประเมินโดยการพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ (multidimension) คุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง เช่น ภาวะสุขภาพ อากา ร ความเจ็บปวด การทำหน้าที่ที่ทางกายและทางสังคม ภาพลักษณ์ ครอบครัว เพศสัมพันธ์ การงานอาชีพ เศรษฐฐานะ และอารมณ์ เป็นต้น Padilla and Grant ให้ความเห็นว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิต บุคคลโดยทั่วไปมักเห็นว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิตซึ่งเป็นการสะท้อนความรู้สึกต่อการตอบสนองความต้องการของบุคคล ที่เป็นประสบการณ์ของบุคคลนั้นเป็นมิติที่สำคัญที่สุด ในทางจิตเวชนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตแทบจะไม่พบในส่วนของ การปฏิบัติ ซึ่ง Sartorius⁽⁴⁸⁾ ได้ให้เหตุผลหลายประการคือ

- อากา รของโรคทางจิตใจอาจเป็นการแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่แย่โดยเฉพาะอาการในกลุ่มของโรคซึมเศร้า โรคประสาทวิตกกังวล และบางกลุ่มของโรคทางบุคลิกภาพ
- ในกลุ่มโรคทางจิตใจที่มีลักษณะรุนแรงอาจทำให้มีความผิดปกติที่ทำให้มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ประเมินเป็นไปโดยยาก เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบประสาท ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านภาษา (aphasia) และโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะของความผิดปกติทาง Cognitive impairment

- การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจมักจะเป็นตราบาป (stigma) ในชีวิตของผู้ป่วยตราบาปนี้ ยังคงมีอยู่ แม้อาการของโรคจะหายไป และอาจจะเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในชีวิตที่ไม่ดี

- ผลข้างเคียงจากวิธีการรักษาทางจิตเวชที่รุนแรง เป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการวัดความสัมพันธ์ระหว่างโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะเฉพาะกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนนี้อาจจะเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวชแบบทุติยภูมิ เช่น กลุ่มอาการของโรคซึมเศร้าหลังจากเกิดอาการ tardive dyskinesia หรือการสูญเสียความจำระยะสั้นภายหลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

- ความแตกต่างวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อรูปแบบและความรุนแรงของโรคทางจิตใจ และอาการแสดงของโรคที่ยังคงอยู่ ทำให้ยากต่อการรวบรวมข้อมูลและศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของโรคทางจิตใจ

- ในบางโรค เช่น โรคจิตประเภทที่มีอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน หรือมีความช่างสงสัย อาจทำให้คำตอบมีลักษณะบิดเบือนไป หรือเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ต่อการประเมินคุณภาพชีวิตที่ขึ้นกับคำบอกเล่าของผู้ป่วย

ทั้ง ๆ ที่มีความลำบากในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตใจ แต่การประเมินคุณภาพชีวิตก็ยังคงเป็นส่วนที่สำคัญ เนื่องจากในปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบและวิธีการรักษาโรคทางจิตใจที่มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่ากรฟื้นฟูภายหลังการป่วย (rehabilitation) เริ่มมีความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง⁽⁴⁹⁾ มีความคิดว่า ไม่ว่าจะเป็นการประเมินเชิงอัตวิสัยหรือจิตวิสัย ก็ควรต้องครอบคลุมครบถ้วนทั้งด้านกาย จิต และสังคม ส่วนการเลือกใช้วิธีการวัดแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัญหาหรือคำถามการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น ๆ

Lehman ได้สรุปการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทางจิตเชิงคลินิก ดังนี้

- การเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตเวชนั้นมีความผูกพันกับการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้วย
- ในสหรัฐอเมริกา ประสบการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับเพศและเชื้อชาติของผู้ป่วย
- อาการและประสบการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนั้นมีความสำคัญ และมีส่วนในการสามารถพยากรณ์การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ
- สภาพชีวิตในเชิงอัตวิสัย และความพึงพอใจในชีวิตเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด

5. ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สุขภาพ อาชีพ ถิ่นที่อยู่ กรรมพันธุ์ ความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ของแต่ละบุคคล
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มลภาวะ เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนวัฒนธรรมประเพณี
3. ปัจจัยด้านระบบสาธารณสุขได้แก่ระบบการบริการทางสาธารณสุข ของรัฐและเอกชน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Pyne JM. และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง 100 คน และกลุ่มควบคุม 61 คน จาก San Diego โดยใช้ Quality of will - being Scale (QWB) , Hamilton Rating Scale for depression และ Beck depression inventory วัดแล้วพบว่า ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำลงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมาก

Ronnachai K.⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาสถานะทางคลินิกและความสามารถทางหน้าที่การงานของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 96 ราย ที่มารักษาในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้แบบวัด 4 อย่าง คือ SF-36, BASIS-32, HAM-D , CSQ ซึ่งแบบวัดทั้งหมดเป็นฉบับภาษาไทย พบว่า มีการสูญเสียทางหน้าที่การงานของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาอย่างชัดเจน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในความสามารถทางหน้าที่การงานค่อนข้างน้อย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตอบสนองของการรักษา คือ 1. รายได้ , 2. ปัญหาข้อขัดแย้งในครอบครัว และ 3. การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิดในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา และการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาอยู่ในระดับดี

Lehman และคณะ⁽⁵⁰⁾ ได้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังจำนวน 278 คน เกี่ยวกับลักษณะของบุคคล การดำรงชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตใน 8 หัวข้อ สภาพที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้เวลาว่าง การทำงาน สภาพการเงิน ความปลอดภัยและสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงในเรื่องการเงิน การว่างงาน ความปลอดภัย และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $P < .0001$ และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลกับสภาวะความเป็นอยู่ที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า จะมีความพึงพอใจมากขึ้นเมื่อมีการใช้ชีวิตร่วมกัน และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี และตัวแปรที่สามารถทำนายสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี คือ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา และ การใช้ยาในทางที่ผิด

Carpiniello และ คณะ⁽⁵¹⁾ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอาการ มาตรฐานการดำรงชีวิต และ คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า จำนวน 45 คน จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยโดยส่วนใหญ่แล้วไม่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการดำรงชีวิต การวินิจฉัย และการดำเนินโรค แต่จะมีบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรทางลักษณะทางสังคมประชากร นอกจากนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ทางคลินิกทั้งอาการทางจิตและอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตทางจิตวิสัย ในทางกลับกันพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ทัศนคติ หรือความคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยอย่างมีนัยสำคัญ

Awad และ Voruganti⁽⁵²⁾ ได้ศึกษาการวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตในโรคทางจิตเวช โดยแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในทางอายุรศาสตร์มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษารทดลองทางการแพทย์ และเป็นพื้นฐานของการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยนำไปใช้ทางอายุรศาสตร์ เช่น แผนกรังสี แผนกระบบหัวใจและหลอดเลือด และแผนกโรคทางข้อกระดูก และเมื่อเร็ว ๆ นี้ ได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของโรคทางจิตเวชกันมากขึ้น โดยมีแนวความคิดในการศึกษาวิจัย 5 ประการ คือ ความหมายของคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตเป็นแบบวัตถุวิสัยหรือจิตวิสัย ความมีนัยสำคัญของตัววัดคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตและบทบาทของคุณภาพชีวิต ในการจัดการทางการแพทย์และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แม้แนวความคิดเหล่านี้ยังไม่มีความชัดเจน แต่ก็เป็นที่ได้รับความสนใจกันมากขึ้นเกี่ยวกับแนวความคิดของคุณภาพชีวิต

พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ⁽⁵³⁾ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวชญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ พยาบาล อยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 67.8, 59.9 และ 63.3 ตามลำดับ และยังพบว่าปัจจัยทางเพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแล และพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพการเงินมีผลต่อผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

Weissmann M. และคณะ(1988)⁽¹²⁾ ศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าเรื้อรังใน 5 ชุมชนของประเทศสหรัฐอเมริกา คือ New Haven, Conn.; St. Louis, Mo.; Baltimore, Md.; Piedmont, N.C.; และ Los Angeles, Calif. เกี่ยวกับอัตราการเกิดโรค, ปัจจัยเสี่ยง จำนวนผู้ป่วย 18,572 ราย ระหว่างปี ค.ศ.1980 – ค.ศ.1983 พบว่ามีโรคประสาทซึมเศร้า (Dysthymia) ซึ่งมีภาวะโรคครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย เกือบร้อยละ 3 ของกลุ่มผู้ใหญ่ โดยมีภาวะเสี่ยงสูงในการเป็น major depression และbipolar disorderในกลุ่มวัยรุ่น ส่วน dysthymia เกิดในวัยกลางคนและผู้สูงอายุมาก

Greenberg P. และคณะ(1993)⁽¹³⁾ ได้ศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในโรคซึมเศร้าในปี ค.ศ. 1990 โดยการคาดการณ์จำนวนค่าใช้จ่ายเป็นดอลลาร์ของโรคซึมเศร้าในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีค่าใช้จ่ายทั้งหมด 43.7 ล้านดอลลาร์ โดยใช้เป็นค่าใช้จ่ายทางตรง 12.4 ล้านดอลลาร์ เกี่ยวกับการเสียชีวิตใช้ประมาณ 7.5 ล้านดอลลาร์ เกี่ยวกับทางด้านการป่วยจะใช้จ่ายประมาณ 23.8 ล้านดอลลาร์

Barge – Schaapveld DQ. และคณะ(1995)⁽¹⁵⁾ ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันว่ามีความสัมพันธ์ต่อการทำให้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้น โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ศึกษาจะทำการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันทั้งทางด้านที่อยู่อาศัย , งานบ้าน , เวลาว่าง , และทางสังคม จะทำการวัดอาการทางคลินิก 10 ครั้ง/วัน ทำแบบนี้ 6 วัน โดยวัดก่อนและหลังการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันจะมีการเพิ่มอารมณ์ทางบวก และลดอารมณ์ทางลบลง เพราะผู้ป่วยจะไม่มีเวลาว่างอยู่ตามลำพังนานๆ และการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในชีวิตประจำวันนี้ต้องทำควบคู่ไปกับการรักษาทางคลินิกด้วยซึ่งจะทำให้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น

