

รายงานผู้ป่วย: อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิติกร พรมา¹ รังสิมันต์ สุนทรไชยา²¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Received: July 14, 2021

Revised: August 27, 2021

Accepted: February 20, 2022

บทคัดย่อ

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเองและผู้อื่น รวมไปถึงสิ่งรอบตัวและอนาคตของตนเอง พบได้ทุกระยะของโรค ส่งผลต่อความผิดปกติทางด้านร่างกายและอาการทางจิต รวมทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตาย บทความนี้จึงเป็นรายงานการศึกษาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้แบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่าง กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2563 จำนวน 2 ราย โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) ชุดแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Calgary Depression scale for Schizophrenia, CDSS) รายงานผลการศึกษาดูด้วยการวิเคราะห์รายกรณี ลักษณะอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในรายงานนี้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 ราย มีคะแนน BPRS คือ 20 และ 26 คะแนนตามลำดับ มีอาการทางจิตระดับน้อย และคะแนน CDSS คือ 18 และ 16 คะแนนตามลำดับ มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าอาการซึมเศร้ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายเกิดในระยะที่มีอาการทางจิตสงบ และคะแนนอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับคะแนนอาการทางจิตที่ลดลง จึงสรุปได้ว่าลักษณะอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความคิด อารมณ์ความรู้สึกที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเองและผู้อื่น เกิดหลังจากอาการทางจิตสงบ และความเข้าใจการเจ็บป่วย ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระยะเวลาเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยา การใช้สารเสพติด รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำสำคัญ: อาการซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตเภท ความคิดบิดเบือนไปในทางลบ

ผู้สนับสนุนผลงาน:

กิติกร พรมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

85 ถนนมาลัยแมน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000

อีเมล: kitikorn031@nurse.tu.ac.th

Case report: Depressive symptoms of Schizophrenic patients

Kitikorn Pornma¹, Rangsiman Soonthonchaiya²

¹Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

²Faculty of Nursing, Thammasat University

Abstract

Schizophrenic patients experience depressive symptoms and negative thoughts about themselves and others, including their surroundings and their futures. This symptom could be found at all stages of the disease, and may result in both physical disorders and mental symptoms, as well as being a major risk factor for suicide. This article reports on two depressed schizophrenic patients in a psychiatric hospital in Bangkok between July and August 2020. The assessment was composed of a psychiatric symptom assessment using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the general information questionnaire, and Depression Assessment for schizophrenic patients using the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). The study results were reported by case analysis, the depression characteristics of schizophrenic patients, the factors causing depression in schizophrenic patients, and a review of the relevant literature. The results of the study found that both case studies had psychiatric symptom of BPRS scores of 20 and 26, respectively. They were in a state of mild psychosis. The depressive symptoms CDSS score was 18 and 16, respectively. The symptoms of depression were moderate. In both cases, it was found that depressive symptoms were in a maintenance phase. The increase in the depressive symptoms score was associated with a decrease in psychiatric symptom scores. Therefore, it can be concluded that the depressive characteristics of schizophrenic patients includes negative distorted thoughts, and their emotions and feelings toward themselves and others, which occurred after decreased psychiatric symptoms. The contributing factors for depression among schizophrenic patients were an understanding of illness, drug therapy cooperation, duration of illness, side effects of their medication, substance abuse, and social and environmental factors.

Keywords: depressive symptoms, schizophrenic patients, negative thoughts

Corresponding Author:

Kitikorn Pornma

Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

85 Malai Man Road, Mueang Nakhon Pathom,

Nakhon Pathom 73000, Thailand.

