

การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1171
34ก
51



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต
2551



รายงานการวิจัย
เรื่อง
การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โดย

น.พ.ทวี ตั้งเสรี

รศ.พ.ญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล	รศ.อรุณ	จิรวัดน์กุล
รศ.น.พ.ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ	พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล
น.พ.วรสรณ์ ปรัชญคุปต์	น.พ.อาทิตย์	เล่าสูอังกูร
น.พ.ศักรินทร์ แก้วเฮ้	นางวัชนี	หัตถพนม
นางไพสิน ปรัชญคุปต์	น.พ.อภิชัย	มงคล

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ตุลาคม 2551

รายงานการวิจัย การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โดย น.พ.ทวี ตั้งเสรี
 รศ.พ.ญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
 รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล
 รศ.น.พ.ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ
 พ.ญ.กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล
 น.พ.วรสรรพ ปรัชญคุปต์
 น.พ.อาทิตย์ เล่าสอังกูร
 น.พ.ศักรินทร์ แก้วเห้า
 นางวัชนี นัตถพนม
 นางไพลิน ปรัชญคุปต์
 น.พ.อภิชัย มงคล

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
 สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ISBN 978-974-296-638-6

พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 30 ตุลาคม 2551

จำนวน 250 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ 95 ถนนรินรมย์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

บทคัดย่อ

การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโดยเฉพาะค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนาย และความถูกต้องของการทดสอบ เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะคือ 1) การปรับปรุงเครื่องมือเพื่อลดข้อคำถาม 2) การศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช 3) การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 387 คน 4) การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชาชนทั่วไป ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,471 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณตามสูตร กลุ่มตัวอย่างทุกระยะคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ในการศึกษาระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะถูกสัมภาษณ์ด้วยแบบคัดกรอง ถ้าผลของแบบคัดกรองเป็นบวกจะพบจิตแพทย์ทุกราย ถ้าผลของแบบคัดกรองเป็นลบจะพบพยาบาลจิตเวชเพื่อวินิจฉัยโรคด้วย M.I.N.I. หากพบว่าเป็นโรคจะส่งต่อพบจิตแพทย์ ในกรณีไม่เป็นโรคหรือปกติจะส่งตัวอย่างเข้าพบแพทย์ร้อยละ 30 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย sensitivity, specificity, PPV, NPV, accuracy, prevalence เป็นต้น

ผลการวิจัย

1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้ามี 2 องค์ประกอบคือ Mood and cognitive behavior component และ Somatic component มีคำถาม 6 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.66 ค่า cut off point ของแบบคัดกรองคือ 3 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 89.9 ความจำเพาะร้อยละ 71.9 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 27.0 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.4 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 73.7 ความซุกของภาวะซึมเศร้าในชุมชนร้อยละ 10.4

2) แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเหลือเพียงองค์ประกอบเดียวคือ Suicidal intention มีคำถาม 2 ข้อ cut off point ของแบบคัดกรองคือ 1 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 87.1 ความจำเพาะร้อยละ 89.4 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 42.2 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.7 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 89.2 ความซุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ร้อยละ 8.2

ข้อเสนอแนะ

แบบคัดกรองฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ข้อ 1-6) ส่วนที่ 2 ใช้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ข้อที่ 7-8) เป็นแบบคัดกรองที่ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในชุมชน จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำไป คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตั้งแต่ในชุมชน ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือกลุ่มเสี่ยงได้

Abstract

The objectives of this study were : studied the sensitivity, specificity, predictive value and validity of a screening test that compared with the psychiatrists' diagnosis.

Methodology

A cross-sectional descriptive research was used in this study. The study was divided into four stages. Stage I, the screening test was improved by specialists to reduce numbers of questions. Stage II, the congruence of psychiatrists' diagnosis and psychiatric nurses was tested. Stage III, the screening test was tested among 387 outpatients at Khon-Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Stage IV, the screening test was tested among 1,471 people in four Primary Care Unit (PCU) of Khon-Kaen province. In the last stage, each person was interviewed by researchers' team if the result was positive, they would be referred to the psychiatrist for diagnosis; if the result was negative, they would be referred to the psychiatric nurses for diagnosis (by M.I.N.I.), if result was positive he would be referred to the psychiatrist for diagnosis. 30% of normal cases were random and referred psychiatrist for diagnosis. The crude data were analysed by descriptive statistic and sensitivity, specificity, PPV, NPV, accuracy, prevalence.

Results

1. In depressive part, there are six questions, this part was divided into two components (1. mood and cognitive behaviour component, 2. somatic component). The cronbach's alpha coefficient is 0.66; cut off point ≥ 3 scores; sensitivity 89.9%; specificity 71.9%; positive predictive value 27.0%; negative predictive value 98.4%; accuracy 73.7%; prevalence of depression in community 10.4%.

2. In suicidal part, there are two questions, it had only one component; cut off point ≥ 1 scores; sensitivity 87.1%; specificity 89.4%; positive predictive value 42.2%; negative predictive value 98.7%; accuracy 89.2%; prevalence of suicidal risk in community 8.2%.

Recommendation

This screening test was divided into two parts. The first one (question 1-6) is for depressive screening test. The latter (question 7-8) is for suicidal screening test. It's easy and convenient for community usage. It's an important instrument for primary health care personnel to early detection and early management. So, it can protect the risky person.

กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นโครงการย่อยในโครงการการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งช่วยสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากบุคลากรหลายท่านดังต่อไปนี้

อาจารย์แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้การสนับสนุนการวิจัยในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาวิจัยตลอดมา

ในการเก็บข้อมูลวิจัย ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้รับความช่วยเหลือด้วยดีจากพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ในการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามได้รับความช่วยเหลือด้วยดีจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สาธารณสุขอำเภอเมือง และเจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผู้เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตลอดจนผู้นำชุมชนที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลจนทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ และบุคลากรทุกท่านที่มีได้ กล่าวนามไว้ในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ทวี ตั้งเสรี และคณะ

ตุลาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
คำจำกัดความ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	7
แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	22
เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	31
ขั้นตอนในการวิจัย	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	37
บทที่ 4 ผลการวิจัย	41
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	75
บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	89

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการรายใหม่ที่มาใช้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n = 387)	43
ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย t-test (n = 387)	46
ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย t-test (n = 387)	47
ตารางที่ 4 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้อง ของการทดสอบและความชุกของภาวะซึมเศร้า (n = 387)	48
ตารางที่ 5 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้อง ของการทดสอบและความชุกของความเครียดต่อการฆ่าตัวตาย (n = 387)	50
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ PCU 4 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (n = 1,471)	53
ตารางที่ 7 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย t-test (n = 761)	56
ตารางที่ 8 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย t-test (n = 760)	57
ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถาม ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (n = 761)	59
ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถาม ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 760)	60
ตารางที่ 11 ค่า factor loading ของรายการคำถามในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (n = 1,471)	61
ตารางที่ 12 ค่า Eigenvalue and total percent of variance ของแบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า (n = 1,471)	62
ตารางที่ 13 ค่า factor loading ของรายการคำถามในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (n = 1,471)	63
ตารางที่ 14 ค่า Eigenvalue and total percent of variance ของแบบคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 1,471)	63

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 15 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้อง ของการทดสอบและความชุกของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (n = 761)	64
ตารางที่ 16 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้อง ของการทดสอบและความชุกของภาวะซึมเศร้าเมื่อจำแนกตามเพศชาย (n = 186)	66
ตารางที่ 17 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้อง ของการทดสอบและความชุกของภาวะซึมเศร้าเมื่อจำแนกตามเพศหญิง (n = 575)	68
ตารางที่ 18 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้อง ของการทดสอบและความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 760)	70
ตารางที่ 19 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้อง ของการทดสอบและความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อจำแนกตามเพศชาย (n = 186)	72
ตารางที่ 20 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้อง ของการทดสอบและความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อจำแนกตามเพศหญิง (n = 574)	73

ห้องสมุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน	001128
วันที่	13 ต.ค. 2552
เลขเรียกหนังสือ	วช. พท 171
	ก 184 ก 251 ค.5

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์	36
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ PCU 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	37
ภาพที่ 3 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($n = 387$)	46
ภาพที่ 4 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($n = 387$)	47
ภาพที่ 5 ROC curve ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ($n = 387$)	49
ภาพที่ 6 ROC curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($n = 387$)	51
ภาพที่ 7 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ($n = 761$)	56
ภาพที่ 8 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ($n = 760$)	58
ภาพที่ 9 ROC curve ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชน ($n = 761$)	65
ภาพที่ 10 ROC curve ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมื่อจำแนกตามเพศชาย ($n = 186$)	67
ภาพที่ 11 ROC curve ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมื่อจำแนกตามเพศหญิง ($n = 575$)	69
ภาพที่ 12 ROC curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ($n = 760$)	71
ภาพที่ 13 ROC curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน เมื่อจำแนกตามเพศชาย ($n = 186$)	72
ภาพที่ 14 ROC curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน เมื่อจำแนกตามเพศหญิง ($n = 574$)	74

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขหลายประการตามมา ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่งและนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คือปัญหาสุขภาพจิต ปัจจุบันกลายเป็นปัญหาระดับประเทศและระดับโลกไปแล้ว โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าซึ่งองค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยทางสังคม เช่น การไม่มีทางเลือก การขาดกำลังใจ การสูญเสียชีวิตจะทำให้เกิดความสิ้นหวังจนเกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงตามมาได้ (วีระ ชูจริพร, 2542) ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้านอกจากจะส่งผลในด้านจิตใจหรือความรู้สึกแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ลดความสามารถของบุคคลในการคิดและการปฏิบัติงานลง ยังพบว่า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่เป็นอันตรายและน่าเป็นห่วงมากที่สุดคือการฆ่าตัวตาย เนื่องจากร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย (Sadock, et al., 2000) ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Barklage, 1991 อ้างถึงในสมภพ เรืองตระกูล, 2542) ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างน้อยในบางช่วงชีวิต ทำให้เกิดภาระในการดูแลรักษาของคนในครอบครัวตามมา (Kessler, 2003) อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าร้อยละ 10-25 พบในเพศหญิง และพบในเพศชายร้อยละ 5-12 (Quinn, 2000) คิดเป็นอัตราส่วน 2:1 และอุบัติการณ์นี้ในคนต่างเชื้อชาติระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ หรือสถานภาพสมรส พบได้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งประชาชนจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคนี้ มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 ที่ไม่รู้ว่ตนเองป่วยด้วยโรคนี้ หรือแพทย์อาจจะวินิจฉัยผิดว่าเป็นโรคทางกายอื่นๆ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2543) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคนี้มักไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสณติกุล, 2542)

ประเทศไทยการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และยังมีอัตราที่สูง เฉพาะปัญหาการฆ่าตัวตาย มีค่าเฉลี่ยของอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงเวลาทุกห้าปี นับจากปี พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา ได้ดังนี้ อัตราการฆ่าตัวตายช่วง พ.ศ.2520 - 2525 ช่วง พ.ศ.2526 - 2530 ช่วง พ.ศ.2531 - 2535 ช่วง พ.ศ.2536 - 2540 และช่วง พ.ศ.2541 - 2545 เท่ากับ 6.7, 5.9, 6.5, 7.1 และ 8.1 ตามลำดับ หรือคิดเป็นจำนวนผู้เสียชีวิตได้เท่ากับ 4,100 - 5,200 คนต่อปี นับเป็นปัญหาที่สร้างความสูญเสียให้แก่ครอบครัวและสังคมโดยรวมเป็นจำนวนอย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี (คำนวณจากจำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพ หรือ Disability-Adjusted Life Year : DALYs จากการคำนวณข้อมูลปี พ.ศ.2542 เท่ากับ 147,988 DALYs) ส่วนในด้านของโรคซึมเศร้า หากพิจารณาผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจนั้น พบว่า โรคซึมเศร้าเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่มีต้นทุนในการรักษาสูงจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 11 ล้านคน เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 44,000 ล้านดอลลาร์ (Hall & Wise, 1995) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยตรงประมาณร้อยละ 28 เป็นการสูญเสียที่เกี่ยวกับการตาย ร้อยละ 17 และเป็นการสูญเสียที่เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 55 (Reus, 2000) นอกจากนี้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การใช้สุราหรือยาเสพติด มีเหตุต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกายค่อนข้างสูง และการเจ็บป่วยมีโรคเรื้อรังดังกล่าว ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดน้อยลงไป จากการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยของลูกจ้างในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1995 พบว่า โรคซึมเศร้าทำให้ลูกจ้างต้องหยุดงานโดยเฉลี่ย 9.86 วันต่อคนต่อปี และเกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 5,415 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี (Druss, et al., 2000) สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีประชากรร้อยละ 38.1 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงในระดับที่ควรพบแพทย์หรือผู้รู้ และมีการศึกษาในปี 2541 พบว่า ความทุกข์ชีวิตของ โรคอารมณ์แปรปรวนมีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 1.8 นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตยังได้มีการสำรวจความทุกข์ของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในปี 2546 พบว่าโรคซึมเศร้ามีความทุกข์ ร้อยละ 3.20 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547)

กรมสุขภาพจิต ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวจึงได้มีนโยบายและแผนงานเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณ 2544 - 2551 ซึ่งดำเนินการในพื้นที่ 76 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศไทย โดยมีมาตรการสำคัญในด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การพัฒนาบุคลากรและผู้นำชุมชนให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการเผยแพร่แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหากแก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานในเชิงรุก โดยเน้นการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่ระบบเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จึงได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบบคัดกรอง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ครั้งแรกปี พ.ศ. 2546 (ทวิ ตั้งเสรี และคณะ, 2546; ทวิ ตั้งเสรี และคณะ, 2546) โดยมีข้อคำถามแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 ข้อ Cut off

point ที่ 6 คะแนนขึ้นไป ค่าความไวร้อยละ 86.8 ค่าความจำเพาะร้อยละ 79.8 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 38.5 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 97.7 และข้อคำถามแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 10 ข้อ Cut off point ที่ 2 คะแนนขึ้นไป ค่าความไวร้อยละ 84.2 ค่าความจำเพาะร้อยละ 88.0 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 28.3 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 99.0 เมื่อนำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับไปใช้ในโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา จากการประเมินผลการใช้แบบคัดกรองดังกล่าว พบปัญหาว่าเครื่องมือมีข้อคำถามหลายข้อ ในบางข้อคำถามมีคำถามซ้ำซ้อนกัน บางข้อคำถามเป็นอาการที่ปรากฏทั่วไปในโรคทางกาย จึงต้องการเครื่องมือที่มีฉบับสั้นกว่านี้ แต่ยังคงค่าความไวและค่าความจำเพาะสูงเท่าเดิม จึงได้ทำการปรับปรุงจากชุดเดิมและวิเคราะห์ผลการใช้เครื่องมือจากการศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2547) การศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หัตถ์ในเขต 6 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2548) ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบคัดกรองทั้ง 2 ฉบับในหนังสือพิมพ์ ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาทั้ง 3 เรื่องมาวิเคราะห์ผลการใช้เครื่องมือ จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาเครื่องมือครั้งนี้เพื่อลดข้อคำถาม และพัฒนาเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขึ้นใหม่เพื่อให้มีความสะดวก จำนวนข้อน้อย และใช้ง่าย ในชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

ความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับปรับปรุงใหม่มีค่าเท่าใด โดยเฉพาะค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ และค่าความถูกต้องของการทดสอบ เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์เป็นเกณฑ์มาตรฐาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับปรับปรุงใหม่ โดยเฉพาะค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) คุณค่าการทำนายผลบวก (positive predictive value) คุณค่าการทำนายผลลบ (negative predictive value) และค่าความถูกต้อง (accuracy) ของการทดสอบเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์เป็นเกณฑ์มาตรฐาน

ขอบเขตของการวิจัย

1. เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ซึ่งเป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะดังนี้

1.1 การปรับปรุงเครื่องมือเพื่อลดข้อคำถามจากเครื่องมือฉบับเดิมที่เคยทำการศึกษาไว้ใน ปี พ.ศ. 2546 (มีการนำเครื่องมือฉบับนี้ไปใช้ทั่วประเทศ) ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ครั้ง ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเดิมที่เคยทำได้

1.2 การศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช โดยการอบรมและวินิจฉัยโรคในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2550

1.3 การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มผู้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 387 คน ในเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2550 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามาจากการคำนวณจากสูตร

1.4 การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชาชนทั่วไป ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) 4 แห่งในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,471 คน ในเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2551 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามาจากการคำนวณจากสูตร

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทุกระยะ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

3.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.2 จิตแพทย์ 5 ท่าน

3.3 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550) (พันธธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2550)

คำจำกัดความ

1. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของอารมณ์ซึมเศร้าที่พบได้ในโรคซึมเศร้า ได้แก่ major depressive episode, MDE with melancholic features, dysthymia, manic episode, hypomanic episode

2. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีความคิดหรือวางแผนการฆ่าตัวตายหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายพร้อมกับผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย

3. ความไว (sensitivity) หมายถึง โอกาสที่เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยจะเป็นผลบวกในคนที่เป็โรค

4. ความจำเพาะ (specificity) หมายถึง โอกาสที่เครื่องมือที่ใช้คัดกรองจะเป็นผลลบในคนที่ไม่เป็นโรค

5. **คุณค่าการทำนายผลบวก** (positive predictive value) หมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นบวก
6. **คุณค่าการทำนายผลลบ** (negative predictive value) หมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่เป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นลบ
7. **ความถูกต้องของการทดสอบ** (accuracy) หมายถึง อัตราส่วนที่การทดสอบใหม่ให้ผลสอดคล้องกับการทดสอบมาตรฐานต่อจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบทั้งหมด
8. **ความชุกของโรค** (prevalence) หมายถึง อัตราส่วนของประชากรที่เป็นโรคต่อประชากรทั้งหมดที่นำมาศึกษาในช่วงเวลาหนึ่ง
9. **การศึกษาความตรงตามสภาพ** (concurrent validity) หมายถึง การศึกษาความถูกต้องในการทำนายภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเปรียบเทียบกับ การทดสอบหรือการตรวจมาตรฐาน
10. **การตรวจมาตรฐาน** (gold standard) หมายถึง การตรวจวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ และลงความเห็นผู้ป่วยเป็นโรคหรือไม่เป็นโรคโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550) ยึดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM - IV และ ICD - 10
11. **ROC curve** (receiver operating characteristic) หมายถึง การหาจุดตัด (cut off point) ที่เหมาะสมระหว่าง true positive rate (sensitivity) และ false positive rate (1 - specificity) และ plot ได้เป็น curve ถ้า curve นี้มีลักษณะเลื่อนไปทางมุมบนด้านซ้ายมากก็จะแสดงว่าการทดสอบนั้นได้ผล เพราะว่าให้ค่า true positive rate สูง ในขณะที่ false positive rate ต่ำ หรือดูจากพื้นที่ใต้ ROC curve เพื่อเลือกจุดตัดที่เหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนที่ผ่านการศึกษาค่าความไว(sensitivity)ความจำเพาะ(specificity)คุณค่าการทำนายผลบวกคุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบ และผ่านการทดสอบความง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในชุมชนได้จริง
2. สามารถนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนและในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับได้ นำไปสู่แนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกอย่างเหมาะสม รวมทั้งดำเนินการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และช่วยป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดซ้ำได้อีกในอนาคต
3. นำไปใช้ศึกษาหาข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของผู้มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในประเทศไทยต่อไป
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีจากการศึกษาเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า
 - 1.4 อาการของภาวะซึมเศร้า
 - 1.5 ลักษณะการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 การวินิจฉัยและการรักษาภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
 - 2.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย
 - 2.2 อาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2538) ได้ให้ความหมายว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนิตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวพันกับการสูญเสีย

มานิช หล่อตระกูล (2539) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะหรือโรคที่เกี่ยวกับอารมณ์ อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ และระดับความรุนแรงก็แตกต่างกันไป

สรวิณี สังข์ศรี (2540) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงการที่ไม่สามารถจะรู้สึกถึงความพึงพอใจ ไม่ว่าจะในหนทางใดๆ เช่น ไม่สามารถจะหัวเราะ เมื่อมีเรื่องตลกไม่สามารถยินดีเมื่อมีเรื่องขำขัน ไม่สามารถร่าเริงเหมือนคนอื่นๆ ในกลุ่ม

ดวงใจ กษานติกุล (2542) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีผลต่อน้ำหนักของร่างกาย มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม หรือการประกอบอาชีพ ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการมักกล่าวหากมีอาการแย่งจากเดิม อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอารมณ์และความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก ท้อแท้ หมดหวัง เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า บางคนมีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ อาการมักกล่าวต้องเป็นอยู่ย่นตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปและมีผลต่อการดำรงชีวิต

Sadock, et al. (1989) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 เป็นคำที่ใช้อธิบายถึง ความรู้สึกเสียใจ เมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง

ประการที่ 2 เป็นความหมายทางจิตเวชที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมี ความรู้สึกเศร้า เสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัน บุคคลนั้นจะไม่ตระหนักในตัวเอง และความคิดจะเชื่องช้าลง

ประการที่ 3 คำว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกชื่ออาการหรือโรค

Salmons (1995) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (mood disorder หรือ affective disorder) โดยมีความผิดปกติของอารมณ์เกิดขึ้นและอยู่ย่นเป็นเดือนๆ หรือเป็นปี โดยจะมีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติของทั้ง ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและสุขภาพร่างกายไปพร้อมๆ กัน

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (2000) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งเรียกว่า โรคซึมเศร้า (major depression) มีลักษณะที่สำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจ หรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมทุกชนิดเกือบทุกวัน น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น (มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 เดือน) หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นเกือบทุกวัน นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติเกือบทุกวัน มีการเคลื่อนไหวมากหรือกระสับกระส่าย โดยผู้ป่วยรู้สึกเองว่ากระวนกระวายหรือช้าลงกว่าเดิม หรือจากคนอื่นสังเกตเห็น อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงเกือบทุกวัน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือรู้สึกผิดมากเกินไป จนอาจถึงขั้นหลงผิดคิดอะไร

ไม่ออกหรือสมาธิลดลง หรือล้งเลใจ เป็นเกือบทุกวัน คิดเรื่องการตายซ้ำๆ (แต่ไม่ใช่แค่กลัวว่าตนเองจะตาย) หรือมีความคิดอยากตายซ้ำๆ หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือวางแผนฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องมีอาการ 5 ข้ออย่างน้อยในช่วง 2 สัปดาห์ ส่วนโรคประสาทซึมเศร้า (dysthymia) โรคนี้เดิมเรียกชื่อว่า Depressive neurosis และเคยถูกจัดไว้ในกลุ่มโรคประสาท แต่ปัจจุบันจัดไว้เป็นกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน อาการของโรคนี้คืออาการซึมเศร้าเรื้อรัง โดยมีอาการซึมเศร้าติดต่อกันเป็นเดือนเป็นปี หรือตลอดชีวิต และมีช่วงเวลาที่อาการหายเป็นปกติระยะสั้นๆ สลับบ้าง อาการซึมเศร้า ไม่รุนแรงมากเหมือนในโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยยังคงสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และทำงานได้ตามปกติ โรคนี้มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับความกระทบกระเทือนทางจิตใจในวัยเด็ก

ความหมายที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีอาการเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มองตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ บางคนมีความคิดอยากตายและอาจฆ่าตัวตายได้ โดยที่อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่ยาวนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุหลายประการขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่เป็นฐานมีความแตกต่างกันไปดังนี้

1) ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory) สารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ serotonin, norepinephrine และ dopamine โดยพบว่าผู้ป่วยในภาวะซึมเศร้าบางรายมีการทำงานลดลงของสารนำสื่อประสาทดังกล่าว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากปริมาณเมตาโบไลต์ของสารสื่อประสาท แต่เนื่องจากระบบการทำงานของสารสื่อประสาทแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีการปรับตัวตลอดเวลา การพบการทำงานที่ลดลงจึงเป็นความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยอาจเป็นสาเหตุของภาวะโรคหรือการปรับตัวของร่างกายต่อภาวะซึมเศร้าก็ได้ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระบบ postsynaptic beta-adrenergic และ 5-HT receptors ที่มีการทำงานมากเกินไปในภาวะซึมเศร้า (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยทางด้านพันธุกรรมหรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง (ณรงค์ สุภัทรพันธ์, 2543)

2) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตนเอง (narcissistic personality) เมื่อผิดหวังจะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้าโศกเสียใจกับความโกรธและเชื่อว่าอาการเศร้าโศกและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสีย อาจจะเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Sadock, et al., 1989) เมื่อเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายดังกล่าวในเวลาเดียวกันจึงเกิดความล้งเลใจ รู้สึกสำนึกผิดในใจตนเอง เป็นความรู้สึกที่ไม่ดี โดยมุ่งเข้าหาตนเอง ทำให้กลายเป็นโกรธและเกลียดตนเองเป็นศัตรูกับตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยเศร้ามาก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่มีความหมายใดๆ (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2526)

3) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เป็นฐานในการอธิบายภาวะซึมเศร้า คือ ทฤษฎีการเรียนรู้การคิด (Cognitive theory) ทั้งนี้ Dobson (1988) ได้กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานไว้ 3 ประเด็นคือ

- 3.1 การทำงานของกระบวนการทางการรู้การคิดมีผลต่อพฤติกรรม
- 3.2 การทำงานของกระบวนการทางการรู้การคิดสามารถปรับเปลี่ยนได้
- 3.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยเปลี่ยนการทำงานของกระบวนการ

ทางการรู้ การคิด

ทฤษฎีนี้จึงอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการรู้การคิด คือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการเรียนรู้จะรับรู้และแปลอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ส่วนพฤติกรรม และอารมณ์จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการเรียนรู้การคิดด้วย โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่

1) ปัจจัยทางชีววิทยา

1.1) ปัจจัยทางพันธุกรรม

1.2) ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงของสารนำสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ serotonin norepinephrine และ dopamine

1.3) ปัจจัยจากระดับของฮอร์โมนในสมอง

2) ปัจจัยทางจิตสังคม

2.1) ปัจจัยจากความเครียดในเหตุการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อม โดยผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าครั้งแรกจะมีเหตุการณ์ที่เครียดมากกว่าผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อมา ซึ่งความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งแรก มักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมอง ในระยะยาวในทิศทางที่ทำให้ผู้นั้นเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อมา แม้จะไม่มี ความเครียดจากภายนอกก็ตาม เช่น ผู้ที่มีความเครียดจากการสูญเสียพ่อแม่ ก่อนอายุ 11 ปี จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าภายหลัง นอกจากนี้ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตยังดูเหมือนจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ แต่บางรายงานกล่าวว่า เป็นการยากที่ความเครียดจากปัจจัยภายนอกอย่างเดียวจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้