Grant GM. และคณะ(1995)⁽¹⁶⁾ ศึกษาถึงประสิทธิภาพด้านการบำบัดด้วยการอ่านหนังสือในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 16 คน ที่สมัครใจและสนใจในการอ่านหนังสือ โดยไม่มีภาวะโรคอื่นมาเกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยลงขณะที่มีการบำบัดด้วยการให้อ่านหนังสือและสิ่งหนึ่งที่จะส่งเสริมให้การบำบัดด้วยการอ่านหนังสือมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นนั้น ต้องจัดกลุ่มในผู้ป่วยที่มีทักษะและสนใจในด้านการอ่านหนังสือมากๆ

Ronnachai K. (1999)⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาสถานะทางคลินิกและความสามารถทางหน้าที่การงานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 96 ราย ที่มารักษาในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้แบบวัด 4 อย่างคือ SF-36, BASIS-32, HAM-D, CSQ ซึ่งแบบวัดทั้งหมดเป็นฉบับภาษาไทย พบว่า มีการสูญเสียทางหน้าที่การงานของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาอย่างชัดเจน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น กับ การเปลี่ยนแปลงในความสามารถทางหน้าที่การงานค่อนข้างน้อย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตอบสนองของการรักษาคือ 1) รายได้, 2) ปัญหาข้อขัดแย้งในครอบครัว และ 3) การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาอยู่ในระดับดี

Lehman AF. และคณะ (1982)⁽¹⁷⁾ ได้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและความพึงพอใจการดำรงชีวิต 8 หัวข้อ ได้แก่ สถานที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้เวลาว่าง การทำงาน การเงิน ความปลอดภัยและสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงในเรื่องการเงิน การทำงาน ความปลอดภัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม ที่ระดับ $p \leq 0.0001$

Wang (1998)⁽¹⁸⁾ ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต โดยรวบรวมจากหลายงานวิจัยหลังปี 1985 จำนวน 21 งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ทางด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ด้านการทำงาน และคุณภาพชีวิต และในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปอาจข้อมูลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมใส่เข้าไปในงานวิจัย เพื่อดูผลของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นๆต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Brugha TS.(1997)⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลระยะสั้นของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า episode แรก และการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า กับการเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกันและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทำการศึกษาในคนไข้จิตเวชจำนวน 130 คนมีทั้งชายและหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตต่างกัน พบว่า ทั้งภาวะความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น จะสัมพันธ์กับผลระยะสั้นของภาวะโรคซึมเศร้าช่วงแรกและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมในบางส่วนจะมีความสำคัญที่จะช่วยชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างการป่วยในครั้งแรกและระยะต่อมาที่จะกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ที่มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช

ประชากรตัวอย่าง (Population samples) คือ ผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังที่มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชของโรงพยาบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ,โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา,โรงพยาบาลศรีธัญญาที่คัดเลือกมาจากการสุ่มอย่างง่ายในจำนวนโรงพยาบาลที่มีแผนกจิตเวชและอยู่ในกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง (Samples) เป็นผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังที่มารับบริการรักษา ในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาล 3 แห่งดังกล่าว โดยผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานวิจัยนี้

ขนาดตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยการใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา⁽²³⁾ คือ $n = Z^2 PQ / d^2$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปผลเท่ากับ 95 %

$Z_{\infty} = Z_{0.05} = 1.96$

P = สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ซึ่งได้มาจากการทำ Pilot Study จำนวน 30 ราย = 0.83 และพบว่าในแต่ละวัน จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังที่เข้ามาับการรักษา ประเภทผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช คิดเป็นอัตราส่วน 2 : 8

$Q = 1 - P = 0.17$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% = 0.05

แทนค่า $n = \frac{(1.96)^2(0.83)(0.17)}{(0.05)^2} = 216.8$ คิดเป็น 217 คน

วิธีเลือกตัวอย่าง (Sampling Techniques) การศึกษาวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึ่มเศร่ารุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึ่มเศร่ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึ่มเศร่ารุนแรงชนิดเรื้อรัง เนื่องด้วจากการศึกษาข้อมูลการมารับบริการการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึ่มเศร่ารุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่าผู้ป่วยโรคซึ่มเศร่ารุนแรงนี้มีปริมาณน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นมาก อีกทั้งสถิติการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคซึ่มเศร่ารุนแรงที่จะมารับรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอั้นมีจำนวนน้อย ดังนั้นโอกาสที่จะพบผู้ป่วยโรคซึ่มเศร่ารุนแรงที่มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาศึกษาอย่างแท้จริงก็น้อย ทำให้การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึ่มเศร่ารุนแรง และมีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาศึกษาในงานวิจัยนี้ โดยมาทำการรักษาในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ จนครบตามจำนวนที่ทำการศึกษา โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ตัวอย่างทั้งหมด 217 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคซึ่มเศร่ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ตามอัตราส่วน 2 : 8 จากจำนวนผู้ป่วย 217 คน แบ่งเป็น 10 ส่วน ดังนั้น 1 ส่วน เท่ากับ 21.7

จึงแบ่งเป็น จำนวนผู้ป่วยโรคซึ่มเศร่ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน 2 ส่วน เท่ากับ 43.4 คิดเป็น 43 คน

จำนวนผู้ป่วยโรคซึ่มเศร่ารุนแรงชนิดเรื้อรัง 8 ส่วน เท่ากับ 173.6 คิดเป็น 174 คน

สถิติ จำนวนผู้ป่วยนอกโรคซึ่มเศร่ารุนแรงของโรงพยาบาลจุฬา 2232 คน

จำนวนผู้ป่วยนอกโรคซึ่มเศร่ารุนแรงของโรงพยาบาลสมเด็จพระยาเจ้าพระยา 7,133 คน

จำนวนผู้ป่วยนอกโรคซึ่มเศร่ารุนแรงของโรงพยาบาลศรีธัญญา 6289 คน

โดยคิดจำนวนผู้ป่วยเป็นอัตราส่วนของโรงพยาบาลจุฬา : โรงพยาบาลสมเด็จพระยา :

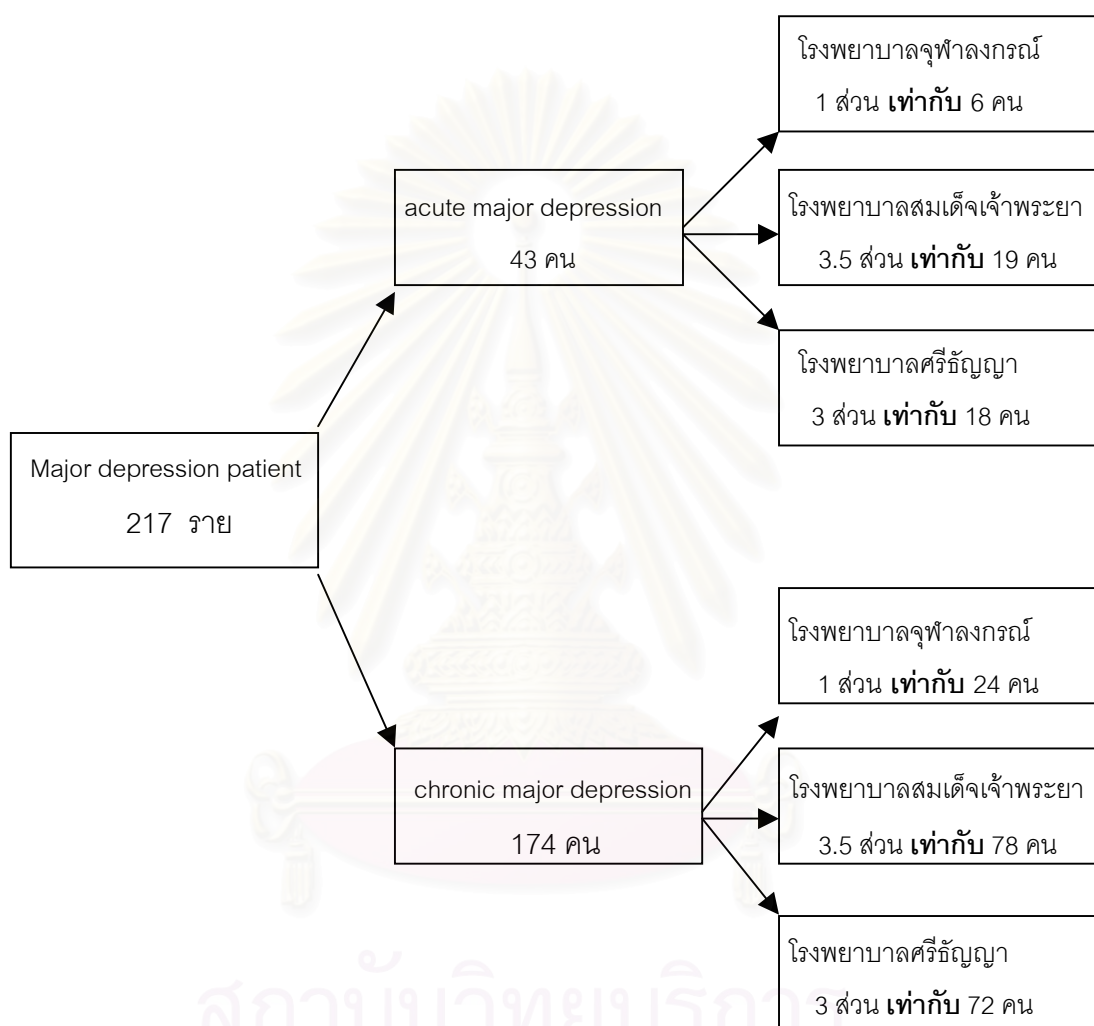
โรงพยาบาลศรีธัญญา = 1 : 3.5 : 3

โดยการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลจะมีการแบ่งจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตามอัตราส่วนที่คำนวณได้แผนภาพดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 1 อัตราส่วนประชากรที่ศึกษา แบ่งดังนี้คือ

acute major depression : chronic major depression เท่ากับ 2 : 8



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **แบบบันทึกประวัติ** และข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รายละเอียดในภาคผนวก)

2. **แบบประเมินคุณภาพชีวิต** คือ Short form 36 Health Survey Thai version; SF-36 พัฒนามาจาก The International Quality of life Assessment; IQOLA และมีการแปลความหมายไปใช้ในหลายประเทศและแบบวัดนี้ได้รับการดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดย

นายแพทย์รณชัย คงสกนธ์^(24,25,26) และได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดให้เหมาะสมกับประชากรในประเทศไทย (ซึ่งจะมีรายละเอียดในภาคผนวก) และแบบสอบถามนี้ได้รับการพิจารณาเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และพิจารณาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.92

ซึ่งแบบวัดนี้มีการวัดภาวะสุขภาพทั่วไปในหลายด้านและมีข้อคำถามที่กว้างใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ แต่เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการวัดคุณภาพชีวิตโดยตรงจำนวน 35 ข้อ ส่วนข้อคำถามอีก 1 ข้อ คือข้อ 2 นั้นเป็นการถามให้เปรียบเทียบภาวะสุขภาพว่าเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมามาเท่านั้น จึงไม่ต้องนำคะแนนมาคิด ส่วนในข้อคำถามทั้ง 35 ข้อนั้น แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่

- 1.ด้าน general health perception มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,33,34,35,36
- 2.ด้าน physical functioning มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
- 3.ด้าน role limitation due to physical มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13,14,15,16
- 4.ด้าน bodily pain มีข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21,22
- 5.ด้าน social functioning มีข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20,32
- 6.ด้าน mental health มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 24,25,26,28,30
- 7.ด้าน role limitation due to emotional มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17,18,19
- 8.ด้าน vitality มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23,27,29,31

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง จึงได้นำแบบสอบถามนี้มาทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 30 คนที่ไม่ใช่ตัวอย่างประชากรจริงในการศึกษาคั้งนี้มาคำนวณหาสัดส่วนความชุกของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง และเนื่องจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 350 คะแนน ซึ่งมีหลักการให้คะแนนดังนี้

การให้คะแนน

1.ด้าน general health perception

ข้อคำถามข้อ 1	คำตอบ	คะแนน
	ดีเยี่ยม	10
	ดีมาก	7.5
	ดี	5
	พอใช้	2.5
	ไม่ดีเลย	0

ข้อคำถาม 34และ36 เป็นข้อคำถามเชิงบวก ส่วนข้อคำถาม 33และ35 เป็นข้อคำถามเชิงลบ

คำตอบ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ถูกต้องมากที่สุด	10	0
ถูกต้องส่วนมาก	7.5	2.5
ไม่ทราบ	5	5
ไม่ถูกต้องส่วนมาก	2.5	7.5
ไม่ถูกต้องเลย	0	10

2. ด้าน physical functioning มี 10 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 3-12 ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนน
มีผลมาก	0
มีบ้างเล็กน้อย	5
ไม่มีผล	10

3. ด้าน role limitation due to physical มี 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 13,14,15และ16 ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนน
ใช่	0
ไม่ใช่	10

4. ด้าน bodily pain มี 2 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 21และ 22 ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนน
ไม่เลย	10
เพียงเล็กน้อย	7.5
ปานกลาง	5
รุนแรง	2.5
รุนแรงมาก	0

5. ด้าน social functioning มี 2 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 20 และ 32 ให้คะแนนดังนี้

ข้อ 20		ข้อ 32	
คำตอบ	คะแนน	คำตอบ	คะแนน
ไม่เลย	10	ตลอดเวลา	0
เพียงเล็กน้อย	7.5	เกือบตลอดเวลา	2.5
ปานกลาง	5	บางเวลา	5
ค่อนข้างมาก	2.5	นานๆครั้ง	7.5
มาก	0	ไม่รบกวน	10

6. ด้าน mental health มี 5 ข้อคำถามทั้งหมด ได้แก่ ข้อ 24,25,26,28,30 โดยข้อ 24,25,28 เป็นข้อคำถามเชิงลบ ส่วนข้อ 26,30 เป็นข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ข้อคำถามเชิงลบ	ข้อคำตอบเชิงบวก
ไม่มีเลย	10	0
นานๆครั้ง	8	2
บางเวลา	6	4
บ่อยๆ	4	6
เกือบตลอดเวลา	2	8
ตลอดเวลา	0	10

7. ด้าน role limitation due to emotional มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17,18,19 ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนน
ใช่	0
ไม่ใช่	10

8. ด้าน vitality มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23,27,29,31 โดยข้อ 23,27 เป็นข้อคำถามเชิงบวก ส่วนข้อ 29,31 เป็นข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ไม่มีเลย	0	10
นานๆครั้ง	2	8
บางเวลา	4	6
บ่อยๆ	6	4
เกือบตลอดเวลา	8	2
ตลอดเวลา	10	0

การคิดคะแนนรวมทั้งหมดของแบบประเมินคุณภาพชีวิต แสดงดังนี้

ข้อคำถามแบบประเมินคุณภาพชีวิต 8 ด้าน มีทั้งหมด 35 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยคิดเป็นคะแนนดังนี้

ด้านที่ 1 มี 5 ข้อ รวมได้	50	คะแนน
ด้านที่ 2 มี 10 ข้อ รวมได้	100	คะแนน
ด้านที่ 3 มี 4 ข้อ รวมได้	40	คะแนน
ด้านที่ 4 มี 2 ข้อ รวมได้	20	คะแนน
ด้านที่ 5 มี 2 ข้อ รวมได้	20	คะแนน
ด้านที่ 6 มี 5 ข้อ รวมได้	50	คะแนน
ด้านที่ 7 มี 3 ข้อ รวมได้	30	คะแนน
ด้านที่ 8 มี 4 ข้อ รวมได้	40	คะแนน
คะแนนเต็ม	350	คะแนน

คะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ SF-36 นี้ มีคะแนนเต็ม 350 คะแนน โดยรวมข้อคำถามทั้ง 8 ด้าน 35 ข้อคำถาม เนื่องจากการศึกษาข้อมูลครั้งนี้ พบว่าลักษณะของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงไม่ได้มีการกระจายแบบปกติ

โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลได้ค่า \bar{X} รวมของคะแนนคุณภาพชีวิต = 211.02

SD ของคะแนนคุณภาพชีวิต = 64.13

Min ของคะแนนคุณภาพชีวิต = 54

Max ของคะแนนคุณภาพชีวิต = 350

ผู้วิจัยได้แบ่งระดับช่วงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงทั้งหมดเทียบเป็นระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ โดยเริ่มที่ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดของการวิจัยนี้คือ 54 ถึงที่คะแนนสูงสุดของผลการวิจัยนี้คือ 350 ซึ่งช่วงระหว่างคะแนนทั้ง 2 ค่าคิดเป็น 100 % ดังนั้นที่ระดับ P_{50} คือ 202 คะแนน และที่ระดับ P_{75} คือ 276 คะแนน เมื่อมาเขียนเป็นช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ จะได้คะแนนเป็น 3 กลุ่มดังนี้ คือ

ช่วงคะแนน	> P_{50}	เป็นกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตดี
	$P_{50} - P_{75}$	เป็นกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตปานกลาง
	< P_{50}	เป็นกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า คือ Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (HAM-D) ซึ่งมีการพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และคณะ⁽²⁷⁾ โดยแบบวัดประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ โดยเป็นการประเมินในด้านจิตใจ อาการทางกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) แบบวัดนี้มีการทดสอบความเชื่อถือได้ของการวัด (reliability) และ ความสอดคล้องของการวัด (consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบอดเท่ากับ 0.738 ในแต่ละข้อคำถามมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 และ 0 ถึง 4 โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังนี้คือ 0-7 = no depression, 8-12 = mild depression, 13-17 = less than major depression, 18-29 = major depression, 30⁺ = more than depression หรือ psychotic

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยาโรงพยาบาลศรีบุญญา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช ที่มารับบริการทุกรายในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง ตามเกณฑ์ DSM และเข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมในการวิจัยนี้ จากนั้นศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แล้วนำแบบสอบถาม SF-36 มาให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม และนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสังคมศาสตร์ (Statistical package for the social: SPSS version 10.01) ซึ่งใช้การวิเคราะห์ โดยวิธีการทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยการแสดงข้อมูลเป็นร้อยละ ,ค่าเฉลี่ย,และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ,maximum และ minimum เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) คือ Mann-whitney เพื่อดูความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง , Pearson correlation เพื่อดูปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และRegression เพื่อดูปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงทั้ง 2 กลุ่ม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง จำนวน 174 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน จำนวน 43 คน จากแหล่งการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้รวม 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งแสดงผลการวิจัยเป็นลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1** ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา
- ตอนที่ 2** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้าน ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง
- ตอนที่ 3** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง
- ตอนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนคุณภาพชีวิตและค้นหาตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวม
- ตอนที่ 5** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนคุณภาพชีวิตและค้นหาตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ชนิดเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	หมายถึง	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
SE	หมายถึง	ค่าความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาด
P – value	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติ
*	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
**	หมายถึง	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของประชากร

ลักษณะของประชากร	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิด เรื้อรัง (จำนวน/ร้อยละ)	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ชนิดเฉียบพลัน (จำนวน/ร้อยละ)	รวม (จำนวน/ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	47 (27)	8 (18.6)	55 (25.3)
หญิง	127 (73)	35 (81.4)	162 (74.7)
อายุ			
20 – 40 ปี	53 (30.5)	21 (48.8)	74 (34.1)
41 – 60 ปี	121 (69.5)	22 (51.2)	143 (65.9)
	mean (SD) 44.76 (11)	mean (SD) 43.53 (10.59)	
สถานภาพสมรส			
โสด	42 (24.1)	10 (23.3)	52 (23.9)
คู่	110 (63.2)	28 (65.1)	138 (63.5)
หม้าย/หย่า/ร้าง, แยก	22 (12.6)	5 (11.6)	27 (12.6)
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา	14 (8)	3 (7)	17 (7.8)
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	115 (66.1)	31 (72.1)	146 (67.2)
อนุปริญญา	25 (14.4)	2 (4.7)	27 (12.5)
ปริญญาตรีขึ้นไป	20 (11.5)	7 (16.3)	27 (12.5)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะของประชากร	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิด เรื้อรัง (จำนวน/ร้อยละ)	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ชนิดเฉียบพลัน (จำนวน/ร้อยละ)	รวม (จำนวน/ร้อยละ)
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	67 (38.5)	10 (23.3)	77 (35.5)
นักเรียน/นักศึกษา	4 (2.3)	1 (2.3)	5 (2.3)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	17 (9.8)	2 (4.7)	19 (8.7)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	44 (25.3)	17 (39.5)	61 (28.1)
รับจ้าง	29 (16.7)	10 (23.3)	39 (17.9)
เกษตกรรวม	13 (7.5)	3 (7)	16 (7.5)
รายได้			
ไม่มีรายได้	43 (24.7)	13 (30.2)	56 (25.8)
น้อยกว่า 5,000	57 (32.7)	8 (18.6)	65 (29.9)
5,001 – 10,000	37 (21.3)	10 (23.3)	47 (21.6)
มากกว่า 10,000	37 (21.3)	12 (27.9)	49 (22.7)
เข้ารับการรักษาใน ร.พ. (นอนพัก)			
เคย	74 (42.5)	24 (55.8)	98 (45.2)
ไม่เคย	100 (57.5)	19 (44.2)	119 (54.8)
ปัญหาสุขภาพทางกาย			
มี	68 (39.1)	22 (51.2)	90 (41.5)
ไม่มี	106 (60.9)	21 (48.8)	127 (58.5)
การมีญาติดูแลขณะเจ็บป่วยครั้งนี้			
มี	140 (80.5)	34 (79.1)	174 (80.2)
ไม่มี	34 (19.5)	9 (20.9)	43 (19.8)
การช่วยเหลือจากญาติด้านการพามา รับยา			
มี	111 (63.8)	29 (67.4)	140 (64.5)
ไม่มี	63 (36.2)	14 (32.6)	77 (35.5)
การยอมรับและสัมพันธ์ภาพต่อการเจ็บ ป่วยครั้งนี้			
ได้	166 (95.4)	40 (93.0)	206 (94.9)
ไม่ได้	8 (4.6)	3 (7)	11 (5.1)

ลักษณะของประชากร	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง (จำนวน/ร้อยละ)	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน (จำนวน/ร้อยละ)	รวม (จำนวน/ร้อยละ)
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา			
มี	37 (21.3)	10 (23.3)	47 (21.7)
ไม่มี	137 (78.7)	33 (76.7)	170 (78.3)
ปัญหาครอบครัว			
มี	21 (12.1)	9 (20.9)	30 (13.8)
ไม่มี	153 (87.9)	34 (79.1)	187 (86.2)
ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	mean(SD)=21.23 (1.76) min=18 max=25	mean(SD)=24.02 (1.77) min=20 max=27	

จากตารางที่ 2

พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน จำนวน 43 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.4 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41 – 60 ปี โดยพบร้อยละ 51.2 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.1 ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 72.1 ส่วนใหญ่ค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 39.5 และไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 30.2 และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาตัวแบบนอนในโรงพยาบาล ร้อยละ 55.8 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยการใช้แบบวัด HAM-D มีคะแนนเฉลี่ย 24.02 และมีปัญหาสุขภาพทางกายร้อยละ 51.2 ไม่มีญาติให้การดูแลอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ ร้อยละ 20.9 ไม่มีญาติให้การช่วยเหลือด้านการพามาเข้ารับการรักษา ร้อยละ 32.6 ไม่ได้รับการยอมรับและสัมพันธ์ภาพต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้อยู่ ร้อยละ 7 มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้ ร้อยละ 23.3 และมีปัญหาครอบครัวร้อยละ 20.9

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง จำนวน 174 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41 – 60 ปี โดยพบร้อยละ 69.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.2 ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 66.1 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยรวมที่เป็นแม่บ้านด้วยร้อยละ 38.5 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 32.7 และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาตัวแบบนอนในโรงพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 57.5 ระดับความรุนแรงของการซึมเศร้า โดยการใช้แบบวัด HAM-D มีคะแนนเฉลี่ย 21.23 และมีปัญหาสุขภาพทางกายร้อยละ 39.1 ไม่มีญาติให้การดูแลอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ ร้อยละ 19.5 ไม่มีญาติให้การช่วยเหลือด้านการพามาเข้ารับการรักษา ร้อยละ 36.2 ไม่ได้รับการ

ยอมรับและสัมพันธ์ภาพต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้อ้อยละ 4.6 มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้อ้อยละ 21.3 และมีปัญหาครอบครัวร้อยละ 12.1

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้าน ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง

	GP	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
Mann-Whitney U	2717.50	2251.00	2431.50	2331.50	2387.00	2348.50	2644.50	2378.50
Wilcoxon W	3663.50	3197.00	3377.50	3277.50	3333.00	3294.50	3590.50	3324.50
Z	-2.784	-4.066	-3.643	-3.948	-3.745	-3.875	-2.987	-3.704
Asymp. Sig.(2-tailed)	0.005*	0.000*	0.012*	0.000*	0.002*	0.000*	0.003*	0.000*

*p < 0.05

จากตารางที่ 3

คุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

	ระดับคุณภาพชีวิต
Mann – Whitney U	2080.000
Wilcoxon W	3026.000
Z	-4.505
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.000*

* p< 0.05

จากตารางที่ 4

พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของช่วงคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง

	ชนิดเรื้อรัง จำนวน / ร้อยละ	ชนิดเฉียบพลัน จำนวน / ร้อยละ	df	X ²	p-value
ช่วงคะแนนคุณภาพชีวิตเป็น (เปอร์เซ็นต์ไทล์)					
< P ₅₀	55 (31.6)	29 (67.4)	2	18.74	<0.001**
P ₅₀ -P ₇₅	97 (55.7)	12 (27.9)			
> P ₇₅	22 (12.6)	2 (4.7)			

** p < 0.01

จากตารางที่ 5

พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ที่จำแนกตามช่วงระดับคะแนนคุณภาพชีวิต 3 ระดับนั้นมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน มีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนนที่ต่ำกว่า P₅₀ ลงมา (คุณภาพชีวิตระดับต่ำ) คิดเป็นร้อยละ 67.4 รองลงมาคือช่วงคะแนนที่อยู่ระหว่าง P₅₀-P₇₅ (คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง) คิดเป็นร้อยละ 27.9 และช่วงคะแนนที่มากกว่า P₇₅ (คุณภาพชีวิตระดับดี) คิดเป็นร้อยละ 4.7 ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนนที่อยู่ระหว่าง P₅₀-P₇₅ (คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง) คิดเป็นร้อยละ 55.7 รองลงมาคือช่วงคะแนนที่อยู่ต่ำกว่า P₅₀ ลงมา (คุณภาพชีวิตระดับต่ำ) คิดเป็นร้อยละ 31.6 และช่วงคะแนนที่มากกว่า P₇₅ (คุณภาพชีวิตระดับดี) คิดเป็นร้อยละ 12.6

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ และค้นหาตัวพยากรณ์ ที่สามารถพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวม

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวม

ตัวแปรอิสระ	สัมประสิทธิ์ของเบต้า	P-value
คะแนนคุณภาพชีวิต		
• ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	-0.390	<0.001**
• ปัญหาครอบครัว	0.306	<0.001**
• ปัญหาสุขภาพทางกาย	-0.254	<0.001**

**P < 0.01

จากตารางที่ 6

พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ปัญหาครอบครัว และการมีปัญหาสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณของตัวพยากรณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวม

ตัวพยากรณ์	B	SE	β	t	P
• ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	-10.87	1.88	-0.35	-5.76	<0.001*
• มีปัญหาครอบครัว	-47.27	11.34	-0.25	-4.16	0.003*

* p < 0.05

a = 0.231 SE = 56.23

R = 0.495 R² = 0.245

จากตารางที่ 7

พบว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวมนั้นมี 2 ตัวแปร คือ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงได้ ร้อยละ 24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ และค้นหาตัวพยากรณ์ ที่สามารถพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน

ตัวแปรอิสระ	สัมประสิทธิ์ของเบี่ยงเบน	P-value
คะแนนคุณภาพชีวิต		
• ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	-0.318	0.038*
• มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา	0.355	0.020*
• สถานภาพสมรส	-0.630	<0.001*

** P < 0.01 , *P < 0.05

จากตารางที่ 8

พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ปัจจัยด้านปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวพยากรณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน

ตัวพยากรณ์	B	SE	β	t	P
• ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	-20.19	3.50	-0.635	-5.76	<0.001*
• มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา	-46.86	14.75	-0.357	-3.17	0.003*

*P < 0.05

a = 0.463 SE = 41.19

R = 0.699 R² = 0.488

จากตารางที่ 9

พบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันมี 2 ตัวแปร คือ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และปัจจัยด้านปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันได้ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รุนแรงชนิดเรื้อรัง

ตัวแปรอิสระ	สัมประสิทธิ์ของเบต้า	P-value
คะแนนคุณภาพชีวิต		
● มีปัญหาครอบครัว	.292	<0.001**
● ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	-.211	0.005**
● ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.202	0.008**
● มีปัญหาสุขภาพทางกาย	.267	<0.001**

* *P < 0.01

จากตารางที่ 10

พบว่าปัญหาครอบครัว ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการมีปัญหาสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวพยากรณ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รุนแรงชนิดเรื้อรัง

ตัวพยากรณ์	B	SE	β	t	P
● มีปัญหาครอบครัว	-54.70	13.50	-.286	-4.05	<0.001*
● ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-2.68	0.99	-.189	-2.70	0.007*
● ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	-6.91	2.50	-.194	-2.76	0.006*

* p < 0.05

a = 0.158

SE = 57.42

R = 0.422

R² = 0.178

จากตารางที่ 11

พบว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รุนแรงชนิดเรื้อรังมี 3 ตัวแปร คือ ปัญหาครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รุนแรงชนิดเรื้อรังได้ ร้อยละ 17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังและศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ DSM-IV แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา และโรงพยาบาลศิริราช รวมจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังทั้งหมด 217 คน แยกเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน จำนวน 43 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง จำนวน 174 คน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ 1.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2.แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ SF-36

3.แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยใช้ HAM-D

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมSPSS/PC⁺ (Statistical Package For Social Science) โดยใช้ค่าสถิติดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ต่างๆ
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง โดยใช้ Mann-Whitney Test
3. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยใช้ Mann-Whitney Test
4. เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้ Pearson Correlation
5. เพื่อค้นหาตัวพยากรณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง โดยใช้ Multiple Linear Regression แบบ Stepwise

