

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

: MIMIC Model.*

A Causal Relationship Model of Factors Effecting Depression

: MIMIC Model.*

Received: 21/6/2562

Revised: 23/7/2562

Accepted: 23/7/2562

วิจิตร แผ่นทอง** วรัญญภรณ์ ชาลีรักษ์*** พูลพงศ์ สุขสว่าง****

Wichitr Phantong** Waranyaporn Chaleerak*** Poonpong Suksawang****

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางอารมณ์ที่พบบ่อย เกี่ยวข้องกับร่างกาย อารมณ์และความคิด บางคนซึมเศร้าโดยที่ตัวเองไม่ทราบ คิดว่าเป็นเพราะตนเองคิดมากไป ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และทันตแพทย์ที่ ส่งผลกระทบต่อชีวิต และกิจวัตรประจำวัน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า และตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ตัวแปรแฝงในโมเดลประกอบด้วย ปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และปัจจัยกระตุ้น หากพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วจะทำให้เกิดอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการที่เข้าใช้บริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2558 จำนวน 350 คน โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

ผลการวิจัยพบว่าโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยตรวจสอบจากค่าไค-สแควร์ (Chi-Square) เท่ากับ 0.49 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 2.00 ค่า p เท่ากับ 0.78 ดัชนี GFI เท่ากับ 1.00 ดัชนี AGFI เท่ากับ 1.00 ดัชนี CFI เท่ากับ 1.00 และค่า SRMR เท่ากับ 0.00 ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 62 โดยปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และปัจจัยกระตุ้น มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.56, 0.27, 0.26 และ 0.04 ตามลำดับ โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าแสดงให้เห็นว่าปัจจัยชักนำและปัจจัยเสี่ยงมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ส่วนการลดปัจจัยกระตุ้น จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามลดลง

คำสำคัญ : โรคซึมเศร้า โมเดลสมการโครงสร้าง ไมมิกโมเดล

* งานวิจัยฉบับนี้ได้ตีพิมพ์ Abstract ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการนานาชาติ "The 3rd International conference: Innovation, Prevention and Care for NCDs and Global Health" December 12-14, 2018, Centara Hotel and Convention Centre, Udonthani, Thailand

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา อ.เมือง จ.ชลบุรี

*** นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา อ.เมือง จ.ชลบุรี

**** อาจารย์สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา อ.เมือง จ.ชลบุรี

ABSTRACT

Depression is an illness that involves the body, mood, and thoughts. It interferes with daily life, normal functioning. The purpose this the research aims to develop a model of causal factors effecting depression and check the consistency of the model with empirical data. Latent variables in the model include factor, risk factors, inducing a protective factor and depression. The data were collected by using the evaluation of Depression Factors and 9Q. The sample consisted of 350 client in Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Study during October–December, 2015. Aanalyzed using MIMIC model and causal relationship model analysis involved the use of LISREL 8.80.

The result showed that the causal relationship model of factors that influence depression was consistent with empirical data: Goodness of fit statistics were: Chi-Square 0.49, $df = 2.00$, $p\text{-value} = 0.78$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 1.00$, $CFI = 1.00$, $SRMR = 0.00$. The factors in the model can together explain the variance of depression 62 percent. The include factor, risk factor, protective factor, inducing factor and depression is the effect size was 0.56, 0.27, 0.26 and 0.04 respectively.

A causal relationship of factors affecting depression showed that the include factor and risk factor influence depression and induction factors can reduce depression.

Keywords : Depression, Structural Equation Modeling, MIMIC Model

** This research has published abstract in "The 3rd International conference: Innovation, Prevention and Care for NCDs and Global Health" December 12-14, 2018, Centara Hotel and Convation Centre Udon Thani, Thailand*

*** Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani.*

**** Student doctor of Philosophy Research and statistics in cognitive science. College of research Methodology and cognitive science Burapha University. Mueang Chon Buri province.*

***** Master program in research and statistics in cognitive science. College of research Methodology and cognitive science Burapha University. Mueang Chon Buri province.*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยอาการที่สำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า สิ้นหวังอย่างรุนแรง และหมดความสนใจในงานหรือกิจกรรมที่ทำประจำวัน ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โรคซึมเศร้าไม่ใช่อารมณ์เปื้อน เซ็ง ท้อแท้ เศร้า เหงาทั่วๆไปที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน หากแต่โรคซึมเศร้านั้นมีความรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน จะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ นอกจากนั้นยังทำให้ความสามารถในการทำงานและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ณ ที่ทำงาน โรงเรียน หรือความสัมพันธ์ในครอบครัวแยกลง ในกรณีที่รุนแรงที่สุดโรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โรคซึมเศร้านั้นรักษาให้หายได้ด้วยการบำบัดทางสังคมจิตใจ หรือการใช้ยาด้านเศร้า หรือใช้ทั้งสองวิธี¹ การจัดสรรงบประมาณเพื่อการรักษาโรคซึมเศร้านั้นจัดว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทุกๆ 1 ดอลลาร์สหรัฐที่ลงทุนเพื่อการรักษาโรคซึมเศร้านั้นจะก่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีและประสิทธิภาพในการทำงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีมูลค่าถึง 4 ดอลลาร์สหรัฐ² ถึงแม้ว่าปัจจุบันทางการแพทย์จะสามารถรักษาโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเพียงไม่ถึงครึ่งที่เข้ารับการรักษา ในบางประเทศอัตราการเข้ารับการรักษาดำกว่าร้อยละ 10 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ได้แก่ การขาดแคลนงบประมาณและบุคลากร รวมถึงตราบาปหรืออคติทางสังคมต่อผู้ป่วยทางจิตเวช¹