2.2) ปัจจัยทางครอบครัว

2.3) ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ไม่พบว่ามีลักษณะบุคลิกภาพหรือความผิดปกติของบุคลิกภาพใดที่เป็นพื้นฐานทำให้เกิดโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะแต่ผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพชนิด oral dependent, obsessive-compulsive และ hysterical น่าจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคลิกภาพชนิด antisocial, paranoid ที่มักใช้กลไกทางจิตแบบโทษภายนอกเพื่อป้องกันตนเองมากกว่า แม้ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่พบอาจไม่รุนแรงจนเป็นโรค แต่อารมณ์เศร้าของมนุษย์มีผลต่อความคิด การตัดสินใจและความสามารถในการทำงานที่ลดลง ในกรณีที่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงก็ยิ่งเป็นปัญหาต่อบุคคลนั้น ทั้งจากการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติและสังคม

มานิช หล่อตระกูล (2544) กล่าวถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่ามีปัจจัยสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่

1) กรรมพันธุ์ พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้มีอาการเป็นซ้ำหลายๆ ครั้งญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง ลูก มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติทั่วไป 1.5-3 เท่า ความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนี้ในญาติที่ห่างออกไป เช่น ปู่ย่า ตายาย หรือลุงป้า น่าจะลดน้อยลง ในการศึกษาแฝดไข่ใบเดียวกันเพศหญิง พบว่าหากคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งมีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 66 ในคู่แฝดไข่คนละใบ มีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 27 อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่สาเหตุทางพันธุกรรมจะเป็นคำตอบของทั้งหมด ดังที่เราจะเห็นได้ว่าแม้แต่แฝดไข่ใบเดียวกันคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งไม่ได้จะต้องเป็นตามไปด้วยทุกราย นอกจากนี้ในผู้ป่วยหลายๆ ราย เราไม่พบว่าเขามีคนในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคนี้เลย

2) ปัจจัยทางชีวภาพ นอกจากเรื่องทางพันธุกรรมแล้ว ปัจจุบันนี้เราพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า มีการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

สารเคมีในสมอง พบว่าสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจนโดยมีสารสำคัญได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอปิเนฟริน (norepinephrine) ลดต่ำลงรวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง ยาแก้ซึมเศร้าที่ใช้กันนั้นก็ออกฤทธิ์โดยการไปปรับสมดุลของระบบสารเคมีเหล่านี้

ฮอร์โมน พบว่าผู้ป่วยมีฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ ฮอร์โมนนี้หลั่งมาจากต่อมหมวกไตปกติจะหลั่งออกมาตามเวลาที่มีความเครียด ฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มากกว่าปกตินี้จะส่งผลให้เซลล์สมองส่วนฮิปโปแคมปัสฝ่อลงหรือตายได้ คาดกันว่ายาแก้ซึมเศร้าที่จะผลิตในอนาคตเน้นผลการรักษาโดยไปออกฤทธิ์ลดการหลั่งฮอร์โมนตัวนี้ลง

3) สาเหตุทางจิตใจ ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าอาจเป็นมาจากการที่ตนเองมีการมองสิ่งต่างๆ ในด้านลบ ได้แก่ มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีความสำคัญแก่ใครๆ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย มักจะเป็นคนขี้อาย ไม่มั่นใจในตนเอง อ่อนไหวง่าย เข้าสังคมไม่เก่งไม่ค่อยมีเพื่อน บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ถูกทอดทิ้ง ตกงาน หย่าร้าง ก็มีแนวโน้มที่จะตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองแย่ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมอาการอาจมากจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Beck, et al., 1984)

1) ระดับเล็กน้อย จะไม่มีอาการทางร่างกายแสดงออกอย่างชัดเจน แต่อาจสังเกตจากคำพูด ท่าทาง ซึ่งจะแสดงออกอย่างเชื่องช้า

2) ระดับปานกลาง ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยสนุกสนานจะน้อยลง ขาดความรักในชีวิต กระบวนการคิดแคบลง ไม่มีสมาธิ และการตัดสินใจไม่ดี บางคนจะบ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกาย ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบหายใจ และการนอนหลับ แยกตัวจากสังคม สามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่มีความบกพร่อง

3) ระดับรุนแรง จะมีความสลดใจและกำลังหมดหวังอย่างชัดเจน ไม่มีเรี่ยวแรง ขาดพลังกำลัง ความคิดซ้ำ การตัดสินใจไม่ดี แยกตัวไม่เข้าสังคม ปฏิเสธการรับประทานอาหาร รู้สึกไร้ค่า บางคนอาจมีพฤติกรรมกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย แม้ว่าไม่มีพลังกำลัง แต่คนที่มีความซึมเศร้าระดับรุนแรงก็สามารถทำร้ายตนเองได้ มีบางคนเก็บกดอารมณ์เศร้าไว้ แต่แสดงออกด้วยอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับหรือหลับมากผิดปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ฯลฯ ซึ่งมานิช หล่อตระกูล (2539) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยไทยจำนวนไม่น้อยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการแสดงทางกาย เพราะเก็บอารมณ์เศร้า ความกังวลไว้ แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่นๆ ของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

1.4 อาการของภาวะซึมเศร้า

มานิช หล่อตระกูล (2544) สรุปอาการของผู้มีภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1) อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือ จะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อยเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมด บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจน แต่จะบอกว่า จิตใจหม่นหมองไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิม บางคนก็รู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดอะไรที่เคยทำแล้วเพลินหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูงเข้าวัด ก็ไม่ยอมทำ หรือทำแล้วก็ไม่ได้ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่เข้ามาเลยทีเดียว บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้ายไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

2) ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกแย่ไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาด ความล้มเหลวของตนเอง ชีวิตตอนนี้ก็รู้สึกว่าจะอะไร ก็ดูแย่ไปหมด ไม่มีค่า ช่วยตนเองไม่ได้ มองไม่เห็นทางออก รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต ไม่เห็นอนาคต บางคนกลายเป็นคนไม่มั่นใจตนเองไป จะตัดสินใจอะไรก็ลังเลไปหมดรู้สึกที่ตนเองไร้ความสามารถไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่น ทั้งๆ ที่ญาติหรือเพื่อนๆ ก็ยืนยันว่ายินดีช่วยเหลือ ไม่เป็นภาระอะไรแต่เขาก็กังคังคิดเช่นนั้นอยู่ ความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจเหล่านี้ อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆ แรกๆ ก็อาจคิดเพียงแค่อยากไปให้พ้นๆ ต่อมาเริ่มคิดอยากตายแต่ก็ไม่มีแผนอะไรที่ชัดเจน เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็เริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร เช่น จะซื้อยาเบื่อหนูมากิน จะแขวนคอที่ต้นไม้ข้างบ้าน ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจ ก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

3) สมาธิ ความจำแยลง จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ วางของไว้ที่ไหนก็นึกไม่ออก ญาติพูดด้วยเมื่อเข้าก็นึกไม่ออกว่าเขาสั่งว่าอะไร จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นาน

เนื่องจากไม่สามารถคงความสนใจได้นาน ดูโทรทัศน์นานๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสืออ่านได้ไม่ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิดๆ ถูกๆ เป็นต้น

4) มีอาการทางร่างกายต่างๆ ร่วมด้วยที่พบบ่อยคือ รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร ก็จะทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจ ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม น้ำหนักลดลงมาก บางคนลดลงถึง 4-5 กิโลกรัม ภายใน 1 เดือน นอกจากนี้ยังอาจมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัวปัญหาด้านการนอนก็พบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่มหลับๆ ตื่นๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคซึมเศร้า ได้แก่ มักตื่นขึ้นกลางดึกหลังจากหลับไปได้สักพักหนึ่งแล้วนอนต่อไม่หลับอีกเลย บางคนตื่นแต่เช้ามีดแล้วนอนต่อไม่ได้

5) ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไปดังกล่าบบ้างแล้วข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคนี้มักจะดูซึมลงไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใครบางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อยอ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ

6) การงานแย่ลง ความรับผิดชอบต่องานก็ลดลง ถ้าเป็นแม่บ้านงานบ้านก็ไม่ได้ทำหรือทำลวกๆ เพียงให้ผ่านๆ ไป คนที่ทำงานสำนักงานก็จะทำงานที่ละเลียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มีในช่วงแรกๆ อาจะพอฟื้นใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมากๆ ขึ้นก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลางานขาดงานบ่อยๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือก็มักจะถูกให้ออกจากงาน

7) อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรง ซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้วจะยังพบว่ามีอาการของโรคจิต ได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือจะคิดว่ามีคนคอยกลั่นแกล้งหรือประสังศิร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษาอารมณ์เศร้าดีขึ้นอาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

1.5 ลักษณะการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะการเริ่มป่วย (onset) ที่แตกต่างกันได้มาก บางคนอาการเกิดขึ้นช้าๆ ในเวลาหลายๆ วันหรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มที่ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วหลังจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรง และบางคนมีอาการอื่นๆ นำมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆ เดือน อาทิ อาการวิตกกังวล กลัว (phobia) ตื่นตระหนก (panic) ย้ำคิดย้ำทำ ถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวดีมาก่อน ก็ควรนึกถึงโรคซึมเศร้าไว้ด้วย นอกจากนี้ระยะเวลาที่ป่วยในแต่ละคนก็แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามักจะป่วยอยู่ประมาณ 6 เดือน หรือนานกว่านี้ โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายได้สนิท พฤติกรรมหรือความสามารถต่างๆ จะกลับสู่ระดับเดิมก่อนป่วย อาการหายขาดเป็นการป่วยครั้งคราว พบได้ประมาณเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง แต่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีอาการกำเริบได้อีกโดยร้อยละ 40 กลับเป็นอีกภายในปีแรกจัดเป็นกลุ่มโรคซึมเศร้าชนิด

เป็นซ้ำๆ (recurrent) ซึ่งประมาณร้อยละ 20-30 มีอาการ mania ภายหลังได้ ผู้ป่วยบางคนเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร่วมกับโรคประสาทชนิดซึมเศร้ารุนแรงอีกในอัตราสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเดียว และอาการมักจะเรื้อรังยากต่อการรักษา ซึ่งประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติด้วย มักเป็นชนิด dependent, avoidance, borderline และ narcissistic

อาการเริ่มป่วยที่รวดเร็วฉับพลัน (acute) อาการที่รุนแรง (severe) และไม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน ช่วยทำนายว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นได้ การทำนายโรคดี สิ่งที่ทำนายว่าจะมีอาการเรื้อรังคือ (1) จำนวนครั้งที่ป่วย ถ้าเคยป่วยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปจะมีอาการเรื้อรัง (2) ป่วยครั้งแรกเมื่ออายุมากจะมีอาการกำเริบได้เร็วและเรื้อรัง โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง คือ มีอาการหลงเหลือพฤติกรรมที่เป็นปัญหายู้งายในด้านสังคมนานกว่า 2 ปี อาจมีช่วงที่ปกติปราศจากอาการได้แต่ไม่เกิน 2 เดือน

ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง ได้แก่ โรคทางกายเรื้อรัง การติดสารเสพติด โดยเฉพาะสุราและ cocaine พบบ่อยๆ ที่ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักเกิดขึ้นตามหลังเหตุการณ์ชีวิตที่รุนแรง (ปัจจัยเร่ง) เช่น การเสียชีวิตของผู้ที่เป็นที่รักยิ่ง การสูญเสียความมีชื่อเสียง ปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน การแยกทางหรือหย่าร้าง แม้กระทั่งการคลอดบุตรซึ่งเป็นสิ่งธรรมดาที่อาจเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้

ผลแทรกซ้อน ผลแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของภาวะซึมเศร้ารุนแรง คือ การฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในอัตราร้อยละ 1 ต่อปี หรือร้อยละ 15 ตลอดชีวิตผู้ป่วยโรคทางอารมณ์มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 30 เท่า ของประชากรทั่วไปซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยๆ ใน 3 ระยะดังนี้

ระยะแรก เมื่อเริ่มป่วยมีอาการเศร้า อาการยังไม่ปรากฏชัดเจนให้เป็นที่ตระหนักแก่ผู้ใกล้ชิด ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือรักษา

ระยะที่สอง เป็นขณะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงสูงสุด มีความรู้สึกวิตกกังวลและท้อแท้หมดหวังมาก แต่ผู้ป่วยอาจจะไม่มี "พลัง" หรือความคิดที่จะวางแผนหรือลงมือทำการได้

ระยะสุดท้าย ที่มีอันตรายหรือความเสี่ยงสูงสุด คือ ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแทบไม่เห็นอาการเศร้าหลงเหลืออยู่เลย แล้วจู่ๆ ผู้ป่วยมีอาการเศร้าหมองขึ้นทันทีทันใดอย่างที่คุณป่วยเองก็ไม่คาดคิด ทำให้รู้สึกตระหนกหวาดหวั่น กังวลว่าตนเองไม่มีทางหายขาด รู้สึกท้อแท้ แต่ยังพอมี "พลัง" หรือความคิดที่สามารถวางแผนหรือกระทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ซึ่งต่างจากระยะที่ป่วยหนักทั้งระยะนี้เป็นเวลาที่แพทย์ ครอบครัวผู้ใกล้ชิดลดการดูแลเอาใจใส่ลง เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเป็นปกติแล้ว ดังนั้น ระยะ 3 เดือน ตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นช่วงเวลาที่ยังคงมีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องให้การดูแลป้องกันอย่างไม่ประมาท ผู้ป่วยชายโสดที่อาศัยอยู่คนเดียว อายุมากกว่า 60 ปี และติดสุราจะมีความเสี่ยงสูงสุด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการเคร่งเครียดมาก วิตกกังวลสูง กระวนกระวายทั้งกายและใจ หรือมีปัญหาอนไม่หลับมานานก็มีความเสี่ยงสูงเช่นกัน แพทย์ควรให้ความสนใจจริงจังกับผู้ป่วยที่ได้พยายามฆ่าตัวตาย แม้จะมีท่าทีเหมือนไม่ตั้งใจจริง เพราะ

ผู้ป่วย ร้อยละ 50 กระทำซ้ำอีก ผู้ป่วยที่บ่นอยากตายหรือเขียนจดหมายลาตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางคนที่อยู่ๆ มีอาการดีขึ้น หน้าตาอารมณ์สดชื่นขึ้น ท่าที่สงบ อาจเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกปลงตกและตัดสินใจที่จะหาทางออก ด้วยการฆ่าตัวตาย จึงอยู่ในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงที่ต้องให้การดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษเช่นกัน

การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ ก่อนที่จะมีการใช้ยาแก้เศร้าและยา lithium ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์เสียชีวิตในอัตราสูงกว่าประชากรทั่วไปมากการเสียชีวิตมีสาเหตุตั้งแต่ การฆ่าตัวตาย ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ เกิดโรคติดเชื้อง่าย โรคมะเร็ง หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ

1.6 การวินิจฉัยและการรักษาภาวะซึมเศร้า

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (major depressive episode) ตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (2000) มีดังนี้

A : มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือ mood-incongruent delusions หรือ hallucinations

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) ก็จากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

หมายเหตุ ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิด

(2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

หมายเหตุ ในเด็ก ดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น

(4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน

(5) psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

(6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มีไข้แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้นั่นเอง

B : อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

C : อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

D : อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

E : อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ ความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะกระทำได้ ต่อเมื่อไม่พบว่ามีปัจจัยทางกายเป็นสาเหตุ หรือเสริมให้เกิดอารมณ์เศร้าคั่งนาน จึงต้องตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ชักประวัติโรคประจำตัว และการใช้ยาหรือสารให้ละเอียดในผู้ป่วยทุกคน และวินิจฉัยแยกจากโรคต่างๆ ดังนี้

1) กลุ่มอาการซึมเศร้าสาเหตุจากโรคทางกาย (Organic Mood Disorder Depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลางซึ่งมีสาเหตุได้ต่างๆ เช่น สาเหตุจากสารหรือยา โรคติดเชื้อ เนื้องอกในสมอง ความผิดปกติของระบบต่อไทรอยด์ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมในร่างกาย

2) โรคสมองเสื่อม (Primary Degenerative Dementia) ชนิด Alzheimer และ Multiinfarct Dementia มีอาการไม่รู้วัน เวลา สถานที่ เชื่องซึม เฉื่อยชา ไม่มีสมาธิ หรือสูญเสียความจำ ทำให้บางครั้งแยกได้ยากจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมในอัตราร้อยละ 3-25 ถ้าผู้ป่วยมีอาการทั้งสองอย่าง แต่อาการสมองเสื่อมเด่นชัดกว่าให้วินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า (Dementia with Depression) ถ้าหากอาการเด่นชัดเท่าๆ กัน ควรวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการสมองเสื่อมเทียมเป็นอาการร่วมให้ลองรักษาอย่างโรคซึมเศร้าถ้าอารมณ์ดีขึ้นและอาการสมองดีขึ้นด้วย สนับสนุนว่าการวินิจฉัยถูกต้อง คือ เป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง หากอาการสมองเสื่อมไม่ดีขึ้นและคงอยู่ตลอดไป บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอาการร่วม

3) โรคซึมเศร้าที่ถูกบดบังด้วยอาการทางกาย (masked depression) เป็นผู้ป่วยที่มาตรวจและรักษาบ่อยๆ กับแพทย์ทางกายด้วยอาการที่มีสาเหตุทางจิต มักเป็นผู้ป่วยวัยกลางคนหรือผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวลมากกว่าป่วย (ทางกาย) บ่อยครั้งที่แพทย์และผู้ป่วยเองไม่ตระหนักว่าเป็น

โรคซึมเศร้าเรื้อรัง จิตแพทย์อเมริกันนิยมวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดนี้บ่อยๆ ส่วนทางยุโรปให้การวินิจฉัยประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเวชปฏิบัติทั่วไป

4) โรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแทรกซ้อนได้ ถ้าอารมณ์เศร้าแทรกซ้อนเป็นเวลานานๆ ในช่วงที่กำลังป่วย (active phase) หรือช่วงที่พ้นจากการป่วย (remission) ควรให้การวินิจฉัยเพิ่มจากโรคจิตเภทว่า เป็นโรคซึมเศร้าชนิดระบุไม่ได้แน่นอน (Depressive Disorder Not Otherwise Specified : NOS) หรืออาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจาก ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder with depressed mood) ซึ่งบางท่านเชื่อว่าเป็นผลจากยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยโรคจิตชนิด catatonia อาจมีพฤติกรรมแยกตัว และดูคล้ายซึมเศร้าได้ทำให้แยกยากจากภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการเชื่องช้า เชื่องซึม การฉีดยา amobarbital (บางท่านว่าใช้ diazepam แทนได้) เข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยอาจช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการดีขึ้นชั่วคราว อย่างไรก็ตาม หากการวินิจฉัยยังกระทำไม่ได้แน่นอนก็จำเป็นต้องอาศัยสถิติที่แตกต่างระหว่างสองโรคนี้ ผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงมากกว่า ถ้ามีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคทางอารมณ์หรือฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการปรับตัวดีมาก่อน และหากเคยป่วยมาก่อนมีอาการดีขึ้นมากหรือหายได้สนิท

5) อาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder with depressed mood) ผู้ป่วยมีอาการเศร้าเกิดขึ้นภายใน 3 เดือน หลังจากมีปัจจัยเครียดทางจิตสังคม โดยมีผลกระทบจากความเศร้าบ้างแต่ไม่มากนักใน DSM-IV เคยเรียกว่า “ปฏิกิริยาเศร้า” (depressive reaction) หมายถึง ไม่มีอาการ endogenous แต่การวินิจฉัยเพื่อการวิจัย เรียกเป็น stress-induced depression โดยมีอาการ endogenous หรือไม่ก็ได้ Hirschfeld (1985) รายงานว่าอาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากภาวะการปรับตัวผิดปกติ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยนอกของแผนกจิตเวช และเวชปฏิบัติทั่วไป การทำนายโรคให้ความถูกต้องต่ำ เนื่องจากการดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันได้มาก มีรายงานว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงเป็นปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยทางกาย เช่น การสูญเสียอวัยวะร่างกายหรือเป็นโรคร้ายได้ ในกรณีนี้ควรให้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงใน Axis I และระบุความเจ็บป่วยทางกายใน Axis III

6) Schizoaffective disorder ในรายที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอน นานเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่มีอาการผิดปกติของอารมณ์ร่วมด้วย

7) ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (uncomplicated bereavement) แม้ผู้ป่วยจะมีกลุ่มอาการเศร้าครบถ้วนก็ไม่จัดเป็นโรคทางจิต นอกจากผู้ป่วยจะย่ำคิดหมกมุ่นกับความรู้สึกไร้ค่าคิดฆ่าตัวตาย มีผลกระทบมากในด้านต่างๆ หรือมีพฤติกรรมเชื่องช้า เชื่องซึมหรือมีอาการเป็นอยู่นาน ซึ่งแสดงว่าความเศร้าโศกนี้มีภาวะซึมเศร้าได้บ่อยๆ โดยเฉพาะ

8) โรคประสาทชนิดต่างๆ อาจพบร่วมกับโรคซึมเศร้าได้บ่อยๆ โดยเฉพาะโรคประสาท agoraphobia ร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้าปฐมภูมิในภายหลัง (Sadock, et al., 2003) หรือโรคประสาทชนิดวิตกกังวล ซึ่งร้อยละ 45 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางเป็นเวลานานๆ น้อยกว่า 2 เดือนเป็นช่วงๆ

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด อารมณ์ทางเพศลดลง ฯลฯ ยากที่จะแยกว่าเป็นโรคซึมเศร้า หรือเป็นโรคประสาทชนิดวิตกกังวล เนื่องจากอาการต่างๆ ดังกล่าวมิใช่อาการเฉพาะของโรคซึมเศร้า แต่พบได้ในโรคประสาท โรคทางจิต และโรคทางกายอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคประสาทจะยังสามารถมีอารมณ์สนุกสนานได้ ไม่ใคร่จะบ่นเบื่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การงานหรืองานอดิเรก ฯลฯ แต่กลับพยายามไต่หาความสนุก เพลิดเพลิน เพื่อชดเชย กลบเกลื่อนอาการวิตกกังวล ผู้ป่วยอาจจะบ่นอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง แต่ผลงานจะไม่ลดลงนัก หรือกลับจะเพิ่มขึ้นเสียอีก นอกจากว่าการงานเป็นสาเหตุของความกังวลเสียเอง ตรงข้ามกับผู้ป่วยซึมเศร้า จะรู้สึกเบื่อ อ่อนเพลียตลอดเวลาไม่สนใจทำกิจกรรมใดๆ หากผู้ป่วยมีอาการของโรคประสาท และโรคซึมเศร้าเด่นชัดเท่าๆ กัน ก็ควรให้การวินิจฉัย โดยระบุทั้งสองโรคลงใน Axis I

สิ่งที่ต้องระมัดระวังและจดจำไว้เสมอ เมื่อดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าทุกคน คือ อันตรายจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถึง 1 ใน 6 คน และเป็นสาเหตุของการตายในวัยรุ่นและหนุ่มสาว การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การตระหนักถึงความเสี่ยงโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว หรือผู้ป่วยที่รู้สึกท้อแท้ หดหู่ ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีโรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดใดชนิดหนึ่ง แพทย์จึงต้องประเมินความคิดอยากตายในผู้ป่วยซึมเศร้าทุกราย โดยการถามผู้ป่วยแล้ว ไม่ถามในทำนอง ดูถูกตีตื้น เช่น “ทำไมกินยาแค่นี้ กินแค่นี้ไม่ทำให้ตายหรอ” การถามถึงความคิดอยากตายจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโล่งอกที่มีผู้เข้าใจความรู้สึกของตน เพราะความคิดอยากตายจะเกิดขึ้นควบคู่กับอารมณ์เศร้าเสมอ คนเราเมื่อรู้สึกก็มักจะคิดว่า “ตายดีกว่า” เพื่อหนีปัญหา ผู้ป่วยอาจเอ่ยปากบ่นว่า “กลุ้ม” “อยากตาย” แต่ญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิดมักจะห้ามไม่ให้ผู้ป่วยพูดหรือคิดมากด้วยความไม่เข้าใจจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่มีโอกาสระบายหรือพูดปรับทุกข์กับใครทำให้รู้สึกซึมเศร้าได้มากขึ้น และอาจฆ่าตัวตายไปได้โดยไม่คาดคิด ดังนั้นการถามเรื่องความคิดอยากตาย จึงไม่ใช่การชี้โพรงให้กระรอกเช่นที่เข้าใจ

การรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชมักใช้แนวปฏิบัติแบบองค์รวม (holistic approach) หรือแบบชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) คือมีทั้งการรักษาทางร่างกาย (somatic treatment) การรักษา ทางจิตใจ (psychological treatment) และการรักษาทางสังคม (social treatment) ผสมผสานเข้าด้วยกัน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) สำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้ามีรายละเอียดดังนี้

1) การรักษาทางร่างกาย (Somatic treatment) คือการรักษาโดยใช้วิธีการทางชีวภาพ หรือสรีระวิทยาเพื่อเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยดีขึ้น เช่น จิตเภสัชบำบัด (psychopharmacotherapy) การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) การรักษาโดยใช้แสง (light therapy)

1.1) จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) เนื่องจากการรักษาโรคซึมเศร้ามีมากมายหลายกลุ่มและแต่ละกลุ่มก็มีมากมายหลายตัว การเลือกใช้ยาตัวใดจึงขึ้นกับประวัติการตอบสนองต่อยาในอดีต ผลข้างเคียงของยาและความคุ้นเคยของผู้รักษา (สุชาติ พนลภาคย์, 2542)

1.1.1) ยากลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor (MAOIs) ยาออกฤทธิ์ยับยั้งการออกซิเดชันของนอร์อิพิเนฟรินและซีโรโทนินจึงช่วยเพิ่มสารสื่อประสาทโดยไปยับยั้งการแตกย่อยทำให้มีนอร์อิพิเนฟรินและซีโรโทนินเพิ่มขึ้นส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) แต่สารไทรามิน (tyramine) ซึ่งเป็นสารกำเนิดของนอร์อิพิเนฟรินที่อยู่ในเนยแข็ง ไวน์ ช็อคโกแลต โยเกิร์ต กล้วย ได้รับการยับยั้งไปด้วยทำให้นอร์อิพิเนฟรินเพิ่มสูงขึ้นซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตขึ้นสูง (tyramine induced hypertensive crisis) ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไทรามินสูง (วีรวุฒิ เอกกมลกุล, 2537) ปัจจุบันยากลุ่มนี้ เลิกใช้เป็นส่วนใหญ่เนื่องจากมีฤทธิ์ข้างเคียงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

1.1.2) ยากลุ่มไตรไซคลิกและเตตราไซคลิก (Tricyclic and tetracyclic antidepressants : TCAs) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดการดูดกลับเข้าเซลล์ประสาทของนอร์อิพิเนฟรินและซีโรโทนินที่จุดต่อปลายประสาท ทำให้สารเหล่านี้เพิ่มขึ้นส่งผลให้อารมณ์เศร้าหมดไปหรือทุเลาลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ imipramine, amitriptyline, doxepine, clomipramine เป็นต้น (วีรวุฒิ เอกกมลกุล, 2537) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ

- (1) ยาอาจเหนี่ยวนำให้ผู้ที่เป็และเป็น Bipolar disorder ให้เกิดอาการฟุ้งพล่าน (mania)
- (2) ฤทธิ์ anticholinergic ทำให้เกิดอาการตาพร่า ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะถูกกักคั่ง (retention of urine) ท้องผูก
- (3) ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการใจสั่นเหงื่อออกมาก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น
- (4) ผลต่อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว มีอาการหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (arrhythmia) หรือมี EKG เปลี่ยนแปลงเนื่องจากยากลุ่มนี้มีฤทธิ์กดกลัมน้ำหัวใจโดยตรงเหมือน atropine (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)
- (5) ผลต่อประสาท ทำให้มีอาการมือสั่น บางรายที่ได้รับยาขนาดสูงจะมีอาการกล้ามเนื้อกระตุก พูดไม้ชัดเดินเซ (ataxia) (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

1.1.3) ยากลุ่ม Serotonin-specific reuptake inhibitions (SSRIs) เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนินมีประสิทธิภาพในการรักษาอารมณ์ซึมเศร้าเท่ากับยารักษาอารมณ์ซึมเศร้าชนิดเก่า ปฏิริยาไม่พึงประสงค์ของยาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ในกลุ่มนี้ยาฟลูโอทีนเป็นยารักษาอารมณ์เศร้าที่ได้รับความนิยมมากที่สุด (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) ยานิดนี้ไม่มีผลต่อการรู้การเข้าใจ (Cognition) และความจำ ไม่ทำให้เกิดอาการสับสนจึงนิยมใช้กับสูงอายุนอกจากนี้ยังไม่มีผลต่อหัวใจจึงสามารถใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างปลอดภัย (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ถึงอย่างไรก็ตามยาในกลุ่มนี้ยังคงมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยดังนี้

(1) ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการปวดศีรษะ หวาดหวั่น กังวล กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ง่วง ซัก สิ้นหน้ำไม่ยินดีในร่าย (apathy) เบื่ออาหาร

(2) ผลต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ ท้องร่วง

(3) อาการอื่นๆ เช่น มีผื่นขึ้น ซึ่งมีอันตรายมากเพราะปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาจลามไปถึงปอดจึงควรให้เลิกใช้ยาในผู้ป่วยที่มีผื่นขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงต้องระวังในการใช้น้ำกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

1.2) การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) การรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากจะใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง (severe psychotic) คลั่งรุนแรง (severe mania) ยังใช้ได้ผลดีมากในผู้ป่วยซึมเศร้าที่รุนแรงหรือมีอาการของโรคจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการที่ได้ผลดีคืออาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์ทางเพศลดลง ความรู้สึกไร้ค่าสิ้นหวัง คิดตำหนิตัวเอง ความคิดฆ่าตัวตาย อาการเชื่องช้าหรือ พลุ่พลุ่ล่า่น กระวนกระวาย และอาการคิดว่าเป็นโรคทางกาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) การรักษาด้วยวิธีนี้ไม่มีข้อห้ามโดยสมบูรณ์แต่จะมีความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในสมองและผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ ความจำเสียและสับสนพบได้บ่อยที่สุดมักเกิดหลังการทำครั้งที่ 4 ไปแล้วและความจำจะเสียมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่ทำความจำจะกลับคืนเป็นปกติภายในเวลา 3-6 สัปดาห์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ผู้ป่วยที่สูงอายุอาการสับสนจะเป็นมากและนาน การทำแบบ unilateral ECT จะทำให้อาการสับสนและความจำเสียที่เกิดขึ้นเป็นน้อยลง (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) นอกจากนี้ยังมีผลต่อกระดูกและข้อ อาจเกิดกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนได้โดยเฉพาะวิธีที่ไม่ได้ดมยาสลบ ส่วนอัตราการตายพบว่าอยู่ระหว่าง 1:10,000 (วีรุฒิ เอกกมลกุล, 2537) เมื่อเปรียบเทียบกับยาแล้ว ECT มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าให้ผลการรักษาดีกว่า แต่ปัจจุบันได้รับความนิยมนลดลงหลังจากการมีการค้นพบยารักษาภาวะซึมเศร้า แต่ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542)

1.3) การรักษาโดยใช้แสง (Light therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้คือให้ผู้ป่วยได้รับแสง 2500-lux light เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมงตอนตื่นนอนเช้า เป็นการรักษาวิธีใหม่ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการตามฤดูกาล โดยผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการซึมเศร้าเกิดซ้ำๆ ในฤดูหนาว การให้ผู้ป่วยได้รับแสงสว่างเช่นนี้ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 4-7 วัน ในปัจจุบันผู้ที่ให้การรักษาเช่นนี้ต้องเป็นผู้มีความชำนาญโดยเฉพาะผลข้างเคียงมีดังนี้คือ มีอาการแทรกซ้อนของนัยน์ตา นอกจากนี้อาจเกิดอาการ hypomania หรืออาการฟุ้งพล่านได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2) การรักษาทางสังคม (Social therapy) คือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น คู่สมรสบำบัด (marital therapy) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy)

2.1) คู่สมรสบำบัด (Marital therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้จุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปฏิสัมพันธ์ในชีวิตสมรสหรือเพื่อบรรเทาอาการ มีรายงานว่าปัญหาในชีวิตสมรสทำให้คู่สมรสคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 27.1 หากผู้ป่วยเป็นโรคชนิดอื่นก็มักจะมีอาการทางอารมณ์เป็นอาการประกอบด้วยและถ้าคู่สมรสคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า คู่สมรสคู่นั้นอาจจะเกิดความไม่เข้าใจ ในอาการ เกิดความไม่เข้าใจในวิธีการรักษาและการดำเนินของโรคนำไปสู่การวิพากษ์วิจารณ์จนทำให้ชีวิตสมรสไม่เป็นสุข (สุชาติ พนลภาคย์, 2542)

2.2) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) การรักษาแนวนี้เน้นไปที่การปรับปรุงและดัดแปลงสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลหรือสถานการรักษาต่างๆ ให้เหมาะสมกับสภาพจิตใจของผู้ป่วยคล้ายคลึงกับชีวิตและกิจกรรมประจำวันต่างๆ ของสังคมภายนอก (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร, 2542)

3) การรักษาทางจิตใจ (Psychological treatment) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยวิธีการทางจิตใจโดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เช่น จิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ (psychotherapy) จิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การรักษาโดยการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)

3.1) จิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) Sigmund Freud เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปัญหาในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาในความภาคภูมิใจในตนเอง เป้าหมายของการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ เพื่อจัดระเบียบโครงสร้างของบุคลิกภาพขึ้นมาใหม่ ขจัดความขัดแย้งของจิตไร้สำนึกยังเห็นกลไกป้องกันทางจิตที่ตนเองใช้ และสร้างกลไกป้องกันทางจิตที่ดีขึ้นมาสามารถไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถสร้างความใกล้ชิดสนิทสนม สามารถรับมือกับอารมณ์หลายๆชนิดรวมทั้งอารมณ์โศกเศร้าเสียใจ การรักษาด้วยวิธีนี้ใช้เวลานานมากผู้ป่วยต้องพบผู้รักษาอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ระยะเวลา 1-5 ปี (สุชาติ พนลภาคย์, 2542)

3.2) จิตบำบัดเชิงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy : IPT) เป็นจิตบำบัดชนิดสั้นที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 12-16 สัปดาห์ มีพื้นฐานมาจาก Theory of Psychobiology ของ Adolph Meyer และ Interpersonal ของ Harry Sullivan โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้าด้วยการปรับปรุงแก้ไขสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผิดปกติให้ดีขึ้น เน้นที่สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันมากกว่าอดีต และไม่ให้ความสำคัญกับการขัดแย้งภายในจิตใจ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร, 2542)

3.3) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ มุ่งรักษาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากโรค มิใช่รักษาที่สาเหตุของโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้ป่วยให้ เพิ่มความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้ได้รับแรงเสริมทางบวก เพิ่มทักษะทางสังคมและให้แรงเสริมต่อตนเองตามที่เป็จริงและถูกต้อง เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ดังกล่าวจะทำให้การคิดที่เป็นสาเหตุทำให้ซึมเศร้า (depress thought) และความรู้สึกซึมเศร้า (depress filling) ดีขึ้น มีการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้ช่วยรักษาโรคซึมเศร้าชนิดไม่รุนแรงได้ร้อยละ 75 ส่วนผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรงควรได้รับการรักษาด้วยยาาร่วมด้วย (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

3.4) การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) กำเนิดจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมนิยม (behaviourism) และแนวคิดเรื่องจิตวิทยาความคิด (cognitive psychology) ที่เชื่อว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม (Carson & Arnold, 1996) และยังได้มีการพัฒนาและประยุกต์แนวทางวิธีการและเทคนิคการรักษาไปจนมีหลายรูปแบบ แต่ทุกรูปแบบของการบำบัด วิธีนี้มีหลักเหมือนกันอยู่ 3 ประการ คือ 1) ความคิด (cognition) มีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้และ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมทำได้โดยการเปลี่ยนความคิด (Dobson & Bick, 1988 อ้างในจันทิมา องค์โมษิต, 2540)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (2542) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายคือการกระทำโดยรู้ตัวเพื่อทำลายตนเอง โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำเช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด การฆ่าตัวตายจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบบ่อย ผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับผู้ฆ่าตัวตายทุกราย เพราะความผิดพลาดในการประเมินและการดูแลรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

สุกมล วิชาวิพลกุล (2543) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายคือการกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือบังเอิญทำให้ตนเองเสียชีวิต (แต่ไม่มีเจตนาจะตายจริงๆ) ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตายจนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำนั้นๆเพื่อจบชีวิตของตนเอง

คำศัพท์ต่างๆที่สำคัญเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

suicide idea	หมายถึง	ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย
suicidal attempt	หมายถึง	การพยายามฆ่าตัวตาย
suicidal plan	หมายถึง	แผนการที่จะลงมือฆ่าตัวตาย
committed suicide	หมายถึง	การฆ่าตัวตายสำเร็จ
suicidal risk	หมายถึง	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายว่า การฆ่าตัวตายหรือใช้คำว่าอัตวินิบาตกรรม หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเอง และไม่ใช่อุบัติเหตุ ซึ่งเรียกกลุ่มนี้ว่าฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนคำว่า การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการแสดงถึงการที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการพยายามฆ่า

ตัวตายบ่อยครั้ง แต่มักไม่มีสติแน่นอนเพราะไม่ได้มาขอรับการรักษาทันทีตรงไปตรงมา ซึ่งเรียกกลุ่มนี้ว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

สรุป การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเอง โดยเจตนาและไม่ใช้อุบัติเหตุ โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดแล้ว

2.2 อาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สวณีย์ เกียรติแก้ว (2545) สรุปอาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้ อาการแสดงของผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน หรือจัดกลุ่มอาการได้เช่นเดียวกับปัญหาทางจิตเวชประเภทอื่นๆ แต่เป็นการประมวลอาการ และอาการแสดงที่มีข้อบ่งชี้หรือแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้มาก ดังนี้

- 1) บุคคลที่ฆ่าตัวตายส่วนมากได้พยายามส่งสัญญาณของความกดดัน และความทุกข์ต่างๆ ให้ผู้อื่นรู้ โดยเชื่อว่าเกือบ 2 ใน 3 ได้พยายามสื่อสารความตั้งใจจะตายให้ผู้อื่นรับรู้ ซึ่งการสื่อสารอาจตรงไปตรงมา เช่น รายงานหรือบอกวันที่ตนเองจะตาย หรืออาจไม่ตรงไปตรงมา เช่น กล่าวว่า “เธอคงไม่ต้องมาเหนื่อยกับฉันอีกแล้ว”
- 2) ผู้ป่วยที่แสดงอาการเด่นชัดของอารมณ์เศร้า โดยเชื่อว่าการคิดถึงการฆ่าตัวตายเกิดได้สูงมากทุกช่วงเวลาที่มมีอาการซึมเศร้า ซึ่งบุคคลส่วนมากอาจคิดว่าความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะเกิดสูงสุดในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น เพราะผู้ป่วยเริ่มรับรู้ปัญหาของตนเองและมีพลังที่จะฆ่าตัวเองได้ แต่ในความจริงแล้ว ผู้ป่วยคิดถึงการฆ่าตัวตายได้ตลอดเวลา จึงไม่ควรไว้ใจ
- 3) บุคคลที่แยกตัวจากสังคมหรือแสดงท่าทีของความรู้สึกหมดหวัง โดยพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และจากผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ใน 6 ราย มีการทิ้งข้อความของการจะฆ่าตัวตายหรือวางแผนการฆ่าตัวตายเอาไว้
- 4) บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดต่างๆ รวมถึงการใช้แอลกอฮอล์โดยพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ฆ่าตัวตาย ตรวจพบว่ามีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดถึงร้อยละ 90
- 5) ผู้ป่วยในระยะกลับบ้าน ตอนที่เตรียมตัวออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนมากทั้งป่วยกายและป่วยทางจิตมักจะมีอาการต่างๆ ดีขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีความรู้สึกต่างๆ ไม่ดีอย่างรวดเร็ว และทำการฆ่าตัวตายในช่วงติดตามการรักษาได้สูงในช่วง 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี

2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สมภพ เรืองตระกูล (2543) กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

- 1) สถานภาพสมรส ผู้ที่แต่งงานจะมีโอกาสเสี่ยงต่ำ แต่ผู้ที่เป็นโสด หย่าร้าง และเป็นหม้าย มีโอกาสเสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นหม้ายตั้งแต่อายุน้อย จะมีโอกาสเสี่ยงสูงมากภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากคู่ครองเสียชีวิต

2) ศาสนา ศาสนาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิก และยิวทั้งนี้เนื่องจากมีข้อห้ามเรื่องการฆ่าตัวตายที่บัญญัติไว้ในศาสนาต่างๆไม่เหมือนกัน สำหรับประเทศไทยมีข้อห้ามในศาสนาไว้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป จึงมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ

3) สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีรายงานว่าผู้ที่ตกงานโดยเฉพาะผู้ชายจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูง

4) เพศ อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิงเท่ากับ 3:1

5) อายุ ในประเทศต่างๆทั่วโลกอัตราการฆ่าตัวตายจะสูงในผู้สูงอายุ แต่ในประเทศไทยโดยเฉพาะในระยะ 3 ปีมานี้ ตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจอัตราการฆ่าตัวตายกลับพบสูงในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 15-24 ปี โดยมีสาเหตุที่สำคัญ คือ

1.1) เป็นโรคซึมเศร้า

1.2) ติดสารเสพติด

1.3) มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ

6) มีวิถีชีวิตที่เครียดและยุ่งยากลำบาก พบว่า ในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีความยุ่งยากลำบากและความเครียดนำมาก่อนในอัตราสูง โดยปัญหาในชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามอายุของผู้ป่วยและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

7) โรคทางกาย จัดว่าเป็นความเครียดที่มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคทางกายเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายพบร้อยละ 10 ของคนวัยหนุ่มสาว ร้อยละ 25 ของวัยกลางคน และร้อยละ 35 ของวัยสูงอายุ

8) ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว ผู้ป่วยซึ่งมีประวัติบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตาย จะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยมีรายงานว่า ร้อยละ 6 ของผู้ฆ่าตัวตายมีบิดาหรือมารดาฆ่าตัวตายเช่นกัน

9) การฆ่าตัวตายและความผิดปกติทางชีวเคมีทางสมอง ในปัจจุบันจากการศึกษาพบว่า ในสมองของผู้ฆ่าตัวตายมีความผิดปกติของสารเคมีในสมองคือระดับของสารเซโรโทนินลดต่ำลง ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการควบคุมอารมณ์และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับเกิดอารมณ์เศร้าและฆ่าตัวตาย

10) โรคทางจิตเวช ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย มี 4 โรคคือ

10.1) โรคซึมเศร้า จากการศึกษาเกือบทุกรายงานทั่วโลกพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะฆ่าตัวตายสำเร็จ

10.2) โรคจิตเภท ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะฆ่าตัวตายสำเร็จ

10.3) ติดสารเสพติด ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง เพศชายมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 8 เท่า และผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่า 15 เท่า

10.4) บุคลิกภาพผิดปกติพบว่าร้อยละ 3-18 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดที่พบบ่อยคือต่อต้านสังคมและบุคลิกภาพชนิดคาบเส้น

3. เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่พัฒนามาจากเครื่องมือของต่างประเทศ ซึ่งใช้ฐานแนวคิดทางชีววิทยาการแพทย์เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ รวมไปถึงการสร้างเกณฑ์วินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – 4th Edition) ก็เช่นเดียวกัน ซึ่งจะระบุถึงกลุ่มอาการหรือพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เช่น การมีอารมณ์เศร้า ขาดความกระตือรือร้น สนุกสนาน ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง การนอนผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย มีความรู้สึกไร้ค่า สมาธิไม่ดี คิดซ้ำๆ เรื่องความตาย ซึ่งในผู้ที่มีอาการรุนแรง อาการจะแสดงชัดเจน ทำให้สามารถประเมินได้โดยไม่ต้องใช้แบบทดสอบ ซึ่งเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่นิยมนำมาใช้กันนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดที่รายงานผลด้วยตนเอง (self rating scale) เนื่องจากสะดวกต่อการใช้และง่ายต่อการแปลผล ซึ่งในที่นี้ จะกล่าวถึงบางเครื่องมือ ดังนี้

3.1 Zung Self Rating Depression Scale (SDS) แปลเป็นฉบับไทยโดย นันทิกาทิชาชาติ และคณะ (2533) ใช้ประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (affect disturbance) ด้านร่างกาย (physiological disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (psychological disturbance) แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที ผู้ตอบเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช

3.2 Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) แต่เครื่องมือมีโครงสร้างไม่ชัดเจน ต่อมา วิไล คุปต์นิวัตต์ชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) อุมภาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) ได้นำมาประเมินความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด (cognitive beliefs) อารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) พฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (somatic disturbance) ใช้เวลาในการตอบ 10-15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช

3.3 Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (THADS) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ใช้คัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย การหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมในการคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวชโดยทำ receiver operating characteristic (ROC) curve analysis ได้มากกว่า 11 คะแนน

3.4 Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าก่อนและภายหลังได้รับการบำบัดรักษา แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีความแม่นยำและความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.86 ใช้เวลาสัมภาษณ์ 15 - 30 นาที

3.5 Health-Related Self-Reported (HRSR) Scale (The diagnosis screening test for depression In Thai population) เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้า และ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรไทย พัฒนาโดยดวงใจ กสณติกุล (2540) แยกเป็นอาการทางกาย ความกระตือรือร้น อาการทางความคิด และทางอารมณ์ มีข้อคำถามที่เป็นด้านบวก 3 ข้อ เพื่อช่วยแยกบุคคลทั่วไปออกจากผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.91 และค่าความไวเท่ากับ 85.3

3.6 Thai Version of the Beck Depression Inventory (BDI) แปลเป็นภาษาไทย โดย ไสรณี โหระสุทธิ์ และคณะ (2540) เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าในทางคลินิก โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามลำดับความรุนแรงของอาการ ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประโยชน์มากในผู้สูงอายุ

3.7 Thai Depression Inventory (TDI) แปลโดยมาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2540) ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.858 และศึกษา concurrent validity โดยใช้ Spearman-Brown formula เท่ากับ 0.7189

3.8 Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2549) ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าของคนไทยอีสานทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 และค่าความไว เท่ากับร้อยละ 95 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 80

3.9 ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า แบบคัดกรองมีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) Mood component 2) Cognitive behavior component 3) Somatic component มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.88 มีอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ และ ค่า cut off point ที่เหมาะสมของแบบคัดกรอง เมื่อทำการศึกษาในชุมชนคือ 6 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 86.8 ความจำเพาะร้อยละ 79.8 ความถูกต้องของการทดสอบ (accuracy) ร้อยละ 80.7 ความซุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.7 แบบคัดกรองนี้ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นเครื่องมือประเภท self assessment โดยประเมินตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3.10 ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า แบบคัดกรองมีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) Suicidal intention 2) Severe stress 3) Medical มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.72 มีอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติ

และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ และค่า cut off point ที่เหมาะสมของแบบคัดกรอง เมื่อทำการศึกษาในชุมชนคือ 2 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 84.2 ความจำเพาะร้อยละ 88.0 ความถูกต้องของการทดสอบ (accuracy) ร้อยละ 87.8 ความซุกของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ร้อยละ 5.3 แบบคัดกรองนี้ใช้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นเครื่องมือประเภท self assessment โดยประเมินตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือหลายฉบับดังกล่าวข้างต้น แต่คณะผู้วิจัยเลือกใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าซึ่งพัฒนาโดยทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) เป็นเครื่องมือเริ่มต้นในการพัฒนาในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีคำถามที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีการนำมาใช้ในงานสาธารณสุขอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ และสะดวก ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการคัดกรองผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไป

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เจริญ แจ่มแจ้ง และพนมศรี เสาร์สาร (2540) ทำการสำรวจภาวะการฆ่าตัวตายของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยพยาบาลจิตเวชใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะฆ่าตัวตายจำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามเพื่อวินิจฉัยโรคในรายที่คัดกรองแล้วได้ผลบวกเพื่อหาภาวะซึมเศร้า โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุ 15-60 ปี จำนวน 3,000 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธี two stage sampling พบว่าประชากรในเขตกรุงเทพฯ มีอัตราความซุกของการฆ่าตัวตาย 18.33 ต่อแสนประชากร เพศหญิงมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย คนที่แต่งงานแล้วมีการฆ่าตัวตายมากกว่า ส่วนใหญ่สาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตายมักมาจากปัญหาทางครอบครัว

วีระ ชูรุจิพร (2542) ทำการศึกษาวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย ในเขตสาธารณสุขทั้ง 12 เขตทั่วประเทศ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,432 คน ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าของ Beck และแบบวัดวิธีการจัดการกับปัญหาของ Jalowice โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม 2541 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.2 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 38.3 ปี มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ควรพบแพทย์ร้อยละ 38.1 และพบว่า ประชากรเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าภาคอื่นๆ

สุวัฒน์ นัตนรินทร์กุล และคณะ (2543) ทำการสำรวจคุณภาพชีวิตคนไทยในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและภาวะสุขภาพจิตคนไทยในด้านภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย และความคิดฆ่าผู้อื่นจากทั่วประเทศยกเว้นกรุงเทพมหานคร โดยใช้เครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก แบบวัดความเครียดของสวนปรุง แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck

และแบบสอบถามความคิดอยากฆ่าตัวตายและคิดฆ่าคนอื่นที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 7,789 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2540 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง ร้อยละ 65.6 ชายร้อยละ 34.4 อายุเฉลี่ย 38.9 ปี ด้านภาวะสุขภาพจิตพบว่าร้อยละ 38.1 มีอาการซึมเศร้าในระดับที่ต้องการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญและพบภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ในภาคตะวันออก เฉียงเหนือ (ร้อยละ 42.71) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 42.6)

มนี ภิญญพรพาณิชย์ และคณะ (2546) ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหออายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 เป็นชาย : หญิง = 1:1.3 เป็นโรค major depressive disorder, dysthymia และ adjustment disorder with depressed mood ร้อยละ 79.2, 11.1 และ 9.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การรับประทานครุฑรักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ ปัจจัยอื่นที่พบสูง ได้แก่ เพศหญิง ผู้มีรายได้ต่ำ ว่างาน สถานภาพสมรสหย่าร้าง ผู้ป่วยอายุศาสตร์ทั่วไป โรคระบบหายใจ และโรคไต ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชมาก่อน และผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2547) ศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 3.2 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 2.5 เพศหญิงร้อยละ 4 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia disorder) ร้อยละ 1.2 เป็นเพศชายร้อยละ 0.8 เพศหญิงร้อยละ 1.6 โรคอารมณ์แปรปรวน (mania) ร้อยละ 0.7 เพศชายร้อยละ 0.6 เพศหญิงร้อยละ 0.7 ความเจ็บป่วยทางจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์โดยเฉพาะผู้ชายและโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มโรคจิตเวชที่มีความชุกมาก

สุริยา ชินวงศ์ และอนงค์ลักษณ์ ปราศจาก (2550) ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านกง ตำบลบ้านกง กิ่งอำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่ามียอดความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง เป็นผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแบบขัดแย้งกันเป็นประจำและมีความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างแบบขัดแย้งกันบ้างบางครั้ง และพบว่าสถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาในด้านความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า มียอดความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีอาชีพว่างงาน เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และกับบุคคลรอบข้างแบบขัดแย้งกันเป็นประจำและพบว่า สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับบุคคลภายในครอบครัวและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กล่าวได้ว่า

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.1 ในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาคือภาคกลาง (วีระ ชูจิรพร, 2542; สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2543)

1.2 เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะซึมเศร้าเมื่อจำแนกตามโรค พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 3.2 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia disorder) ร้อยละ 1.2

1.3 ภาวะซึมเศร้าซึ่งทำการสำรวจโดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.6 (สุริยา ชินวงศ์, อนงค์ลักษณ์ ปราศจาก, 2550)

สำหรับการสำรวจภาวะการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร มีอัตราความชุกของการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 18.33 ต่อแสนประชากร (เจริญ แจ่มแจ้ง และพนมศรี เสาร์สาร, 2541) ในขณะที่การสำรวจความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านกุง ตำบลบ้านกุง กิ่งอำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 11.8 (สุริยา ชินวงศ์, อนงค์ลักษณ์ ปราศจาก, 2550) ในด้านสาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตายมาจากปัญหาครอบครัว

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36 เป็นโรค major depressive disorder, dysthymia และ adjustment disorder with depressed mood ร้อยละ 79.2, 11.1 และ 9.7 ตามลำดับ (มณี ภิญโญพรพาณิชย์ และคณะ, 2546)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ดังรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ขั้นตอนในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะดังนี้

1.1 การศึกษาระยะที่ 1 การปรับปรุงเครื่องมือโดยวิธีการ

1) ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ 17 คน (จิตแพทย์ 5 คน พยาบาลจิตเวช 10 คน นักสถิติ 2 คน) จำนวน 3 ครั้ง ในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2550 วันที่ 15 มีนาคม 2550 และวันที่ 10 กรกฎาคม 2550 เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้ข้อสรุปเป็นแนวทางเดียวกันว่า ให้นำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับที่มีการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2550 และมีฐานข้อมูลการวิเคราะห์ว่าข้อคำถามใดที่ตอบว่า "มี" มากที่สุด ให้เหลือข้อคำถามนั้นๆ ไว้ ผลการพิจารณาฐานข้อมูลดังกล่าวที่มีอยู่และสามารถนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แก่

1.1) การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ในเขต 6 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2547) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องมือจำนวน 493 คน

1.2) การศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หัตถ์ ในเขต 6 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2548) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เครื่องมือจำนวน 514 คน

1.3) การสำรวจภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชาชนทั่วไปทางหนังสือพิมพ์ จำนวน 3,190 คน

2) นำผลการศึกษาทั้ง 3 เรื่องมาลดข้อคำถาม โดยยึดหลักการที่ว่าเมื่อลดข้อคำถามแล้ว เครื่องมือทั้ง 2 ฉบับต้องได้ค่าความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องของการทดสอบใกล้เคียงกับการศึกษาเดิม โดยนำฐานข้อมูลจากการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและ

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2546 เป็นตัวคำนวณค่าภายหลังลดค่าถามดังกล่าว

3) ผลการลดข้อคำถาม เหลือข้อคำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 6 ข้อ (จากเดิม 15 ข้อ จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลเดิมในปี 2546 พบว่าคำถาม 6 ข้อ มีจุดตัดที่เหมาะสม 3 คะแนนขึ้นไป ให้ค่าความไว ร้อยละ 84.4 ความจำเพาะร้อยละ 81.9) และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 ข้อ (จากเดิม 10 ข้อ จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลเดิมในปี 2546 พบว่าคำถาม 2 ข้อ มีจุดตัดที่เหมาะสม 1 คะแนนขึ้นไป ให้ค่าความไวร้อยละ 89.4 ความจำเพาะร้อยละ 69.9)

1.2 การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2550 โดย

1) จิตแพทย์ 5 คน และพยาบาลจิตเวช 5 คน ได้รับการอบรมการใช้ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550) และฝึกปฏิบัติในการใช้ M.I.N.I. จนมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ วิทยากรในการอบรมคือรศ.พญ.สุวรรณาอรุณพงศ์ไพศาล จัดอบรมในเดือนกรกฎาคม 2550 จำนวน 4 ชั่วโมง

2) จิตแพทย์ 1 ท่านสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามเครื่องมือ M.I.N.I. โดยผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน รวมทั้งขออนุญาตผู้ป่วยถ่ายทอดทัศนคติด้วย โดยไม่เห็นหน้าผู้ป่วยในการดำเนินการครั้งแรกให้ผู้รับบริการ 3 คน และแพทย์ไม่มีประวัติผู้ป่วยอยู่ในมือ

3) นำวิดิทัศน์ที่ถ่ายทำไว้เปิดอีกครั้งโดยให้จิตแพทย์ 5 ท่านและพยาบาลจิตเวช 5 ท่าน วินิจฉัยโรคตามเครื่องมือ M.I.N.I. จากนั้นประชุมร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปของข้อที่ให้ความเห็นแตกต่างกันหรือเหมือนกัน เพื่อปรับปรุงการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยคนต่อไป

4) วินิจฉัยโรคผู้ป่วยในสถานการณ์จริงอีก 10 คน โดยแพทย์และพยาบาลจิตเวช สลับกันสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนละ 1 คน และแพทย์พยาบาลที่เหลือวินิจฉัยโรคตามเครื่องมือ M.I.N.I. (โดยคนที่ไม่ได้ทำหน้าที่สัมภาษณ์จะอยู่ ณ ห้องตรวจด้านข้าง) นำข้อมูลการวินิจฉัยที่ได้หาค่า kappa statistic ซึ่งต้องได้ 0.8 ขึ้นไป และ mean kappa ต้องได้ค่า 0.9 ขึ้นไป

5) ผลการวิเคราะห์ค่า kappa statistic ในครั้งที่ 1 ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจัดประชุมจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชเพื่อหาข้อสรุปของการวินิจฉัยที่แตกต่างกันหรือเหมือนกัน เพื่อปรับปรุงการวินิจฉัยโรคในครั้งต่อไป

6) วินิจฉัยโรคผู้ป่วยในสถานการณ์จริงอีก 10 คน ใช้วิธีการเดียวกับข้อ 4) โดยผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เช่นเดิม ผลการวิเคราะห์ค่า kappa statistic ในการวินิจฉัย 7 โรค และ mean kappa มีผลการศึกษาดังนี้

Diagnosis	kappa	z	p-value
1. Major depressive episode current	1.00	32.86	<0.001
2. Major depressive episode recurrent	1.00	32.86	<0.001
3. Major depressive episode with melancholic features	1.00	32.86	<0.001
4. Dysthymia current	0.83	27.10	<0.001
5. Suicidal risk current	0.97	32.60	<0.001
6. Hypomanic episode	0.91	29.94	<0.001
7. Manic episode	0.83	27.10	<0.001
Mean kappa	0.93		

1.3 การศึกษาระยะที่ 3 การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินการโดยพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ เก็บข้อมูลตามเครื่องมือฉบับปรับปรุงใหม่ จากนั้นผู้รับบริการพบจิตแพทย์ 1 ท่าน เพื่อวินิจฉัยโรค โดยจิตแพทย์ไม่มีประวัติผู้ป่วยอยู่ในมือ และไม่ทราบคะแนนของเครื่องมือฉบับใหม่ นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ค่าความไว ความจำเพาะ เพื่อนำไปวางแผนการศึกษาในชุมชน

1.4 การศึกษาระยะที่ 4 การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยคัดเลือกศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง ซึ่งกระจายอยู่ 4 มุมเมือง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูลคือผู้รับบริการ ณ PCU นั้นๆ สำหรับการเก็บข้อมูลเป็นพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ชุดเดิมที่เคยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (รายละเอียดในการเก็บข้อมูลศึกษาได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล) นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ความถูกต้องของการทดสอบ การหาอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวิเคราะห์ปัจจัย เป็นต้น

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 366 คน (ศึกษาจริง 387 คน) ทั้งนี้เพื่อศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ (validity study) สำหรับกลุ่มตัวอย่างได้มาจาก

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{Z^2_{\alpha/2} (\text{Sens}) (1 - \text{Sens})}{d^2} \\
 \text{Sens} &= 86.8\% \text{ (จากการศึกษาของทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)} \\
 &\text{หรือเท่ากับ } .868 \\
 Z_{\alpha/2} &= 1.96 \text{ (confidence level } = 0.05) \\
 d &= \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (maximum error)} \\
 &\text{ประมาณ } 7\% \text{ ของค่าความไวของเครื่องมือหรือเท่ากับ } 0.07 \\
 &\times .868 \text{ เท่ากับ } 0.06 \\
 \text{แทนค่าจากสูตร} &= \frac{(1.96)^2 (.868) (.132)}{(.06)^2} \\
 &= 122 \text{ คน}
 \end{aligned}$$

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือร่วมกับแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงนำความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งมีความชุกน้อยกว่ามาคำนวณ

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย (ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์, 2547) พบว่า มีผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง จำนวน 236 คน จากจำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 708 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3

ฉะนั้น ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง 33.3 คนมาจากประชากร	100	คน
ถ้าต้องการศึกษาผู้ป่วย 122 คน ต้องศึกษาจากประชากร	$\frac{122 \times 100}{33.3}$	คน
ต้องศึกษา	366	คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในการศึกษา (inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้รับบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
- 2) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่มีอาการโรคจิต
- 3) ไม่มีความพิการ เป็นใบ้หรือหูหนวก
- 4) ให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบทุกข้อ
- 2) อาการหนักมากจนไม่สามารถสื่อสารได้
- 3) ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ และไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน

การเก็บข้อมูลวิจัย

2.2 การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการ ณ PCU 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น หรือประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของ PCU ดังกล่าว จำนวน 1,381 คน (เก็บข้อมูลจริงได้ 1,471 คน) ขนาดตัวอย่างได้มาจากการคำนวณ

$$n = \frac{Z^2 \frac{\alpha}{2} (\text{Sens}) (1 - \text{Sens})}{d^2}$$

$$Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.96 \text{ (confidence level = 0.05)}$$

$$d = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (maximum error)}$$

ประมาณ 6% ของค่าความไวของเครื่องมือหรือเท่ากับ 0.06

$$\times .868 \text{ เท่ากับ } 0.052$$

$$\text{แทนค่าจากสูตร} = \frac{(1.96)^2 (.868)(.132)}{(.052)^2}$$

$$= 163 \text{ คน}$$

จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านกง ตำบลกง กิ่งอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ (สุริยา ชินวงศ์ และอนงลักษณ์ ปราศจาก, 2550) พบว่า ความทุกข์ของผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง ร้อยละ 11.8

ฉะนั้น ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง 11.8 คน มาจากประชากร	100	คน
ถ้าต้องการศึกษาผู้ป่วย 163 คน ต้องศึกษาจากประชากร	$\frac{163 \times 100}{11.8}$	คน
ต้องศึกษาจากประชากร	1,381	คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในการศึกษา (inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้รับบริการที่มาใช้บริการ ณ PCU 4 แห่งหรือประชาชนทั่วไปที่อยู่ในความรับผิดชอบของ PCU 4 แห่ง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
- 2) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่มีอาการโรคจิต
- 3) ไม่มีความพิการ เป็นใบ้หรือหูหนวก
- 4) ให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบทุกข้อ
- 2) อาการหนักมากจนไม่สามารถสื่อสารได้

3) ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ และไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

3.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งผ่านขั้นตอนการศึกษา 4 ระยะข้างต้น

3.2 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550)

3.3 จิตแพทย์ 5 ท่านที่ให้การวินิจฉัยโรคโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550) ยึดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM - IV และ ICD - 10

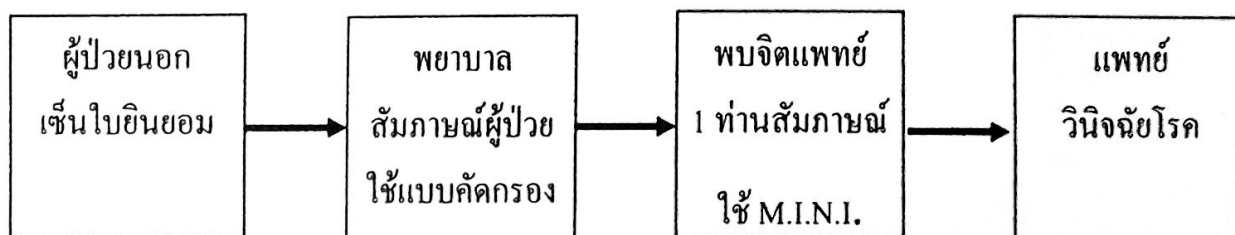
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

4.1 ประชุมทีมงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 26 คน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 5 คน พยาบาล จำนวน 17 คน นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 4 คน โดยทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทดลองปฏิบัติการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนลงมือเก็บข้อมูล

4.2 การทดสอบเครื่องมือเพื่อศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ (validity study) ณ ดิកผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 366 คน (ศึกษาจริงได้ 387 คน) โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลตาม ภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ดิکผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

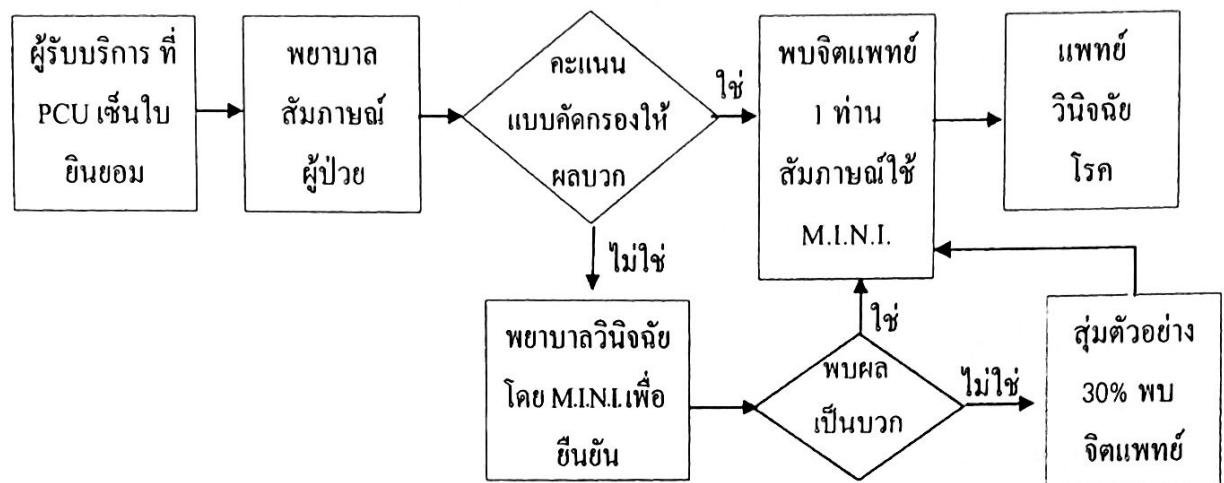


หมายเหตุ 1) แพทย์ไม่ทราบรายละเอียดในแบบคัดกรองของผู้ป่วยแต่ละราย นำผลการศึกษาที่ได้จากค่าความไวเพื่อคัดกรองผู้ป่วยพบแพทย์ ในการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือในชุมชน

2) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2550

4.3 การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชาชนทั่วไปเพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจาก PCU 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ PCU 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น



- หมายเหตุ 1) คะแนนแบบคัดกรองให้ผลบวกให้พบจิตแพทย์ หมายถึง แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 3 คะแนนขึ้นไป ถ้าคะแนนแบบคัดกรองให้ผลลบ หมายถึง คะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน สำหรับคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ผลบวกคือมีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป
- 2) พยาบาลวินิจฉัยโดยใช้ M.I.N.I. พบผลเป็นบวกหมายถึงพบว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งให้ส่งพบจิตแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย โดยจิตแพทย์ไม่ทราบผลการวินิจฉัยของพยาบาล
- 3) สำหรับพยาบาลที่ประเมินด้วย M.I.N.I. แล้วพบว่า negative จิตแพทย์จะสุ่มตรวจร้อยละ 30 ของรายงาน M.I.N.I. ทั้งหมด (ที่ผ่านการวินิจฉัยโดยพยาบาล) โดยจะประเมินซ้ำอีกครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าพยาบาลประเมินได้ถูกต้อง
- 4) จิตแพทย์จะไม่ทราบผลจากคะแนนแบบคัดกรองและผลการวินิจฉัยโดย M.I.N.I. ของพยาบาล (blind technique)
- 5) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์- พฤษภาคม 2551

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลวันต่อวัน เพื่อป้องกันการสูญเสียของแบบคัดกรองในกรณีที่ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นแปลงคำตอบที่ได้รับจากแบบคัดกรอง เป็นรหัสคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป นำข้อมูลที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ป้อน

ข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC for window และกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างและการวิเคราะห์ข้อคำถาม (construct validity and item analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) ซึ่งประกอบด้วย factor loading และการวิเคราะห์คำถามโดยใช้ correlation และ Cronbach's alpha coefficient

5.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และคนปกติใช้ mean difference และ independent t-test

5.4 การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient

5.5 ทดสอบความถูกต้อง (validity) ของแบบคัดกรอง (screening test) กับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ (gold standard) โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I. ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM - IV และ ICD - 10 โดยหาค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) คุณค่าการทำนายผลบวก (positive predictive value) คุณค่าการทำนายผลลบ (negative predictive value) ความถูกต้องของการทดสอบ (accuracy) ความชุกของโรค (prevalence) และค่า 95% confidence interval ของค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก และคุณค่าการทำนายผลลบ ตามสูตรต่อไปนี้ (เกียรติชัย ภูมิปัญญา และสมิตร สุตรา, ม.ป.ป.; Amitage & Berry, 1994 ; Regier & Burke, 1995)

		ผลการตรวจของจิตแพทย์ (Gold standard)		
		เป็นโรค +	ไม่เป็นโรค -	
ผลการตรวจจาก แบบคัดกรองภาวะ ซึมเศร้า และความ เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย	มีภาวะซึมเศร้า/มีความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย +	TP a	b FP	a + b
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า/ไม่มีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย -	FN c	d TN	c + d
		a + c	b + d	

TP	=	True Positive	ผลบวกจริง
FP	=	False Positive	ผลบวกเท็จ
FN	=	False Negative	ผลลบเท็จ
TN	=	True Negative	ผลลบจริง

สูตรความไวของการทดสอบ

$$\text{sensitivity} = \frac{a}{(a+c)}$$

สูตรความจำเพาะของการทดสอบ

$$\text{specificity} = \frac{d}{(b+d)}$$

สูตรคุณค่าของการทำนายผลบวก

$$\text{positive predictive value} = \frac{a}{(a+b)}$$

สูตรคุณค่าการทำนายผลลบ

$$\text{negative predictive value} = \frac{d}{(c+d)}$$

สูตรความถูกต้องของการทดสอบ

$$\text{accuracy} = \frac{a+d}{(a+b+c+d)}$$

สูตรความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

$$\text{prevalence} = \frac{a+c}{(a+b+c+d)}$$

สูตร 95% CI ของค่าความไว

$$= \text{sens} \pm 1.96 \text{ S.E. sens}$$

S.E. sens

$$= \frac{(\text{sens})(1-\text{sens})}{\sqrt{a+c}}$$

สูตร 95% CI ของค่าความจำเพาะ

$$= \text{spec} \pm 1.96 \text{ S.E. spec}$$

S.E. spec

$$= \frac{(\text{spec})(1-\text{spec})}{\sqrt{b+d}}$$

สูตร 95% CI ของการทำนายผลบวก

$$= + \text{pre V} \pm 1.96 \text{ S.E. pre} +$$

S.E. pre +

$$= \frac{(+\text{pre V.})[1-(+\text{pre V.})]}{\sqrt{a+b}}$$

สูตร 95% CI ของการทำนายผลลบ

$$= - \text{pre V} \pm 1.96 \text{ S.E. pre} -$$

S.E. pre -

$$= \frac{(-\text{pre V.})[1-(-\text{pre V.})]}{\sqrt{c+d}}$$

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขอนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์คำถามการศึกษาอำนาจจำแนก การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือเมื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.2 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง (Discriminative power)

1.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Discriminative power)

1.4 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Validity study)

1.5 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Validity study)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เป็นโรคและคนปกติการวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือเมื่อทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ณ PCU 4 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ PCU 4 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2.2 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง (Discriminative power)

2.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Discriminative power)

2.4 การวิเคราะห์คำถามแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

2.5 การวิเคราะห์คำถามแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.6 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

2.7 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.8 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Validity study)

2.9 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Validity study)

ส่วนที่ 1

การวิเคราะห์คำถามการศึกษานำร่อง การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือเมื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 27.4 รองลงมาอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 26.9 อายุเฉลี่ย 45.02 (S.D. 13.08) อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 99 ปี สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.7 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 17.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.8 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 57.6

เมื่อทำการศึกษาว่าในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี้นี้มีปัญหาสุขภาพ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค) หรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่ามี ร้อยละ 53.7 โรคที่มีปัญหามากที่สุด ได้แก่ โรคทางจิตเวช ร้อยละ 40.9 รองลงมาเป็นโรคอื่นๆ ร้อยละ 19.7 เช่น โรคภูมิแพ้ วิงเวียน หน้ามืด คอพอก โลหิตจาง เป็นต้น

เมื่อทำการศึกษาว่ามีปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจและเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหรือไม่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.2 ตอบว่ามี ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจมากที่สุดคือปัญหาครอบครัว ร้อยละ 24.8

เมื่อทำการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 97.4 เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.6 จำนวนครั้งที่ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 1.8 วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้ ใช้วิธีการผูกคอ ร้อยละ 1.4 สถานที่ที่กระทำการฆ่าตัวตายทั้งในบ้านและนอกบ้าน มีจำนวนเท่าๆกันคือ ร้อยละ 1.3 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการรายใหม่ที่มาใช้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n =387)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	152	39.2
	หญิง	235	60.8
อายุ			
	20 ปีหรือน้อยกว่า	13	3.4
	21 – 30 ปี	36	9.3
	31 – 40 ปี	106	27.4
	41 – 50 ปี	104	26.9
	51 – 60 ปี	88	22.7
	61 ปีขึ้นไป	40	10.3
หมายเหตุ อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 99 ปี อายุเฉลี่ย 45.02 (S.D. 13.08)			
สถานภาพสมรส			
	โสด	70	18.1
	คู่อยู่ด้วยกัน	263	68.0
	คู่แยกกันอยู่	12	3.1
	หย่า/ร้าง	29	7.5
	หม้าย	13	3.3
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	9	2.3
	ประถมศึกษา	231	59.7
	มัธยมศึกษา	68	17.6
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	29	7.5
	ปริญญาตรี	43	11.1
	อื่นๆ (ระบุ)	7	1.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการรายใหม่ที่มาใช้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n = 387) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	181	46.8
รับจ้าง	58	15.0
ค้าขาย	21	5.4
รับราชการ	35	9.0
ว่างงาน	24	6.2
งานบ้าน	38	9.8
อื่นๆ (ระบุ)	30	7.8
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	164	42.4
เพียงพอ	223	57.6
ปัญหาสุขภาพในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)		
มี	208	53.7
ไม่มี	179	46.3
โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค) (n = 274)		
ความดันโลหิตสูง	19	6.9
โรคปอด / หลอดลมอักเสบ	3	1.1
โรคหัวใจ	6	2.2
โรคกระดูกและข้อ	23	8.4
เนื้องอก	3	1.1
เบาหวาน	17	6.2
อัมพาต	3	1.1
โรคทางจิตเวช	112	40.9
โรคกระเพาะอาหาร	34	12.4
อื่นๆ (ระบุ)	54	19.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการรายใหม่ที่มาใช้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n = 387) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ		
ไม่มีปัญหา	182	47.0
มีปัญหา	202	52.2
ไม่ตอบ	3	0.8
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า (n = 202)		
ปัญหาครอบครัว	96	24.8
สุขภาพของตนเอง	17	4.4
เศรษฐกิจ/การเงิน	31	8.0
ขัดแย้งกับคนใกล้ชิด	4	1.0
สูญเสียคนใกล้ชิด	6	1.6
หน้าที่การงาน	9	2.3
มีปัญหามากกว่า 1 ปัญหา	33	8.5
อื่นๆ (ระบุ)	6	1.6
ประวัติการฆ่าตัวตาย		
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	377	97.4
เคยฆ่าตัวตาย	10	2.6
จำนวนครั้งที่เคยฆ่าตัวตาย		
1 ครั้ง	7	1.8
2 ครั้ง	1	0.3
3 ครั้ง	2	0.5
วิธีการ		
ใช้อาวุธปืน	1	0.3
ใช้มีดแทงตัวเอง	1	0.3
กินยาพาราหรือยารักษาโรค	2	0.5
ผูกคอ	4	1.0
จิ้งให้รถชน	2	0.5
สถานที่ที่กระทำการฆ่าตัวตาย (n=10)		
ในบ้าน	5	1.3
นอกบ้าน	5	1.3

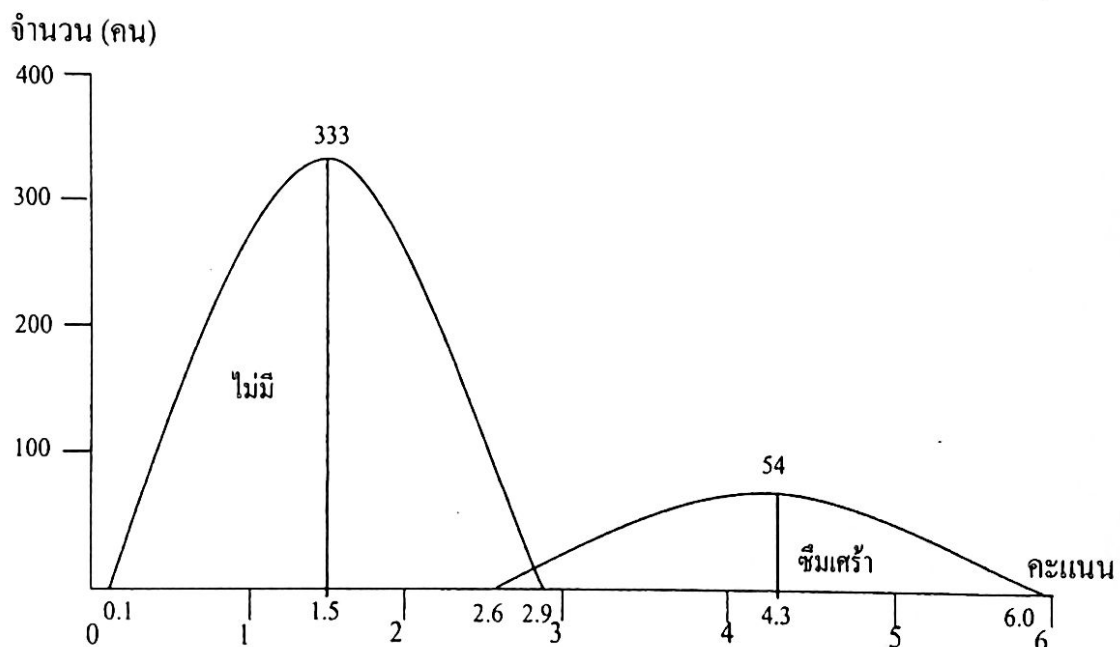
1.2 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า (Discriminative power)

จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่า t เท่ากับ 12.949 คะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 4.28 และผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าเท่ากับ 1.50 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีความซึมเศร้าด้วย t -test ($n = 387$)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ไม่มีความซึมเศร้า	333	1.50	1.42	12.949	<0.001
มีความซึมเศร้า	54	4.28	1.69		

ภาพที่ 3 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีความซึมเศร้า ($n = 387$)



จากภาพที่ 3 แสดงการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบว่าในกลุ่มที่ไม่มีความซึมเศร้าหรือคนปกติ มีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ 0.1 ถึง 2.9 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.5 (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 333 คน) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความซึมเศร้ามีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ 2.6 ถึง 6.0 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.3 (กลุ่มตัวอย่างที่มีความซึมเศร้าทั้งหมด 54 คน)

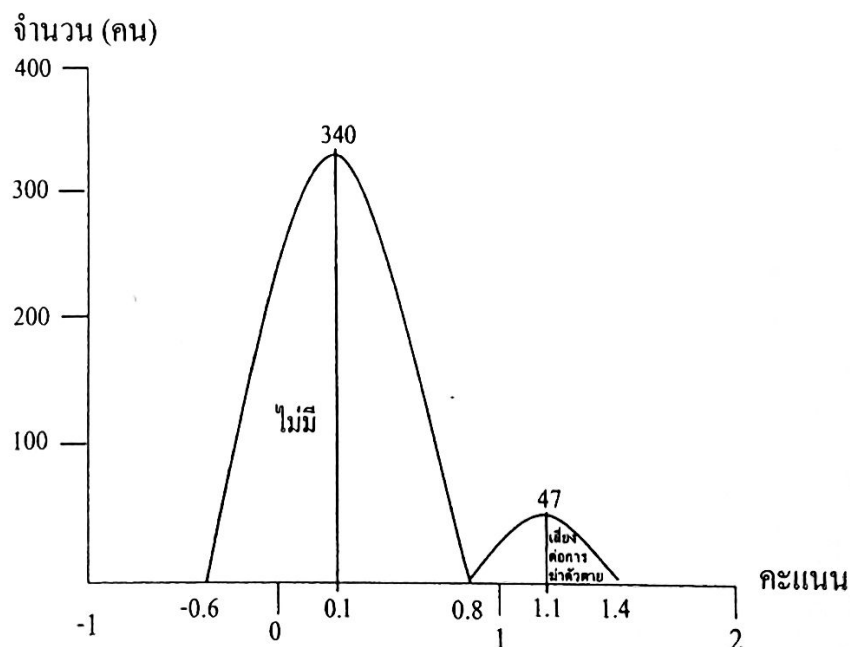
1.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Discriminative power)

จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่า t เท่ากับ 20.458 คะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 1.13 และผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 0.07 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย t -test ($n = 387$)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	340	0.07	0.68	20.458	<0.001
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	47	1.13	0.25		

ภาพที่ 4 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($n = 387$)



จากภาพที่ 4 แสดงการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าในกลุ่มผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ -0.6 ถึง 0.8 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.1 (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 340 คน) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ 0.8 ถึง 1.4 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.1 (กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งหมด 47 คน)

1.4 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Validity study)

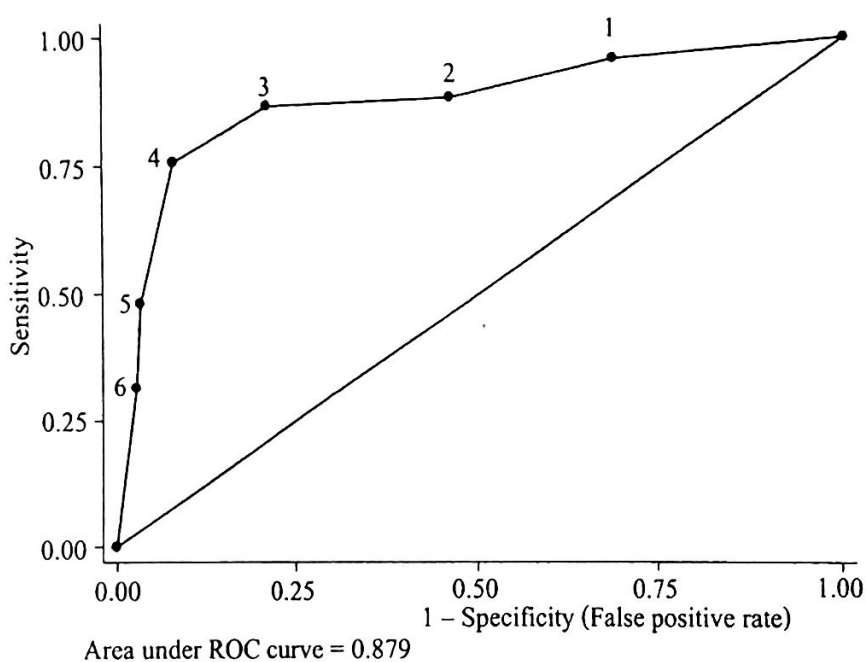
การศึกษาความถูกต้องในการทำนายภาวะซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบผลระหว่างแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้ากับการตรวจวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ โดยใช้ M.I.N.I. ซึ่งเป็นเครื่องมือของจิตแพทย์ในการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 387 คน ผลการศึกษา พบว่า cut off point ที่เหมาะสมคือ 3 คะแนน เพราะมีค่าความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องของแบบคัดกรองสูง สามารถนำไปใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าพบจิตแพทย์ในการศึกษาครั้งต่อไปในชุมชน เนื่องจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจะได้ถูกคัดกรองเข้าพบจิตแพทย์ได้มากที่สุด สำหรับความซุกของภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ ที่ติดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เท่ากับร้อยละ 14.0 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และความซุกของภาวะซึมเศร้า (n=387)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower-Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
1	96.3 94.4-98.2	31.2 26.6-35.9	18.5 14.6-22.4	98.1 96.8-99.5	40.3	14.0
2	88.9 85.8-92.0	53.8 48.8-58.7	23.8 19.5-28.0	96.8 95.0-98.5	58.7	
3	<u>87.0</u> 83.7-90.4	<u>79.0</u> 74.9-83.0	<u>40.2</u> 35.3-45.1	<u>97.4</u> 95.8-99.0	<u>80.1</u>	
4	75.9 71.7-80.2	92.2 89.5-94.9	61.2 56.3-66.1	95.9 94.0-97.9	89.9	
5	48.2 43.2-53.1	96.7 94.9-98.5	70.3 65.7-74.8	92.0 89.3-94.7	89.9	
6	31.5 26.9-36.1	97.3 95.7-98.9	65.4 60.6-70.1	89.8 86.7-92.8	88.1	

ภาพที่ 5 ROC curve ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (n=387)

Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.963	.688
2	.889	.462
3	.870	.210
4	.759	.078
5	.482	.033
6	.315	.027



จากภาพที่ 5 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่เหมาะสม ซึ่งให้ค่าความไว (sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ป่วยโรค (True positive rate) ค่อนข้างสูง ร้อยละ 87.0 ในขณะที่ผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติค่อนข้างต่ำคือ ร้อยละ 21.0 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เพียงตรงถึงร้อยละ 87.9 (Area under ROC curve = 0.879)

1.5 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Validity study)

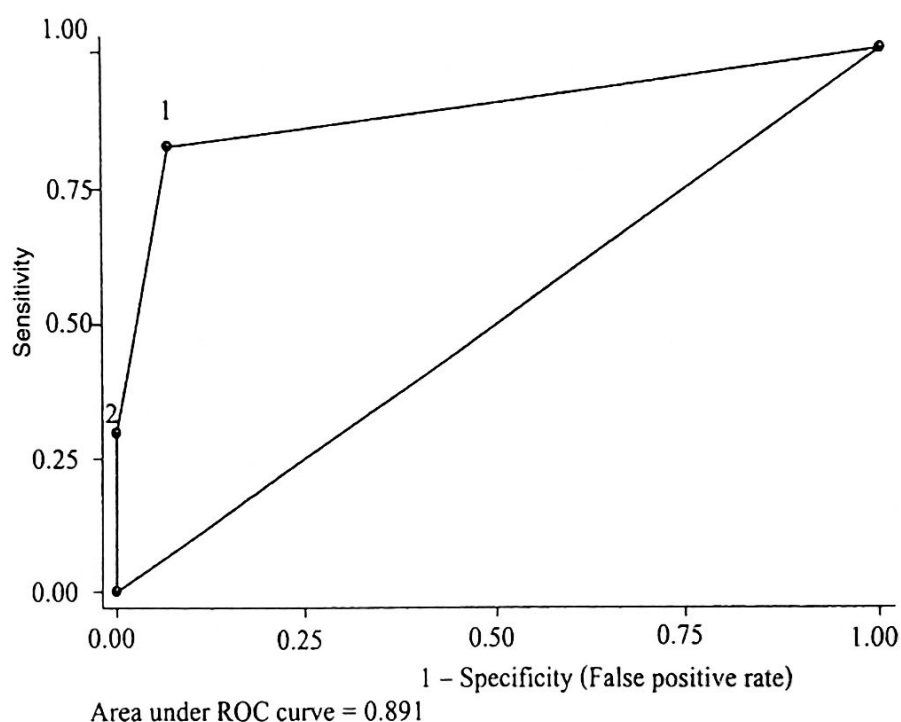
การศึกษาความถูกต้องในการทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยเปรียบเทียบผลระหว่างแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับการตรวจวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ โดยใช้ M.I.N.I. ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 387 คน ผลการศึกษา พบว่า cut off point ที่เหมาะสมคือ 1 คะแนน เพราะมีค่าความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องของแบบคัดกรองสูง ซึ่งจะนำไปใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าพบจิตแพทย์ในการศึกษาครั้งต่อไปในชุมชน เนื่องจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจะได้ถูกคัดกรองเข้าพบจิตแพทย์ได้มากที่สุด สำหรับความซุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เท่ากับร้อยละ 12.1 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และความซุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=387)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower-Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
1	<u>83.0</u> 79.2-86.7	<u>93.2</u> 90.7-95.7	<u>62.9</u> 58.1-67.7	<u>97.5</u> 96.0-99.1	<u>92.0</u>	12.1
2	29.8 25.2-34.3	100 100.0-100.0	100 100.0-100.0	91.2 88.3-94.0	91.5	

ภาพที่ 6 ROC curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=387)

Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.830	.068
2	.298	.000



จากภาพที่ 6 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่คะแนนเป็นค่าที่ให้ความไว (sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ป่วยโรค (True positive rate) ค่อนข้างสูง ในขณะที่ ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติค่อนข้างต่ำ คือร้อยละ 6.8 และ มีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้เที่ยงตรงถึงร้อยละ 89.1 (Area under ROC curve = 0.891)

ส่วนที่ 2

การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เป็โรคและคนปกติการวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือเมื่อทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ณ PCU 4 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ PCU 4 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.2 มีอายุอยู่ในช่วง 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.4 อายุเฉลี่ย 55.74 (S.D. 15.65) อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 95 ปี มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.7 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 9.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.0 สำหรับผลการเรียนเรื่องความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 60.2 ตอบว่าเพียงพอ

เมื่อทำการศึกษาว่าในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี้นี้มีปัญหาสุขภาพ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค) หรือไม่ ตอบว่ามีและไม่มีจำนวนเท่าๆ กันคือร้อยละ 50.0โรคที่มีปัญหา มากที่สุด ได้แก่ โรคอื่นๆ ร้อยละ 24.7 เช่น โรคภูมิแพ้ วิงเวียน หน้ามืด คอพอก โลหิตจาง เป็นต้น รองลงมาเป็โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.0

จากการศึกษาว่ามีปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจและเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหรือไม่ ร้อยละ 33.7 ตอบว่ามี ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจมากที่สุดคือปัญหาครอบครัวร้อยละ 12.7 รองลงมาคือ ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 8.7

จากการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 99.2 เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.8 จำนวนครั้งที่ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 0.4 วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้วิธีการกินยาฆ่าแมลง/ยาปราบวัชพืชและไม่ระบุวิธีการ มีจำนวนเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 0.3 สถานที่ที่กระทำการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่กระทำในบ้าน ร้อยละ 0.6 รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ PCU 4 แห่งในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (n = 1,471)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	380	25.8
หญิง	1,091	74.2
อายุ		
20 ปีหรือน้อยกว่า	63	4.3
21 – 30 ปี	43	2.9
31 – 40 ปี	124	8.4
41 – 50 ปี	258	17.5
51 – 60 ปี	389	26.5
61 ปีขึ้นไป	594	40.4
หมายเหตุ อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 95 ปี อายุเฉลี่ย 55.74 (S.D. 15.65)		
สถานภาพสมรส		
โสด	143	9.7
คู่อยู่ด้วยกัน	934	63.5
คู่แยกกันอยู่	22	1.5
หย่า/ร้าง	39	2.7
หม้าย	327	22.2
ไม่ระบุ	6	0.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	26	1.8
ประถมศึกษา	1,187	80.7
มัธยมศึกษา	146	9.9
ต่ำกว่าปริญญาตรี	39	2.6
ปริญญาตรี	29	2.0
อื่นๆ (ระบุ)	44	3.0

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ PCU 4 แห่งในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (n = 1,471) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	810	55.0
รับจ้าง	117	8.0
ค้าขาย	79	5.4
รับราชการ	22	1.5
ว่างงาน	204	13.8
อื่นๆ (ระบุ)	153	10.4
ประกอบอาชีพมากกว่า 1 อาชีพขึ้นไป	82	5.6
ไม่ระบุ	4	0.3
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	585	39.8
เพียงพอ	886	60.2
ปัญหาสุขภาพในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้นี้ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)		
มี	735	50.0
ไม่มี	736	50.0
โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค) (n = 989)		
ความดันโลหิตสูง	227	23.0
โรคปอด / หลอดลมอักเสบ	27	2.7
โรคหัวใจ	37	3.7
โรคกระดูกและข้อ	92	9.3
เนื้องอก	5	0.5
เบาหวาน	182	18.4
อัมพาต	4	0.4
โรคทางจิตเวช	33	3.3
โรคกระเพาะอาหาร	138	14.0
อื่นๆ (ระบุ)	244	24.7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ PCU 4 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (n = 1,471) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ		
มี	496	33.7
ไม่มี	975	66.3
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า (n = 496)		
ปัญหาครอบครัว	186	12.7
ปัญหาสุขภาพของตนเอง	85	5.8
ปัญหาเศรษฐกิจ	128	8.7
ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิด	2	0.1
ปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัว	18	1.2
ปัญหาการสูญเสียคนใกล้ชิด	18	1.2
ปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่การงาน	9	0.6
ปัญหาความรัก	2	0.1
ปัญหาการเรียน	4	0.3
ปัญหาอื่นๆ (ระบุ)	13	0.9
มีปัญหามากกว่า 1 ปัญหา	31	2.1
ประวัติการฆ่าตัวตาย		
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	1,460	99.2
เคยฆ่าตัวตาย	11	0.8
จำนวนครั้งที่เคยฆ่าตัวตาย (n=11)		
1 ครั้ง	6	0.4
2 ครั้ง	1	0.1
ไม่ระบุ	4	0.3
วิธีการ (n=11)		
กินยาพาราหรือยารักษาโรค	1	0.1
ผูกคอ	1	0.1
กินยาฆ่าแมลง/ยาปราบวัชพืช	4	0.3
ไม่ระบุ	5	0.3
สถานที่ที่กระทำการฆ่าตัวตาย (n=11)		
ในบ้าน	8	0.6
นอกบ้าน	3	0.2

2.2 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

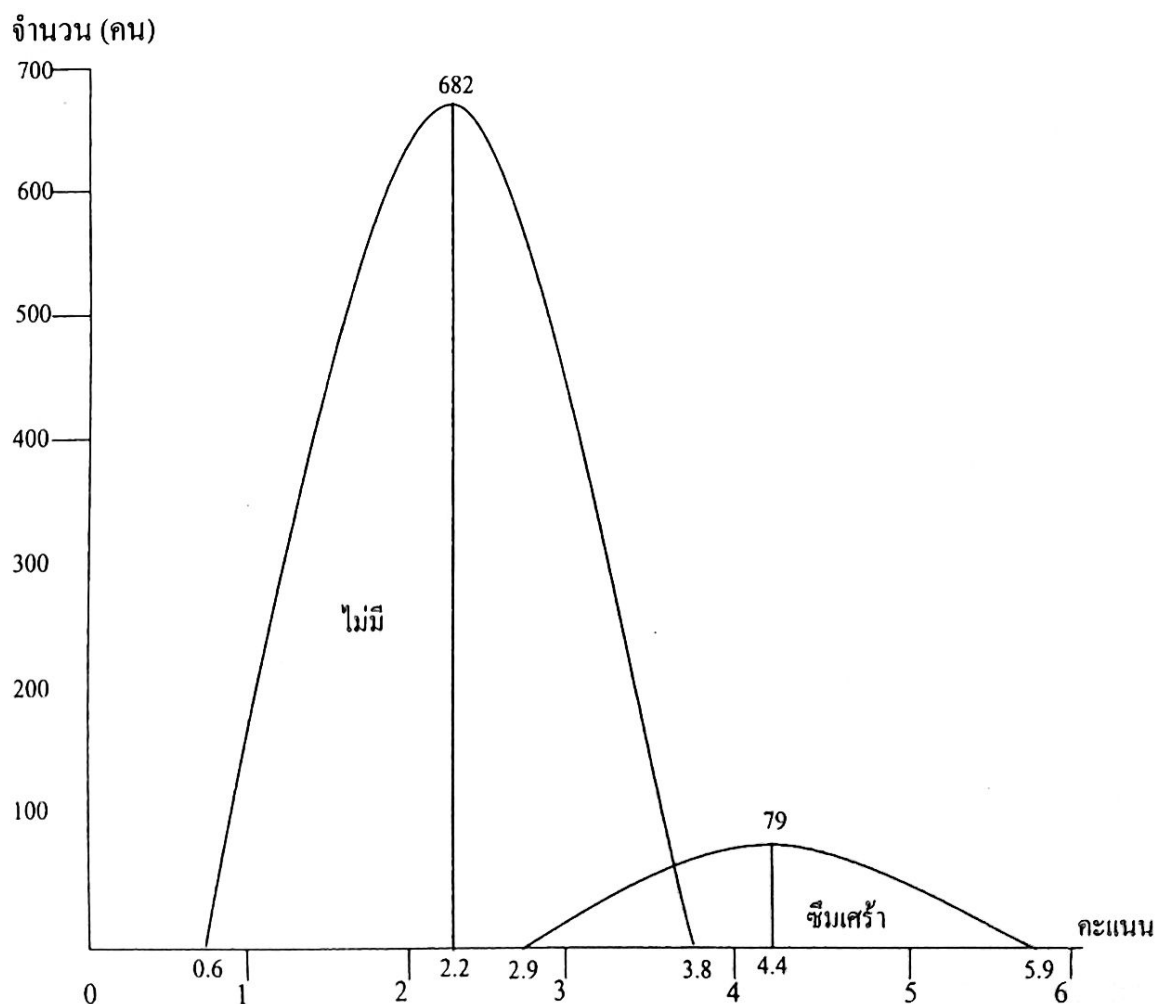
(Discriminative power)

จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่า t เท่ากับ 11.618 คะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 4.37 และผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 2.15 รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าด้วย t -test ($n=761$)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	682	2.15	1.61	11.618	<0.001
มีภาวะซึมเศร้า	79	4.37	1.51		

ภาพที่ 7 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ($n = 761$)



จากภาพที่ 7 แสดงการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบว่าในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ 0.6 ถึง 3.8 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.2 (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 682 คน) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ 2.9 ถึง 5.9 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.4 (กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 79 คน)

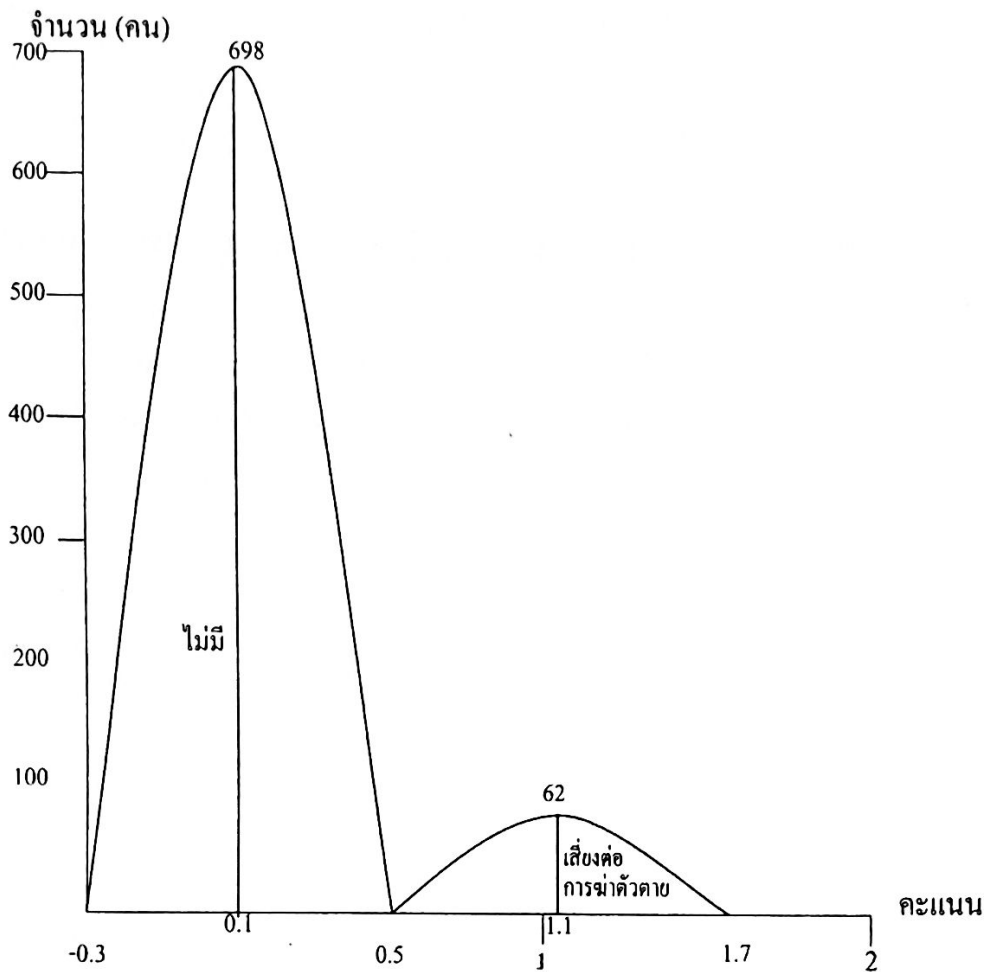
2.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Discriminative power)

จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่า t เท่ากับ 12.90 คะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 1.06 และผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 0.12 รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย t -test ($n=760$)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	698	0.12	0.35	12.90	<0.001
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	62	1.06	0.57		

ภาพที่ 8 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน (n=760)



จากภาพที่ 8 แสดงการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าในกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ -0.3 ถึง 0.5 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.1 (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 698 คน) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ 0.5 ถึง 1.7 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.1 (กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งหมด 62 คน)

2.4 การวิเคราะห์คำถามแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์คำถามในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวมว่า คำถามใดที่บ่งบอกถึงลักษณะของสิ่งที่กำลังจะวัด น่าจะสัมพันธ์กับคะแนนรวมของคำถามทั้งหมด (Item total correlation) โดยความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมควรมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป พบว่า ทุกข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก โดยข้อที่มีความสัมพันธ์ มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

ข้อที่ 3 รู้สึกไม่มีความสุข หดสนุก กับสิ่งที่ชอบและเคยทำข้อที่ 2 รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก และข้อที่ 1 รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้(เกือบตลอดทั้งวัน) โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.5371, 0.4958 และ 0.4155 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดได้แก่ ข้อ 4 คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.2593 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 6 ข้อ (reliability) โดยมีค่า $\alpha = 0.6583$ รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (n=761)

Item	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha If Item Deleted
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้(เกือบตลอดทั้งวัน)	1.5629	1.9537	.4155	.6143
2. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก	1.5520	1.8665	.4958	.5901
3. รู้สึกไม่มีความสุข หดสนุก กับสิ่งที่ชอบและเคยทำ	1.4847	1.7152	.5371	.5652
4. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ	1.3046	1.8528	.2593	.6685
5. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง	1.2522	1.7017	.3737	.6245
6. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท	1.2393	1.7223	.3530	.6332

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.6583

2.5 การวิเคราะห์คำถามแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์คำถามในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวมว่า คำถามใดที่บ่งบอกถึงลักษณะของสิ่งที่กำลังจะวัด น่าจะสัมพันธ์กับคะแนนรวมของคำถามทั้งหมด (Item total correlation) โดยความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมควรมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปพบว่า ทุกข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากันเท่ากับ 0.3279 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยมีค่า $\alpha = 0.3969$ รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถามของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=760)

Item	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected ItemTotal Correlation
1. รู้สึกสิ้นหวังเป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	.0163	.0161	.3279
2. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	.0843	.0772	.3279

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.3969

2.6 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นการศึกษาว่าแบบคัดกรองนี้มีข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์หรือสอดคล้องกับข้อคำถามอื่นหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่า factor loading ถ้าอยู่ในระดับต่ำกว่า 0.40 จะตัดข้อนั้นออกไป หรือมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถาม ผลการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาของทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ความตรงตามโครงสร้างประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การแสดงออกทางอารมณ์เศร้า (Mood component) มีทั้งหมด 8 ข้อ 2) การแสดงออกด้านความคิดและการกระทำ (Cognitive behavior component) มีทั้งหมด 5 ข้อ 3) การแสดงออกทางด้านไม่สบายทางกาย (Somatic component) มีทั้งหมด 2 ข้อ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ถูกจัดกลุ่มเหลือเพียง 2 องค์ประกอบคือ

องค์ประกอบที่ 1 การแสดงออกทางอารมณ์เศร้า ด้านความคิดและการกระทำ (Mood and cognitive behavior component) มีทั้งหมด 4 ข้อ

ข้อ 1 รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ (เกือบตลอดทั้งวัน)

ข้อ 2 รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก

ข้อ 3 รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่ชอบและเคยทำ

ข้อ 4 คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .720, .809, .780 และ

.478 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 2 การแสดงออกทางด้านไม่สบายทางกาย (Somatic component) มีทั้งหมด 2 ข้อ ดังนี้

ข้อ 5 รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง

ข้อ 6 นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท โดยมีค่า factor loading เท่ากันทั้ง 2 ข้อคือ .814 รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่า factor loading ของรายการคำถามในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (n=1,471)

Component	Item number	Factor loading
1. Mood and cognitive behavior	1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ (เกือบตลอดทั้งวัน)	.720
	2. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก	.809
	3. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่ชอบและเคยทำ	.780
	4. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ	.478
2. Somatic	5. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง	.814
	6. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท	.814

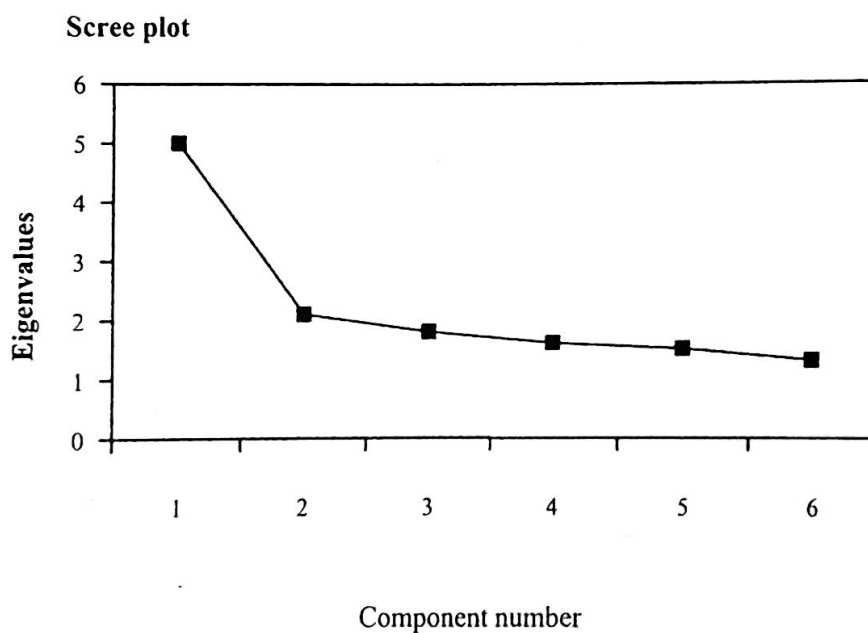
สรุป

เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของเนื้อหา (Factor analysis) ว่ามีอะไรบ้างโดยใช้ Principle component analysis และ Varimax rotation วิเคราะห์ Percent of variance โดยหาค่า Eigenvalues ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 และ Factor loading matrix พบว่าแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 2 องค์ประกอบครอบคลุม Percent of variance ทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 57.422 รายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่า Eigenvalues and total percent of variance ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (n=1,471)

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2.393	39.889	39.889	2.393	39.889	39.889	2.045	34.089	34.089
2	1.052	17.533	57.422	1.052	17.533	57.422	1.400	23.333	57.422
3	.909	15.151	72.573						
4	.623	10.388	82.961						
5	.579	9.650	92.611						
6	.443	7.389	100.000						

Extraction Method : Principal Component Analysis.



2.7 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นการศึกษาว่าแบบคัดกรองนี้มีข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์หรือสอดคล้องกับข้อคำถามอื่นหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่า factor loading ถ้าอยู่ในระดับต่ำกว่า 0.40 จะตัดข้อนั้นออกไป แต่เนื่องจากคำถามในแบบคัดกรองนี้ ได้พิจารณาตัดข้อคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเดิม และการนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ในสถานการณ์จริง (รายละเอียดศึกษาได้ในบทที่ 3) จาก

เดิมเครื่องมือนี้ มี 10 ข้อ (ทวิ ตั้งเสรี และคณะ, 2546) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) Suicidal intention component มีคำถาม 3 ข้อ 2) Severe stress component มีคำถาม 4 ข้อ 3) Medical component มีคำถาม 3 ข้อ ในการศึกษาตัดเหลือ 2 ข้อ ซึ่งมีเพียง 1 องค์ประกอบเท่านั้นคือ Suicidal intention component ประกอบด้วยคำถามดังนี้

ข้อ 1 รู้สึกสิ้นหวังเป็นทุกข์จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป

ข้อ 2 กำลังคิดฆ่าตัวตาย โดยมีค่า factor loading เท่ากับ .815 ทั้ง 2 ข้อ

เมื่อทำการวิเคราะห์องค์ประกอบของเนื้อหา (Factor analysis) โดยใช้ Principle component analysis และ Varimax rotation วิเคราะห์ Total percent of variance โดยหาค่า Eigenvalues ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 และ Factor loading matrix พบว่าแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเหลือเพียง องค์ประกอบเดียวครอบคลุม Percent of variance ทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 66.395 รายละเอียดดังตาราง ที่ 13-14

ตารางที่ 13 ค่า factor loading ของรายการคำถามในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (n=1,471)

Component	Item number	Factor loading
Suicidal intention	1. รู้สึกสิ้นหวังเป็นทุกข์จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป	.815
	2. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	.815

ตารางที่ 14 ค่า Eigenvalues and total percent of variance ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=1,471)

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.328	66.395	66.395	1.328	66.395	66.395
2	.672	33.605	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

2.8 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

เป็นการศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในภาพรวมของแบบคัดกรอง และเมื่อจำแนกตามเพศชายและเพศหญิง รายละเอียดดังตารางที่ 15-17

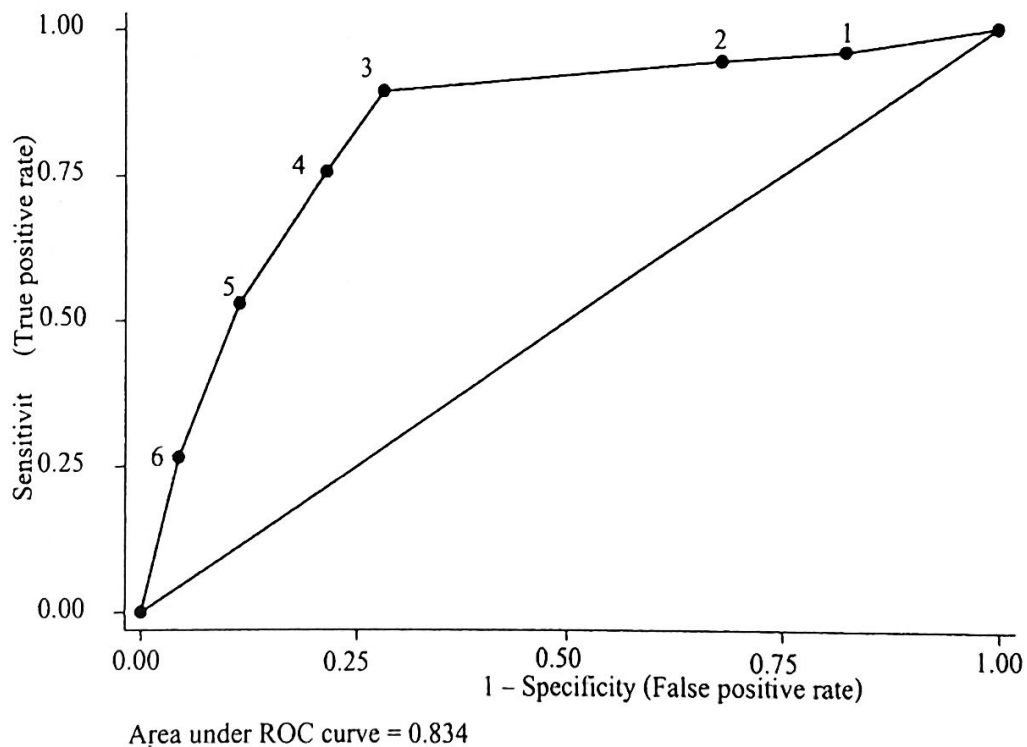
ตารางที่ 15 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และความชุกของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (n=761)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower-Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
1	96.2 94.8-97.6	17.7 15.0-20.5	11.9 9.6-14.2	97.6 96.5-98.7	25.9	10.4
2	94.9 93.4-96.5	31.8 28.5-35.1	13.9 11.4-16.4	98.2 97.2-99.1	38.4	
3	<u>89.9</u> 87.7-92.0	<u>71.9</u> 68.7-75.0	<u>27.0</u> 23.8-30.2	<u>98.4</u> 97.5-99.3	<u>73.7</u>	
4	75.6 72.9-79.0	78.7 75.8-81.7	29.3 26.0-32.5	96.6 95.3-97.9	78.4	
5	53.2 49.6-56.7	88.9 86.6-91.1	35.6 32.2-39.0	94.3 92.6-95.9	85.2	
6	26.6 23.4-29.7	95.8 94.3-97.2	42.0 38.5-45.5	91.8 89.9-93.8	88.6	

จากตารางที่ 15 พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนคือ 3 คะแนนขึ้นไป โดยให้ค่าความไวร้อยละ 89.9 ความจำเพาะร้อยละ 71.9 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 27.0 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.4 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 73.7 ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.4

ภาพที่ 9 ROC curve ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชน (n=761)

Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.962	.823
2	.949	.682
3	.899	.281
4	.756	.213
5	.532	.111
6	.266	.042



จากภาพที่ 9 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่เหมาะสม ซึ่งให้ค่าความไว (Sensitivity) หรือผลบวกในคนที่เป็นโรค (True positive rate) ค่อนข้างสูง ร้อยละ 89.9 ในขณะที่ผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 28.1 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 83.4 (Area under ROC curve = 0.834)

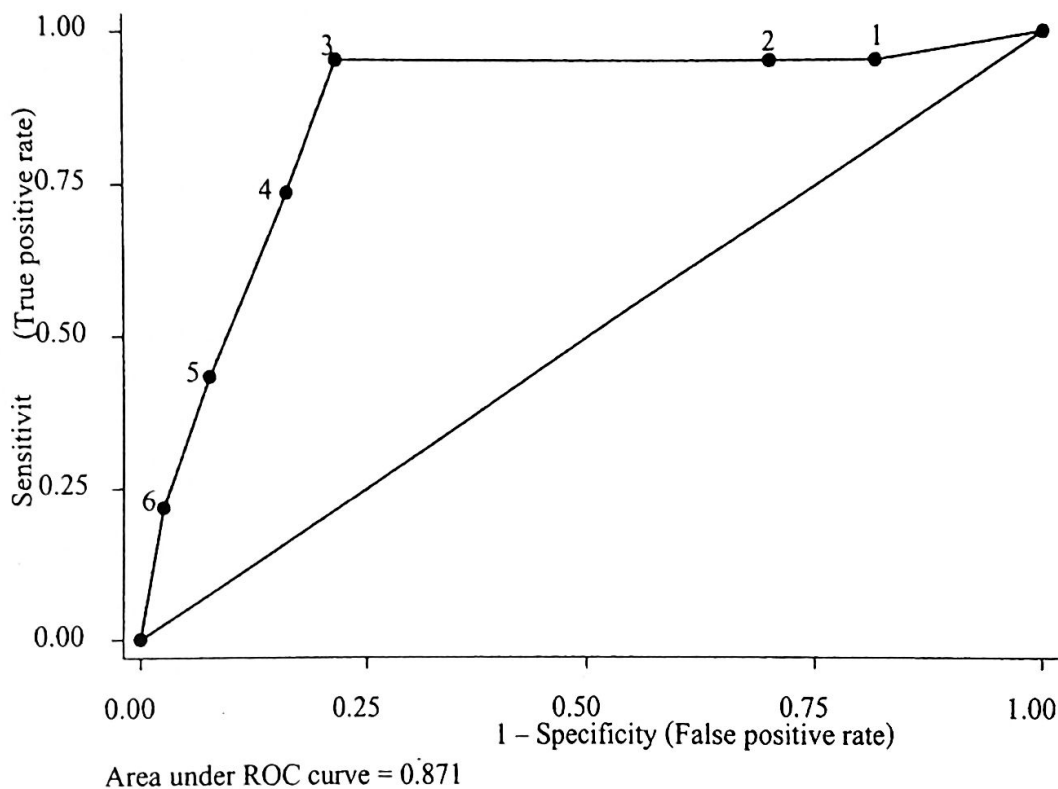
ตารางที่ 16 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และความชุกของภาวะซึมเศร้าเมื่อจำแนกตามเพศชาย (n=186)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower-Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
1	95.7 92.7-98.6	18.4 12.8-24.0	14.2 9.2-19.2	96.8 94.2-99.3	28.0	12.4
2	95.7 92.7-98.6	30.1 23.5-36.7	16.2 10.9-21.5	98.0 96.0-100.0	38.2	
3	<u>95.7</u> 92.7-98.6	<u>78.5</u> 72.6-84.4	<u>38.6</u> 31.6-45.6	<u>99.2</u> 98.0-100.0	<u>80.6</u>	
4	73.9 67.6-80.2	84.1 78.8-89.3	39.5 32.5-46.6	95.8 92.9-98.7	82.8	
5	43.5 36.4-50.6	92.6 88.9-96.4	45.5 38.3-52.6	92.1 88.2-96.0	86.6	
6	21.7 15.8-27.7	97.6 95.3-99.8	55.6 48.4-62.7	89.8 85.5-94.2	88.2	

จากตารางที่ 16 พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองเพศชายที่มีภาวะซึมเศร้าคือ 3 คะแนนขึ้นไป โดยให้ค่าความไวร้อยละ 95.7 ความจำเพาะร้อยละ 78.5 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 38.6 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 99.2 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 80.6 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศชายร้อยละ 12.4

ภาพที่ 10 ROC curve ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมื่อจำแนกตามเพศชาย (n=186)

Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.957	.816
2	.957	.699
3	.957	.215
4	.739	.159
5	.435	.074
6	.217	.024



จากภาพที่ 10 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่เหมาะสม ซึ่งให้ค่าความไว (Sensitivity) หรือให้ผลบวกในคนที่ป่วยโรค (True positive rate) เท่ากันตั้งแต่ Cut off point ที่ 1, 2, 3 เท่ากับร้อยละ 95.7 ในขณะที่ผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติค่อนข้างต่ำร้อยละ 21.5 ใน Cut off point ที่ 3 คะแนน และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองเพศชายที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 87.1 (Area under ROC curve = 0.871)

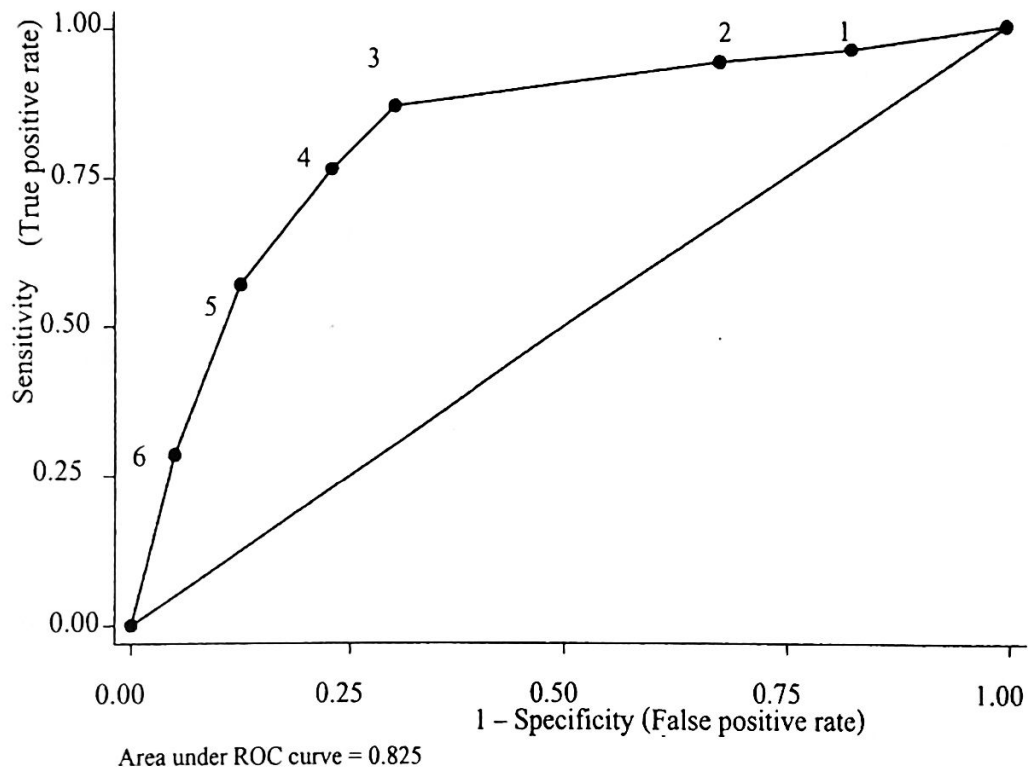
ตารางที่ 17 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และความชุกของภาวะซึมเศร้าเมื่อจำแนกตามเพศหญิง (n=575)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower-Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
1	96.4 94.9-98.0	17.5 14.4-20.6	11.2 8.6-13.8	97.9 96.7-99.0	25.2	9.7
2	94.6 92.8-96.5	32.4 28.6-36.2	13.1 10.4-15.9	98.3 97.2-99.3	38.4	
3	<u>87.5</u> 84.8-90.2	<u>69.8</u> 66.0-73.5	<u>23.8</u> 20.3-27.3	<u>98.1</u> 97.0-99.2	<u>71.5</u>	
4	76.8 73.3-80.2	77.1 73.6-80.5	26.5 22.9-30.2	96.9 95.4-98.3	77.0	
5	57.1 53.1-61.2	87.7 85.0-90.4	33.3 29.5-37.2	95.0 93.2-96.8	84.7	
6	28.6 24.9-32.3	95.2 93.4-96.9	39.0 35.0-43.0	92.5 90.4-94.7	88.7	

จากตารางที่ 17 พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองเพศหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าคือ 3 คะแนนขึ้นไป โดยให้ค่าความไวร้อยละ 87.5 ความจำเพาะร้อยละ 69.8 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 23.8 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.1 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 71.5 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงร้อยละ 9.7

ภาพที่ 11 ROC curve ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมื่อจำแนกตามเพศหญิง (n=575)

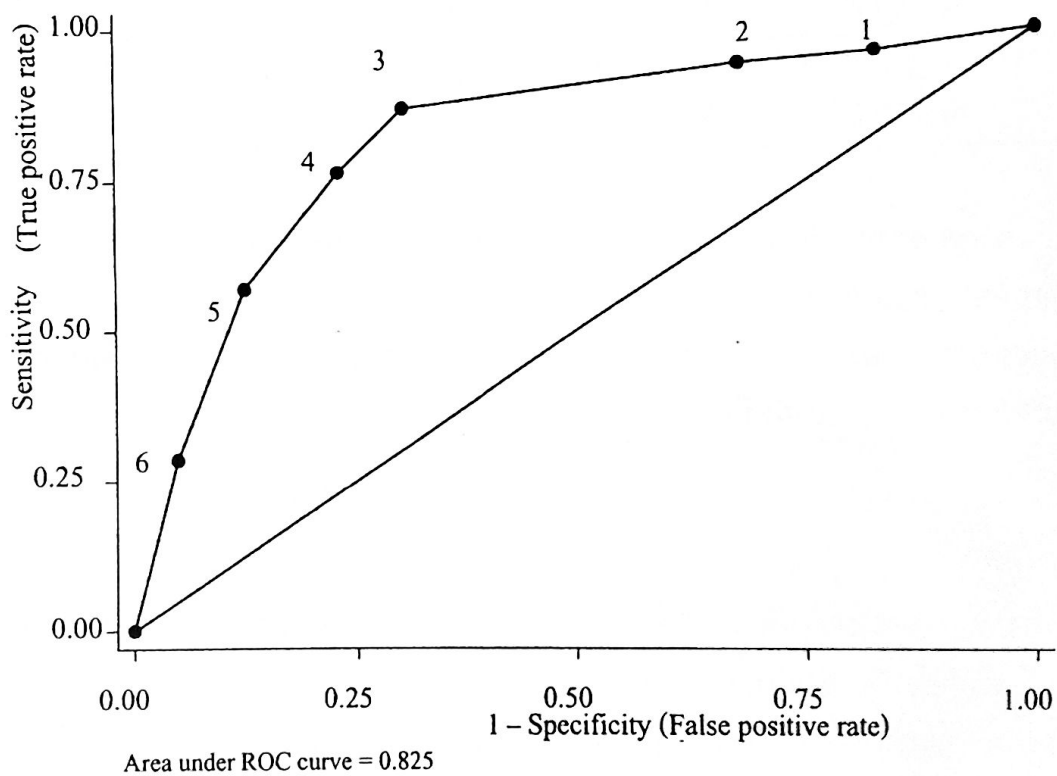
Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.964	.825
2	.946	.676
3	.875	.302
4	.768	.229
5	.571	.123
6	.286	.048



จากภาพที่ 11 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่เหมาะสมซึ่งให้ค่าความไว (Sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ป่วยโรค (True positive rate) ค่อนข้างสูงร้อยละ 87.5 ในขณะที่ผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติอยู่ที่ร้อยละ 30.2 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 82.5 (Area under ROC curve = 0.825)

ภาพที่ 11 ROC curve ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมื่อจำแนกตามเพศหญิง (n=575)

Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.964	.825
2	.946	.676
3	.875	.302
4	.768	.229
5	.571	.123
6	.286	.048



จากภาพที่ 11 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่เหมาะสมซึ่งให้ค่าความไว (Sensitivity) หรือผลบวกในคนที่เป็โรค (True positive rate) ค่อนข้างสูงร้อยละ 87.5 ในขณะที่ผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติอยู่ที่ร้อยละ 30.2 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 82.5 (Area under ROC curve = 0.825)

2.9 การศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เป็นการศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในภาพรวมของแบบคัดกรอง เมื่อจำแนกตามเพศชายและเพศหญิง รายละเอียดดังตารางที่ 18-20

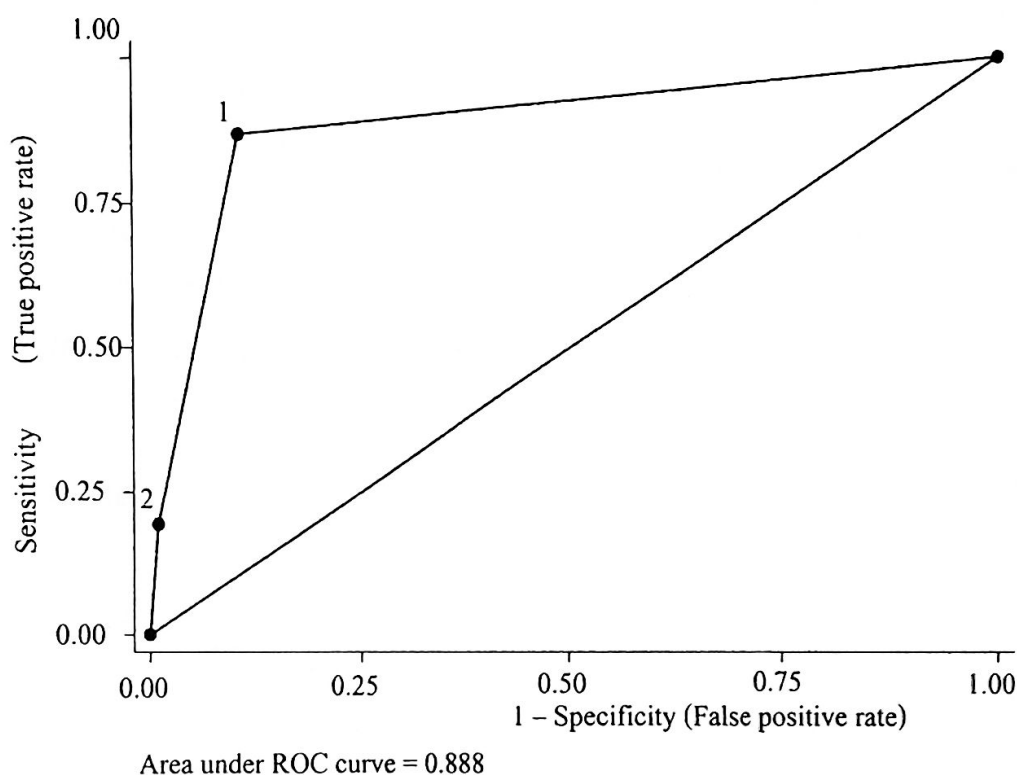
ตารางที่ 18 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=760)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower-Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
1	<u>87.1</u> 84.7-89.5	<u>89.4</u> 87.2-91.6	<u>42.2</u> 38.7-45.7	<u>98.7</u> 97.9-99.5	<u>89.2</u>	8.2
2	19.4 16.6-22.2	99.0 98.3-99.7	63.2 59.7-66.6	93.3 91.5-95.0	92.5	

จากตารางที่ 18 พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนคือ 1 คะแนนขึ้นไป โดยให้ค่าความไวร้อยละ 87.1 ความจำเพาะร้อยละ 89.4 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 42.2 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.7 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 89.2 ความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ร้อยละ 8.2

ภาพที่ 12 ROC curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน (n=760)

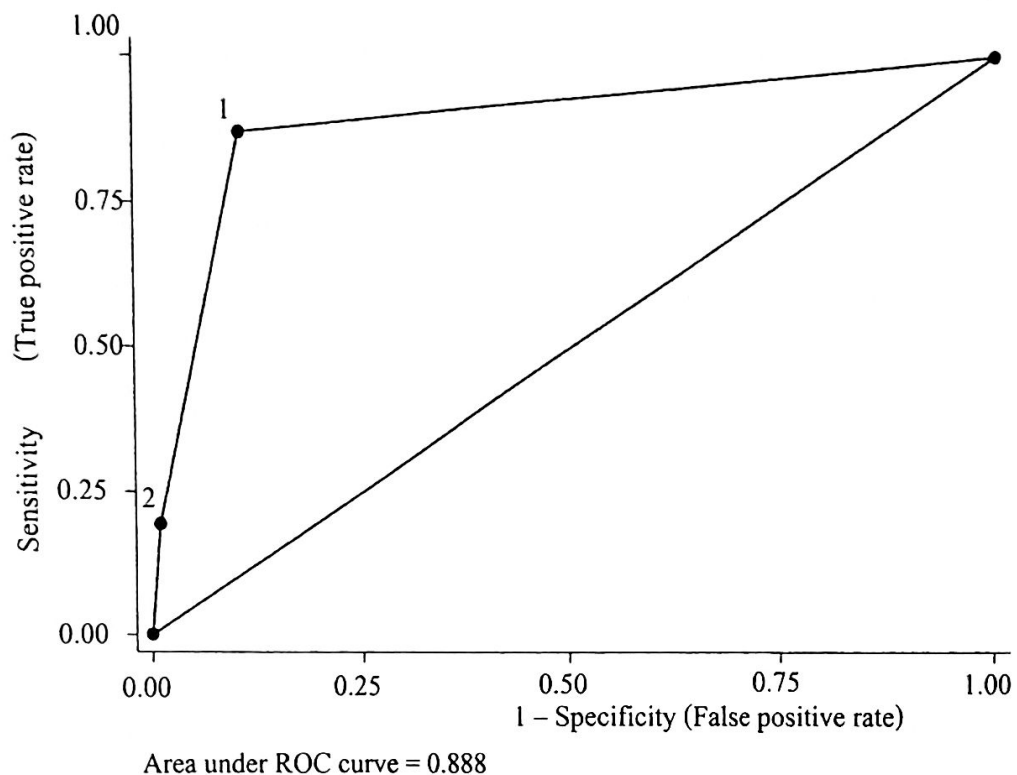
Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.871	.106
2	.194	.010



จากภาพที่ 12 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่ 1 คะแนนเป็นค่าที่ให้ความไว (Sensitivity) หรือผลบวกในคนที่เป็นโรค (True positive rate) ค่อนข้างสูงร้อยละ 87.1 ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ค่อนข้างต่ำ คือร้อยละ 10.6 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนได้เที่ยงตรงถึง ร้อยละ 88.8 (Area under ROC curve = 0.888)

ภาพที่ 12 ROC curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน (n=760)

Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.871	.106
2	.194	.010



จากภาพที่ 12 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่ 1 คะแนนเป็นค่าที่ให้ความไว (Sensitivity) หรือผลบวกในคนที่เป็นโรค (True positive rate) ค่อนข้างสูงร้อยละ 87.1 ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ค่อนข้างต่ำ คือร้อยละ 10.6 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนได้เที่ยงตรงถึง ร้อยละ 88.8 (Area under ROC curve = 0.888)

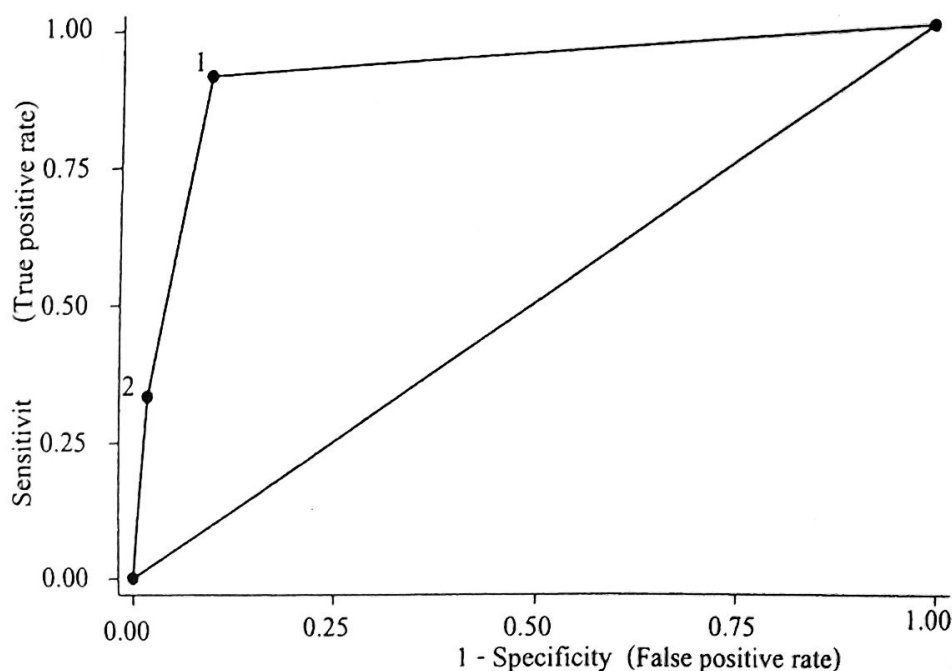
ตารางที่ 19 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อจำแนกตามเพศชาย (n=186)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower-Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
1	<u>91.7</u> 87.8-95.6	<u>90.8</u> 86.7-95.0	<u>40.7</u> 33.7-47.8	<u>99.4</u> 98.2-100.0	<u>90.9</u>	6.5
2	33.3 26.6-40.1	98.3 96.4-100.0	57.1 50.0-64.3	95.5 92.6-98.5	95.7	

จากตารางที่ 19 พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองเพศชายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในชุมชนคือ 1 คะแนนขึ้นไป โดยให้ค่าความไวร้อยละ 91.7 ความจำเพาะร้อยละ 90.8 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 40.7 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 99.4 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 90.9 ความชุกของเพศชายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ร้อยละ 6.5

ภาพที่ 13 ROC curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนเมื่อจำแนกตามเพศชาย (n=186)

Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.917	.092
2	.333	.667



จากภาพที่ 13 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่เหมาะสมซึ่งให้ ค่าความไว (Sensitivity) หรือให้ผลบวกในคนที่ป่วยโรค (True positive rate) ร้อยละ 91.7 ในขณะที่ผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 9.2 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองเพศชายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนได้เที่ยงตรงถึง ร้อยละ 92.0 (Area under ROC curve = 0.920)

ตารางที่ 20 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อจำแนกตามเพศหญิง (n=574)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower-Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
1	<u>86.0</u> 83.2-88.8	<u>88.9</u> 86.4-91.5	<u>42.6</u> 38.5-46.6	<u>98.5</u> 97.5-99.5	<u>88.7</u>	} 8.7
2	16.0 13.0-19.0	99.2 98.5-100.0	66.7 62.8-70.5	92.5 90.4-94.7	92.0	

จากตารางที่ 20 พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในชุมชนคือ 1 คะแนนขึ้นไป โดยให้ค่าความไวร้อยละ 86.0 ความจำเพาะร้อยละ 88.9 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 42.6 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.5 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 88.7 ความชุกของเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ร้อยละ 8.7

จากภาพที่ 13 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่เหมาะสมซึ่งให้ ค่าความไว (Sensitivity) หรือให้ผลบวกในคนที่ป่วยโรค (True positive rate) ร้อยละ 91.7 ในขณะที่ผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 9.2 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนได้เพียงตรงถึง ร้อยละ 92.0 (Area under ROC curve = 0.920)

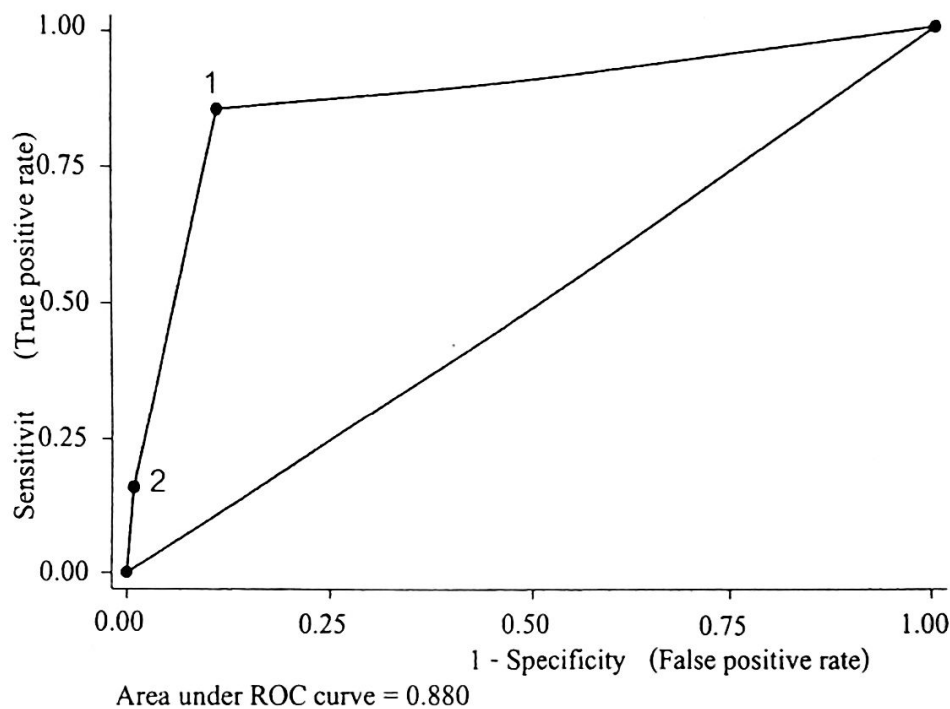
ตารางที่ 20 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อจำแนกตามเพศหญิง (n=574)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower-Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
1	<u>86.0</u> 83.2-88.8	<u>88.9</u> 86.4-91.5	<u>42.6</u> 38.5-46.6	<u>98.5</u> 97.5-99.5	<u>88.7</u>	} 8.7
2	16.0 13.0-19.0	99.2 98.5-100.0	66.7 62.8-70.5	92.5 90.4-94.7	92.0	

จากตารางที่ 20 พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในชุมชนคือ 1 คะแนนขึ้นไป โดยให้ค่าความไวร้อยละ 86.0 ความจำเพาะร้อยละ 88.9 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 42.6 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.5 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 88.7 ความชุกของเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ร้อยละ 8.7

ภาพที่ 14 ROC curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนเมื่อจำแนกตามเพศหญิง (n=574)

Cut off point	Sensitivity	1-Specificity
1	.860	.111
2	.160	.008



จากภาพที่ 14 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่ามีจุดตัดที่เหมาะสมซึ่งให้ ค่าความไว (Sensitivity) หรือให้ผลบวกในคนที่ป่วยโรค (True positive rate) ร้อยละ 86.0 ในขณะที่ผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 11.1 ใน cut off point ที่ 1 คะแนนขึ้นไป และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนได้เที่ยงตรงถึง ร้อยละ 88.0 (Area under ROC curve = 0.880)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการศึกษา ณ จุดเวลาใดจุดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ และ ความถูกต้องของการทดสอบ เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 การปรับปรุงเครื่องมือโดยวิธีการ

1.1 ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ 17 คน (จิตแพทย์ 5 คน พยาบาลจิตเวช 10 คน นักสถิติ 2 คน) จำนวน 3 ครั้ง เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้ข้อสรุปในการดำเนินงานโดยให้นำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับที่มีการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2550 และมีฐานข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลว่า ข้อคำถามใดที่ตอบว่า “มี” มากที่สุด ให้เหลือข้อคำถามนั้นๆ ไว้ ซึ่งได้นำผลการศึกษา 3 เรื่องที่มีฐานข้อมูลดังนี้

1.1.1 การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัย ในเขต 6 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2547)

1.1.2 การศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนก ในเขต 6 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2548)

1.1.3 การสำรวจภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชาชนทั่วไปทางหนังสือพิมพ์

1.2 นำผลการศึกษาทั้ง 3 เรื่องมาลดข้อคำถาม โดยยึดหลักการที่ว่าเมื่อลดข้อคำถามแล้ว เครื่องมือทั้ง 2 ฉบับต้องได้ค่าความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องของการทดสอบใกล้เคียงกับการศึกษาเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับเดิมที่เคยศึกษาไว้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546) (รายละเอียดศึกษาได้ในบทที่ 2, 3) ผลการลดข้อคำถามดังกล่าวเหลือข้อคำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 6 ข้อ (เดิม 15 ข้อ) และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 ข้อ (เดิม 10 ข้อ)

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช ดำเนินการโดยจัดอบรมจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช ในการใช้ M.I.N.I. และฝึกปฏิบัติจนมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้จริง จากนั้นนำไปทดลองใช้และวินิจฉัยโรคโดยใช้ M.I.N.I. กับผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในผู้รับบริการรายเดียวกัน ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคด้วย M.I.N.I. ได้ค่า kappa statistic ในการวินิจฉัย 7 โรค มีค่าตั้งแต่ 0.83 – 1.00 และ mean kappa ได้ค่า 0.93

การศึกษาระยะที่ 3 การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือก่อนนำไปทดสอบในชุมชน

การศึกษาระยะที่ 4 การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชาชนทั่วไป ณ PCU 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มผู้มารับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 366 คน ได้มาจากการคำนวณตามสูตร (ศึกษาจริง 387 คน) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในการศึกษา (inclusion criteria)

- 1.1 เป็นผู้รับบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
- 1.2 สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ไม่มีอาการโรคจิต
- 1.3 ไม่มีความพิการ เป็นใบ้หรือหูหนวก
- 1.4 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- 1.5 ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบทุกข้อ
- 1.6 อาการหนักมากจนไม่สามารถสื่อสารได้
- 1.7 ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ และไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน

การเก็บข้อมูลวิจัย

2. การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มารับบริการ ณ PCU หรือประชาชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของ PCU 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ขนาดตัวอย่างได้มาจากการคำนวณตามสูตร จำนวน 1,381 คน (ศึกษาจริงได้ 1,471 คน) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดเช่นเดียวกับข้อ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งผ่านขั้นตอนการศึกษา 4 ระยะข้างต้น
2. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550)
3. จิตแพทย์ 5 ท่านที่ให้การวินิจฉัยโรคโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550) ยึดเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคตาม DSM - IV และ ICD - 10

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมทีมงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 26 คน (จิตแพทย์ 5 คน พยาบาล 17 คน นักสังคมสงเคราะห์ 4 คน) โดยทำความเข้าใจเครื่องมือ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองปฏิบัติ อภิปราย ชักถามข้อสงสัย
2. การทดสอบเครื่องมือเพื่อศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินการโดยคัดเลือกผู้รับบริการตามคุณสมบัติที่กำหนดอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้เห็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้เก็บข้อมูลวิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองที่พัฒนา จากนั้นให้ผู้รับบริการพบจิตแพทย์ 1 ท่านเพื่อวินิจฉัยโรคโดยใช้ M.I.N.I. ประกอบการสัมภาษณ์ (แพทย์ไม่ทราบคะแนนจากแบบคัดกรองและไม่ทราบประวัติของผู้ป่วย) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2550
3. การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชาชนทั่วไปเพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจาก PCU 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการโดยคัดเลือกผู้รับบริการตามคุณสมบัติที่กำหนดอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้เห็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้เก็บข้อมูลวิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีแบบคัดกรองให้ผลบวก (แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 3 คะแนนขึ้นไป แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1 คะแนนขึ้นไป) ให้กลุ่มตัวอย่างพบจิตแพทย์ 1 ท่าน ทำการสัมภาษณ์โดยใช้ M.I.N.I. และจิตแพทย์วินิจฉัยโรค ในกรณีพบความผิดปกติจะแนะนำให้มารับการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และส่งต่อให้ PCU ทราบ ในกรณีแบบคัดกรองให้ผลลบ (แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 0-2 คะแนน แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 0 คะแนน) ให้พบพยาบาลที่ผ่านการอบรมและฝึกทักษะการใช้ M.I.N.I. เพื่อวินิจฉัยยืนยันผลว่าไม่เป็นโรค หากพบว่าผลการวินิจฉัยโดยใช้ M.I.N.I. พบว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง จะให้กลุ่มตัวอย่างพบจิตแพทย์เช่นกัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่พบพยาบาล M.I.N.I. และให้ผลเป็นลบ (ไม่เป็นโรค) ทุก 3 คน (หรืออย่างน้อยร้อยละ 30) จะถูกสุ่มตัวอย่างเข้าพบจิตแพทย์ในการเก็บข้อมูลทุกระยะ ใช้หลักของ Blind technique เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์- พฤษภาคม 2551

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งผ่านขั้นตอนการศึกษา 4 ระยะข้างต้น
2. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550)
3. จิตแพทย์ 5 ท่านที่ให้การวินิจฉัยโรคโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550) ยึดเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคตาม DSM - IV และ ICD - 10

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมทีมงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 26 คน (จิตแพทย์ 5 คน พยาบาล 17 คน นักสังคมสงเคราะห์ 4 คน) โดยทำความเข้าใจเครื่องมือ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองปฏิบัติ อภิปราย ชักถามข้อสงสัย
2. การทดสอบเครื่องมือเพื่อศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินการโดยคัดเลือกผู้รับบริการตามคุณสมบัติที่กำหนดอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้เก็บข้อมูลวิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองที่พัฒนา จากนั้นให้ผู้รับบริการพบจิตแพทย์ 1 ท่านเพื่อวินิจฉัยโรคโดยใช้ M.I.N.I. ประกอบการสัมภาษณ์ (แพทย์ไม่ทราบคะแนนจากแบบคัดกรองและไม่ทราบประวัติของผู้ป่วย) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2550
3. การทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชาชนทั่วไปเพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจาก PCU 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการโดยคัดเลือกผู้รับบริการตามคุณสมบัติที่กำหนดอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้เก็บข้อมูลวิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีแบบคัดกรองให้ผลบวก (แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 3 คะแนนขึ้นไป แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1 คะแนนขึ้นไป) ให้กลุ่มตัวอย่างพบจิตแพทย์ 1 ท่าน ทำการสัมภาษณ์โดยใช้ M.I.N.I. และจิตแพทย์วินิจฉัยโรค ในกรณีพบความผิดปกติจะแนะนำให้มารับการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และส่งต่อให้ PCU ทราบ ในกรณีแบบคัดกรองให้ผลลบ (แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 0-2 คะแนน แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 0 คะแนน) ให้พบพยาบาลที่ผ่านการอบรมและฝึกทักษะการใช้ M.I.N.I. เพื่อวินิจฉัยยืนยันผลว่าไม่เป็นโรค หากพบว่าผลการวินิจฉัยโดยใช้ M.I.N.I. พบว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง จะให้กลุ่มตัวอย่างพบจิตแพทย์เช่นกัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่พบพยาบาล M.I.N.I. และให้ผลเป็นลบ (ไม่เป็นโรค) ทุก 3 คน (หรืออย่างน้อยร้อยละ 30) จะถูกสุ่มตัวอย่างเข้าพบจิตแพทย์ในการเก็บข้อมูลทุกระยะ ใช้หลักของ Blind technique เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์- พฤษภาคม 2551

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ใช้สถิติเชิงบรรยาย
2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis)
3. การวิเคราะห์ข้อคำถาม ใช้ correlation และ Cronbach's alpha coefficient
4. การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับคนปกติใช้ mean difference และ independent t-test
5. การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือใช้ Cronbach's alpha coefficient
6. การทดสอบความถูกต้องของแบบคัดกรอง โดยการหาค่าความไว ค่าความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบ ความชุกของโรค และค่า 95% confidence interval ของค่าความไว ค่าความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก และคุณค่าการทำนายผลลบ

สรุปผลการวิจัย

1. การปรับปรุงเครื่องมือ จากการดำเนินการตามการศึกษาระยะที่ 1 ได้ผลการศึกษาดังนี้
 - 1.1 ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าชุดเดิมซึ่งมีจำนวน 15 ข้อ สามารถลดลงเหลือ 6 ข้อ และนำข้อคำถาม 6 ข้อไปวิเคราะห์ข้อมูล (จากข้อมูลชุดเดิมซึ่งเคยการศึกษาไว้ในปี พ.ศ. 2546) หาค่าความไวได้ร้อยละ 84.4 ค่าความจำเพาะได้ร้อยละ 81.9
 - 1.2 ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาจากแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายชุดเดิมซึ่งมีจำนวน 10 ข้อ สามารถลดลงเหลือ 2 ข้อ และนำข้อคำถาม 2 ข้อไปวิเคราะห์ข้อมูล (จากข้อมูลชุดเดิมซึ่งเคยทำการศึกษาไว้ในปี พ.ศ. 2546) หาค่าความไวได้ร้อยละ 89.4 ค่าความจำเพาะได้ร้อยละ 69.9
2. ผลการทดสอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กับผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 387 คน พบว่า
 - 2.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้ามีจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 3 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 87.0 ค่าความจำเพาะร้อยละ 79.0 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 80.1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.0
 - 2.2 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 83.0 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 93.2 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 92.0 ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.1
3. ผลการทดสอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับประชาชนทั่วไป ณ PCU 4 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,471 คน พบว่า

3.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 3 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 89.9 ค่าความจำเพาะร้อยละ 71.9 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 73.7 ความซุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.4

3.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายมีจุดตัดที่เหมาะสมที่ 3 คะแนนขึ้นไปเช่นกัน โดยมีค่าความไวได้ร้อยละ 95.7 ค่าความจำเพาะร้อยละ 78.5 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 80.6 ความซุกของภาวะซึมเศร้าในเพศชายร้อยละ 12.4 สำหรับเพศหญิงมีจุดตัดที่เหมาะสมที่ 3 คะแนน โดยมีค่าความไวร้อยละ 87.5 ค่าความจำเพาะร้อยละ 69.8 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 71.5 ความซุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงร้อยละ 9.7

3.3 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ 1 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวได้ร้อยละ 87.1 ค่าความจำเพาะร้อยละ 89.4 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 89.2 ความซุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 8.2

3.4 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายมีจุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนนขึ้นไปเช่นกัน โดยมีค่าความไวร้อยละ 91.7 ค่าความจำเพาะร้อยละ 90.8 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 90.9 ความซุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเพศชายร้อยละ 6.5 สำหรับเพศหญิงมีจุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวได้ร้อยละ 86.0 ค่าความจำเพาะร้อยละ 88.9 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 88.7 ความซุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเพศหญิงร้อยละ 8.7

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ PCU 4 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.2 มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.5 มีอายุอยู่ในช่วง 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.4 อายุเฉลี่ย 55.74 (S.D. 15.65) อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 95 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.7 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 9.9 ผลการศึกษาค้นนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ที่ได้ทำการศึกษารื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านท่ามะเดื่อและบ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วง 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.9 อายุเฉลี่ย 50.81 (S.D.16.96) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.0 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นการศึกษาในประชากรของจังหวัดขอนแก่นเช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะมีที่อยู่อาศัยต่างอำเภอกัน แต่ก็มิมีบริบท วัฒนธรรม ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากร คล้ายคลึงกัน

2. ผลการศึกษาข้อคำถามในแบบคัดกรองและการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ

เมื่อพิจารณาคำถามจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 6 ข้อที่ได้จากการศึกษาคำถามครั้งนี้ พบว่า คำถาม ส่วนใหญ่มีคำถามใกล้เคียงกับหลายการศึกษา เช่น เครื่องชี้วัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) เครื่องมือคัดกรองอาการซึมเศร้าเบื้องต้นของ Waguih (1996) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung (2008) โดยจะมีเนื้อหาในคำถามคล้ายคลึงกัน แต่อาจจะแตกต่างกันบ้างในประเด็น คำถามที่มีมากกว่าแบบคัดกรองฉบับนี้ในเรื่องเพศสัมพันธ์ และกลุ่มอาการทางกายซึ่งมีข้อคำถามมากกว่าแบบคัดกรองนี้ นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างกันในเรื่องวิธีการแปลผลของเครื่องมือจากต่างประเทศ พบว่าเป็นการแปลผลโดยใช้วิธีการกำหนดเกณฑ์การแปลผลออกเป็นระดับของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ปกติหรือไม่เป็นโรคซึมเศร้าจนถึงเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก แต่แบบคัดกรองฉบับนี้ใช้วิธีการแปลผล โดยใช้ค่าจุดตัดที่เหมาะสมซึ่งเป็นการพัฒนาในรูปแบบของ screening test โดยแปลผลว่าเป็นคนปกติหรือเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และเมื่อพิจารณาคำถามจากแบบคัดกรองนี้กับเครื่องมือของประเทศไทย เช่น การศึกษาของดวงใจ กษานติกุล และคณะ (2540) ใช้ชื่อว่าแบบสอบถาม แบบวัด หรือตอบด้วยตนเอง (self report) เพื่อตรวจหาความเครียดหรือโรคซึมเศร้า มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2542) ได้พัฒนาแบบสอบถาม Thai Depression Inventory โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และการศึกษาของสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2549) ได้ศึกษาการวัดความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตในชุมชนประเทศไทย ซึ่งในแบบคัดกรองนี้มีอาการโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ทั้งหมด 12 ข้อ ทั้ง 3 การศึกษาพบว่าคำถามส่วนใหญ่มีเนื้อหาในการถามใกล้เคียงกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับนี้ แต่อาจจะแตกต่างกันบ้างในประเด็นของบางคำถามที่แบบคัดกรองฉบับนี้ไม่มี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแบบคัดกรองฉบับนี้ได้พัฒนามาจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเดิมที่เคยทำการศึกษาไว้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546) และมีการนำไปใช้กับหน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU และสถานเอนามัย ตามโครงการการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้นำเครื่องมือฉบับปี 2546 ไปใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งในขณะนั้นมีจำนวน 15 ข้อ จนกระทั่งถึงปี 2550 โดยมีเสียงตอบรับว่าเป็นเครื่องมือที่สะดวก และง่ายในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน แต่ความต้องการในกลุ่มผู้ใช้ (user) ต้องการให้ลดข้อคำถามให้น้อยลงกว่าเดิม แต่ให้คงเนื้อหาและตัวเลือกในคำตอบให้คล้ายคลึงฉบับเดิม จึงทำการศึกษาลดข้อคำถามเหลือเพียง 6 ข้อ จึงทำให้มีคำถามน้อยกว่าแบบคัดกรองฉบับอื่นๆ เพราะการศึกษานี้เป็นการศึกษาต่อยอดของเครื่องมือฉบับเดิมและมีการนำไปใช้ ครั้งนี้จึงเป็นการพัฒนาเครื่องมือเป็นครั้งที่ 2

เมื่อพิจารณาคำถามจากแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะพบว่ามีคำถามคล้ายคลึงกับเครื่องมือในการประเมินทางคลินิกของโรคทางจิตเวช หรือ SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1999) และมีคำถามบางข้อคล้ายคลึงกับเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช หรือ M.I.N.I

ฉบับภาษาไทย (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2548) ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เครื่องมือทั้ง 2 ฉบับมา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ด้วย เมื่อพิจารณาค่าจุดตัดที่เหมาะสมจาก การศึกษานี้ซึ่งอยู่ที่ 1 คะแนนขึ้นไป ผลการศึกษาที่ได้ใกล้เคียงกับแบบประเมินของ กรมสุขภาพจิต (2545) โดยมีการแปลความหมายว่า ถ้าตอบว่ามีในข้อ 1 หรือ ข้อ 2 หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงมี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับการช่วยเหลือทันที

3. ความสุขของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เมื่อพิจารณาค่าความสุขของภาวะซึมเศร้าที่ได้จากการศึกษา ร้อยละ 10.4 ซึ่งใกล้เคียงกับ การศึกษาของทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ที่ศึกษาความสุขของภาวะซึมเศร้าจากการศึกษา ณ บ้านท่ามะเดื่อและบ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบความสุขของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.7 นอกจากนี้ยังใกล้เคียงกับดวงใจ กสานครกุล (2536) ได้รายงานว่ารโรคซึมเศร้ารุนแรง ที่มีอาการซึมเศร้านานอย่างน้อย 2 สัปดาห์มีความสุขชั่วชีวิตในอัตราร้อยละ 3-25 ของประชากร หรือเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 10-15 ส่วนโรคประสาทซึมเศร้าซึ่งอาการไม่รุนแรงแต่เรื้อรังไม่น้อยกว่า 2 ปี มีความสุขช่วง 1 ปี ในอัตราร้อยละ 4.5-5.0 ของประชากร สำหรับความสุขของความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 8.2 ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุริยาชินวงศ์ และคณะ (2550) ที่ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในเขต รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านกุง ตำบลกุง กิ่งอำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความสุข ของผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองร้อยละ 11.8

ในการศึกษาครั้งนี้อาจจะมีจุดอ่อนในเรื่องการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือในชุมชน ที่ควรศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั่วทุกภาคของประเทศไทย แต่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ จึงศึกษา เฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น และจุดอ่อนอีกประการหนึ่งคือเครื่องมือฉบับนี้สร้างขึ้น มา เพื่อเน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถทำนายความ รุนแรงของภาวะซึมเศร้าหรือระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการนำแบบคัดกรองฉบับนี้ไปใช้ บุคลากรสาธารณสุขควรดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษารายละเอียดในการถามในแต่ละข้อคำถาม และวิธีการแปลผล เนื่องจาก เครื่องมือนี้เป็นการถามถึงความรู้สึก ความคิดของผู้รับบริการที่ต้องการคัดกรองในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบันขณะสัมภาษณ์ จากการใช้แบบคัดกรองนี้ในทางปฏิบัติจริงเฉพาะในส่วน ของแบบคัดกรองใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที และเป็นคำถามที่ง่ายต่อการเข้าใจ

1.2 แบบคัดกรองนี้จะได้ผลตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ขึ้นกับผู้ตอบว่าตอบด้วยความ จริงใจ ไม่ปิดบังตนเอง การจะได้ถึงคำตอบที่แท้จริง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สัมภาษณ์กับ ผู้รับบริการให้เกิดความไว้วางใจจะช่วยให้ได้คำตอบและการแปลผลตรงตามจริง

1.3 การชี้แจงรายละเอียดก่อนการสัมภาษณ์ ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการใช้แบบคัดกรองให้ผู้รับบริการทราบว่า ต่อไปนี้จะสอบถามถึงความรู้สึกนึกคิด และอาการของผู้รับบริการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันว่ามีความรู้สึกนึกคิดเหล่านี้หรือไม่ และขอให้ตอบตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด ทั้งนี้ผลของคำตอบที่ได้รับจะช่วยให้ผู้รับบริการทราบว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ จะได้ให้การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญ และร่วมมือในการตอบคำถาม

1.4 ผู้รับบริการที่สามารถอ่านหนังสือเองได้ ก็สามารถตอบด้วยตนเองได้ เพราะเครื่องมือฉบับนี้เป็นการให้ผู้รับบริการประเมินตนเองว่ามีความรู้สึก ความคิด และอาการดังกล่าวหรือไม่

1.5 เนื่องจากเครื่องมือฉบับนี้เป็นแบบคัดกรอง 2 เรื่องรวมกัน ฉะนั้น การแปลผลมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 ถ้าตอบว่ามีในข้อใดเท่ากับ 1 คะแนน ไม่มีเท่ากับ 0 คะแนน

1.5.2 รวมคะแนนของทุกข้อโดยข้อ 1-6 ถ้าคะแนนรวมได้ 3 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ควรส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษา ณ หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน และส่งต่อหน่วยงานที่เหนือกว่าในกรณีที่มีอาการรุนแรง

1.5.3 สำหรับข้อ 7-8 ถ้ารวมคะแนนได้ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือเช่นเดียวกับ 1.5.2

2. ในการนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้คัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน ต้องมีการประชุมชี้แจงการใช้เครื่องมือ และการฝึกทักษะการเก็บข้อมูลให้เข้าใจตรงกัน จึงสามารถนำไปใช้อย่างเข้าใจ และช่วยคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือ บำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

3. นำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ทดแทนแบบคัดกรองฉบับเดิมในการดำเนินงานโครงการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ศึกษาระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงต่อไป

2. ศึกษาความตรงในการทำนาย (Predictive validity) ว่าผู้ที่ผลการคัดกรองพบว่าอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อส่งต่อพบแพทย์เพื่อบำบัดรักษา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชอะไรบ้าง ทั้งนี้ การศึกษานี้ต้องดำเนินการภายใต้การดูแลช่วยเหลือที่มีคุณภาพและไม่ขัดต่อจริยธรรมของนักวิจัย

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. กรุงเทพฯ : การศาสนา; 2538.
- _____. แบบคัดกรองโรคทางจิตเวช. นนทบุรี : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2545.
- เกียรติชัย ภูมิปัญญา และสมิตร สุตรา. การทดสอบพิเศษ (Diagnostic Test). ใน : หน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์, บรรณาธิการ. การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องสถิติชีวภาพ. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ม.ป.ป..
- จันทิมา องค์โมษิต ไกรฤกษ์. จิตบำบัดในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540;42(3):150-55.
- เจริญ แจ่มแจ้ง และพนมศรี เสาร์สาร. การสำรวจภาวะการฆ่าตัวตายของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยพยาบาลจิตเวช. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2540;28(1):1-16.
- ณรงค์ สุภัทรพันธ์. โรคซึมเศร้า คำถามที่คุณมี คำตอบที่คุณต้องการ. กรุงเทพฯ : หน้าต่างสู่โลกกว้าง; 2543.
- ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน : เกษม ต้นดินลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536.
- ดวงใจ กสานติกุล และคณะ. แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย. Journal Medical Association Thai 2540;80(10):647-57.
- ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้า รักษาหายได้. กรุงเทพฯ : อักษรการพิมพ์; 2542.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง : การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545 ; 10 (2) : 77-88.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลชนะพงศ์พันธ์ และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์; 2546.
- _____. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2546.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, วชิณี หัตถพนม และคณะ. การศึกษาผลการบำบัด รักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์; 2547.
- _____. การศึกษาผลการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกในเขต 6. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์; 2548.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539;41(1):3-17.

- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี และสมพร เติร์มชัยศรี. คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2533;21(2):25-45.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3, วันที่ 25-27 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์, กรุงเทพมหานคร; 2547.
- พันธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์. แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย (ปรับปรุง ปี 2550). (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2550.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;12(3):177-88.
- มณี ภิญญพรพาณิชย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ณภัทร เพชรวีรวงศ์. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหออายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546;48(3):147-55.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน : มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : แสงศิลป์; 2542.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์; 2539.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539;41(4):235-46.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. การพัฒนาแบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. การประชุมประจำปีราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 25. 20-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2540 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคม กรุงเทพมหานคร; 2540.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน : มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2544.
- วิไล คุปต์นิรติชัยกุล และพนม เกตุมาน. การศึกษาแบบวัดภาวะซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D) ในคนไทย. สารศิริราช 2540;49(5):566-73.
- วีระ ชูรุจิพร. วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2542; 7(3):176-79.

- วีรวุฒิ เอกกมลกุล. การรักษาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2537.
- สุกมล วิภาวีพลกุล. การช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา; 2543.
- สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น : ศิริภรณ์ออฟเซต; 2542.
- สุริยา ชินวงศ์ และอนงค์ลักษณ์ ปราศจาก. ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชน ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านทุ่ง ตำบลทุ่ง กิ่งอำเภอดิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6, วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550 ณ โรงแรมปรีซ์พาเลซ, กรุงเทพมหานคร; 2550.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2545.
- สุวัฒน์ มหัตถินันดรกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และปริทรรศน์ ศิลปกิจ. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2543; 8(2):110-23.
- สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, พูนศรี รังษิณี, นิรมล พัจจนสุนทร และคณะ. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(4):330-48.
- สมภพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว; 2543.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. ความเศร้าและพฤติกรรมการพยาบาล : รายงานผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2526; 1(1):101-18.
- โสธรณี โหราสุทธิ, ศิริพงษ์ โพธิ์ศักดิ์ และแจ๊ค แกนเดอร์. Thai Version of the Beck Depression Inventory (BDI). วารสารสวนปรุง 2540; 13 (1) : 22-28.
- สรวิทย์ สังข์ศรี, พิมพ์ภากรณ์ สังข์ศรี, สุวรรณี เรืองเดช. การศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ : กรณีศึกษา. นครราชสีมา : โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา; 2540.
- อนุรักษ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภคณพิน กิตติรักษนนท์ และคณะ. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(4):335-43.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42(1):2-13.
- อัมพร โอตระกูล, ชรินทร์ เจริญกุล, ชูชัย สมितिไกร และคณะ. การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4thed. Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association; 2000.
- Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. 3rd ed . Germany : Blackwell; 1994.
- Barklage NE. Evaluation and management of the suicidal patient. *Emergency Care Quarterly*. 1991;7:9-17.
- Beck AT, Ward CH, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4: 561-71.
- Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*. 1984; 40: 1365-7.
- Carson V, & Arnold E. Mental health nursing the nurse-patient journey. Philadelphia : W.B. Saunders; 1996.
- Dobson K S (Ed). Handbook of cognitive-behavioral therapies. London : Hutchison; 1988.
- Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH. Health and disability costs of depressive illness in a major U.S. corporation. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(8):1274-8.
- Green JA. Anxiety and anxiety disorders. In : Johnson BS. (Ed). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: J.B.Lippincott; 1993.
- Hirschfeld RM, Klerman GL, Andreasen NC, Clayton PJ, Keller MB. Situational major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 42:1109-14.
- Kebede D, Alem A, Deyassa N, Shibre T, Negash A, Beyero T. Socio-demographic correlates of depressive disorder in Butajira, rural Ethiopia. *Cent Afr J Med*. 2003; 49:7-8.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095-105.
- Quinn, B. The depression sourcebook. 2nd ed. Los Angeles : Lowell House; 2000.
- Regier D, Burke J. Quantitative and experimental methods in psychiatry. In : Kaplan and Sadock,eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*/VI. Vol 1. 6th ed. Baltimore : Williams and Wilkins; 1995.
- Reus VI. Mood disorders. In : Goldman HH, ed. *Review of general psychiatry*. 5th ed. Baltimore : McGraw-Hill; 2000.
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins; 1989.

- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins; 2000.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/ clinical psychiatry. 9th ed. Baltimore : Williams and Wilkins; 2003.
- Salmans S. Depression : questions you have - answers you need. New York : Windows on the World Pub; 1995.
- Waguih WI. Depression Screening Test (DST). 1996. Available from: http://webedulab.org/pc/online_st.htm. Accessed October 1, 2008.
- World Health Organization. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry version 2.1 : Glossary. Geneva:WHO; 1999.
- Zung. Zung Depression Inventory. Available from: <http://j.brandler.home.att.net/zung.htm>. Accessed October 1, 2008.

- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins; 2000.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/ clinical psychiatry. 9th ed. Baltimore : Williams and Wilkins; 2003.
- Salmans S. Depression : questions you have - answers you need. New York : Windows on the World Pub; 1995.
- Waguih WI. Depression Screening Test (DST). 1996. Available from: http://webedulab.org/pc/online_st.htm. Accessed October 1, 2008.
- World Health Organization. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry version 2.1 : Glossary. Geneva:WHO; 1999.
- Zung. Zung Depression Inventory. Available from: <http://j.brandler.home.att.net/zung.htm>. Accessed October 1, 2008.

ภาคผนวก

ประวัติผู้วิจัย

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

รายชื่อผู้เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม

ประวัติผู้ทำการวิจัย

1. น.พ.ทวิ ตั้งเสรี

1.1 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.2 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถ.ชาตะมุนี อ.เมือง
จ.ขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-81975-0135 โทรสาร 0-4322-7422

1.3 ประวัติการศึกษา

1.3.1 พ.ศ. 2523 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

1.3.2 พ.ศ. 2529 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบ

วิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพริย

1.4 ผลงานวิชาการที่ได้รับเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

1.4.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 5 เรื่อง

1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตใน
ชุมชน ในการประชุมวิชาการ นานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่นในการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
ปี 2548 ตีพิมพ์วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปี 49 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2547 หน้า 227-290

2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546)
ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตในชุมชนในการประชุมวิชาการ
นานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

3) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6
(2546)

- ได้รับรางวัลที่ 3 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตใน
ชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546 ตีพิมพ์ในวารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 49 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2547 หน้า 223-230

4) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกใน
เขต 6

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในการประชุมวิชาการ
นานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547

5) การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ด้อยซึ่งได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในวโรกาส
ฉลองวันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

- ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านสุขภาพจิตกับภัยพิบัติในการประชุมวิชาการนานาชาติ
ครั้งที่ 4 ปี 2548

1.4.2 ผู้วิจัยหลัก 2 เรื่อง

- 1) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547)
- 2) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี
- 3) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2008) (2551)

2. รศ.พ.ญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

- 2.1 ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ระดับ 9
- 2.2 สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 2.3 ประวัติการศึกษา
 - 2.3.1 พ.ศ. 2525 แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 2.3.2 พ.ศ. 2529 วุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 - 2.3.3 พ.ศ. 2534 Master of Health Science in Clinical Science Gadjah Mada University Indonesia
- 2.4 หัวหน้าโครงการวิจัย
 - 2.4.1 การใช้ยา Fluoxetine ในการรักษาผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า
 - 2.4.2 ปัญหาจิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์
 - 2.4.3 แบบสัมภาษณ์สุขภาพจิตในการสอบคัดเลือกเพื่อเป็นนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 2.4.4 A prospective, randomized, multicenter, double-blind, flexible dose, parallel-group study to determine the antipsychotic effect of loperidone (dose range 4 -16 mg/day , given b.i.d.) as compared with Haloperidol (dose range 5 – 20mg/day,given b.i.d.) and to determine the safety of loperidone in schizophrenic patients
 - 2.4.5 การหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำในคนไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 - 2.4.6 การศึกษาประสิทธิผลการรักษาอาการสุราด้วย Diazepam ชนิดกิน โดยวิธี Front loading regimen เปรียบเทียบกับ Fixed dose regimen

3. รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล

- 3.1 ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ระดับ 9
- 3.2 สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 3.3 ประวัติการศึกษา
 - 3.3.1 พ.ศ. 2513 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (อาชีวอนามัย) จากมหาวิทยาลัยมหิดล

3.3.2 พ.ศ. 2522 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (ชีวสถิติ) จากมหาวิทยาลัยมหิดล

3.3.3 พ.ศ. 2529 M.Sc. (Clinical Epidemiology) จาก McMaster University, Canada

3.4 ผลงานวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)

1) Tatsanavivat P, Klungboonkrong V, Chirawatkul A, Bhuripanyo K, Monmontri A, Chitanondh H, and Yipintsui T. Prevalence of coronary heart disease and major cardiovascular risk factors in Thailand. Int. J. Epidemiol. 1998; 27 : 405-409.

2) Jitapunkul S, NaSongkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, and Buasai S. Falls and their associated factors : a national survey of the Thai elderly, J Med Assoc Thai. 1998; 81(4) : 233-241.

3) Jitapunkul S, NaSongkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, and Buasai S. Factors associated with state hospital utilization among Thai elderly who had illness which needed hospitalisation. J Med Assoc Thai. 1998; 81(9) : 658-663.

4) Jitapunkul S, NaSongkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y and Buasai S. A national survey of health services utilization during illness and its determinants among Thai elderly; 1998.

5) Jitapunkul S, NaSongkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Chopapawan C, Kachondham Y, and Buasai S. A national survey of health-service use in Thai elderly. age and ageing. 1999; 28 : 67-71.

4. รศ.น.พ.ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ

4.1 ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ระดับ 9

4.2 สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

4.3 ประวัติการศึกษา

4.3.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2531

4.3.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา จิตเวชศาสตร์ พ.ศ. 2535

4.3.3 ประกาศนียบัตรการอบรม Non-invasive brain stimulation Harvard University, Boston, U.S.A. พ.ศ.2549

4.4 ผลงานวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปี)

4.4.1 ความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์ WHO Schedules for Clinical

Assessment in Neuropsychiatry version 2.1 ภาษาไทย หมวดโรคซึมเศร้า. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2549

4.4.2 Meditation therapy for anxiety disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD004998. 16437509 .

4.4.3 ความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์ WHO Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry version 2.1 ภาษาไทยหมวดโรคจิตก้ำกึ่ง จดหมายเหตุทางแพทย์ 2550

5. พ.ญ.กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล

5.1 ตำแหน่ง นายแพทย์ 7

5.2 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

5.3 ประวัติการศึกษา

5.3.1 พ.ศ. 2534 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5.3.2 พ.ศ. 2538 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

5.4 ผลงานวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปี)

5.4.1 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)

5.4.2 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546)

5.4.3 การศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (2546)

5.4.4 การศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกในเขต 6 (2547)

6. น.พ.วรสรรพ ปรัชญคุปต์

6.1 ตำแหน่ง นายแพทย์ 8

6.2 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

6.3 ประวัติการศึกษา

6.3.1 พ.ศ.2542 แพทยศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

6.3.2 พ.ศ. 2548 อนุมัติบัตรวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน แพทยสภา

6.3.3 พ.ศ. 2549 อนุมัติบัตรวิชาชีพเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์ แพทยสภา

6.4 ผลงานวิชาการที่ได้รับเผยแพร่ (ภายใน 5 ปี)

6.4.1 การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการรายใหม่ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2549)

6.4.2 การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น (2550)

6.4.3 ขนาดของยาโคลซาปีนสุดท้ายที่ใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (2550)

7. น.พ.อาทิตย์ เล่าสูงังกูร

7.1 ตำแหน่ง นายแพทย์ 6

7.2 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

7.3 ประวัติการศึกษา

7.3.1 พ.ศ. 2546 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

7.3.2 พ.ศ. 2549 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

8. น.พ.ศักรินทร์ แก้วเข้า

8.1 ตำแหน่ง นายแพทย์ 6

8.2 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

8.3 ประวัติการศึกษา

8.3.1 พ.ศ. 2547 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

8.3.2 พ.ศ. 2551 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ จากแพทยสภา

9. นพ.อภิชัย มงคล

9.1 ตำแหน่ง นายแพทย์ 9 รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

9.2 สถานที่ทำงาน กรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

9.3 ประวัติการศึกษา

9.3.1 พ.ศ. 2522 แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

9.3.2 พ.ศ. 2526 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง

9.3.3 พ.ศ. 2548 รัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

9.4 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

9.4.1 การศึกษาด้านนี้ชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน (2546) ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติปีงบประมาณ 2542 และตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 50 ฉบับที่ 1-2 พ.ศ. 2548 หน้า 3-18

9.4.2 การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547) ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546 ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546 และตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่ 50 ฉบับที่ 3-4 พ.ศ. 2548 หน้า 71-92

9.4.3 การสำรวจความสุขคนไทย ปี พ.ศ. 2548 ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2548

9.4.4 โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคมและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชนในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต นานาชาติ ครั้งที่ 5 ปี 2549

9.4.5 ผู้วิจัยหลัก 1 เรื่องได้แก่การดำเนินการจัดหาพัสดุโดยวิธีประมูลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Auction) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ : กรณีศึกษา (2546)

10. นางวัชณี หัตถพนม

10.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 8วช.

10.2 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

10.3 ประวัติการศึกษา

10.3.1 พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

10.3.2 พ.ศ. 2532 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

10.3.3 พ.ศ. 2550 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

10.4 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)

10.4.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 5 เรื่อง

1) พิธีโล่มีปอบในช่วงการประชุม APEC: ผลการช่วยเหลือภาวะวิกฤตชุมชน

- ได้รับรางวัล ผลงานวิชาการดีเด่นในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข

ปี พ.ศ. 2546

- ตีพิมพ์วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2549

หน้า 142-149

2) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในชุมชน (2547)

- ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2550) หน้า 24-35

3) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2550 หน้า 390-401

4) ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

5) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

10.4.2 ผู้ร่วมวิจัย จำนวน 14 เรื่อง

1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่นในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2548

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 49 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2547 หน้า 227-290

2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

3) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6

4) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 50 ฉบับที่ 1-2 พ.ศ. 2548 หน้า 3-18

5) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 50 ฉบับที่ 3-4 พ.ศ. 2548 หน้า 71-92

6) การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547

7) รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2549 หน้า 114-123

8) การศึกษาสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับพระราชทานอภัยโทษเนื่องในโอกาสฉลองวันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547

- ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 4 ปี 2548

9) โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคม และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและอุดรธานี

- ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการพัฒนางานจิตเวชในชุมชน ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 ปี 2549

10) การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง

11) การสำรวจความสุขคนไทย ปี 2548

12) การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะและคุณภาพจิตคนไทย (2550)

13) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ และคุณภาพจิตคนไทย (2551)

14) การรับรู้และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านในภาคอีสาน ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2551 หน้า 229-241

11. นางไพลิน ปรัชญคุปต์

11.1 ตำแหน่งปัจจุบัน นักสังคมสงเคราะห์ 7

11.2 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

11.3 ประวัติการศึกษา

11.3.1 พ.ศ. 2539 สังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

11.3.2 พ.ศ. 2547 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

11.4 ผลงานวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่

11.4.1 พ.ศ. 2546 หลักประกันสุขภาพกับการให้บริการสงเคราะห์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กรณีศึกษา ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

11.4.2 พ.ศ. 2547 การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

11.4.3 พ.ศ. 2548 การศึกษาความเครียดของสตรีที่มีปัญหาคู่สมรสนอกใจ

11.4.4 พ.ศ. 2551 การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบครบวงจร

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไป

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม () 1. ผู้รับบริการ () 2.ญาติผู้ป่วย () 3. ประชาชนทั่วไป
2. ชื่อ - สกุล
3. ที่อยู่ โทรศัพท์
4. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
5. อายุ ปี
6. การศึกษา () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา
() 4. ต่ำกว่าปริญญาตรี () 5. ปริญญาตรี () 6. อื่นๆ ระบุ
7. อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ)
() 1. เกษตรกรรม () 2. รับจ้าง () 3. ค้าขาย
() 4. รับราชการ () 5.ว่างงาน () 6. อื่นๆ ระบุ
8. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่อยู่ด้วย () 3. คู่แยกกันอยู่ () 4. หม้าย () 5. หย่า/ร้าง
9. ในช่วง 1 เดือนนี้หรือก่อนหน้านี้อ่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)
() 1. ไม่มี () 2. มี (ถ้ามีตอบคำถามข้อ 10 ด้วย)
10. โรคที่ท่านมีปัญหาตอบได้มากกว่า 1 ข้อ () 1. ความดันโลหิตสูง () 2. โรคปอดหรือหลอดลม () 3. โรคหัวใจ
() 4. โรคกระดูกและข้อ () 5. เนื้องอก () 6. เบาหวาน () 7. อัมพาต
() 8. โรคทางจิตเวช () 9. โรคกระเพาะ () 10. อื่นๆ ระบุ
11. ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า
12. ในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้อ่านเคยทำร้ายตัวเองหรือไม่ () 1. ไม่เคย () 2. เคย (ถ้าเคยตอบคำถามข้อ 13 ด้วย)
13. จำนวนครั้งที่ทำร้ายตัวเอง.....ครั้ง วิธีการ.....
สถานที่..... เวลา.....

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ท่านเลือกว่าตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกจริงของท่านมากที่สุด โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการและความรู้สึกนึกคิดดังต่อไปนี้หรือไม่	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้(เกือบตลอดทั้งวัน)	☐	☐
2. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก	☐	☐
3. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่ชอบและเคยทำ	☐	☐
4. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ	☐	☐
5. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง	☐	☐
6. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท	☐	☐
7. รู้สึกสิ้นหวัง เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	☐	☐
8. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	☐	☐

การแปลผล

1. ถ้าตอบคำถามว่า มี เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน
2. คำถามข้อ 1-6 เป็นคำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ถ้าตอบว่า "มี" ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หรือ 3 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการปรึกษาหรือพบแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา
3. คำถามข้อ 7-8 เป็นคำถามของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าตอบว่า "มี" ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป หรือ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการปรึกษาหรือพบแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา



เอกสารหมายเลข ๑๒/๒๕๕๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)
กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กรมสุขภาพจิต ขอรับรองว่า

โครงการวิจัยเรื่อง
“การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย”

ดำเนินการวิจัยโดย
นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี (ผู้วิจัยหลัก)

ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิด
อันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่
วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้จนถึงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๑

หนังสือออกวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๐

(นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)
กรมสุขภาพจิต

รายชื่อผู้เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม
การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. ผู้นิเทศงานการเก็บข้อมูล

1.1	นางวัชนี	หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพ 8
1.2	นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ 7

2. จิตแพทย์

2.1	น.พ.ทวี	ตั้งเสรี	ผู้อำนวยการ
2.2	พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	นายแพทย์ 7
2.3	น.พ.วรสรรพ	ปรัชญคุปต์	นายแพทย์ 8
2.4	น.พ.อาทิตย์	เล่าสูงกูร	นายแพทย์ 6
2.5	น.พ.ศักรินทร์	แก้วเข้า	นายแพทย์ 7

3. พยาบาล

3.1	นายวิรัช	สุดจันทร์ฮาม	พยาบาลวิชาชีพ 7
3.2	นายพรดุษิต	คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพ 7
3.3	นางประกายดาว	โคมโสภา	พยาบาลวิชาชีพ 7
3.4	น.ส.เอมหทัย	ศรีจันทร์หล้า	พยาบาลวิชาชีพ 7
3.5	นางเตือนจิต	ศรีพุทธา	พยาบาลวิชาชีพ 7
3.6	นางจุรีพร	คำสอน	พยาบาลวิชาชีพ 7
3.7	นางนิตยา	งามคุณ	พยาบาลวิชาชีพ 7
3.8	นางประภาสิน	มงคลศรี	พยาบาลวิชาชีพ 7
3.9	น.ส.นุจรินทร์	บัวละคร	พยาบาลวิชาชีพ 6
3.10	นางสาคร	บุบผาเข้า	พยาบาลวิชาชีพ 6
3.11	น.ส.ศรัณพร	มรกตศรีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ 6
3.12	นางวัชรวิทย์	เสาร์แก้ว	พยาบาลวิชาชีพ 6
3.13	นางพิสมัย	คุณาวัดน์	พยาบาลวิชาชีพ 6
3.14	น.ส.ผอุนรัตน์	กลางมณี	พยาบาลวิชาชีพ 6
3.15	นายธีรยุทธ	ยอดสง่า	พยาบาลวิชาชีพ 6
3.16	นายคมสันต์	น้อยเส้น	พยาบาลเทคนิค 6

4. นักสังคมสงเคราะห์

- | | | | |
|-----|-------------|-------------|---------------------|
| 4.1 | น.ส.ปรารถนา | รัตนนิรวรรณ | นักสังคมสงเคราะห์ 3 |
| 4.2 | นางสุพาดิณี | ภูหนงอโง | นักสังคมสงเคราะห์ |
| 4.3 | นางภัทรวรรณ | เทียบกว้าง | นักสังคมสงเคราะห์ |

DATE DUE

[illegible]