E-mail: kitikorn031@nurse.tu.ac.th

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์พฤติกรรม การรับรู้ โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด ความผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการแสดงแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก เช่น หลงผิด ประสาทหลอน¹ กลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย มีการแสดงออกของอารมณ์ลดลง ขาดความสนใจในกิจกรรม ทุกชนิดขาดความกระตือรือร้นรวมไปถึงแยกตัวออกจากสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด เช่น ผู้ป่วยจะสมาธิแย่ง มีปัญหาความจำ ตีความไม่ได้ คิดเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้ การตัดสินใจเสียไป มักพบก่อนช่วงอาการกำเริบ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น ไม่สบายใจ มีภาวะซึมเศร้า หดหู่กำลังใจจากอาการของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองและการฆ่าตัวตาย ซึ่งความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลก พบร้อยละ 0.3 - 0.7² ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเข้ารับบริการจำนวน 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่³ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทรับบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมากเป็นอันดับ 1 ของผู้รับบริการโรคทางจิตเวชทั้งหมด และมีแนวโน้มสูงขึ้น^{4,5} โอกาสเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตสามารถเกิดขึ้นได้เนื่องจากในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความชุก ณ ขณะของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท พบร้อยละ 21.3⁶ และความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ในช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปีอยู่ร้อยละ 75.3⁷ เช่นเดียวกับความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบร้อยละ 3⁸ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและเรื้อรัง ล้วนมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าได้⁹

ผลกระทบของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเป็นสาเหตุหลักสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง⁸⁻¹⁰ เป็นปัญหาสำคัญที่มีความรุนแรง

ทั้งในแง่สังคมและสาธารณสุข โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีจะมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้น ในทุกกลุ่มอายุแทบทุกประเทศ¹¹ เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายเกือบร้อยละ 50 มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย¹²

ลักษณะอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท จะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมไปถึงสิ่งรอบตัวและอนาคตของตนเอง¹³ มีความรู้สึกและอารมณ์ในแง่ลบ เบื่ออาหาร สมรรถภาพทางเพศลดลง มีกิจกรรมต่างๆ ที่เปลี่ยนไปจากเดิม¹⁴ เป็นอาการที่สำคัญ ซึ่งพบได้ทุกระยะของโรค¹² ส่งผลต่อความผิดปกติทางด้านร่างกายและอาการทางจิต รวมทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตาย⁹ หลังจากอาการทางจิตสงบ จะรู้สึกเกี่ยวกับอาการของตนเอง มองตัวเองด้านลบ ทำให้เกิดความรู้สึกอับอาย¹⁵ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะของโรค คือ 1. ระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า 2. ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน 3. ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง⁹

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต มีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และคิดว่าเป็นสาเหตุทำให้ตัวผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม⁷ รู้สึกเกี่ยวกับอาการของตัวเอง มองตัวเองด้อยค่า ลดคุณค่าในตัวเอง ก่อให้เกิดเป็นอาการซึมเศร้า¹⁶ 2) อาการทางจิต พบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตด้านลบ^{17,18} 3) การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เนื่องจากยาามีผลทำให้อาการด้านบวกและอาการด้านลบของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้อง ก็จะช่วยลดอาการซึมเศร้าและความรู้สึกสิ้นหวังลดลงด้วย¹⁹ 4) อาการข้างเคียงของยา เนื่องจากอาการข้างเคียงของยา ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย เป็นปัญหาต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

ส่งผลต่อภาพลักษณ์และบางครั้งรู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการข้างเคียงของยา²⁰ 5) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ยืงนาน ยิ่งทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่อึดอัด มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ ทำให้มีอาการซึมเศร้า^{21,22} 6) สารเสพติด^{21,23} ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งหากประสบภัยและรุนแรงจนคุกคาม จะส่งผลต่อจิตใจให้เกิดอาการซึมเศร้าได้³ 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าในผู้ป่วยที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าที่สูงขึ้น^{6,7}

รายงานผู้ป่วย

การศึกษากรณีในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 2 ราย ระหว่าง กรกฎาคม 2563 ถึง สิงหาคม 2563 รายงานผลการศึกษาด้วยการวิเคราะห์รายกรณี ลักษณะอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในรายงานนี้ ซึ่งเครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ชุด ดังนี้

1. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)²⁴ เป็นแบบประเมินเพื่อตรวจสอบอาการทางคลินิก ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ

2. ชุดแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ต่อเดือน ระยะการเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคจิตเภท ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยมีทั้งหมด 9 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน²⁵ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล (APN) และอาจารย์พยาบาล และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS) ฉบับภาษาไทย²⁶ เป็น

แบบประเมินที่ใช้บอกระดับของอาการซึมเศร้า มี 9 หัวข้อ ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มี ให้คะแนนเท่ากับ 0 เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 1 ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 2 และรุนแรงให้คะแนนเท่ากับ 3 การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้เขียนได้เพิ่มเติมการแบ่งระดับคะแนนของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มีอาการซึมเศร้าระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้อัตราภาคขั้นในการแบ่ง ดังนี้ ไม่มีอาการซึมเศร้า 0-4 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับต่ำ 5-12 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง 13-20 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับสูง 21-27 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน²⁵ คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 1²⁷ วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha ecoefficiency) เท่ากับ 0.83²⁷ รายงานกรณีศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต รหัสโครงการวิจัย DMH.IRB 018/2563 BRm_Ful เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 028/2563 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2563

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 32 ปี สถานภาพโสด ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างทั่วไป การวินิจฉัยโรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (undifferentiated schizophrenia; F20.3) มีประวัติการเจ็บป่วยมา 6 ปี รักษาไม่ต่อเนื่องขาดยามาเป็นเวลา 1 ปี เพราะเคยทานแล้วมีคลื่นไส้ บางครั้งมีน้ำลายไหลมากกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำงานไม่ได้ ปรีกษาญาติก็ไม่มีเวลาพาไปโรงพยาบาล จึงหาเสพกัญชา 2-3 หลมต่อสัปดาห์ ยาไอซ์บางครั้งเมื่อทำได้ แล้วรู้สึกกระปรี้กระเปร่า อารมณ์ครื้นเครง ผู้ป่วยคิดว่ากัญชา

และยาโอซซช่วยให้อาการดีขึ้น ไม่มีอาการอื่น ๆ ที่น่ากังวล สามารถรับจ้างทำงานได้มากขึ้น 9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดง่าย มีหิวแหว่ เป็นเสียงคนมาคุยด้วย 1 เดือนก่อนมา มีหิวแหว่เป็นเสียงคนขู่ฆ่า เป็นบ่อยมากขึ้น ระวังกลัวคนมาทำร้าย ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 4 โดยปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยจิตเภสัชบำบัดและกลุ่มกิจกรรมบำบัดในตึกผู้ป่วยใน ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ Risperidal (2 mg) 2 เม็ดเช้าและก่อนนอน Sodium valproate (500 mg) 1 เม็ดก่อนนอน Trihexyphenidyl (5 mg) 1 เม็ดเช้าและ 1 เม็ดเวลามีอาการลึนแข็ง ตัวแข็ง และ Clonazepam (2 mg) 1 เม็ดก่อนนอนและครึ่งหรือ 1 เม็ดเวลานอนไม่หลับ โดยได้รับยามา 3 สัปดาห์ ตั้งแต่เข้ารับการรักษา ในครั้งนี้ จากการประเมินสภาพจิตพบว่า ลักษณะสีหน้าเรียบเฉย จังหวะการพูดปกติ ตอบคำถามสั้นๆ ใช้ภาษาพูดปกติ ตอบตรงคำถาม สบตาขณะพูดคุย ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว เนื้อหาและกระแสด้านความคิดต่อเนื่อง การรับรู้ตรงกับความเป็นจริง ปฏิเสธหิวแหว่ รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ว่า “หมอบอกเป็นโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาเพื่อคุมอาการไปตลอดชีวิต ใช้ยาเสพติดไม่ได้เพราะมันจะล้างยา ยิ่งขาดยาจะทำให้อาการกำเริบ มาที่นี่เพราะพี่ให้มา รักษาหิวแหว่ ประสาทหลอน และอารมณ์หงุดหงิด อยู่โรงพยาบาลต้องกินยาตามแพทย์สั่ง” ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ได้ 20 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตเล็กน้อย และประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (CDSS) ได้ 18 คะแนน หมายถึงมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 28 ปี สถานภาพหย่าร้าง ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน การวินิจฉัยโรคโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia;

