

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้

Selected Factors Related To Anhedonia Among Persons With Major Depressive Disorder, Southern Region

วนิดา อาแว* รัชนีกร อุปเสน

Wanida Awae*, Ratchaneekorn Upasen

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยอายุ 20 -59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า สามารถฟัง พูดภาษาไทยได้ ร่วมมือและยินยอมให้ข้อมูล และไม่มีอาการทางจิต รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคใต้ จำนวน 144 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดอาการย้ำคิดย้ำทำ 3) แบบวัดภาวะซึมเศร้า 4) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม 5) แบบวัดความวิตกกังวล 6) แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิต และ 7) แบบวัด Temporal experience of pleasure scale วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีภาวะสิ้นยินดี คิดเป็นร้อยละ 62.5 จากการหาความสัมพันธ์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ : ภาวะสิ้นยินดี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

The purposes of this research were to examine level of anhedonia of persons with major depressive disorder and to study the relationship between gender, age, obsessive-compulsive symptoms, depression, social functioning, anxiety, stressfull life event and anhedonia among persons with major depressive disorder. The samples were 144 MDD patients, randomly selected by purposive sampling technique. The research instruments were: 1) personal factor 2) obsessive- compulsive symptoms 3) depression 4) anxiety 5) life event stress 6) social functioning and 7) Temporal experience of pleasure scale (TEPS). All instruments were verified for

Corresponding Author: * e-mail: Wanida.kinson@gmail.com

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The research was fund by Graduate School, Chulalongkorn University

Content Validity Index by five experts and reliability $>.80$ (0.98, 0.94, 0.85, 0.95, 0.83, 0.92). Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square and Point Biserial Correlation.

1. Participants had the anhedonia about 62.5% ($x = 3.52$, S.D. = 1.03)
2. Age was significant correlation with anhedonia ($r_{pb} = .163$)
3. Obsessive-compulsive symptom, depression, anxiety and life event stress were positively significant correlation with anhedonia ($r_{pb} = .382$, $r_{pb} = .444$, $r_{pb} = .294$, $r_{pb} = .294$ respectively)
4. social functioning was negatively significant correlation with anhedonia ($r_{pb} = -.470$)
5. gender was not related to anhedonia among persons with Major Depressive disorder.

Keywords: Anhedonia Persons with major depressive disorder

บทนำ

จากการศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้าระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับธนาคารโลก (World Bank) และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School Of Public Health) พบว่า โรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ.1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ.2020 ซึ่งรองมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 350 ล้านคน มีอัตราความชุกอยู่ระหว่าง ร้อยละ 5.9 -10.8¹ จากข้อมูลของศูนย์โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต รายงานว่า ปี พ.ศ.2557 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 2.7 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ.2559 และพบในหญิง มากกว่าชาย โดยกลุ่มอาการของโรค ซึมเศร้าจะรบกวนจิตใจของผู้ป่วยอย่างมากและสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ยาเสพติด อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 ในสถานการณ์วิกฤตของประเทศไทยในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมานี้ ไม่ว่าจะเป็นวิกฤตที่เกิดจากภัยธรรมชาติ ปัญหาวิกฤตทางการเมือง วิกฤตเศรษฐกิจ รวมไปถึงสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ ส่งผลให้ประชาชนเกิดปัญหาสุขภาพจิต บางรายประสบกับภาวะวิกฤตสุขภาพจิตอย่างรุนแรงถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย²

ภาคใต้ เป็นพื้นที่หนึ่งที่ประสบภาวะวิกฤตภัยพิบัติธรรมชาติ โดยภาวะวิกฤตทางธรรมชาติที่รุนแรงในภาคใต้ที่ผ่านมานี้ ได้แก่ ปัญหาอุทกภัยครั้งใหญ่ในปี พ.ศ.2554 และ พ.ศ. 2560 ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของประชาชนในหลายพื้นที่ทางภาคใต้ นอกจากนี้ ภาคใต้ยังมีภัยพิบัติที่เกิดจากน้ำมือมนุษย์ซึ่งเกิดขึ้นในสามจังหวัดชายแดน

ภาคใต้ และบางพื้นที่ในจังหวัดสงขลา ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน รวมทั้งความปลอดภัยในพื้นที่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้สร้างความหวาดระแวง และทำให้ประชาชนในพื้นที่ขาดความสุขในการดำเนินชีวิตดำเนินชีวิตประจำวันความรุนแรงรายวันที่เกิด ทำให้พื้นที่นั้นกลายเป็นพื้นที่เฝ้าระวังพิเศษของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับโรคที่เกี่ยวข้องกับจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ³