โรคซึมเศร้านั้นก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่ามีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้า

ซึ่งมากกว่าร้อยละ 4 ของประชากรโลก จำนวนผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 18 ในช่วงปี 2548 ถึงปี 2558 โดยเป็นผลจากจำนวนประชากรโลกและผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะพบโรคซึมเศร้าได้มากในประชากรกลุ่มนี้ เป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลก (คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ) มากกว่าร้อยละ 80 ของภาวะโรคที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้าน้อยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียใต้ เอเชียตะวันออก และแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุด¹

จากรายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต ปี 2557 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังเข้าถึงการบริการที่มีมาตรฐานจำนวนน้อย เมื่อ 10 ปีก่อน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ไม่รู้จักโรคซึมเศร้า พยาบาลในพื้นที่ไม่มีมาตรฐานการดูแลช่วยเหลือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มั่นใจที่จะวินิจฉัยโรคและรักษา รวมถึงยารักษาโรคซึมเศร้าไม่ได้มีแพร่หลายในโรงพยาบาลชุมชนจึงส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษา บุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย รวมทั้งประชาชนส่วนใหญ่ขาดการตระหนักรู้ถึงความสูญเสียที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องคิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาเป็นแล้วก็หายเอง และส่วนใหญ่ยังมียอคติต่อความเจ็บป่วยจิตเวชรวมทั้งโรคซึมเศร้าเข้าใจว่า เป็นบ้าวิกลจริตจึงมีความรังเกียจและเมื่อเจ็บป่วยก็จะปฏิเสธการรักษา ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีอัตราที่น้อยมาก ใน 100 คน มารับบริการเพียง 3 คน³

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีการวิจัยและพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องจริงจัง มีแนวทางการบริการที่เป็นมาตรฐาน คือ แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด³ และได้ขยายผลระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ซึ่งพัฒนาจากการวิจัยไปยังสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ กิจกรรมการบริการในระบบประกอบด้วย 1) การค้นหาผู้ป่วยโดยคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2Q) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและพยาบาล 2) การประเมินอาการโรคซึมเศร้า ด้วย 9 คำถาม (9Q) 3) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) 4) การวินิจฉัย 5) การดูแลช่วยเหลือ และบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว 6) การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง และ 7) การส่งเสริมเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชาชนและกลุ่มเสี่ยงในการนำระบบไปปฏิบัติในพื้นที่ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบาย การใช้กลไกทางการเงินร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับของประเทศ³ ส่งผลให้คนไทยกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นยอดสะสม 14 ล้านคน ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ 1.7 ล้านคน ผู้มีภาวะซึมเศร้าแล้วมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลเฝ้าระวัง 0.77 ล้านคน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางสังคม จิตใจ 0.71 ล้านคน และอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น⁴ จากร้อยละ 5.05 ในปี 2552 และ ในปี 2557 เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.01 ผลการสำรวจความชุกโรคซึมเศร้าของประเทศไทย ในปี 2556 ที่มีการสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 ปี

ขึ้นไปจำนวน 4,727 คน พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดครึ่งครวร้อยละ 1.8 และชนิดเรื้อรังร้อยละ 0.1 และโรครุนแรงที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง⁴⁻⁵ ร้อยละ 20.4

ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ พันธุกรรมหรือพื้นฐานดั้งเดิม มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีลักษณะนิสัยเป็นคนอ่อนไหวง่าย คิดมาก มองโลกในแง่ลบ รวมถึงการมีสารเคมีในสมองที่ไม่สมดุล สภาพแวดล้อมตั้งแต่เด็กจนโต เช่น การเลี้ยงดูของพ่อแม่ อิทธิพลจากคนใกล้ชิดรอบข้าง นอกจากนี้โรคซึมเศร้าอาจเกิดจากการมีปัจจัยมากระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นมาก่อน หรืออาจเกิดขึ้นโดยไม่มีปัจจัยมากระตุ้น แต่กรณีนี้เกิดขึ้นได้น้อย ปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ โรคภูมิแพ้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคสมองเสื่อม และโรคมะเร็ง นอกจากนี้ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร่ายังมีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าคนปกติ เสียชีวิตจากสารเสพติด หรือแม้กระทั่งฆ่าตัวตาย อาการของโรคซึมเศร้ามีดังต่อไปนี้ มีอารมณ์ซึมเศร้า (เด็กหรือวัยรุ่นอาจมีอาการหงุดหงิดโกรธง่าย) เบื่อ หดความสนใจหรือความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ นอนไม่หลับ หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมาก เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป รู้สึกไร้ค่า รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง ไม่มีสมาธิหรือลังเลใจตลอดเวลา พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลลงหรือระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง มีความคิดอยากตาย คิดทำร้ายตัวเอง⁶