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.4 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 18.6 มีช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.2 และช่วงอายุ 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.8 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.1 สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 23.3 และสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/ร้าง/แยก คิดเป็นร้อยละ 11.6 ด้านระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.1 รองลงมาคือระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16.3 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 39.5 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งรวมกลุ่มแม่บ้านด้วย คิดเป็นร้อยละ 23.3 และรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 23.3 และส่วนใหญ่มีไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 30.2 รองลงมาคือมีรายได้มากกว่า 10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.9 การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 44.2 และกลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 55.8 และมีปัญหาสุขภาพทางกาย คิดเป็นร้อยละ 51.2 ไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย คิดเป็นร้อยละ 48.8 การไม่มีญาติให้การดูแลขณะเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 20.9 มีญาติให้การดูแลขณะเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 79.1 และไม่มีญาติให้การช่วยเหลือด้านการพามาเข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 32.6 มีญาติให้การช่วยเหลือด้านการพามาเข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 67.4 และการได้รับการยอมรับและสัมพันธ์ภาพต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 93 ไม่ได้ได้รับการยอมรับและสัมพันธ์ภาพต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 7 และมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 23.3 ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 76.7 ด้านการมีปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 20.9 และไม่มีปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 79.1 คะแนนระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ย 24.02

ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 27 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.5 และช่วงอายุ 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.5 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.2 สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 24.1 และสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/ร้าง/แยก คิดเป็นร้อยละ 12.6 ด้านระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.1 รองลงมาคือระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.4 และอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งรวมกลุ่มแม่บ้านด้วย คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมาคือค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 25.3 และอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 16.7 และรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.7 รองลงมาคือกลุ่มที่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 24.7 การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมา

ก่อน คิดเป็นร้อยละ 57.5 และกลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 42.5 และมีปัญหาสุขภาพทางกาย คิดเป็นร้อยละ 39.1 ไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย คิดเป็นร้อยละ 60.9 การไม่มีญาติให้การดูแลขณะเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 19.5 มีญาติให้การดูแลขณะเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 80.5 ไม่มีญาติให้การช่วยเหลือด้านการพามาเข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 36.2 และมีญาติให้การช่วยเหลือด้านการพามารับการรักษา นั้น คิดเป็นร้อยละ 63.8 การได้รับการยอมรับและสัมพันธ์ภาพต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 95.4 และไม่ได้รับการยอมรับและสัมพันธ์ภาพต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 4.6 ส่วนการมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 21.3 และไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 78.7 กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 12.1 ไม่มีปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 87.9 และคะแนนระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ย 21.23

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ General health perception, Physical functioning, Role limitation due to Physical, Bodily pain, Social functioning, Mental health, Role limitation due to Emotional, Vitality พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน มีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนนที่ต่ำกว่า P_{50} ลงมา (คุณภาพชีวิตระดับต่ำ) คิดเป็นร้อยละ 67.4 รองลงมาคือช่วงคะแนนที่อยู่ระหว่าง P_{50} - P_{75} (คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง) คิดเป็นร้อยละ 27.9 และช่วงคะแนนที่มากกว่า P_{75} (คุณภาพชีวิตระดับดี) คิดเป็นร้อยละ 4.7 ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนนที่อยู่ระหว่าง P_{50} - P_{75} (คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง) คิดเป็นร้อยละ 55.7 รองลงมาคือช่วงคะแนนที่อยู่ต่ำกว่า P_{50} ลงมา (คุณภาพชีวิตระดับต่ำ) คิดเป็นร้อยละ 31.6 และช่วงคะแนนที่มากกว่า P_{75} (คุณภาพชีวิตระดับดี) คิดเป็นร้อยละ 12.6

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และค้นหาตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวพยากรณ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวม คือ 1. ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 2. ปัจจัยด้านปัญหาครอบครัว ที่สามารถเข้าพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และค้นหาตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

5.1 ตัวพยากรณ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน คือ 1.ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 2.ปัจจัยด้านปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ที่สามารถใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 48

5.2 ตัวพยากรณ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง คือ 1.ปัจจัยด้านปัญหาครอบครัว 2.ระยะเวลาการเจ็บป่วย 3.ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ที่สามารถใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ส่วนใหญ่พบเหมือนกันคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่ทำการศึกษานั้นเป็นในกลุ่มเพศหญิง มากกว่าเพศชาย และมีช่วงอายุที่พบในช่วง 41-60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษา นั้นแสดงว่าอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรงของเพศหญิง มีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกา ทวิชาชาติ และกรมสุขภาพจิต (2540)⁽⁶⁾ ได้สำรวจประชากรกรุงเทพฯ ประมาณ 3,000 คน เป็นหญิงร้อยละ 68 และชาย ร้อยละ 32 และเป็นที่ยอมรับกันว่าภาวะหรือโรคซึมเศร้าเป็นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยหญิงโสดมีอัตราการป่วยต่ำกว่าหญิงที่สมรสแล้ว และความแตกต่างที่ทำให้เพศหญิงมีอัตราการป่วยมากกว่าเพศชายนั้นน่าจะมาจากสาเหตุด้านชีวภาพ เช่น ฮอร์โมนเพศ ความรับผิดชอบทั้งด้านการงานและครอบครัว นอกจากนี้ผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นจะมีประวัติเคยถูกล่วงลามทางเพศในวัยเด็ก (Weiss et al 1999, Levitan et al 1998)^(54,55) และการเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นพบว่า มีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 55.8 ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันนั้น จะมีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเฉลี่ยมากกว่าในกลุ่มชนิดเรื้อรัง ซึ่งแสดงว่าสภาพทางอารมณ์ และสถานภาพทั่วไปของผู้ป่วยนั้นอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด เพราะไม่สามารถควบคุมตัวเองได้เหมือนคนปกติอื่นๆ ดังนั้นจึงมีอัตราการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า ในกลุ่มชนิดเรื้อรัง

ด้านอายุที่พบในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วง 41 – 60 ปีมากที่สุด ซึ่งพบว่าจะเป็นกับบุคคลที่อยู่ในช่วงของวัยทำงานที่มีความรับผิดชอบ และปัญหาต่าง ๆ ผ่านเข้ามาในชีวิตมากช่วงหนึ่ง และจากการเก็บข้อมูลทั้งหมด กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงทั้ง 2 กลุ่มนี้ จะมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีรายได้น้อย คือน้อยกว่า 5000 บาท/เดือน อาชีพก็จะเป็นผู้ที่ไม่มีอาชีพ หรือแม่บ้านที่ต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน มีการพบปะผู้คนน้อยกว่าผู้ที่มีการทำงาน นั่นแสดงให้เห็นว่าสิ่งแวดล้อมการดำรงชีวิตประจำวัน ภาวะเศรษฐกิจ ก็มีผลเกี่ยวข้องกับภาวะการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรงได้

2. ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม จากการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 ที่ได้จากการประเมินตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังนั้น พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังนั้น ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คือระดับ P_{50} - P_{75} คิดเป็นร้อยละ 55.7 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ⁽⁵³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน แล้วพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังนั้นได้มีการปรับตัวเข้าสิ่งแวดล้อมและสภาพสังคมได้ดี ไม่ว่าจะมาจากความสามารถในตัวผู้ป่วย หรือจากการดูแลของญาติก็ตาม ซึ่งการที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางนั้น อาจจะเนื่องด้วยจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่มีการรักษาด้วยยาแก้เศร้า การทำจิตบำบัด จึงทำให้สามารถควบคุมอาการเศร้าได้ดี และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการซึมเศร้าได้อีก ก็ควรแนะนำผู้ป่วยด้านการปรับตัวหรือทักษะทางสังคม เพื่อผู้ป่วยจะได้ปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้าง และเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ดียิ่งขึ้น และกลับสู่สภาพเดิมให้มากที่สุด ซึ่งจะเป็นผลดีทั้งตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างด้วย ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วงคะแนนที่ต่ำกว่า P_{50} ลงมา (คุณภาพชีวิตระดับต่ำ) ทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวน 84 คน ซึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องด้วยสาเหตุจากภาวะโรคซึมเศร้านั้นเป็นกลุ่มอาการทางอารมณ์ มีลักษณะอาการแบบอยู่คนเดียว มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างน้อย และผู้ป่วยก็มีลักษณะเชิงซ้ำ การดำเนินชีวิต ความพึงพอใจต่อตนเองก็เป็นไปในทางลบ อีกทั้งการยอมรับของสังคมต่อโรคนี้อย่างเป็นไปในทางที่ไม่ดีนัก ซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในกลุ่มนี้นั้นมีคุณภาพชีวิตไม่ดี และในด้านการมีปัญหาลักษณะทางกายเข้าคุกคามนั้น ในการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันมีปัญหาลักษณะทางกายร้อยละ 51.2 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง มีปัญหาลักษณะทางกายถึงร้อยละ 39.1 ซึ่งปัจจัยทางด้านต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงทั้ง 2 กลุ่มได้เหมือนกัน

เมื่อจัดระดับช่วงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงทั้ง 2 กลุ่มเป็น 3 ระดับ ช่วงคะแนนดังแสดงไว้ในผลการวิจัยข้างต้นนั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับช่วงคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเมื่อพิจารณาจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 67.4 และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังนั้น ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี คิดเป็นร้อยละ 55.7 แสดงว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังมีการดูแลสุขภาพ และสามารถปรับตัวเข้าครอบครัวและสภาพสังคม อีกทั้งมีการดำเนินชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน

จากข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้ ด้านปัจจัยในตัวบุคคลจะคล้ายกันทั้งจำนวนเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ส่วนปัจจัยทางด้านสังคมนั้น ผู้ป่วยที่ศึกษานี้ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย มีญาติให้การดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านการเจ็บป่วย การพามารับการรักษา การได้รับการยอมรับหรือสัมพันธ์ภาพที่ดีจากบุคคลรอบข้าง และปัญหาครอบครัวก็มีน้อย ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ด้านนี้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีปัญหามากนัก ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตแสดงผลออกมาไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าต้องประกอบไปด้วยด้านต่าง ๆ ของ (Spiker)⁽³⁷⁾ นั้นได้แก่

- การมีสภาวะสุขภาพทางกาย
- ความสามารถในการทำหน้าที่
- สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี
- การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- สถานภาพทางเศรษฐกิจ