จากสถานการณ์ดังกล่าวที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ภาคใต้โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าจากการสำรวจสถานการณ์โรคซึมเศร้าพบว่า จำนวนผู้ป่วยสะสมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 มีจำนวน 63,522 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 91,835 รายในปี พ.ศ. 2559⁴ จากแนวทางการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามหลัก ICD-10 ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ (1) อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทั้งวัน (2) มีภาวะสิ้นยินดี หรือความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก ไม่รู้สึกสนุกสนาน โดยเป็นเกือบทั้งวัน และ (3) พลังกำลังกายลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก⁵ จากแนวทางวินิจฉัยดังกล่าว มีการศึกษาพบว่า ภาวะสิ้นยินดีถือเป็นลักษณะหนึ่งที่สำคัญของโรคซึมเศร้า ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น และนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด⁶

ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง การไม่ตอบสนองของอารมณ์ต่อประสบการณ์ความพึงพอใจของบุคคล ทำให้ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ปกติ และกิจกรรมในอนาคต⁷ ภาวะนี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก สำหรับ ประเทศไทยภาวะสิ้น

ยินดีเป็นภาวะหนึ่งใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะแสดงความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลงมีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจเหมือนเดิมประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ความรู้สึกทางเพศจะลดลง หรือไม่มีเลย⁹ และการศึกษาภาวะสั่นยินดีในต่างประเทศ มีการศึกษาความชุกทั้งผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในและนอก พบว่า ภาวะสั่นยินดีจะพบในผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าแถบยุโรป พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะสั่นยินดีอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 86.2⁹ นอกจากนี้มีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสั่นยินดีกับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคม¹⁰ พบว่า ภาวะสั่นยินดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสูญเสียการทำงานที่ทางสังคม และการศึกษาของ Winer et al.¹¹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสั่นยินดีกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 645 ราย และโรคทางจิตอื่นๆ 570 ราย พบว่าระดับภาวะสั่นยินดีมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายระดับความคิดฆ่าตัวตายได้ การศึกษาข้างต้นทำให้เห็นว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะพบภาวะสั่นยินดีในอัตราที่สูง และภาวะนี้ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต จึงสามารถกล่าวได้ว่าภาวะสั่นยินดีเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และจากการที่ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรตามแนวคิดของ Klein ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องในการคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล เหตุการณ์เครียดในชีวิต

วิตกกังวล เหตุการณ์เครียดในชีวิต และการทำหน้าที่ทางสังคม ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้รับบริการ ดังนั้น การให้ความสำคัญในการป้องกันและบรรเทาภาวะสั่นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสั่นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำไปใช้ในการเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และจัดระบบบริการด้านสุขภาพจิตรวมทั้งพัฒนาโปรแกรมมาจัดกระทำในการป้องกันและลดภาวะสั่นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

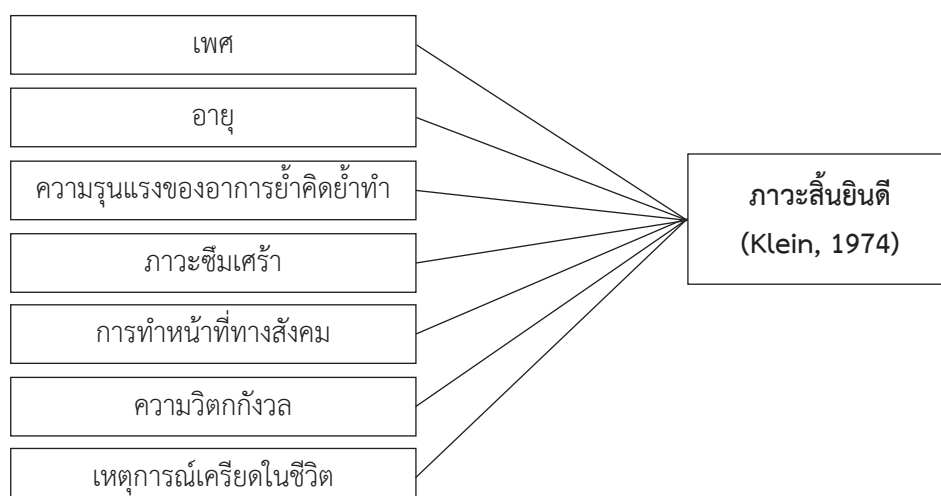
วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาภาวะสั่นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะสั่นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