จากการศึกษาโดยใช้วิธี Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: PRISMA ทำการตรวจสอบการเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรที่มีความน่าเชื่อถืออย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานของการศึกษาระยะยาวเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า

ที่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเองโดยไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือรับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยจำนวน 113 ฉบับ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สามารถพัฒนาให้กลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ คือ การใช้สาร (แอลกอฮอล์ บุหรี่ กัญชา ยาเสพติดอื่นๆ และยาหลายชนิด) การอดอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก การใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเชิงลบ ส่วนปัจจัยป้องกันที่ได้ผลดี คือ การมีสุขภาพที่ดีแข็งแรง การรับประทานอาหารที่ดี และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยป้องกันโดยให้ความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและการดูแลช่วยเหลือตัวเองจากภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่สามารถทำได้⁷

โรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยชักนำ มีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม สารสื่อประสาทในสมองเกิดความผิดปกติในกระบวนการทำงานของสมองทำให้ปริมาณสารสื่อประสาท ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมการแสดงอารมณ์⁸ ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) เกิดภาวะไม่สมดุลคือลดลงกว่าปกติ ตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1990 งานวิจัยพบว่าซีโรโทนินไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวของโรคซึมเศร้า เพราะว่าการรักษาอาการซึมเศร้าจะมีผลปรับให้ระดับซีโรโทนินกลับสู่ระดับปกติอย่างรวดเร็วมาก บ่อยครั้งกลับใช้เวลาอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ก่อนที่อารมณ์ของคนไข้จะดีขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์เสียความสมดุล ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป สาเหตุจากพันธุกรรมในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าคนอื่นๆ ในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า

การถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีประมาณร้อยละ 31-42 ดังนั้นพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าลูกก็ไม่ได้เป็นกันทุกคน⁹ และประวัติครอบครัวมีคนในครอบครัวเจ็บป่วย รู้สึกไม่มีความหมายในการใช้ชีวิต ไม่มีสมาธิกับสิ่งต่างๆ รวมถึงบุคลิกภาพที่เครียดง่าย มีความวิตกกังวล ซ้ำกั้ว เจ้าอารมณ์ ก้าวร้าว ปัจจัยเสี่ยงเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย รวมถึงการมองโลกในแง่ลบ แก้ไขปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ยากจน ไร้งาน การทะเลาะกับคนในครอบครัว ถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก เจ็บป่วย โรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เกิดวิกฤตในชีวิต สูญเสียสิ่งที่เป็นที่รักหรือสิ่งพอใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหมดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งรอบๆ ตัวได้ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และเพื่อนร่วมงานเป็นไปในทางไม่ดี ปัจจัยป้องกันต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า¹⁰ ได้แก่ การมีความคิดทางบวก มีสังคมที่ช่วยเหลือกันดี ประสบความสำเร็จในการศึกษาและการทำงาน ครอบครัวอบอุ่น เมื่อเจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษา มีทักษะชีวิตที่ดี ความคิดยืดหยุ่น ไม่มีเหตุกระตุ้น ไม่มีการสูญเสีย และการมีความหวัง และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสีย ความอับอาย และจากการใช้ยาเสพติด แอลกอฮอล์และสารกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง การเผชิญกับเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิต¹¹ และโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการรุนแรง และมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน มุมมองทางการแพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยทางจิตเวชที่คิดฆ่าตัวตาย เมื่อรักษาจนภาวะทางจิตดีขึ้น ส่วนใหญ่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะลดลง การรักษาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวชก็ถือเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และปัจจัยกระตุ้น ดังกล่าวข้างต้น มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า และเนื่องจากตัวแปรแฝงภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยอาการแสดงออกด้านพฤติกรรม และอาการแสดงออกด้านอารมณ์ ความคิด โดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) ด้วยสถิติ แบบ Multiple Indicators and Multiple Causes (MIMIC) Model¹² เนื่องจากโมเดลสมการโครงสร้างมีความโดดเด่นด้านการประมาณค่าความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องภายใน และความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร ตลอดจนแนวคิดที่ไม่สามารถสังเกตความสัมพันธ์รวมไปถึงการวัดค่าความผิดพลาดที่เกิดจากกระบวนการประมาณ ที่สมการถดถอยไม่สามารถอธิบายได้ว่าตัวแปรเหตุตัวใดควรให้ความสำคัญมากกว่ากัน และจะส่งผลไปยังตัวแปรผลมากน้อยต่างกันอย่างไรในการการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากร คือ ผู้รับบริการที่เข้าใช้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือสื่อสารรู้เรื่อง ระหว่างเดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม 2558

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่เข้าใช้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง โดยมีคะแนนคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q มีผลบวก ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2558 จำนวน 350 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า 1. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าตามผลคะแนนการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q มีผลเป็นบวก 2. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาท 3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้หรือสื่อสารรู้เรื่อง 4. ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ 5. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การตัดออก 1. มีประวัติโรคจิต 2. มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเฉียบพลันหรือก้าวร้าว 3. ดื่มแอลกอฮอล์ 4. เคยรักษาถอนหน้าด้วยยารักษาโรคจิต 5. กลุ่มอาการสมองผิดปกติ

