



นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยใน โรคจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ปรียนันท์ สละสวัสดิ์*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ได้แก่แบบประเมินอาการทางจิต และแบบสอบถามได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Zung วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test, One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient และการพยากรณ์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผล : ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 รายได้จากการทำงาน โรคประจำตัว ประวัติการฆ่าตัวตาย อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ $P < .02$, $.02$, $.001$, $.01$, $.03$, $.02$ ตามลำดับ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ และพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ป่วยมีประวัติฆ่าตัวตาย, อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และ รายได้จากการทำงาน เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างน้อยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ป่วยมีประวัติฆ่าตัวตาย, อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และ รายได้จากการทำงาน เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างน้อยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยใน

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



PREVALENCE AND PREDICTIVE FACTOR OF DEPRESSION AMONG SCHIZOPHRENIA IN IN-PATIENTS UNIT, SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

*Preeyamun Salasawadi**

Abstracts

Objective : The purpose of this study was to examine the prevalence and predictive factors of depression in patients with schizophrenia.

Material and Method : This descriptive study consisted of 160 schizophrenic patients from in-patient unit, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. The Brief Psychiatric Rating Scale, self-report questionnaire, Social Support Rating Scale, Life Stress Event Scale, The Zung Self-Rating Depression Scale were applied. Descriptive statistics were presented as percentage, mean, standard deviation, while Inferential Statistics were done for t-test, One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient, Stepwise multiple regression analysis was performed to determine for significant predictive factors.

Results : The prevalence of depression in schizophrenia found 35%. We found the factors that associated significantly with depression in schizophrenia were low income, underlying disease, history of suicide, extra pyramidal side effects, history of suicide in family and history of depression in family. Social support was found to be negatively correlated with depression whereas stressful life event was positively correlated with depression. We also found that the significant predictive factors of depression in schizophrenia were stressful life event, supportive system, history of suicide and side effect from medication.

Conclusion : The prevalence of depression in schizophrenia found 35%. Stressful life events, social support, patients with a history of suicide, side effect from medication were significant predictive factors of depression in this study.

Key words : Depression, Predictive factors, Schizophrenic patient

*Registered nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ¹ พบร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด² จากการรวบรวมสถิติของกรมสุขภาพจิต พบความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 6.1 และ 6.04 ต่อประชากร 1,000 ราย ในปีพ.ศ. 2554 และ 2555 ตามลำดับ³ เป็นโรคจิตเวชที่รุนแรงเนื่องจากการดำเนินของโรคที่เป็นเรื้อรังและกำเริบได้บ่อย มีเพียงร้อยละ 25 รักษาได้ผลดีไม่ป่วยซ้ำ และอีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำให้บกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆและอีกร้อยละ 50 มีการกลับป่วยซ้ำ⁴ ก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพได้มากที่สุด⁵ ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ และความรู้สึกออกมาในลักษณะของความวิตกกังวล โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เสียใจ ความรู้สึกสูญเสีย ชื่นเศร้า

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 1) ระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า (Depression as a prodromal syndrome) อาการซึมเศร้าเป็นอาการที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน Herz and Melville⁶ พบว่า อาการของผู้ป่วยมักอธิบายถึงปัญหาความเครียดที่ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาการนอน ซึมเศร้า และพบปะเพื่อนน้อยลง พบมาก 60 % ในผู้ป่วยและมากกว่า 75 % จากญาติ
- 2) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะมีอาการทางจิตเฉียบพลัน (Depressive symptom during acute episode) ภาวะซึมเศร้าพบได้มากในช่วงที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบมากที่สุดก่อนให้ยา⁷
- 3) ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง (Depressive symptoms in chronic schizophrenia) ในระยะ

นี้พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4 ถึง ร้อยละ 25⁸ Baynes และคณะ⁹ ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ Hostility/Suspiciousness, Positive Symptom การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และอาการ Akathisia จากการทบทวนบทความต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนครั้งที่เพิ่มมากขึ้นจากการป่วยซ้ำจนต้องรับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลนาน การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี การรับรู้บกพร่อง การเข้าสังคมบกพร่อง การคิดสารเสียด การพยายามฆ่าตัวตาย¹⁰ Whitehead และคณะ¹¹ ศึกษาวิจัยเรื่องยาต้านโรคซึมเศร้าที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเภท และภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทใหม่ๆ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทุกข์ การไร้ความสามารถ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานขึ้น และการป่วยซ้ำ Maggini and Raballo¹² ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการด้านลบ Murali and Kumar¹³ ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 10 ปริญนันท์ สละสวัสดิ์¹⁴ ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้แก่ เพศของผู้ป่วย, โรคประจำตัว, ประวัติการฆ่า

ตัวตาย, ระยะเวลาในการเจ็บป่วย, อาการข้างเคียงของยารักษาโรค, ประวัติการมีโรคซึมเศร้าในครอบครัว, การสนับสนุนทางสังคม, เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทำนายของผู้ป่วยในโรคจิตเภท โดยคาดว่าผลการศึกษากจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพจิตในการวางแผนดูแลและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตาม ICD 10 ไม่ได้รับยา antidepressant และไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้ามาก่อน 3 เดือน ผ่านการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบวัด BPRS มีคะแนนตั้งแต่ 30 คะแนนลงมา รู้สึกตัวดี รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ พุดคุยกับผู้วิจัยรู้เรื่อง อ่านหนังสือออกและเขียนได้ ไม่จำกัด เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงชื่อในใบยินยอมให้ความร่วมมือ จำนวน 160 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้จากการทำงาน ประวัติโรคประจำตัว

ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว และประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Zung ซึ่งแปลโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ¹⁵ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .75 ค่า cut off point ได้จากการนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung เปรียบเทียบกับ gold standard ได้ค่า cut off point คะแนนที่ 51 มีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และมีความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 96.7

3) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ หา Intraclass Correlation ได้ค่าความสัมพันธ์ในเชิงบวกที่ระดับ .91

4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบประเมินที่ บุญพา ณ นคร¹⁷ สร้างขึ้นจากแนวคิดของ คอบบ์ร่วมกับ เชฟเฟอร์และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .88

5) แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ภายในหนึ่งปีที่ผ่านมา ซึ่งนำมาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของ สมจิตร นครพานิช¹⁸ ซึ่งสร้างโดยอาศัย

แนวทาง Holmes and Rahe ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ หาความเชื่อมั่นด้วยวิธี Correlation ได้ค่าความสัมพันธ์ทางบวก = .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test, One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient และการพยากรณ์โดยใช้ Stepwise multiple regression analysis

ผล

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยในโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.4 อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 33.7 สถานภาพโสด ร้อยละ 70.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.9 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 56.3 มีโรคประจำตัว

ร้อยละ 33.7 โรคประจำตัวที่พบได้แก่ โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 9.4 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.9 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 18.1 สารเสพติดที่ใช้ได้แก่ บุหรี่ ร้อยละ 10.0 รองลงมาคือ คีโมสุรา ร้อยละ 5.0 มีประวัติฆ่าตัวตาย ร้อยละ 30.0 ด้วยวิธีการกินยารักษาโรคจิต/กินสารพิษ ร้อยละ 15.0 รองลงมาใช้มีดกรีดหรือแทงตนเอง ร้อยละ 5.6 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีลงมา ร้อยละ 42.5 มีประวัติเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 2-5 ครั้ง ร้อยละ 35.6 หลังจากรับประทานยารักษาโรคจิตพบว่า มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ร้อยละ 72.5 อาการที่พบส่วนใหญ่มีอาการมือสั่น แขนขาสั่นหรือตัวแข็ง ร้อยละ 21.3 รองลงมามีอาการปากแห้งคอแห้ง ร้อยละ 18.8 มีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ในระดับมีเงินพอใช้และมีเงินไม่พอใช้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกันของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

ปัจจัยส่วนบุคคล	n (160 คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า	S.D.	T / F	p
เพศ					
ชาย	95	44.68	7.28	.95	.34
หญิง	65	45.95	9.57		
สถานภาพสมรส					
โสด	113	44.82	8.20	.79	.45
คู่	23	45.00	9.05		
หม้าย/หย่า/แยก	24	47.17	7.63		
อายุ					
ตั้งแต่ 29 ปี ลงมา	43	45.19	7.24	.10	.95
30-39 ปี	54	45.67	7.33		
40-49 ปี	34	44.68	11.16		
50 ปี ขึ้นไป	29	44.97	8.28		
ประวัติโรคประจำตัว					
มี	54	47.22	8.65		
ไม่มี	106	44.17	7.93	2.23	.02*

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกันของผู้ป่วยในโรคจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n (160 คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า	S.D.	T / F	p
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	51	47.18	7.35	2.27	.08
มัธยมศึกษาต้น	42	42.79	7.10		
มัธยมศึกษาปลาย/ปวช /ปวส	41	45.56	7.85		
ปริญญาตรี	26	44.65	11.34		
รายได้จากการทำงาน					
มี	70	43.70	8.46	2.07	.02*
ไม่มี	90	96.30	7.85		
ประวัติการใช้สารเสพติด					
ไม่ใช้	85	45.55	8.91	.16	.84
เคยใช้แต่เลิกใช้แล้ว	46	44.85	6.48		
ใช้สารเสพติด	29	44.72	9.12		
ประวัติการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย					
มี	48	48.40	7.99	3.29	.001***
ไม่มี	112	43.83	8.06		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					
1 ครั้ง	40	45.63	8.69	.35	.78
2-5 ครั้ง	57	45.44	7.85		
6-9 ครั้ง	21	45.95	6.74		
10 ครั้งขึ้นไป	42	45.20	8.28		
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต					
มี	116	46.50	7.36	3.32	.01**
ไม่มี	44	41.77	9.63		
ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว					
พอใช้	80	44.34	8.94	1.32	.18
ไม่พอใช้	80	46.06	7.53		
ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว					
มี	21	48.76	7.36	2.13	.03*
ไม่มี	139	44.66	8.31		
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว					
มี	35	47.97	7.99	2.26	.02*
ไม่มี	125	44.42	8.23		

* P< .05, ** P< .01, *** P< .001

ร้อยละ 50.0 มีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว ร้อยละ 13.1 และมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 21.9

ผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 35 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.5 ระดับน้อย ร้อยละ 30 และระดับมาก ร้อยละ 12.5 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 56.9 ระดับปานกลางร้อยละ 28.1 และระดับมาก ร้อยละ 15

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรคจิตเภท จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคมพบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะเศรษฐกิจของ การใช้สารเสพติด จำนวนครั้งการรักษาในโรงพยาบาลที่ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่มีรายได้จากการทำงาน มีโรคประจำตัว มีประวัติการฆ่าตัวตาย มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว และมี

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวที่ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ .02, .02, .001, .01, .03, .02 ดังตารางที่ 1

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยในโรคจิตพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 แต่ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 2

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า พบว่า ตัวแปรเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สามารถคาดทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องร้อยละ 11.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเพิ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันคาดทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเพิ่มตัวแปรผู้ป่วยมีประวัติฆ่าตัวตาย สามารถร่วมกันคาดทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่าง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์	P - value
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.341	.001***
การสนับสนุนทางสังคม	-.334	.001***
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.119	.13

*** P< .001

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

ลำดับตัวแปร	R	R2	Adjusted R2	beta	P - value
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.341	.116	.110	.314	.000***
การสนับสนุนทางสังคม	.475	.226	.216	-.273	.000***
ผู้ป่วยมีประวัติฆ่าตัวตาย	.518	.268	.254	.202	.003**
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	.539	.290	.272	.158	.02*
รายได้จากการทำงาน	.563	.318	.295	.168	.03*
Constant	47.119				

P< .05, ** P< .01, *** P< .001

ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเพิ่มตัวแปรอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต สามารถร่วมกันคาดทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเพิ่มตัวแปรรายได้จากการทำงาน สามารถร่วมกันคาดทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของปรียนันท์ สละสวัสดิ์¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36 สอดคล้องกับการศึกษาของ Whitehead, C. และคณะ¹¹ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ Bandelow, B. และคณะ¹⁹ พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

โรคจิตเภทหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 35.7- 42.8

รายได้จากการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้ที่มีรายได้จากการทำงานจะมีความรู้สึกที่ตนเองได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม เกิดความพึงพอใจในชีวิต สามารถบริหารเวลาในแต่ละวันให้หมดไปกับการทำงานที่ได้รับมอบหมาย มีการพบปะและสร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกอื่นในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ²⁰ พบว่า กลุ่มคนที่ถูกปลดออกจากงานและต้องพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าในรายที่มีรายได้เป็นของตัวเอง

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .02 โรคประจำตัวทางกายที่พบได้แก่ โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 9.4 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ

Lawrie SM, Prlos AJ. (อ้างในประเทือง อนันธิโก)²¹ พบว่า ยิ่งมีความเจ็บป่วย และต้องทนทุกข์ทรมานด้วยโรคทางกายมากเท่าใด ยิ่งมีปัญหาสุขภาพจิตมากเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่นั้นมีความรุนแรง ไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ และรบกวนทำกิจวัตรประจำวันหรือมีสภาพความพิการปรากฏอยู่อย่างชัดเจน จากการศึกษาของ Jonas BS และคณะ²² พบว่า โรคจิตกึ่งวลและโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่นานๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง

ประวัติการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 สอดคล้องกับการวิจัยของ Green, AI²³; Hausmann A และ Fleischhacker WW¹⁰ พบว่า การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การศึกษาของ Cohen²⁴ พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยทางจิตที่เข้ารับการรักษาแล้วพยายามฆ่าตัวตาย จะมีอาการที่เด่นชัดคือ มีซึมเศร้า สิ้นหวัง และ Kim CH, Jaythilake K และ Meltzer HY²⁵ ศึกษาพบว่า ความท้อแท้ สิ้นหวัง มีความสัมพันธ์มากต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภท และ Meltzer HY²⁶ ศึกษาการฆ่าตัวตายในโรคจิตเภทพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคือ ภาวะซึมเศร้าและมีความรู้สึกหมดหวัง

อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bandelow, B และคณะ¹⁹ พบว่า คะแนนของภาวะซึมเศร้าจากการสังเกตมีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและผลการรักษาของ Dollfus, S และคณะ²⁷ พบว่า ภาวะ

ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และการศึกษาของ Van Putten T, May RP²⁸ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตน้อยมีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติการมีโรคซึมเศร้าในครอบครัว มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งดวงใจ กสาดิกุล²⁹ พบว่า โรคซึมเศร้าที่เป็นซ้ำ มักจะพบมีการป่วยในเครือญาติด้วยกันซึ่งอัตราเสี่ยงเป็น 2-3 เท่าของคนทั่วไป เด็กที่พ่อหรือแม่ป่วยด้วยโรคอารมณ์คนเดียวมีโอกาสป่วย ร้อยละ 27 ถ้าพ่อและแม่ป่วยทั้งคู่ ลูก ๆ มีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 50 -75

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 สอดคล้องกับผลการรักษาของ Baynes D และคณะ³⁰; Allgower A, Wardle J, Steptoe A³¹ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียดซึ่งจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต³² จากการศึกษาของ Cohen S and Wills TA²³ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคงจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานดีขึ้นและมีการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Bandelow B และคณะ¹⁹ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิต จากการศึกษาของ Thomson KC, Hendrie HC³³ พบว่าผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตสูงกว่า กลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอารมณ์เศร้าที่ผิดปกติทุกชนิด จากการศึกษาของ มาลี จอจิริพันธ์³⁴ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะซึมเศร้า