F20.0) มีประวัติการเจ็บป่วยมา 3 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยามาเป็นเวลา 6 เดือน เพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้ว ทดลองหยุดยาเอง เนื่องจากกลัวเพื่อนที่ทำงานทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท ไม่อยากให้เพื่อนเห็นว่าตนเองทานยาโรคจิตอยู่ เคยทานแล้ววังงวน มีศีรษะ จนนบางครั้งทำงานไม่ได้ ต้องลาหยุดงานบ่อยกังวลจะส่งผลกระทบต่องานที่ทำ จึงไม่ไปรับยาต่อ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยมีอาการหิวแหว่เป็นเสียงเพื่อนที่ทำงานมาขึ้นท้าวว่าร้ายตนเอง รู้สึกเพื่อนที่ทำงานมีท่าทีเปลี่ยนไป เริ่มออกห่างตนเองเหมือนไม่อยากพูดคุยกับตนเอง เริ่มวิตกกังวล เครียด ไม่มีความสุขขณะทำงาน 3 สัปดาห์ก่อนมา มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน คิดว่าเพื่อนร่วมงานไม่หวังดีกับตนเอง นินทา มีหิวแหว่มากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 1 โดยปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยจิตเภสัชบำบัดและกลุ่มกิจกรรมบำบัดในตึกผู้ป่วยใน ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ haloperidol 5 mg 1x3, trihexyphenidyl 2 mg 1x เช้า, 1x prn EPS และ diazepam 2 mg 1x3 โดยได้รับยามา 3 สัปดาห์ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ จากการประเมินสภาพจิตพบว่า ลักษณะสีหน้าไม่แจ่มใส จังหวะการพูดปกติ ตอบคำถามได้ตรงคำถาม เป็นประโยค ใช้ภาษาพูดปกติ สบตาขณะพูดคุย ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว เนื้อหาและกระแสด้านความคิดต่อเนื่อง การรับรู้ตรงกับความเป็นจริง ปฏิเสธหิวแหว่ รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ว่า “ตนเองมารักษาอาการหิวแหว่ เพราะตนเองเป็นโรคจิตเภท เป็นโรคจิตที่ไม่มียารักษาหาย ต้องกินยาไปตลอดชีวิต เมื่อไรขาดยาอาการหิวแหว่ก็จะกลับมา อาการอื่นๆ ก็จะกำเริบ” ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ได้ 26 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตเล็กน้อย และประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (CDSS) ได้ 16 คะแนน หมายถึงมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 คะแนนอาการทางจิต (BPRS) และคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท (CDSS) แยกเป็นรายข้อของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

แบบประเมิน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
BPRS (คะแนน)	20	26
CDSS (คะแนน)		
1. ความซึมเศร้า	2	2
2. ความรู้สึกสิ้นหวัง	2	2
3. ความรู้สึกไร้ค่า	3	2
4. ความคิดว่าตนเองผิดเพราะถูกกล่าวหา	2	2
5. ความรู้สึกผิดที่เกิดจากความเจ็บป่วย	3	3
6. อารมณ์ซึมเศร้าตอนเช้า	2	2
7. มีอาการตื่นเช้ากว่าปกติ	2	1
8. การฆ่าตัวตาย	0	0
9. อาการซึมเศร้าที่สังเกตได้	2	2
รวม	18	16

*หมายเหตุ คะแนนที่ได้จากแบบประเมิน (BPRS) และ (CDSS)