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่

- 1) ปัจจัยชักนำ 2) ปัจจัยเสี่ยง 3) ปัจจัยป้องกัน 4) ปัจจัยกระตุ้น

ตัวแปรแฝงภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม 2) อาการที่แสดงออกทางอารมณ์และความคิด

ผู้วิจัยต้องการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้น กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล¹⁴ โดยโมเดลที่พัฒนาขึ้นมีตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 6 ตัวแปร ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะทำให้การทดสอบครั้งนี้มีอำนาจทดสอบอย่างน้อย .95 ค่า effect size ขนาดกลางเท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power³ ค่าองศาอิสระของโมเดลคำนวณจากสูตร

$$\begin{aligned} df &= NI(NI+1)/2 \\ &= 6(6+1)/2 \\ &= 21 \end{aligned}$$

ผลการวิเคราะห์ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*power3

χ^2 tests - Goodness-of-fit tests: Contingency tables

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Effect size w	= 0.3
α err prob	= 0.05
Power (1- β err prob)	= 0.95
Df	= 21
Output: Noncentrality parameter λ	= 31.320000
Critical χ^2	= 32.6705733
Total sample size	= 348
Actual power	= 0.9505412

สมมติฐานการวิจัย

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. ปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และปัจจัยกระตุ้น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

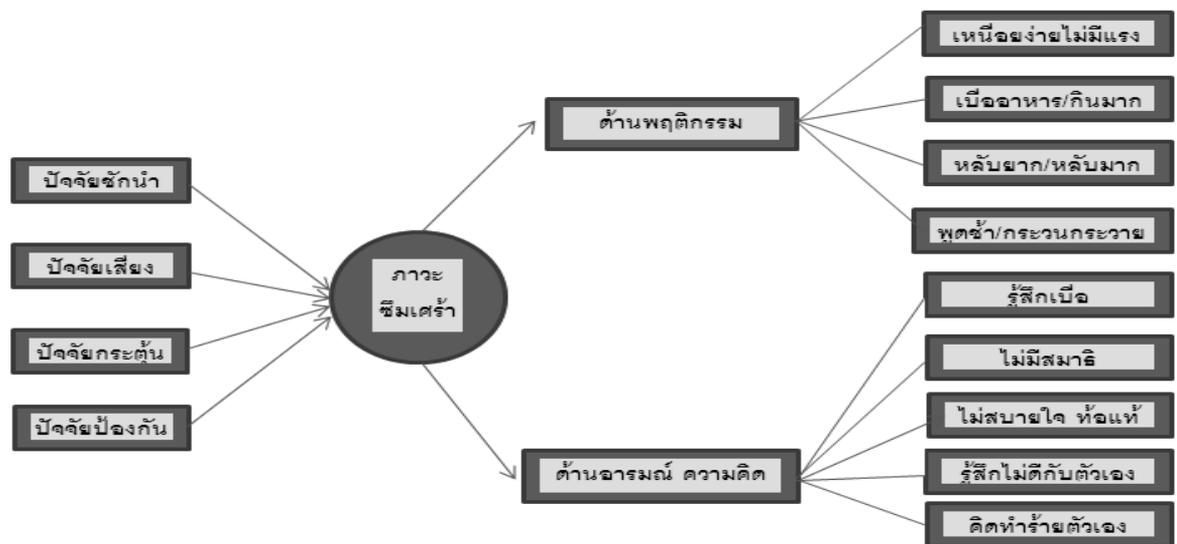
การเจ็บป่วยทางจิตเป็นโรคอย่างหนึ่ง เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย อันเป็นผลจากพยาธิสภาพทางกาย ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของโครงสร้างและสารเคมีในสมอง ความผิดปกติของพันธุกรรมและความเครียด และความเชื่อที่ได้รับการยอมรับจิตแพทย์จึงให้ความสำคัญทางชีวภาพ นำยามาใช้รักษาผู้ป่วย ต่อมาเชื่อว่าการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยโดยสนใจปัจจัยทางชีวภาพยังไม่เพียงพอต้องคำนึงถึงจิตสังคมด้วยเพราะกายและจิตเป็นหนึ่งเดียวแยกจากกันไม่ได้¹³ จากการสังเกตในคลินิก

อย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะอธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์และความคิด มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางกายโดยเฉพาะสารสื่อประสาทในสมอง อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนทางความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และเชื่อว่าอารมณ์กับความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันละกันจึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางพฤติกรรม

งานวิจัยนี้จึงนำแนวคิดดังกล่าวมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่บ่งบอกและแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พอสรุปเป็นแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือปัจจัยชักนำ³ ประกอบด้วยคนในครอบครัวและญาติพี่น้องมีคนเจ็บป่วย รู้สึกไม่มีความหมายในการใช้ชีวิต ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า รู้สึกไม่มีความสุข