- 1) เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นยินดี
- 2) การทำหน้าที่ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสั่นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 3) ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสั่นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะของการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์ ICD-10 ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F 32 – F 33) ที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 144 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยอำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power analysis of sample size โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล .24¹² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 131 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹³ งานวิจัยนี้จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 144 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ปี)

2. แบบวัดอาการย้ำคิดย้ำทำ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินอาการย้ำคิดย้ำทำด้วยตนเอง ฉบับภาษาไทย (Thai Version of the Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale–Self Report) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Goodman et al.¹⁴ เป็นเครื่องมือมี 2 ส่วน คือ ส่วนลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำ และส่วนความรุนแรงของอาการ ผู้วิจัยนำมาเฉพาะส่วนของความรุนแรงของอาการ จำนวน 10 ข้อ คะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 0 – 40 คะแนน โดยคะแนนที่มากขึ้นแสดงว่า มีอาการรุนแรงมากขึ้น

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาไทย (Thai Version of the Beck Depression Inventory: BDI) ซึ่งพัฒนาโดย Beck¹⁵ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน

4. แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมิน Social Functioning Scale (SFS) สร้างขึ้นโดย Birchwood et al.¹⁶ มีจำนวน 75 ข้อ วัดการทำหน้าที่ทางสังคม 7 ด้าน พิสัยของคะแนนในแต่ละข้อเป็น 0-3 คะแนนให้นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน แล้วนำไปแปลผลเทียบกับตาราง Raw Score

5. แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ใช้แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตซึ่งสมจิตร์ นครพานิชได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวทางแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิต (Social Readjustment Rating Scale) ของ Holmes and Rahe โดยสร้างข้อความเหตุการณ์ในชีวิตแต่ละด้านให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย จำนวน 43 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ ได้ 1 คำตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่

6. แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ผู้วิจัยปรับปรุงจาก The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y-1) โดยวัดเฉพาะ State Anxiety ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในด้านบวก 10 ข้อและข้อความด้านลบ 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด ค่อนข้างมาก มีบ้าง ไม่มีเลย

7. แบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) ผู้วิจัยปรับปรุงจากเครื่องมือ TEPS เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Gard et al.¹⁷ ซึ่งแบบวัดนี้จะประเมินประสบการณ์ความสุขของบุคคล เครื่องมือมี 18 ข้อ 6 ระดับ เป็นแบบ Likert scale ซึ่งค่าคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 6 คะแนน โดยคะแนนที่ลดลง แสดงถึง ภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ผู้วิจัยได้นำมาปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมในภาคใต้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า จำนวน 5 ท่าน และ

หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 – 7 ได้ 0.98, 0.94, 0.85, 0.95, 0.92 ส่วนแบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิตหาความเที่ยงแบบวัดซ้ำ (Test-retest) พบค่าความสัมพันธ์ได้ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เอกสารเลขที่ 20/2560 และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หมายเลขโครงการ SSR REC 14/2560 และปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธ หรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.94 สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 68.1 รองลงมาสถานภาพโสด และหย่าร้าง ร้อยละ 18.8

และ 6.9 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.3 รองลงมาระดับประถมศึกษา และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25.0 และ 20.1 ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย เท่ากับ 4.19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.0 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม และคริสต์ ร้อยละ 7.6 และ 1.4 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสิ้นยินดี จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 และไม่มีภาวะสิ้นยินดี จำนวน 54 ราย คิดเป็น 37.5 ราย ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 1.03) ดังตารางที่ 1

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้ มีดังนี้ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .106$, $p = .745$) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .163$, $p = .050$) ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .382$ และ $r_{pb} = .444$ ตามลำดับ) ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .294$ และ $r_{pb} = .294$ ตามลำดับ) การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = -.470$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของภาวะสิ้นยินดี (n = 144)

ตัวแปร	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะสิ้นยินดี	มากกว่า หรือเท่ากับ 3	54	37.5
มีภาวะสิ้นยินดี	น้อยกว่า 3	90	62.5
รวม		144	100
$\bar{X} = 3.52$, S.D. = 1.03, Min = 1.67, Max = 5.56			

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสั่นโยนติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		P-value	ระดับความสัมพันธ์
	X ²	r _{pb}		
เพศ	.106		.745	-
อายุ		.163**	.025	ต่ำ
ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ		.382**	.000	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า		.444**	.000	ปานกลาง
การทำหน้าที่ทางสังคม		-.470**	.000	ปานกลาง
ความวิตกกังวล		.294**	.000	ต่ำ
เหตุการณ์เครียดในชีวิต		.294**	.000	ต่ำ