ซึ่งกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วงคะแนนที่ต่ำกว่า P_{50} ลงมาบางส่วนนั้น มีสภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างไม่ดีเพราะจากข้อมูลที่ทำการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้มีรายได้เล็กน้อยคือ น้อยกว่า 5000 บาท/เดือน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้เช่นกัน และปัจจัยทางด้านสังคม ที่เป็นปัญหาอีกข้อหนึ่งของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง คือ การมีปัญหาข้อขัดแย้งในครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้เพราะจากเศรษฐกิจในปัจจุบันนี้เป็นภาวะกดดันให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิต จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย คือไม่มีผู้ดูแลด้านการเจ็บป่วย หรือการขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันในครอบครัวของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ไม่ดี ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งในครอบครัว แต่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ ปัจจัยด้านปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 30.2 แต่จากการพูดคุยกับผู้ป่วยขณะเก็บข้อมูลนั้น ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้เงินใช้จ่ายส่วนตัว

จากญาติพี่น้อง แต่ได้รับไม่สม่ำเสมอ เพราะครอบครัวในกลุ่มที่ศึกษาจะมีอาชีพที่ไม่มั่นคง จึงมีรายได้ไม่แน่นอนทำให้มีผลกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และจะทำให้การรักษาภาวะโรคนี้ไม่ต่อเนื่อง อาการโรคก็ไม่ทุเลาจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดีได้

ส่วนปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยนั้น พบว่า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยตรง คือ เมื่อผู้ป่วยโรคมีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง แสดงว่าขณะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามาก จะมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย และบุคคลรอบข้าง เป็นไปได้ไม่ดีเพราะจะส่งผลทั้งต่อจิตใจ และสุขภาพทางกายของตัวผู้ป่วยโดยตรง นั้นแสดงให้เห็นได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัด SF-36 ในการศึกษาครั้งนี้

และการศึกษาครั้งนี้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 217 คน อาจจะเป็นจำนวนที่ไม่มากพอที่จะทำให้ลักษณะของประชากรมีลักษณะหลากหลายได้มากนัก และข้อมูลทางด้านปัจจัยทางสังคมยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควรจึงไม่สามารถวัดแรงสนับสนุนทางด้านสังคมที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าได้ดีพอ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่เก็บนั้นเป็นเพียงพื้นฐานบางส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ดังนั้นการศึกษาในครั้งต่อไป ควรจะมีการเพิ่มข้อมูลของแรงสนับสนุนทางสังคม หรือเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน เป็นต้น หรือมีการสัมภาษณ์เชิงลึก ในการที่จะนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมเรื่องการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงว่าจะต้องมีการรักษาที่เหมือนกัน หรือมีการใช้ยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันทั้งหมด เพื่อให้ผลที่มีต่อการรักษาของผู้ป่วยนั้น ได้มีลักษณะที่คล้ายกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยคิดว่าผลข้างเคียงจากการใช้ยา และผลทางด้านการรักษา นั้น จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรจะมีการควบคุมปัจจัยด้านการรักษาและการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อให้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของทั้ง 2 กลุ่มได้รับผลกระทบจากการใช้ยาน้อยที่สุด

3. ทางด้านการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังที่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้ารับการรักษาตัวแบบนอนในโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพทางกาย การที่ได้รับการดูแลจากญาติในการเจ็บป่วยครั้งนี้ การที่ญาติดูแลด้านการพามาเข้ารับการรักษา การยอมรับหรือสัมพันธ์ภาพต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัญหาครอบครัว เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นตรงพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถเป็นตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง แยกเป็นลำดับ ดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโดยรวมนั้น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงได้คือ 1.ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 2.ปัจจัยทางด้านการมีปัญหาครอบครัว ซึ่งปัจจัยข้างต้นนี้มีอิทธิต่อภาวะการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรง และยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงดังเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว และจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาแล้วทำให้ทราบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะที่ต่างกันดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน

1. ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ เมื่อระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากขึ้น ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน มีคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เท่ากับ 24.02 ซึ่งมีคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้สภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยนั้นแย่ลง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ทำให้มีการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม สังคม และครอบครัวได้ไม่ดี อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่งเริ่มมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ยังมีระยะเวลาการรักษาภาวะโรคสั้นน้อย ซึ่งอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ก็มีสวนทำให้ขนาดของยายังไม่สามารถออกฤทธิ์ต่อร่างกายได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากยังอยู่ในระยะการปรับขนาดของยาให้สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วย และระยะเวลาการใช้ยานั้นอย่างน้อยอาจต้องเกิน 6 เดือน เพื่อให้ยาสามารถควบคุมอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของบุคคลต่างๆ ที่กล่าวแล้วในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง

2. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ในด้านการรักษาโรคซึมเศร้ารุนแรงนั้นต้องมีการรักษาทางด้านการให้ยา การทำจิตบำบัด เป็นต้น แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา หากผู้ป่วยมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา จนกระทั่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาทำการรักษาต่อเนื่องได้ ก็จะมีผลให้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้ากำเริบขึ้น หรือไม่สามารถควบคุมอาการได้ ก็จะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างได้ อีกทั้งการดำเนินชีวิตประจำวันและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ป่วยนั้นก็จะมีผลไปและส่งผลมายังคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ดังนั้นผู้ป่วยควรจะมีการรักษาและรับประทาน

ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ภาวะการป่วยด้วยโรคดังกล่าวทุเลาและควบคุมอาการได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุข และสามารถเผชิญปัญหา สภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง

1. การมีปัญหาครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือเมื่อมีปัญหาครอบครัวมากขึ้น ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง โดยสภาพชีวิตแบบครอบครัวนั้น ต้องมีการปรับตัวเข้าหากัน เพราะมีสภาพแวดล้อมที่คอยคุกคามอยู่ตลอดเวลา เช่น สภาพการเงิน และการดูแลกันในครอบครัวทั้ง พ่อ แม่ ลูก ซึ่งเป็นความรับผิดชอบที่จะเกิดขึ้นกับคู่สามีและภรรยาในครอบครัวนั้นๆ และสภาวะดังกล่าวนี้ รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลงได้ถ้ามีความขัดแย้งกันในครอบครัว หรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่มีปัญหาครอบครัวก็ส่งผลให้ไม่มีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย ก็ทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รณชัย⁽²⁰⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และการตอบสนองต่อการรักษานั้นปัจจัยด้านหนึ่งคือ ปัญหาข้อขัดแย้งในครอบครัว

2. ระยะเวลาการป่วยก็มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาการป่วยนานกว่า 2 ปี และส่วนใหญ่ในจำนวนของผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีระยะเวลาการป่วยที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ 2 ปีถึง 24 ปี ซึ่งเมื่อระยะเวลาการป่วยมากขึ้น การรับประทานยาก็มีระยะเวลานานขึ้น ซึ่งผลข้างเคียงของยาบางกลุ่มจะส่งผลต่อตัวผู้ป่วยได้ ถ้าปริมาณยามีการสะสมมากขึ้น ก็จะมีผลต่อร่างกายผู้ป่วยได้ เช่น คอแห้ง พุดแบบลิ้นแข็ง เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงอยู่ในระดับที่ไม่ดีเช่นกัน

3. ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ เมื่อระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากขึ้น ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Laues⁽⁵⁶⁾ การศึกษาของ Pyne JM. และคณะ⁽¹⁴⁾ และการศึกษาของ Cappiniello และคณะ⁽⁵¹⁾ ที่มีการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิต และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยชนิดเรื้อรังมีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 21.23 มีช่วงคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้านั้นส่งผลถึงการปรับตัวของผู้ป่วยต่อสภาพสังคมรอบข้างผู้ป่วยคืออาการซึมเศร้าที่ไม่รุนแรงก็สามารถปรับตัวต่อสภาพสังคมและการเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ดี ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้ และเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรักษาอย่างต่อเนื่องมาตลอดเป็นระยะเวลานานมากกว่า 2 ปีนั้น ทำให้ขนาดของยาสามารถควบคุมอาการของโรค

ได้ค่อนข้างดี จึงมีส่วนทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมได้ จึงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อีกด้านหนึ่งก็อาจจะขึ้นกับความสามารถในการปรับตัว บุคลิกภาพและหน้าที่การงานในสังคม สภาพครอบครัวของผู้ป่วยที่จะช่วยได้อีกทางหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อทำการวิจัย

1.1 ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ดำเนินการเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง ในเฉพาะโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ ให้มากขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

1.2 ควรจะมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ให้มากขึ้น เพื่อจะได้นำผลการศึกษาที่ได้นั้นมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและให้การศึกษารวมถึงติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

1.3 ควรมีการศึกษาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยมีกรให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาว่าการดูแลหรือการรักษาแบบไหนที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

1.4 ปัจจัยทางด้านสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ควรมีการศึกษารายละเอียดทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมให้มากขึ้น เพื่อเป็นการศึกษาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ให้ละเอียดชัดเจนขึ้น ที่จะประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดียิ่งขึ้น

1.5 ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการควบคุมด้านการรักษาของผู้ป่วย เช่น ยา เป็นต้น เพราะผลข้างเคียงของยาแต่ละกลุ่มก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดบริการ

2.1 ผู้ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต หรือหน่วยงานกรมสุขภาพจิต ควรประสานงานกับโรงพยาบาลทางด้านจิตเวช ให้การช่วยเหลือ วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการป้องกันไม่ให้เกิดระดับอัตราการเกิดโรคซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มมากขึ้น

2.2 ควรสนับสนุนให้มีหน่วยงานของรัฐ ที่จะให้การส่งเสริมและป้องกัน ทางด้านสุขภาพจิตเข้ามาช่วยเหลือและวางแผนในระยะยาวให้ชัดเจนขึ้น

รายการอ้างอิง

1. Katon W, Schulberg H, Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992;14(4):237-47.
2. Goodyer IM, Herbert J, Secher SM, Pearson J. Short-term outcome of major depression : I Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(2):179-87.
3. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample: the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:1022-31
4. ดวงใจ กษานติกุล, ศิริลักษณ์ ศรีวนาสถนท์. Shift in diagnostic frequency of major psychiatric disorder บทความคัดย่อ หนังสือประชุมวิชาการ ประจำปี 2537 ราชวิทยาลัยจิตแพทย์และสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ.
5. ดวงใจ กษานติกุล, เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, จ्ञานรรจา บำเน็จพันธ์. ประเภทของโรคจิตในผู้ป่วยในช่วง 10 ปี. บทความคัดย่อ หนังสือประชุมวิชาการ ประจำปี 2541 (ก) ราชวิทยาลัยจิตแพทย์และสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ.
6. นันทิกา ทวิชาชาติ และกรมสุขภาพจิต. การศึกษาความชุกของความผิดปกติทางจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร 2540.
7. Stoll AL, Tohen M, Baldessarini RJ, Goodwin DC, Stein S, Katz S, et al. Shift diagnostic frequencies of Schizophrenia and major affective disorder at six north American psychiatric hospital, 1972-1988. Am J Psychiatry 1993; 150: 1668-73.
8. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Nelson CB, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III R psychiatric disorder in the United States. Arch Gen Psychiatry 1994; 150: 1668-73.
9. ดวงใจ กษานติกุล, เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. แนวโน้มการวินิจฉัยโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ ในผู้ป่วยไทยช่วง 10 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44: 90-8.
10. Stoudemire A, Frank R Hnaa. The economic burden of depression. Gen Hosp Psychiatry 1986;8:387.
11. Tollefsen G, Souetre E TL, Potvin JH. Comorbid anxious sings and symptom in major depression : impact on functional work capacity and comparative treatment outcomes. Int Clin Psychopharmacol 1993;8:281-293.