อภิปรายผล

บทความนี้รายงานกรณีศึกษา 2 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน (BPRS) พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีคะแนนอาการทางจิต 20 และ 26 คะแนนตามลำดับหมายถึงกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการทางจิตระดับน้อย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยจิตเภสัชบำบัดและกลุ่มกิจกรรมบำบัด ในตีผู้ป่วยในมาเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งในระยะนี้เป็นระยะคงสภาพ เป็นระยะที่พ้นระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการทางจิตสงบ จึงเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยและร่วมมือในการรักษา²⁸ และประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า (CDSS) พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีคะแนนอาการซึมเศร้า 18 และ 16 คะแนนตามลำดับ หมายถึง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ลักษณะอาการซึมเศร้าของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า เกิดขึ้นในระยะอาการทางจิตสงบ ซึ่งอาจเป็นอาการซึมเศร้าที่เกิดหลังอาการทางจิตสงบ ซึ่งระบุ

ว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าที่เกิดหลังจากอาการทางจิตลดลง¹² อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะของความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ในแง่ลบ เช่น เสียใจ อ้างว้าง ต่ำหนีดตัวเอง ดังตารางที่ 1 ข้อ 4. **ความคิดว่าตนเองผิดเพราะถูกกล่าวหา** ซึ่งทั้ง 2 รายอยู่ในระดับปานกลาง ดังรายที่ 1 พูดว่า “*รู้สึกผิดที่ไม่ยอมกินยา และยังไม่ใช้กัญชา ทำให้อาการกำเริบ*” รายที่ 2 พูดว่า “*ไม่น่าขาดยาเลย ทั้งที่รู้ว่าต้องกินยาไปตลอดชีวิตที่ตัวเองที่ทำตัวเอง*” มีความคิดในทางลบต่อตัวเอง ท้อแท้ เบื่อหน่าย⁹ มีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมไปถึงสิ่งรอบตัวและอนาคตของตนเอง^{13,29} หลังจากอาการทางจิตสงบจะทำให้ผู้ป่วยมีการหยั่งรู้ตนเองมากขึ้น จะรู้สึกแยกกับอาการของตนเอง รู้สึกเสียสภาพลักษณะและความสามารถในการทำงาน มีการมองตัวเองด้านลบ คิดว่าการเจ็บป่วยโรคจิตเภทเป็นตราบาป ทำให้เกิดความรู้สึกอับอาย¹⁵ ดังตารางที่ 1 ข้อ 5. **ความรู้สึกละอายที่เกิดจากความเจ็บป่วย** ซึ่งทั้ง 2 ราย อยู่ในระดับรุนแรง ดังรายที่ 1 พูดว่า “*ผมทำกรรมอะไรไว้ถึงเป็นโรคแบบนี้ กินยากี่วัน*

น้ำลายไหล ทำงานก็ไม่ได้ พอไม่กินยาก็มีหูแว่ว
อาการกำเริบ” รายที่ 2 พูดว่า “ใครๆ ก็รังเกียจคนที่
เป็นโรคจิตแบบหนู หนูอายถ้าเพื่อนหนูรู้ เคยระแวง
เพื่อน จนตอนนี้ไม่รู้จะมองหน้ากันติดใหม่ ยาก็ต้องกิน
ตลอดชีวิต” เมื่อวิเคราะห์อาการซึมเศร้าของกรณี
ศึกษาทั้ง 2 ราย จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท
ที่มีอาการซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เรื่องของ
ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลต่ออาการซึมเศร้า
ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กล่าวคือ ทั้ง 2 รายมีอาการ
ทางจิตสงบและเมื่อรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตตัวเองมีภาวะเจ็บป่วยด้วย
โรคจิตเภท กลับมองว่าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้
ตนเองรู้สึกแย่ เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม⁷ ดังรายที่ 1
พูดว่า “โรคนี้เป็นโรคเรื้อรังต้องกินยาเพื่อคุมอาการ
ไปตลอดชีวิต รักษาไม่หาย ผมทำกรรมอะไรไว้”
รายที่ 2 พูดว่า “ใครๆ ก็รังเกียจคนที่เป็นโรคจิต
แบบหนู เพราะเวลาอาการกำเริบจะรู้สึกระแวง หูแว่ว
คนก็จะกลัวกัน” สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า
กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตดี จะมี
อาการซึมเศร้าและความรู้สึกต่อตนเองด้านลบสูงกว่า
กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตต่ำ⁷
นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีรูปแบบการปรับตัว
ในแง่ลบ มีความทนทานต่อความผิดหวังต่ำและ
มักโทษตนเองว่าเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย
มองตัวเองด้อยค่า ลดคุณค่าในตัวเองก่อให้เกิดเป็น
อาการซึมเศร้า¹⁶

การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของกรณี
ศึกษาทั้ง 2 รายนี้ เนื่องจากประวัติก่อนมาพบว่า
รายที่ 1 รักษาไม่ต่อเนื่องขาดยามาเป็นเวลา 1 ปี
รายที่ 2 รักษาไม่ต่อเนื่องขาดยามาเป็นเวลา 6 เดือน
เพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้ว ทดลองหยุดยาเอง
เนื่องจากกลัวเพื่อนที่ทำงานทราบว่าคุณภาพชีวิตเป็น
โรคจิตเภท ไม่อยากให้เพื่อนเห็นว่าตนเองท้อแท้รักษา
โรคจิตอยู่ จากการศึกษา การรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วย
ได้รับจะมีผลทำให้อาการด้านบวกและอาการด้านลบ
ของผู้ป่วยดีขึ้น หากขาดยาหรือรับประทานยาไม่ตรง

ตามแผนการรักษาจะทำให้เกิดอาการกำเริบที่เกี่ยวข้อง
กับอาการด้านลบ เช่น อาการซึมเศร้าได้²⁰ แต่หาก
ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องตาม
แผนการรักษาของแพทย์ ก็จะส่งผลต่ออาการซึมเศร้า
และความรู้สึกสิ้นหวังลดลงด้วย ซึ่งหนึ่งเหตุผลสำคัญ
ของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จาก
กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ อาการข้างเคียงของยา ซึ่ง
จากประวัติของรายที่ 1 พบว่า ที่ขาดยาเพราะเคยทาน
แล้วมีคลื่นไส้ บางครั้งมีน้ำลายไหลมาก กระทั่งต่อการ
ใช้ชีวิตประจำวัน ทำงานไม่ได้ คล้ายคลึงกับรายที่ 2
ที่พบว่า เคยทานแล้วง่วง มีน้้ำขี้ตา จนบางครั้งทำงาน
ไม่ได้ ต้องลาหยุดงานบ่อย กังวลว่าจะส่งผลกระทบต่อ
งานที่ทำ จึงไม่ไปรับยาต่อ สอดคล้องกับการศึกษาใน
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการข้างเคียงของยาจะมีอาการ
ซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีอาการข้างเคียง
ของยา เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ
ทำให้รู้สึกไม่สบาย เป็นปัญหาต่อการทำกิจวัตร
ประจำวัน ส่งผลต่อภาพลักษณ์และบางครั้งรู้สึกทุกข์
ทรมานกับอาการข้างเคียงของยา²⁰

ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคจิตเภทของ
กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ 6 และ 3 ปี ซึ่งระยะเวลา
เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า กล่าวคือ
ระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ยิ่งทำให้ผู้ป่วยอยู่ใน
สภาพท้อแท้ มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ ทำให้มีอาการ
ซึมเศร้า²¹ จึงสังเกตได้ว่า รายที่ 1 ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย
มากกว่ารายที่ 2 ก็มีคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่า
คือ 18 และ 16 คะแนนตามลำดับ จากการศึกษา
เพิ่มเติมถึงความสุข ณ ขณะของอาการซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 21.3⁶ และความทุกข์ของอาการ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก
ที่มีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปีอยู่ร้อยละ
75.3⁷ เช่นเดียวกับความทุกข์ของอาการซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบัน
จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบร้อยละ 35⁸ จะเห็น
ได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มี
อาการทางจิตครั้งแรก รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ล้วนมีอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าได้ ในส่วนของสารเสพติด ที่กรณีศึกษา รายที่ 1 มีประวัติการใช้กัญชาและยาไอซ์ เนื่องจากผู้ป่วยใช้แล้วรู้สึกกระปรี้กระเปร่าอารมณ์ครื้นเครง คิดว่ากัญชาและยาไอซ์ช่วยให้ตนเองไม่มีกลิ่นเหงื่อ น้ำลายไหลปกติ สามารถรับจ้างทำงานได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มักใช้เพื่อพยายามบรรเทาอาการของโรคจิตเภท อาการซึมเศร้าหรืออาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิต ซึ่งสารเสพติดจะส่งผลต่ออาการทางจิตให้แย่ลง เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ ซีโรโตนิน (Serotonin), นอร์อิพิเนพรีน (Norepinephrine), โดปามีน (Dopamine) และกาบา (GABA) ซึ่งเชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า และยังพบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท²¹

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่บุคคลประสบมาแล้ว เป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การเจ็บป่วย ปัญหาต่างๆ ที่พบเจอในชีวิต เป็นต้น ซึ่งหากต้องประสบกับเหตุการณ์ลักษณะนี้บ่อยและรุนแรงจนคุกคาม จะส่งผลต่อจิตใจให้เกิดอาการซึมเศร้าได้³ สอดคล้องกับกรณีศึกษา รายที่ 2 ที่มีสถานภาพหย่าร้าง ผู้ป่วยเล่าว่า “เคยแต่งงานหลังจากเรียนจบใหม่ๆ ไป 2 ปีจับได้ว่าแฟนมีชู้ ตอนนั้นเสียใจมาก ทะเลาะกับแฟนบ่อย จับได้หลายครั้งว่าแอบคุยกับคนอื่น เลยขอเลิก” จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า นอกจากนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับความรัก ความผูกพัน การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่คนเดียวขาดการเอาใจใส่จากครอบครัว จะส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ เช่นเดียวกับกรณีศึกษา รายที่ 1 ที่เคยมีอาการข้างเคียงของยา แต่ปรึกษาญาติก็ไม่มีเวลาพาไปโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยเล่าว่า “ในบ้านต่างคนต่างอยู่ เขาก็ออกไปทำงาน กลับมาก็เย็นตนเองช่วงนี้ว่างงาน เลยต้องอยู่คนเดียวที่บ้าน”

ส่วนรายที่ 2 เล่าว่า “หลังจากหย่าร้างไป หนูก็ต้องเช่าหออยู่คนเดียว ไม่ค่อยได้กลับบ้านต่างจังหวัด ไปทำงานก็คิดว่าเพื่อนที่ทำงานต้องเกลียดและรับไม่ได้ที่หนูป่วยแบบนี้” จึงสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในผู้ป่วยที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าที่สูงขึ้น⁶ ตรงกันข้ามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ดีส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท มีการช่วยเหลือพูดคุยและคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งหากมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะสามารถช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลงได้⁷

สรุปผล

กรณีศึกษา 2 รายนี้สนับสนุนว่าลักษณะอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เป็นสภาพของความรู้สึกและอารมณ์ในแง่ลบ มักเกิดหลังจากอาการทางจิตสงบ และความเข้าใจ การเจ็บป่วยทางจิต การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยา การใช้สารเสพติด รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่เนื่องจากเป็นเพียงรายงานกรณีศึกษา ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้ทั้งหมด จึงควรมีการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยอื่นๆ เพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. Ruangtrakul S. Textbook of Psychiatry. Bangkok: Ruenkaew Printing; 2014. (in Thai).
2. Lotrakul M, Sukanit P. Psychiatry Ram Chor. 4thed. Bangkok: Mahidol university; 2015. (in Thai).