ในชีวิต รู้สึกไม่มีสมาธิกับสิ่งต่างๆ ที่ปฏิบัติ มีความรู้สึกเบื่ออาหาร เป็นคนเจ้าอารมณ์ มีความวิตกกังวล เครียด รู้สึกไม่มีความสุขทางเพศ ปัจจัยเสี่ยง¹⁰ ส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย รวมถึงการมองโลกในแง่ลบ แก้ไขปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ยากจน ไร้งาน การทะเลาะกับคนในครอบครัว ถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เกิดวิกฤตในชีวิต สูญเสียสิ่งที่เป็นที่รักหรือสิ่งพอใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งรอบๆ ตัวได้ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานเป็นไปในทาง 'ไม่ดี'³ ปัจจัยป้องกัน¹¹ ที่ได้ผลดี คือ การมีสุขภาพที่แข็งแรง การรับประทานอาหารที่ดี และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และข้อค้นพบจากการ

ทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยป้องกันโดยให้ความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและการดูแลช่วยเหลือตัวเองจากภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ และปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า เกิดจากการสูญเสีย ความอับอาย และจากการใช้ยาเสพติด แอลกอฮอล์และสารกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง เชื่อมโยงกับเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิต¹⁰⁻¹¹ และมีความเศร้าสัมพันธ์ส่งผลให้สารสื่อประสาทในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง และเกิดความไม่สมดุลทำให้การทำงานของสมองผิดปกติจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ภาวะซึมเศร้าสามารถป้องกันและรักษาให้ดีขึ้นหรือหายได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ระยะการป่วยยาวนานขึ้น โอกาสที่จะป่วยซ้ำหรือกำเริบอีกจะมีสูง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และการเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามที่มีคำถามแบบปลายปิด (Close-ended Form) แบบให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ตามความเป็นจริงของผู้ตอบ

ส่วนที่2 แบบประเมินปัจจัยการเกิดโรค

ซึมเศร้า ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยชักนำ ข้อ 1-8 ปัจจัยเสี่ยง ข้อ 9-17 ตัวอย่างข้อคำถาม “ฉันรู้สึกไม่มีความสุขในชีวิต” “ฉันรู้สึกไม่มีสมาธิกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันปฏิบัติ” ปัจจัยป้องกัน ข้อ 18-21 ตัวอย่างข้อคำถาม “ฉันประสบความสำเร็จในการศึกษา/การทำงาน” “ฉันมีครอบครัวมีเพื่อนมีคนที่รู้จักช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา” และปัจจัยกระตุ้น ข้อ 22-23 ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 1-17 กับ ข้อ 22-23 และข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 18-21 โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
บ่อยมาก	เป็นประจำทุกวัน	3	0
บ่อยครั้ง	เป็นเกือบทุกวัน	2	1
บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	1	2
ไม่เลย	ไม่เกิดขึ้นเลย	0	3

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (APN) 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาปริญญาเอกทางด้านพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และการตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Crobach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89 โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน การแปลผลคะแนนภาพรวม โดยคะแนนเต็มทั้งฉบับ 69 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงดังนี้

- < 23 หมายถึง เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ายกระดับต่ำ
- 24-46 หมายถึง เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ายปานกลาง
- > 46 หมายถึง เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าสูง

ส่วนที่3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดย รศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ ปีพ.ศ.2549 โดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าที่ใช้แสดงความรู้สึกของคนมีลักษณะคำถามดังนี้

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

พบว่า คำถามข้อ 1 อารมณ์เศร้ายิ่งมีความไวสูง ร้อยละ 96.5 (95%CI=95.4-97.6%) ความจำเพาะต่ำ ร้อยละ 45.6 (95%CI=42.5-48.7%) คำถามข้อ 2 มีความไวต่ำร้อยละ 71.9 (95%CI=69.2-74.7%) แต่ความจำเพาะสูงร้อยละ 84.7 (95%CI=81.9-86.4%) เมื่อนำมาประกอบกัน ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีความไวสูงถึงร้อยละ 96.5 (95%CI=95.4-97.6%) แต่ความจำเพาะต่ำร้อยละ 44.6% (95%CI=41.5-47.6%) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า “ใช่” จะเพิ่มความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1% (95%CI=82.9-87.3%) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า

ส่วนที่ 4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดย นพ.ธรณินทร์ กองสุข และคณะ ในปีพ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต มีค่า Cronbach's Alpha รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.7836- 0.8210 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง พบว่า มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 72 และค่า likelihood ratio เท่ากับ 3.04 (95%CI = 2.16-4.26)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี เลขที่ IRB BCNU044/003

และทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย และการเข้าร่วมครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจให้ ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเอง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูลเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง และมีผลการคัดกรองด้วยคำถาม 2Q มีผลเป็นบวก ระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม 2558 จำนวน 350 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐานโดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัมประสิทธิ์การกระจาย
2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสาเหตุ และระหว่างตัวแปรสาเหตุกับตัวแปรตาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบนัยสำคัญด้วยค่าที่ (t-test)
3. วิเคราะห์ MIMIC Model ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) และประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธี Maximum Likelihood¹³⁻¹⁴

โดยกำหนดเป็นขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญได้ 5 ขั้นตอนดังนี้ (1) การกำหนดข้อมูลเฉพาะของโมเดล (2) การระบุค่าความเป็นไปได้ของโมเดล (3) การประมาณค่าพารามิเตอร์ของโมเดล (4) การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล และ (5) การปรับโมเดล