** p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สามารถอภิปรายได้ว่า การเกิดโรคซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกัน โดยเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า โดยมีการอธิบายสมมติฐานไว้ว่า เกิดจากความแตกต่างของฮอร์โมน ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นต้น¹⁸ งานวิจัยนี้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียาภาวะสั่นโยนติค่อนข้างสูง โดยพบถึงร้อยละ 64.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Llorca & Gourion⁹ ที่พบว่า ภาวะสั่นโยนติจะพบในผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าแถบยุโรป พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียาภาวะสั่นโยนติอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 86.2 อภิปรายผลได้ว่า ภาวะสั่นโยนติ เป็นลักษณะอาการหลักที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามแนวทางการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า⁵ ซึ่งภาวะนั้นจะพบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนาน พบได้ในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹⁹ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียาภาวะสั่นโยนติเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งภาวะนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่มีอาการกระตือรือร้นต่อกิจกรรมต่างๆ มักแยกตัวอยู่คนเดียว และจะขาดความสนใจ หรือความเพลิดเพลินต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว โดยความรุนแรงของภาวะสั่นโยนติมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียาภาวะรุนแรงมากขึ้น²⁰ ซึ่งนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดภาวะสั่นโยนติเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ภาวะนั้นเป็นอาการ

หลักที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการหาแนวทางในการจัดการกับภาวะสั่นโยนติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพัฒนาโปรแกรม หรือการรักษา มาจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสั่นโยนติ เพื่อช่วยป้องกัน และลดการเกิดภาวะสั่นโยนติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะสั่นโยนติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นโยนติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าวได้ว่า เพศชายและหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า เกิดภาวะสั่นโยนติไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al.²¹ ที่ศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นโยนติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ Hanley²² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสั่นโยนติและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นโยนติ โดยพบว่า เพศหญิงมีภาวะสั่นโยนติมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญที่ p < 0.05

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า โรคซึมเศร้าจะมีลักษณะการดำเนินตามพยาธิสภาพของโรคเหมือนกันทั้งในเพศหญิงและชาย ส่วนการพยากรณ์ของโรค ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการทำให้อาการกำเริบหรือ พ้นฟูได้อย่างรวดเร็ว²³ การมีประสบการณ์ชีวิตและความสามารถในการเผชิญเรื่องต่างๆ ไม่แตกต่างกัน ทำให้การ

แสดงออกทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน ด้วยสังคมไทยในปัจจุบัน ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมาย อาชีพ สังคม และการศึกษา ทำให้ความสามารถของทั้งชายและหญิงไม่ต่างกัน²⁴

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Rizvi et al.²⁵ ศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยา Benzodiazepines กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอายุระหว่าง 18 – 60 ปี พบว่า เพศ อายุ รายได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

อภิปรายผลได้ว่า การเพิ่มขึ้นของอายุในแต่ละปี ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสำคัญในระบบประสาท สมองบางส่วนจะฝ่อตัวมากกว่าส่วนอื่น เช่น ส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความคิดอ่าน สติปัญญา หรือส่วนซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับความจำที่ temporal cortex ทำให้การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติที่มีความเสื่อมถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ลดลง

2.3 ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ มีความสัมพันธ์ทางความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าวได้ว่าบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำที่มีความรุนแรงขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Abramovitch et al.²⁶ ที่ศึกษาภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วย พบว่า ระดับอาการย้ำคิดย้ำทำที่รุนแรงขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น

อภิปรายผลได้ว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะพบผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วย

ประมาณร้อยละ 60-90 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งนี้ ที่พบบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำมีจำนวนร้อยละ 66.2 บุคลิกภาพแบบย้ำคิดเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีความคิดซ้ำๆ ที่ทำให้เกิดความกังวลใจ และมีการตอบสนองต่อความคิด ด้วยการทำพฤติกรรมซ้ำๆ เพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีมีเหตุผล แต่ก็ไม่สามารถหยุดความคิดและการกระทำ

ดังกล่าวได้ ความผิดปกติดังกล่าวได้ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำมีความบกพร่องในการตอบสนองของอารมณ์ทางบวก และทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีในที่สุด²⁷

2.4 ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น มีผลต่อระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amr and Volpe²⁸ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 18 - 60 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชที่ โรงพยาบาล Mansoura University Hospital ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 ถึง 2011 พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้นด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al.²⁹ ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 47 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดี

อภิปรายได้ว่า ภาวะซึมเศร้า มีระดับความรุนแรงหลายระดับ ซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม แตกต่างกันไป โดยภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกลดลง ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ทำให้ขาดความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ ประสบการณ์ความสุขลดลงจากเดิมที่เคยเป็น และระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสบการณ์ความสุขที่ลดลงตามมา ซึ่งหมายถึงเกิดภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้นนั่นเอง³⁰

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ทางสังคมกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงว่าความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gourion, Vinckier, and Mouchabac¹⁰ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1570 ราย ที่รับการรักษาด้วยยา Agomelatine โดยแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ทำการรักษา พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายความรุนแรงในภาวะสิ้นยินดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0001$ ($r = 0.64$)

อภิปรายได้ว่า โรคซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการที่ผู้ป่วยทำหน้าที่ทางสังคมได้ลดลง ทำให้เกิดคุณค่าในตนเองลดลง ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ทำให้ขาดความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกลดลง ส่งผลให้ระดับภาวะสั่น顫รุนแรงขึ้นตามมา³¹ กล่าวได้ว่า การบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรของตนเองได้ รวมทั้งไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วยจะรู้สึกมีศักยภาพในตนเองต่ำ มองตนเองในแง่ลบ หลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ขาดความสุขในชีวิต

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับภาวะสั่น顫ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสั่น顫ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oei et al.⁶ ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลขณะปัจจุบัน กับภาวะสั่น顫ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 55 ราย ที่มารับบริการแผนกจิตเวชใน University Hospital in Utrecht ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสั่น顫ที่รุนแรงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักพบมีภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย มีความคิดที่หมกมุ่น และคิดว่าตนเองไร้ค่า ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีความวิตกกังวลมากขึ้น จะเกิดความคิดที่หมกมุ่น ทำให้ขาดความสามารถที่จะรับมือกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นได้ และทำให้ประเมินศักยภาพของตนเองต่ำลงกว่าเดิม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัว ส่งผลให้ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกไม่เหมาะสม และเกิดภาวะสั่น顫ขึ้นในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสั่น顫ที่รุนแรงขึ้น⁶

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์เครียดในชีวิตกับภาวะสั่น顫ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสั่น顫ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hundt et al.³² ศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างเหตุการณ์เครียดในชีวิตกับภาวะสั่น顫ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่สูงขึ้น สามารถทำนายระดับภาวะสั่น顫ที่รุนแรงขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ที่ $p < .05$ ($\beta = 0.44$)

อภิปรายได้ว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นปัจจัยกระตุ้นหลักที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกลดลง ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่กดดัน และโทษตัวเอง มองว่าตนเองขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ขาดแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหา ทำให้ระดับภาวะสั่น顫สูงขึ้น³²

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

1. พัฒนางานวิจัยในการหาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่น顫ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การสนับสนุนทางสังคม การรู้คิด เป็นต้น โดยศึกษาในปัจจัยที่พยาบาลจิตเวชสามารถเข้าไปจัดกระทำได้

2. ศึกษาวิจัยในการจัดทำกิจกรรม หรือพัฒนาโปรแกรมในการจัดกระทำกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่น顫 ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การทำหน้าที่ทางสังคม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต โดยพัฒนาโปรแกรมที่จะนำมาใช้ให้สามารถป้องกัน และบรรเทาความรุนแรงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อช่วยป้องกันและลดระดับความรุนแรงของภาวะสั่น顫 เช่น พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น โปรแกรมจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จัดกิจกรรม หรือพัฒนาทักษะการจัดการกับความวิตกกังวล เป็นต้น

References

1. Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G., Murray, C.J., et al. Burden of depressive disorder by country, sex, age, and year, finding from the global burden of disease study 2010. PLoS one. 2013; e69637
2. Wasiknanon, S. Review literature about psychiatry. Nontaburi: company printing; 2004. (in thai)
3. Health information system development office. Thailand health profile. Nontaburi: Ministry of public health; 2011. (in thai)

4. Prasrimahapoh Hospital. Major depressive disorder report. Ubonratchathani: Department of mental health; 2016. (in thai)
5. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of Mental disorders(4th ed., Text Revision). Washington, DC; Author.
6. Oei, T. I., Verhoeven, W. M. A., Westenberg, H. G. M., Zwart, F. M., & Van Ree, J. M. Anhedonia, suicide ideation and dexamethasone nonsuppression in depressed patients. *Journal of psychiatric research*. 1990; 24(1): 25-35.
7. Klein, D.F. Endogonomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry*. 1974; 31: 447 – 454.
8. Ruangtrakul, S. *Psychiatry*. Bangkok: Rueankaew printing; 2014. (in thai)
9. Llorca, P., & Gourion, D. Management of Anhedonia and Depressive Symptoms in Depressed Outpatients: Benefit for Functioning. *European Psychiatry*. 2015; 30: 364.
10. Gourion, D., Vinckier, F., & Mouchabac, S. A longitudinal study of the Relationships between anhedonia and functioning in a large cohort of depressed patients treated by general practitioners. *European Neuropsychopharmacology*. 2015; 25(2): S393 – S394.
11. Winer, E. S., Nadorff, M. R., Ellis, T. E., Allen, J. G., Herrera, S., & Salem, T. Anhedonia predicts suicidal ideation in a large psychiatric inpatient sample. *Psychiatry research*. 2014; 218(1): 124-128.
12. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
13. Dillman, D. A., & (2000). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Desing Method*. Newyork: John Wiley and Sons.
14. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., & Charney, D. S. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*. 1989; 46(11): 1006-1011.
15. Beck, A.T. *Depression: Clinical, experimental, and theoreticals aspects*. New York: Harper Row; 1967.
16. Birchwood, M., Smith, J. O., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. O. N. J. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1990; 157(6): 853-859.
17. Gard, D. E., Gard, M.G., Kring, A. M., & John, O.P. Anticipatory and Consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of research in personality*. 2006; 40: 1086 – 1102.
18. Stein DJ, Kupfer, D.J., & Schatzberg, A.F. *Textbook of Mood Disorder*. U.S.A.: American Psychiatric Publishing. 2006.
19. Loas G, Noisette C, Legrand A, Boyer P. Anhedonia, depression and the deficit syndrome of depression. *Acta Psychi Scand*. 1996;94:477 - 9.
20. Kaviani H, Gray JA, Checkley SA, Raven PW, Wilson GD, Kumari V. Affective modulation of the startle response in depression: influence of the severity of depression, anhedonia, and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2004; 83(1):21-31.
21. Liu WH, Wang LZ, Zhao SH, Ning YP, Chan RC. Anhedonia and emotional word memory in patients with depression. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):361-7.

22. Hanley K. Anhedonia and depression: Anticipatory, Consummatory, and Recall Deficits. Colby college 2007.
23. Rush AJ, Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, , D. M, P. J. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. American Journal of Psychiatry. 2006;163(11):1905-17.
24. Mulder, M. B. Kipsigis women's preferences for wealthy men: evidence for female choice in mammals?. Behavioral ecology and sociobiology, 1990: 27(4), 255-264.
25. Rizvi SJ, Quilty LC, Sproule BA, Cyriac A, Michael Bagby R, Kennedy SH. Development and validation of the Dimensional Anhedonia Rating Scale (DARS) in a community sample and individuals with major depression. Psychiatry Res. 2015;229(1-2):109-19.
26. Abramovitch A, Pizzagalli DA, Reuman L, Wilhelm S. Anhedonia in obsessive-compulsive disorder: beyond comorbid depression. Psychiatry Res. 2014;216(2):223-9.
27. Nielen MM, den Boer JA, Smid HG. Patients with obsessive-compulsive disorder are impaired in associative learning based on external feedback. Psychol Med. 2009;39(9):1519-26.
28. Amr M, Volpe FM. Relationship between anhedonia and impulsivity in schizophrenia, major depression and schizoaffective disorder. Asian J Psychiatr. 2013;6(6):577-80.
29. Liu WH, Roiser JP, Wang LZ, Zhu YH, Huang J, Neumann DL, et al. Anhedonia is associated with blunted reward sensitivity in first-degree relatives of patients with major depression. J Affect Disord. 2016;190:640-8.
30. Chentsova-Dutton Y, Hanley K. The effects of anhedonia and depression on hedonic responses. Psychiatry Research. 2010;179(2): 176-80.
31. Clarke DM, Smith GC, Dowe DL, McKenzie DP. An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. J Psychosom Res. 2003;54(4):323-30.
32. Hundt NE, Nelson-Gray, R. O., Kimbrel, N. A., Mitchell, J. T., & Kwapil, T. R. . The interaction of reinforcement sensitivity and life events in the prediction of anhedonic depression and mixed anxiety-depression symptoms. Personality and Individual Differences. 2007;43(5):1001-12.