สรุป

ผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, การสนับสนุนทางสังคม, มีประวัติฆ่าตัวตาย, อาการข้างเคียงของยา รักษาโรคจิต, และรายได้จากการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Boyd MA. Predicting substance abuse and comorbidity in rural women. Archives of Psychiatric Nursing 2000; 14 (2), 64-72.
2. Bethesda D. Schizophrenia retrieved. (online). 2011. Available from: www.nimh.nih.gov/publicat/schizopsh.htm. Cfim. National Institute of Mental Health [2011, November 30].
3. World Health Organization. Schizophrenia. (online). 2013. Available from: http://www.who.int/mental_health/anagement/schizophrenia/en/[2013, November 1].
4. Kongsakon R, Leelahanaj T, Price N, Biriny SL and Davey P. Cost Analysis of the treatment of Schizophrenia in Thailand: a Simulation Model Comparing Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Ziprasidone and Haloperidol. J med assoc Thai 2005; 88(9): 1267-77.
5. Herz M & Melville C. Relapse in schizophrenia. American Journal of Psychiatry 1980; 137, 801-05.
6. Knights A & Hirsch SR. 'Revealed' depression and drug treatment for schizophrenia. Archives of General Psychiatry 1981; 38, 806-11.
7. Leff, J. Depressive symptoms in the course of schizophrenia. In Depression in Schizophrenia (ed. L. E. DeLisi). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.

9. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment Schizophr Res 2000; 45: 47-56.
10. Hausmann A, Fleischhacker WW. Review article Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 83-96.
11. Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G. Antidepressants for people with both schizophrenia and depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004 [cited 2003 May 15]. Chichester, UK: John Wiley & Sons; Available from: <http://www.update-software.com/cliblogon.htm>.
12. Maggini, C and Raballo, A. Exploring depression in schizophrenia, European Psychiatry 2006; 21: 227-32.
13. Murali T. and Kumar S. Ravi. Symptoms of depression in schizophrenia. Indian J Med Res 2008; 127: 516-18.
14. ปรียนันท์ สละสวัสดิ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2550; 1:15 -23.
15. นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531.
16. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychological Rep 1962; 10: 799-821.
17. บุญพา ณ นคร. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. สุราษฎร์ธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2538.
18. สมจิตร นครพานิช. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531.
19. Bandelow B, Muller P, Gaebel W, Kopcke W, Linden M, Muller-Spahn F, et al. Depressive syndromes in schizophrenic patients after discharge from hospital. ANI Study Group Berlin, Dusseldorf, Gottingen, Munich. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1990; 240: 113-20.
21. ประเทือง อานันธิโก. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย. ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
22. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal

- evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study Arch Fam Med 1997; 6: 43-9.
23. Green AI, Canuso CM, Brenner MJ, Wojcik JD. Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia Psychiatr Clin North Am 2003; 26: 115-39.
24. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis Psychol Bull 1985; 98: 310-57.
25. Kim CH, Jaythilake K & Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior Schizophrenia Research 2003; 60: 71-80.
26. Meltzer HY. Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options Curr Psychiatry Rep 2002; 4: 279-83.
27. Dollfus S, Ribeyre JM, Petit M. Objective and subjective extrapyramidal side effects in schizophrenia: their relationships with negative and depressive symptoms psychopathology 2000; 33:125-30.
28. Van Putten T, May RP. Akinetic depression in schizophrenia Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 1101-7.
29. ดวงใจ กสานครกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพฯ: นานอักษรการพิมพ์; 2542.
30. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment Schizophr Res 2000; 45: 47-56.
31. Allgower A, Wardle J, Steptoe A. Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women Health Psychol 2001; 20: 223-7.
32. Paykel ES. Life events, social support and depression. Acta Psychiatr Scand Suppl 1994; 377: 50-8.
33. Thomson KC, Hendrie HC. Environmental stress in primary depressive illness. Arch Gen Psychiatry 1972; 26: 130-2.
34. มาลี นอจิระพันธ์. ศึกษาการเผชิญเหตุการณ์ชีวิตก่อนป่วยของผู้ป่วยโรคประสาทศึกษาโดยใช้ Social Readjustment Rating Scale. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2529.