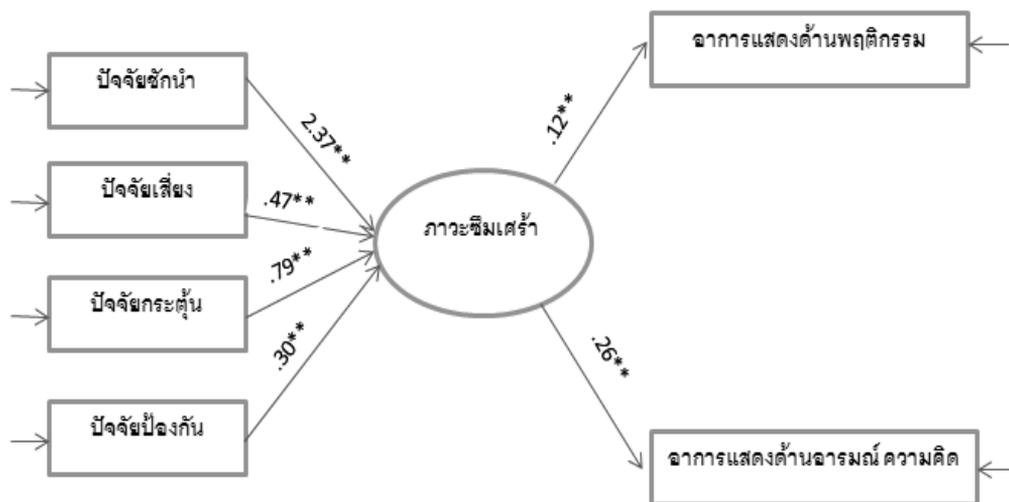
4. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรสาเหตุที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าใช้การวิเคราะห์เส้นทางตรวจสอบความสอดคล้องโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ วิเคราะห์อิทธิพลทางตรงของตัวแปรสาเหตุต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimates: ML) เพื่อวิเคราะห์โมเดลตามสมมติฐานที่กำหนดและมีค่าสถิติสำคัญที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์¹⁵

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จำนวน 350 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 40 เพศหญิง ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.7 เป็นวัยทำงานอายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 34 และอายุ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 34 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.4 รับจ้างร้อยละ 40.9 และพบว่ามิโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดัน ร้อยละ 14.9

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้นและทำการตรวจสอบ ความตรงของโมเดลการวัด (measurement model) โดยได้พิจารณาตัวแปรแฝงที่ทำการศึกษาทั้งหมด 23 ตัวแปร โดยวิธีการใช้ Exploratory Factor Analysis (EFA) เนื่องจากเป็นเครื่องมือใหม่ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยพัฒนาเป็น แนวคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้องค์ประกอบทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยชักนำ 8 ตัวแปร ปัจจัยเสี่ยง 9 ตัวแปร ปัจจัยป้องกัน 4 ตัวแปร และปัจจัยกระตุ้น 2 ตัวแปร ส่วนแบบประเมินโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 1) เพื่อไม่สนใจอยากทำอะไร 2) ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ 3) หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป 4) เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง 5) เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป 6) รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง 7) ไม่มีสมาธิเวลาขณะกระทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ 8) พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น 9) คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี เพื่อการทดสอบโครงสร้างแบบประเมินโรคซึมเศร้า ใช้วิธีการ Confirmatory Factor Analysis (CFA) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีอยู่แล้ว และนักวิจัยได้นำมาทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างอีกครั้ง ผลการวิเคราะห์ด้วย CFA ได้องค์ประกอบทั้งหมด 2 องค์ประกอบ ได้แก่ อาการแสดงด้านพฤติกรรม 4 แปรและอาการทางอารมณ์ ความคิด 5 ตัวแปร พบว่ามีโครงสร้างตรงตามทฤษฎีที่กำหนดไว้¹⁴

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า : การวิเคราะห์ MIMIC ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า : การวิเคราะห์ MIMIC

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์โมเดลค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรในโมเดลตามสมมติฐาน

Variables	Depression		
	bi	S.E.	t
ปัจจัยชักนำ	2.37	.32	7.47
ปัจจัยเสี่ยง	.47	.15	3.08
ปัจจัยกระตุ้น	.79	.26	3.07
ปัจจัยป้องกัน	.30	.64	.47

$R^2 = 0.62$

$\chi^2 = .66$ df=2 p = .78 GFI=1 AGFI=.99 RMSEA=.90 RMR=.000 SRMR=.005

จากตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล MIMIC ที่พัฒนาขึ้นปรากฏว่า โมเดลตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยที่ภาวะซึมเศร้า (Depression) วัดจากตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม และอาการที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด และพิจารณาได้จากค่าสถิติและดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ทุกค่า ได้แก่ ค่าสถิติไค-สแควร์ = .66 df=2 p = .78

ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 1 ค่ารากเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ .004 ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMR) เท่ากับ .00 ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ของตัวแปรภาวะซึมเศร้า (Depression) มีค่าเท่ากับ .62 แสดงว่า ตัวแปรปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน ปัจจัยกระตุ้น สามารถร่วมกันอธิบายตัวแปรภาวะซึมเศร้า (Depression) ได้ร้อยละ 62

เมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรในโมเดล MIMIC ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความภาวะซึมเศร้า (Depression) มากที่สุดคือ ปัจจัยชักนำ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 2.37, .79, .47 และ .30 ตามลำดับ สำหรับการอธิบายเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า พิจารณาตามลำดับของสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยชักนำ ประกอบด้วย คนในครอบครัว และญาติพี่น้องมีคนเจ็บป่วย รู้สึกไม่มีความหมายในการใช้ชีวิต ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า รู้สึกไม่มีความสุขในชีวิต รู้สึกไม่มีสมาธิกับสิ่งต่างๆ ที่ปฏิบัติ มีความรู้สึกเบื่ออาหาร เป็นคนเจ้าอารมณ์ มีความวิตกกังวล เครียด รู้สึกไม่มีความสุขทางเพศ มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 2.37 แสดงว่าปัจจัยชักนำเป็นสาเหตุโดยตรงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

2. ปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย การสูญเสีย สิ่งที่ยึดเป็นที่รักหรือพอใจ รู้สึกว่าความสูญเสียไม่ได้รับการแก้ไข มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .47 แสดงว่าปัจจัยเสี่ยงเป็นสาเหตุโดยตรงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

3. ปัจจัยป้องกัน ประกอบด้วย รู้สึกมองโลกในแง่ดี ประสบความสำเร็จในการศึกษาและการทำงาน มีครอบครัวมีเพื่อนมีคนรู้จักช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา มีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ดี มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .30 ค่า t เท่ากับ .47 แสดงว่าปัจจัยป้องกันเป็นปัจจัยที่ลดอิทธิพลโดยตรงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

4. ปัจจัยกระตุ้น ประกอบด้วย การใช้สารเสพติด การเผชิญกับเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิต มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .79 แสดงว่าปัจจัยกระตุ้นเป็นสาเหตุโดยตรงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

อภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า อภิปรายผลได้ดังนี้

โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกับสารเคมีในสมองและกายวิภาคทางสมอง พันธุกรรม และประวัติครอบครัว มีคนในครอบครัวเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และส่งผลโดยตรงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทโมโนอะมีนซึ่งเป็นกลุ่มสารสื่อประสาทที่มีหน้าที่ในการนำ ขยาย และควบคุมสัญญาณไฟฟ้าจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปยังอีกเซลล์หนึ่ง⁶ โดยมีซีโรโทนิน โดปามีน นอร์เอพิเนพริน และอีพิเนพริน ซึ่งสันนิษฐานว่าการขาดสารสื่อประสาทบางอย่างมีผลต่อลักษณะโรคซึมเศร้าที่สัมพันธ์กันคือ นอร์เอพิเนพรินอาจสัมพันธ์กับความตื่นตัวและความกระปรี้กระเปร่า รวมทั้งความวิตกกังวล ความใส่ใจและความสนใจในชีวิต การขาดซีโรโทนินอาจสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ความหมกมุ่น และการควบคุมจิตใจไม่ได้ โดปามีนอาจสัมพันธ์กับความใส่ใจ แรงจูงใจ ความรื่นเริงใจ และความพอใจ รวมทั้งความสนใจในชีวิต สัมพันธ์กับการศึกษาในระยะยาวที่พบว่า ยีน serotonin transporter (5-HTT) มีผลต่อระดับความเครียดในชีวิตสามารถพยากรณ์ความซึมเศร้า โดยเฉพาะก็คือความซึมเศร้าจะมีโอกาสเกิดสูงขึ้นหลังเหตุการณ์เครียด¹²

ปัจจัยเสี่ยงที่ประกอบด้วยตัวแปรการสูญเสีย สิ่งที่ยึดเป็นที่รักหรือพอใจ รู้สึกว่าความสูญเสียไม่ได้รับการแก้ไข รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า มองโลกในแง่ลบ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้า และ Cognition เป็นขบวนการรับความรู้ด้วยสติปัญญาแล้วจัดระเบียบความรู้นั้นเพื่อนำไปใช้ในโอกาสต่อไป มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือมุ่งพิจารณาสิ่งต่างๆ

ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือมุ่งพิจารณาในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางบวก Aaron Beck กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะมี Cognition triad คือ 1) คิดว่าตนเองด้อย (Chronic low self esteem) มองตัวเองในแง่ลบ (Negative idea of self) 2) หมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว (Helpless) มักจะตีความ (Interpret) เหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดี (Pessimistic outlook) และ 3) อนาคตไม่มีความหวัง (Hopeless) ไม่สามารถแสดงความชื่นชมยินดีต่อความสำเร็จของตนเองและผู้อื่นได้ (Inability to acknowledge personal accomplishment) การบิดเบือนใน Cognition นี้เกิดจากการมีบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (Conditioned learning) ให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อไป¹³

ปัจจัยกระตุ้น ประกอบด้วยการใช้สารเสพติด การเผชิญกับเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิต มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .79 สัมพันธ์กับการศึกษา เหตุการณ์ชีวิตที่มักกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าทันทีได้บ่อยที่สุด คือ การสูญเสียคู่สมรส การตายของญาติที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ การหย่าร้าง ภาวะตกงาน การคลอดบุตร¹¹

โรคซึมเศร้า ส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นโรคอย่างหนึ่งเช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย⁷ อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพทางกาย ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของโครงสร้างและสารเคมีในสมอง ความผิดปกติของพันธุกรรมและความเครียดจิตแพทย์

จึงให้ความสำคัญทางชีวภาพนำมาใช้รักษาผู้ป่วย การจะทำความเข้าใจกับผู้ป่วยโดยสนใจปัจจัยทางชีวภาพไม่เพียงพอ ต้องคำนึงถึงจิตสังคมด้วย เพราะกายและจิตเป็นหนึ่งเดียวแยกจากกันไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาในคลินิกอย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะอธิบายเกี่ยวกับการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมของคน มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางกายโดยเฉพาะสารสื่อประสาทในสมอง องค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า โดยมีโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดที่มีลักษณะเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า และจะมีการบิดเบือนลักษณะเนื้อหาของความคิดอย่างเป็นระบบเกิดขึ้นอัตโนมัติโดยควบคุมไม่ได้ อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากการบิดเบือนทางความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และเชื่อว่าอารมณ์กับความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันละกันจึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิด โรคซึมเศร่ายังสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ ด้วยการส่งเสริมปัจจัยป้องกันในตัวบุคคลเพื่อให้บุคคลมีภูมิคุ้มกันตนเองที่เข้มแข็ง ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขได้ต่อไปตามโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า MIMIC โมเดล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้าอันส่งผลต่อการแสดงอาการทางพฤติกรรม อารมณ์และความคิดในทางลบ และแย่งเรื่องราวจนเกิดโรคซึมเศร้า แต่ควรส่งเสริมหรือหาแนวทางให้บุคคลมีปัจจัยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น

โมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าทำให้ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโรคซึมเศร้าเพื่อใช้ผลจากการศึกษาวิจัยนำไปเป็นแนวทางในการจัดการส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตรงกับสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลแบบเฉพาะ เพื่อจะให้การดูแลเป็นไปอย่างทันทั่วทั้งที่ ป้องกันปัญหาอื่นๆ ที่จะเกิดตามมาจากภาวะซึมเศร้า และนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ในหัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ในขั้นตอนของการใช้แบบประเมินต่างๆ เช่น แบบประเมินปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบประเมินโรคซึมเศร้า รวมถึงประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยนี้มีการศึกษาจำกัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เท่านั้น ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่อื่นเพิ่มมากขึ้น เพื่อเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ต่างๆ
2. งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพียงแค่ 4 องค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และปัจจัยกระตุ้น ผู้ที่สนใจศึกษาเพิ่มเติม สามารถนำปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมหรือสามารถใช้ตัวแปรต่างๆ เปรียบเทียบกัน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น จะทำให้การวิเคราะห์โมเดล MIMIC มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

REFERENCES

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization, 2015.
2. Chisholm, D., et al. Scaling-up Treatment of Depression and Anxiety: A Global Return on Investment Analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2016; 3(5): 415-424.
3. Kongsuk, T., et al. Provincial Guidelines for Surveillance of Depression Disorders. Ubon Ratchathani: Siritham Offset, 2014. (in Thai)
4. Kittirattanapaiboon, P., et al. Thai National Mental Health Survey. Presented at 14th Annual International Mental Health Conference. Bangkok: Miracle Grand Hotel, 2013.
5. Sriruenthong, W., Kongsuk, T., Pengchuntr, W., Kittirattanapaiboon, P., Kenbubpha, K., YingYeun, R., et al. The Suicide in Thai Population: A National Survey. *J Psychiatry Assoc Thailand*, 2011; 56(4): 413-424.
6. Beck, A., T. and Brad, A., A. *Depression: Causes and Treatment*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 2009.
7. Cairns, K., E., et al. Risk and Protective Factors for Depression that Adolescents can Modify: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Journal of Affective Disorders*, 2014: 61-75.

8. Nutt, D., J. Relationship of Neurotransmitters to the Symptoms of Major Depressive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2008; 69(Suppl E1): 4-7.
9. Osgood, C., R. Clearing the Air: Identifying Risk Factors of L-Methylfolate Deficiency for L-Methylfolate. *Deplin Intervention*, 2012.
10. Breton, J. J., et al. Protective Factors against Depression and Suicidal Behavior in Adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 2015; 60(2 Suppl 1).
11. Yaiyok, O. and Luebutthawatchai, P. Depression and Melancholy from the Loss of the Elderly in the Elderly Club, Nonthaburi Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 2011; 56(2): 117-128. (in Thai)
12. Cicek, O. and Ilhan, N. Evaluating Interest in Acids–bases: Development of an Acid–base Interest Scale (ABIS) and Assessment of Pre-service Science Teachers’ Interest. *Chemistry Education Research and Practice*, 2017: 630-640.
13. Beck, A., T. *Cognitive Theory and the Emotional Disorders*, 1976.
14. Joreskog, K., G. and Dag, S. *LISREL 7 User’s Reference Guide*. Mooresville, IN: Scientific Software, 1989.
15. Suksawang, P. Principles of Structural Equation Model Analysis. *Journal of Narathiwat Rajanagarindra University*, 2014; 6(2): 136–145. (in Thai).