3. Thai Health Promotion Foundation [Internet]. Bangkok: Schizophrenic patients urged doctors to suggest coexistence; 2014 [cited 2018 November 28]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/26076>.
4. Thailand's psychiatric service center system Department of Mental Health. Report of patients receiving psychiatric services for the fiscal year 2016 [Internet]. [cited 2018 November 28]. Available from: <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/>.
5. Thailand's psychiatric service center system Department of Mental Health. Report of patients receiving psychiatric services for the fiscal year 2017 [Internet]. [cited 2018 November 28]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>.
6. Suttajit S, Philakantha S. Prevalence and factors associated with Depression in Schizophrenia patients in university hospital: A historical data analysis. Chiang Mai Med J 2011;50:115-21. (in Thai).
7. Ketschai S, Sitthimongkol Y, Vongsirimas N, et al. Predictive factors for depression in schizophrenia with first-episode psychosis. J Nursing Sci 2012;30:90-101. (in Thai).
8. Salasawad P. Prevalence and predictive factors of depression among schizophrenic patients. J Somdet Chaopraya Inst Psychiat 2013;7:37-48. (in Thai).
9. Sathitwakarn S. Depression in schizophrenic patients: key issues in nursing practice. JNSCU 2018;30:1-13. (in Thai).
10. Sukhao S, Arunphongpaisarn S. Risk factors and adolescent suicide theory: An in-depth literature review. J Psychiatr Assoc Thailand 2017;62:359-78. (in Thai).
11. World Health Organization. Suicide rates data by country [Internet]. [cited 2019 Mar 28]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>.
12. Suttajit S. Common comorbidities in patients with schizophrenia. Chiang Mai: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai university; 2017. (in Thai).
13. Beck A, Rush J, Shaw B, et al. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
14. Beck A. The diagnosis and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1973.
15. Sandhu A, Ives J, Birchwood M, et al. The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: a qualitative study using photo-elicitation. J Affect Disord 2013;149:74-166.
16. Xu Z, Zu S, Xiang Y, et al. Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression in patients with schizophrenia: a preliminary survey. Psychiatry Res 2013;209:340-5.
17. Majadas S, Olivares J, Galan J, et al. Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. Compr Psychiatry 2012;53:145-51.

18. Gozdzik-Zelazny A, Borecki L, Pokorski M. Depressive symptoms in schizophrenic patients. *Eur J Med Res* 2011;16:549-52.
19. Suttajit S, Philakantha S. Comparative study of methods for evaluating non-cooperation in taking anti-psychotic drugs and barriers affecting non-cooperation in taking anti - psychotic drugs in schizophrenic patients. *Chiang Mai Med J* 2010;49:97-103. (in Thai).
20. Namsuot J, Nimnuan C. Depression and violent behavior of schizophrenic patients and forensic schizophrenic patients at Galya Rajanagarindra Institute. *Chula Med J* 2006;60:641-53. (in Thai).
21. Phandontree P. Selective factors associated with Depression of Schizophrenic patients in the central region [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
23. Sadock B, Sadock V, Ruiz P, et al. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2017.
24. Department of Mental Health. Handbook of care for psychiatric patients at high risk of violence. For institutions / hospitals Under the Department of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus; 2018. (in Thai).
25. Polit D, Beck C. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins; 2008.
26. Suttajit S, Srisurapanont M, Pilakanta S, et al. Reliability and validity of the Thai version of the Calgary depression scale for schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;1371:113-8.
27. Srisathitnarakun B. Research Methods in Nursing. 5th ed. Bangkok: U&I Inter Media; 2010. (in Thai).
28. Takwiriyanan N. Nursing patients receiving psychiatric drugs. Bangkok: Thammasat University Press; 2015.
29. Rajanagarindra G. Institute of Medical Records. Annual report. Bangkok: Institution. Galya Rajanagarindra; 2018. (in Thai).