12. Weissmann M, Leaf PJ TG, Bruce ML, Florio L. Affective disorder in five United States communities: rates, risks, comorbidity, and treatment . Am J Psychiatry 1988;145:815-9.
13. Greenberg P, Stiglin LE FS, et al. The economic burden of depression in 1990. J Clin Psychiatry 1993; 54: 405-18.
14. Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koch WL, Grant I. Assessment of the quality of life of patient with major depression . Psychiatr Serv 1997; 48:224-30.
15. Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA, Van der Hoop RG, De Vries MW. Changes in daily life experience associated with clinical improvement in depression. J Affect Disord 1995; 34: 139-54.
16. Grant GM, Salcedo V, Hynan LS, Frisch MB, Puster K. Effectiveness of quality of life therapy for depression. Psychol Rep 1995; 76: 1203-8.
17. Lehmen AF, Ward Nc, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue . Am J Psychiatry 1982; 139: 1271-6.
18. Wang .A meta-analysis of the relationship between social support and well-being. Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chin. 1998;14(4):717-26.
19. Brugha TS, Bebbington PE, Stretch DD. Predicting the short-term outcome of first episodes and recurrences of clinical depression: a prospective study of life events' difficulties' and social support networks. Am J Psychiatr 1997; 58(7): 298-306.
20. รณชัย คงสกนธ์. สถานะทางคลินิกและความสามารถทางหน้าที่การงานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชระยะเวลา 3 เดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ หลักสูตรการพัฒนสุขภาพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
21. สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. พิมพ์ครั้งแรก. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท, 2542:84.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994:317-91.
23. ภรณ์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรัตน์, ทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทําวิจัยให้สำเร็จ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย . กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอริวัลด์ พับลิเคชั่น , 2542.

- 24.Lloyd A. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom . J Epidimiol Community Health 1999; 53: 651-2.
- 25.Ronnachai Kongsakon, Chatchawan Silpakit. The Thai version of SF-36 Health Survey.Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramothibodi Hospital ;1999.
- 26.Ware JE. Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 HEALTH Survey and the International Quality of life Assessment (IQOLA) Project. J Clin Epidemiol 1998; 51: 903-12.
- 27.Lortrakul M, Sukanich P. SC. The reliability and validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for depression. J Psychiatry Assoc Thai 1996; 41: 235-6.
- 28.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536:348-349.
- 29.วารินทร์ หอมโกศล.ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด.ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2536.
- 30.มานิช หล่อตระกูล,ปราโมทย์ สุนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สวีชาญการพิมพ์, 2542.
- 31.ดวงใจ กสานติกุล.โรคซึมเศร้า รักษาหายได้.พิมพ์ครั้งแรก.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นำอักษร การพิมพ์,2542: 210 หน้า.
- 32.จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์ การพิมพ์,2542.
- 33.พจนานุกรมฉบับบัณฑิตราชยสถาน พ.ศ.2525.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ อักษรเจริญทัศน์,2525.
- 34.The WHOQOL Group.The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL).In:Orley J,Kuyken W,editors.Quality of life assessment : international prospective.Berlin : Springer-Verlag 1993:41-57.
- 35.พิเชษฐ์ อุดมรัตน์.จิตเวชศาสตร์กับคุณภาพชีวิต : บทบรรณาธิการ.วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย 2535;37:168-9.
- 36.Ferrans CE,Powers MJ.Quality of life index : development and psychometric Properties.Adv Nure Sci 1985;8:15-24.
- 37.Spiker B.Quality of life assessment in clinical trial.New York: Raven Press,1990.
- 38.Calman KC.Quality of life in cancer pateint : a hypothesis.J Med Ethics 1984;10: 124-7.
- 39.Ware JE.Conceptualizing disease impact and treatment outcomes.Cancer 1984;53:2316-23.

- 40.อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร : วิเจ พริ้นติ้ง,2541:23-4.
- 41.Ferrans CE,Powers MJ.Psychometric assessment of the quality of life index.Res Nurs Health 1992;15:29-38.
- 42.วชิระ ลาภบุญทรัพย์,สุวิทนา อารีพรรค.รายงานผลการวิจัยโครงการวิจัยกาญจนภิเษกสมโภช : คุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคนกรุงเทพ.2538:15-6.
- 43.Carley M.Social measurement and social indicators : issues of policy and theory.London:George Allen&Unwin,1981.
- 44.Meeberg GA.Quality of life:a concept analysis.J Adv Nurs 1993;18:32-8.
- 45.Frank-Stromberg M.Instruments for clinical nursing research.Connectical:Appleton&Lange,1988.
- 46.Cantril H.A study of aspiration.Sci Am 1963;208:41-5.
- 47.Padilla GV,Grant MM.Quality of life as a cancer nursing outcomes variable.Adv Nurs Sci 1985;8:45-60.
- 48.Sartorius N.Quality of life and mental disorders: a global prospective.In:Katschnig H,Freeman H,Sartorius N,editors.Quality of life in mental disorders.Chichester : John Wiley&Sons,1997:319-28.
- 49.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิต. ปรินญาณิพนธ์ดุขฎฐิ์บัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536.
- 50.Lehman AF.The well-being of chronic mental patients : assessing their quality of life.Arch Gen Psychiatry 1983;40:369-73.
- 51.Carpiniello B,Lai G,Pariante CM,Carta MG,Rudas N.Symptom,standard of living and subjective quality of life : a comparative study of schizophrenic and depressed out-patient.Acta Psychiatr Scand 1997;96:235-41.
- 52.Awad AG,Voruganti LNP.Intervention research in psychosis : issues related to assessment of quality of life.Schizophrenia Bull 2000;26:257-64.
- 53.พรชัย พงศ์สงวนสินม,จุฬารัตน์ วิระระรัตน์,ชุตติมา ประทีปะจิตติ.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา.วารสารกรมสุขภาพจิต 2541;5:16-24.
- 54.Weiss EL,Longhuret JG. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women : Psychosocial and neurobiological correlates. AM J Psychiatr 1999;157 : 816-828
- 55.Levitan RD,Parikh SV,Lesage AD,et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse : relationship to neurovegetative

features, mania, and gender. Am J Psychiatr 1998;155:1746-1752.

56. Lauer G. The quality of life issue in chronic mental illness. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. Quality of life in mental disorders. Chichester : John Wiley & Sons, 1997:175.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัย

ชื่อ	H.N.....
ที่อยู่
เบอร์โทร	เบอร์โทรญาติ

		หมายเลขวิจัย
	
1. เพศ	<input type="checkbox"/> (1)ชาย	<input type="checkbox"/> (2)หญิง
2. อายุปี	
3. สถานภาพสมรส		
	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
	<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> ม่าย <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
4. อาชีพ		
<input type="checkbox"/>	(1) ไม่มีอาชีพ	<input type="checkbox"/> (5) ทำงานบริษัทเอกชน
<input type="checkbox"/>	(2) นักเรียน/นักศึกษา	<input type="checkbox"/> (6) ทำธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/>	(3) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> (7) รับจ้าง
<input type="checkbox"/>	(4) เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> (8) อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ / เดือน (บาท)		
<input type="checkbox"/>	(1) ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> (2) 1,000 - 5,000
<input type="checkbox"/>	(3) 5,001 - 10,000	<input type="checkbox"/> (4) 10,001 - 20,000
<input type="checkbox"/>	(5) 20,001 - 30,000	<input type="checkbox"/> (6) 30,001 - 40,000
<input type="checkbox"/>	(7) 40,001 - 50,000	<input type="checkbox"/> (8) มากกว่า 50,000
6. การศึกษา		
<input type="checkbox"/>	(1) ไม่เคยเรียน	<input type="checkbox"/> (2) ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/>	(3) มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> (4) อนุปริญญา (ป.ว.ช., ป.ว.ส.)
<input type="checkbox"/>	(5) ปริญญาตรีขึ้นไป	<input type="checkbox"/> (6) อื่น ๆ ระบุ.....

7. ภูมิลำเนาเดิม

(1) กรุงเทพฯ และ ปริมณฑล

(2) ต่างจังหวัด ระบุ
.....

8. ท่านมีปัญหาสุขภาพทางกายในขณะนี้หรือไม่

(1) ไม่มี

(2) มี ระบุ
.....
.....

9. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....
.ครั้ง

10. ระยะเวลาที่ป่วยตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน
.....วัน

11. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีญาติดูแลหรือไม่

(1) มี ระบุ
.....
.....

(2) ไม่มี

12. ญาติให้การช่วยเหลือด้านการมารับการรักษาอาการป่วยครั้งนี้หรือไม่

(1) มี

(2) ไม่มี

13. ท่านได้รับการยอมรับหรือสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อการป่วยครั้งนี้หรือไม่

ได้ ระบุจากใคร

ไม่ได้

บ้าง.....

14. ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา

มี

ไม่มี

15. ปัญหากับสมาชิกในครอบครัว

มี ระบุ.....

ไม่มี

16. ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้.....คะแนน

Dx.....

.....

แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป (SF-36)
Rand 36- Item Health Survey 1.0

คำถามเหล่านี้ จะถามเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ว่าท่านรู้สึกอย่างไรและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติได้อย่างไร ถ้าท่านไม่มั่นใจการตอบคำถาม โปรดให้คำตอบที่ดีที่สุดเท่าที่ท่านเข้าใจ

โปรดเลือกกา ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่าน เพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ

๑. โดยทั่วไปที่ผ่านมา ๑ เดือน สุขภาพของท่าน..... (เลือกเพียงหนึ่งช่อง)

	ดีเยี่ยม
	ดีมาก
	ดี
	พอใช้
	ไม่ดีเลย

๒. เปรียบเทียบช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันสุขภาพของท่าน..... (เลือกเพียงหนึ่งช่อง)

	ดีขึ้นมาก
	ดีขึ้นบ้าง
	เหมือนเดิม
	แย่ลงบ้าง
	แย่ลงมาก

ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน มีผลกระทบหรือเป็นข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด (เลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ)

	มีผลมาก	มีบ้างเล็กน้อย	ไม่มีผล
๓. กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก ๆ เล่น กีฬาที่ใช้แรงมาก			
๔. กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น ย้ายโต๊ะ ภูบ้าน			
๕. ยกของ หรือหิ้วตะกร้าจ่ายตลาด			
๖. เดินขึ้นบันไดหลาย ๆ ชั้น			
๗. เดินขึ้นบันได ๑ ชั้น			
๘. ก้มตัว หรือคุกเข่า หรือโค้งตัว			
๙. เดินทางระยะมากกว่า ๑ กิโลเมตร			
๑๐. เดินทางหลายช่วงเสาไฟฟ้า			
๑๑. เดินทางมากกว่า ๓๐ เมตร หรือประมาณครึ่งทาง ระหว่างเสาไฟฟ้า			
๑๒. อาบน้ำและแต่งตัว			

ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายของท่านมีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบ้างหรือไม่ (เลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ)

	ใช่	ไม่ใช่
๑๓. ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง		
๑๔. ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้		
๑๕. ทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างไม่ได้อย่างที่เคย		
๑๖. มีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม ต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น		

ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ (เช่น ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล) มีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบ้างหรือไม่..... (เลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ)

	ใช่	ไม่ใช่
๑๗. ลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง		
๑๘. ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้		
๑๙. ขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้		

๒๐. ในช่วงเดือนที่ผ่านมาปัญหาสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์รบกวนความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน บ้างหรือไม่อย่างไร..... (เลือกเพียงหนึ่งข้อ)

	ไม่เลย
	เพียงเล็กน้อย
	ปานกลาง
	ค่อนข้างมาก
	มาก

๒๑. ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บปวดตามร่างกายหรือไม่..... (เลือกเพียงหนึ่งข้อ)

	ไม่มีเลย
	เพียงเล็กน้อย
	ปานกลาง
	รุนแรง
	รุนแรงมาก

๒๒. ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา อาการปวดรบกวนการทำงานตามปกติของท่านหรือไม่..... (เลือกเพียงหนึ่งข้อ)

	ไม่เลย
	เพียงเล็กน้อย
	ปานกลาง

	ค่อนข้างมาก
	มาก

คำถามต่อไปนี้ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเรื่องราวที่ผ่านมาในช่วง 1 เดือนโปรดเลือกข้อที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อ..... (เลือกเพียงหนึ่งข้อในแต่ละข้อ)

	ตลอด เวลา	เกือบ ตลอด เวลา	บ่อย ๆ	บางเวลา	นาน ๆ ครั้ง	ไม่มีเลย
๒๓. รู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา						
๒๔. ประสาทเครียด						
๒๕. หดหู่จนไม่มีอะไรทำให้สดชื่นขึ้นได้						
๒๖. สงบและเป็นสุข						
๒๗. มีพลังมาก						
๒๘. ห่อเหี่ยว ห่อเหี่ยว						
๒๙. รู้สึกว่าจะทนอะไรไม่ได้						
๓๐. มีความสุข						
๓๑. รู้สึกเหนื่อยล้า						

๓๒. ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตใจทำให้รบกวนต่อการเข้าสังคม การพบปะเพื่อนฝูง และญาติสนิทของท่านอย่างไรบ้าง..... (เลือกเพียงหนึ่งข้อ)

	ตลอดเวลา
	เกือบตลอดเวลา
	บางเวลา
	นาน ๆ ครั้ง
	ไม่รบกวน

เลือกคำตอบที่ตรงกับสุขภาพของท่านให้มากที่สุด..... (เลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อ)

	ถูกต้อง ที่สุด	ถูกต้อง ส่วนมาก	ไม่ทราบ	ไม่ถูกต้อง ส่วนมาก	ไม่ถูก ต้องเลย
๓๓. ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ					
๓๔. ฉันมีสุขภาพดีเหมือนทุกคนที่ฉันรู้จัก					
๓๕. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง					
๓๖. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม					



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION

1. อาการซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)
0. ไม่มี
1. จะบอกภาวะนี้ต่อเมื่อถามเท่านั้น
2. จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง
3. สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงและมักร้องไห้
4. ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเอง และภาษากาย
2. ความรู้สึกผิด
0. ไม่มี
1. ตีเถียนตนเอง รู้สึกทำให้ผู้อื่นเสียใจ
2. รู้สึกผิด หรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต
3. ความเจ็บปวดในปัจจุบันเป็นการลงโทษ มีอาการหลงผิดว่าตนผิด
4. ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประนาม และ/หรือ เห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม
3. การค่าตัวตาย
0. ไม่มี
1. รู้สึกชีวิตไร้ค่า
2. คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใดๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง
3. มีความคิดหรือทำที่จะฆ่าตัวตาย
4. พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใดๆ ที่รุนแรงให้คะแนน 4)
4. การนอนหลับในช่วงต้น
0. ไม่มีปัญหาเข้านอนแล้วหลับยาก
1. แจ้งว่านอนหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานกว่า ? ชั่วโมง
2. แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน
5. การนอนไม่หลับในช่วงกลาง
0. ไม่มีปัญหา
1. ผู้ป่วยแจ้งว่ากระสับกระส่ายและนอนไม่หลับสนิทช่วงกลางคืน
2. ตื่นกลางดึก หากมีลุกจากที่นอน ให้คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)
6. การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ
0. ไม่มีปัญหา
1. ตื่นแต่เช้ามีดี แต่นอนหลับต่อได้
2. นอนต่อไม่หลับอีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

7. การงานและกิจกรรรม

0. ไม่มีปัญหา

1. มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีสมรรถภาพ, อ่อนเปลี้ย, หรือหย่อนกำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ: การงานหรืองานอดิเรก
2. หมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ : งานอดิเรก หรืองานประจำ ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการไม่กระตือรือร้น, ลังเลใจ และเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณต้องกระตุ้นให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)
3. เวลาที่ใช้จริงในการทำกิจกรรมลดลง หรือผลงานลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันในการทำกิจกรรม (งานของโรงพยาบาลหรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำในโรงพยาบาล
4. หยุดทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 4 ถ้าผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล หรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้หากไม่มีคนช่วย

8. อาการเชิงซ้ำ (ความซ้ำของความคิดและการพูด : สมาธิบกพร่อง, การเคลื่อนไหวลดลง)

0. การพูดจาและความคิดปกติ

1. อาการเชิงซ้ำเล็กน้อยขณะสัมภาษณ์
2. มีอาการเชิงซ้ำชัดเจนขณะสัมภาษณ์
3. สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก
4. อยู่นิ่งโดยสิ้นเชิง

9. อาการกระวนกระวายทั้งการและใจ

0. ไม่มี

1. งุ่นง่าน อยู่ไม่สุข
2. เล่นมือ เล่นผม ฯลฯ
3. เดินไปมานั่งไม่ติดที่
4. บีบมือ กัดเล็บ ดึงผม กัดริมฝีปาก

10. ความวิตกกังวลในจิตใจ

0. ไม่มีปัญหา

1. รู้สึกตึงเครียด และหงุดหงิด
2. กังวลเรื่องเล็กน้อย
3. การพูดจาหรือสีหน้ามีท่าที่ห้วนกั้ว
4. การแสดงความกลัวโดยไม่ต้องถาม

11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย

0. ไม่มี

1. เล็กน้อย

2. ปานกลาง

3. รุนแรง

4. เสื่อมสมรรถภาพ

12. อาการทางกายระบบทางเดินอาหาร

0. ไม่มี

1. เบื่ออาหาร แต่รับประทานโดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น

-รู้สึกหิวในท้อง

2. รับประทานยากหากไม่มีคนคอยกระตุ้น

-ขอหรือจำต้องได้ยาระบาย หรือยาเกี่ยวกับลำไส้หรือยาสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร

13. อาการทางกาย อาการทั่วไป

0. ไม่มี

1. ตั้งแชนชา หลังหรือศีรษะ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หดแรงแและอ่อนเพลีย

2. มีอาการใดๆที่ชัดเจนให้คะแนน 2

14. อาการทางระบบสืบพันธุ์

0. ไม่มีอาการ

อาการเช่น : หดความต้องการทางเพศ , ปัญหาด้านประจำเดือน

1. เล็กน้อย

2. ปานกลาง

15. อาการคิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย

0. ไม่มี

1. หมกมุ่นในตนเอง (ด้านร่างกาย)

2. หมกมุ่นเรื่องสุขภาพ

3. แจ้งถึงอาการต่างๆ บ่อย เรียกร้องความช่วยเหลือ ฯลฯ

4. มีอาการหลงผิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย

16. น้ำหนักลดเลือกข้อ ก. หรือ ข.

ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

0. ไม่มี

1. อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

2. น้ำหนักลดชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)

3. ไม่ได้ประเมิน

ข. จากการทำคะแนนประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อซึ่งน้ำหนักที่เปลี่ยนไปจริง

0. น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

1. น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

2. น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

3. ไม่ได้ประเมิน

17. การยังเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง

0. ยอมรับว่ากำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย

1. ยอมรับความเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับ อากาศที่เลว ดิน ฟ้า อากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2. ปฏิเสธความเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

คะแนนรวม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอังคาร ศรีชัยรัตนกุล เกิดเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2513 ที่จังหวัดสุพรรณบุรี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชนบุรี1 ในปีการศึกษา 2537 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อพ.ศ.2542 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย