

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

**The prevalence of depression in Inmates
of The KhonKaen Central Prison**

โดย

ไพลิน ปรัชญคุปต์

ธนิต โคตมะ

พิสมัย คุณาวัฒน์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

มกราคม 2551



ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

**The prevalence of depression in Inmates
of The KhonKaen Central Prison**

โดย

ไพลิน ปรัชญคุปต์

ธนิต โคตมะ

พิสมัย คุณาวัดน์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

มกราคม 2551

เลขที่.....	001013
วันที่.....	4 มี.ค. 2551
เลขเรียก.....	ร.ก. ๗๗171
.....	๗๙๗๑ ๘๘๕1

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของทวิ ดั้งเสรี และคณะ (2546) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ chi-square test และ odd ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.0 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ($OR = 2.667$, $95\% CI = 1.562-4.551$, $p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 14.0 ($OR = 12.202$, $95\% CI = 4.826-30.855$, $p\text{-value} < 0.05$)

สรุปผลการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น มีร้อยละ 36.0 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ด้วยอัตราความเสี่ยงเท่ากับ 2.667 เท่า และพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงเท่ากับ 12.202 ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในประชากรทุกกลุ่ม หากบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆสามารถประเมินและคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และลดโอกาสของการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังต่อไป

Abstract

Objective : To study the prevalence of depression and factors associated with depression of inmates in the KhonKaen Central Prison.

Method : The sample consisted of 250 case from inmates in the KhonKaen Central Prison. The Depression Screening Test and Suicidal Risk Screening Test Developed by Tavee Tangseree (2003) were used to as means of data collection. Data was statistically analyzed in terms of frequency distribution, percentages, means standard deviation, chi-square test and odd ratio.

Results : The study revealed that 36.0% of the sample was suffering from depression. More female subjects had depression compared with male subjects. (OR=2.667, 95%CI=1.562-4.551, p-value < 0.05). Factors that significantly associated with depression (p-value < 0.05) were female sex, age, educational level, health status and psychosocial stress. Subject who had depression were at higher risk of suicide than non-depressed subjects (OR = 12.202, 95%CI 4.826-30.855, p-value < 0.05) .

Conclusion : The prevalence rate of depression among inmates was 36.0%. Factor that significantly associated with depression were female sex, age, educational level, health status and psychosocial stress. The prevalence rate of depression and suicide risk among inmate in KhonKaen were higher than the prevalence rate among general population. Knowledge about factors associated with mental health problem of inmate may help improve services for those in risk group.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นฉบับนี้สำเร็จ
ลุล่วงด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคลากรดังต่อไปนี้ นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้การสนับสนุนการดำเนินการทำ
วิจัย ตลอดจนให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ

ในการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามได้รับความอนุเคราะห์จากนายสุรัชย์ พุ่มแก้ว ผู้บัญชาการ
เรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น นางสุเพ็ญ ทองนาอะ นักสังคมสงเคราะห์ 7 นางสาวกิตติยา กุดกง
นักจิตวิทยา 5 ตลอดจนเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ
สนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เสียสละเวลาและ
ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลจนทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี
และขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานครั้งนี้ผ่าน
ไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ไพลิน ปรัชญคุปต์

มกราคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	จ
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำจำกัดความ	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	5
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	26
รูปแบบของการวิจัย	26
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	26
การเก็บรวบรวมข้อมูล	27
การวิเคราะห์ข้อมูล	27
บทที่ 4 ผลการวิจัย	28
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	37
บรรณานุกรม	41
ภาคผนวก	45

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ล้วนมีผลต่อมนุษย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตที่ปัจจุบันกลายเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศและระดับโลกไปแล้ว สอดคล้องกับการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรในโลก อย่างน้อย 40 ล้านคน กำลังเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง และมีจำนวนร้อยละไม่แตกต่างกันคือร้อยละ 1 ของจำนวนประชากร ไม่ว่าจะเป็นอเมริกา รัสเซีย จีน รวมทั้งประเทศไทยซึ่งมีรายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากรายงานกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548-2549 พบว่าผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2548 จำนวน 959,885 ราย เป็น 965,150 ราย ในปี 2549 (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2549) โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าซึ่งองค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอันดับหนึ่งคู่กับโรคหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้ เนื่องมาจากปัจจัยทางสังคม เช่น การไม่มีทางเลือก การขาดกำลังใจ การสูญเสียชีวิตจะทำให้เกิดความสิ้นหวังจนเกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงตามมาได้ (วีระ ชูรุจิพร, 2542) ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้านอกจากจะส่งผลในด้านจิตใจหรือความรู้สึกแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ลดความสามารถของบุคคลในการคิดและการปฏิบัติงานลง ยังพบว่า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่เป็นอันตรายและน่าเป็นห่วงมากที่สุดคือการฆ่าตัวตาย เนื่องจากร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย (Kapla & Sadock, 2000) ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Barklage, 1991 อ้างถึงในสมภพ เรืองตระกูล, 2542) ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างน้อยในบางช่วงชีวิต ทำให้เกิดภาระในการดูแลรักษาของคนในครอบครัวตามมา อุบัติการณ์ของโรคร้อยละ 10-25 พบในเพศหญิง และพบในเพศชายเพียงร้อยละ 5-12 (Quinn, 2000 ; Kessler, 2000) คิดเป็นอัตราส่วน 2:1 และอุบัติการณ์นี้ในคนต่างเชื้อชาติ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ หรือสถานภาพสมรส พบได้ไม่แตกต่างกัน จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 59,133 ราย คิดเป็นอัตรา 94.9 ต่อประชากรแสนราย และในปีพ.ศ.2545 พบเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 105,681 ราย คิดเป็นอัตรา 168.28 ต่อประชากรแสนราย (กรมสุขภาพจิต, 2546) แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งประชาชนจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคนี้ โดยที่ผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 ไม่รู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคนี้และไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการ

ฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) หรือแพทย์อาจจะวินิจฉัยผิดว่าเป็นโรคทางกายอื่นๆ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2543) ซึ่งนอกจากประชาชนที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขแล้วยังมีประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกกลุ่มหนึ่งในประเทศไทยคือกลุ่มผู้ต้องขังซึ่งอาจจะยังไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า และขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องได้

ในระยะ 10 ปีมานี้ สถิติผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศสูงขึ้นตามลำดับ และมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วง 2 ปีมานี้ กล่าวคือในปี พ.ศ.2540 มีผู้ต้องขังทั่วประเทศ 130,997 คน คิดเป็น 2 เท่าของจำนวนผู้ต้องขังในปี พ.ศ.2531 ซึ่งมีจำนวน 65,916 คน แต่ในปี พ.ศ.2542 มีผู้ต้องขังทั่วประเทศ 203,702 คน คิดเป็น 1.6 เท่าของผู้ต้องขังในปี พ.ศ.2540 หรือเป็น 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ปีก่อน (กรมราชทัณฑ์, 2548) จากจำนวนผู้ต้องขังที่มีมากขึ้น ในขณะที่จำนวนและขนาดของเรือนจำคงเดิม ทำให้เกิดความแออัด ความคับแคบ ความเครียด และเกิดการกระทบกระทั่ง เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้ง่าย จนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า แยกตัวเองจากสังคม วิดกกังวล ก้าวร้าว หวาดระแวงตามมา (สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2539)

นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ต้องขังถูกส่งตัวเข้าอยู่ในเรือนจำสิ่งที่เกิดขึ้นคือความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์ต่อกฎหมายต่อผู้รักษากฎหมาย ต่อตำรวจ ต่อศาล และเรือนจำ รวมถึงเจ้าหน้าที่ ผู้ต้องขังบางคนจะอยู่ในช่วงของการปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้นกับตน เกิดการต่อรองว่าไม่จริง สิ่งนี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับคนสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นปฏิกิริยาทางด้านจิตใจที่บุคคลยังไม่สามารถยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บางคนถึงขนาดซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากถูกแยกออกจากครอบครัว จากบ้าน ญาติพี่น้อง จากคนที่ตนรัก เพื่อนฝูง จากสังคมภายนอก และอิสรภาพ เกิดความรู้สึกขมขื่นเกลียดชังทุกสิ่งทุกอย่าง ความรู้สึกนี้จะรบกวนอยู่ตลอดเวลา หรือผู้ต้องขังบางคนสามารถเก็บความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้ไว้ได้ แต่บางคนไม่สามารถเก็บความรู้สึกเหล่านี้ไว้ได้ อาจแสดงพฤติกรรมความก้าวร้าวในรูปแบบต่างๆ ออกมาแทน โดยเมื่อเริ่มตั้งแต่ก้าวแรกที่เข้าสู่เรือนจำจะมีเจ้าหน้าที่ค้นสิ่งของที่ตัว การพักผ่อนนอนหลับต้องมาอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งมีความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน เช่น ฐานะทางสังคม การศึกษา อาชีพ อายุ อุปนิสัยใจคอ การแต่งกายตามแบบของเรือนจำ ต้องตัดผมสั้น หรือโกนผมตามระเบียบ โกนหนวดและเครา ตัดเล็บ การกินอยู่ การทำงาน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องเป็นไปตามระเบียบ และข้อบังคับของทางเรือนจำ รวมทั้งพบเล่ห์เหลี่ยม วิธีการเอาตัวรอดจากสถานการณ์ในเรือนจำ ตลอดจนการเผชิญกับความเจ็บปวดจากการถูกจองจำ อันได้แก่ การถูกจำกัดเสรีภาพ อิสรภาพ เครื่องอุปโภคบริโภคและบริการ ซึ่งแตกต่างไปจากสภาพความเป็นอยู่เดิม ทำให้ผู้ต้องขังต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวเป็นอย่างมาก (รัตนภรณ์ อ่อนแก้ว, 2539) สอดคล้องกับรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ต้องขังมีอารมณ์แปรปรวนและเก็บกด ส่งผลกระทบทาง

สังคมทำให้แยกตัวออกจากสังคมภายนอก และทำให้เกิดความเครียด (Yurkovich & Smyer, 2000) ซึ่งเป็นผลกระทบมาจาก การที่ผู้ต้องขังต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เป็นสังคมใหม่ในเรือนจำ มีความแตกต่างจากสภาพแวดล้อมภายนอก ต้องเข้ามาอยู่ในบริเวณที่จำกัด ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติขณะอยู่สังคมภายนอก เช่น การพบปะสังคม มีเสรีภาพที่จะพูด คิด ทำ หรือไปในสถานที่ต่างๆ มาเป็นการต้องอยู่ในกำแพงสี่เหลี่ยมที่มีกฎระเบียบวินัยเคร่งครัด ถูกตัดความสัมพันธ์กับโลกภายนอก การสูญเสียอิสรภาพ รู้สึกถึงความโดดเดี่ยว ความสิ้นหวังในชีวิต ความรู้สึกหวาดระแวง กลัวการถูกทำร้าย ความรู้สึกคับข้องใจ วิตกกังวลอันก่อให้เกิดความเครียด ความกดดันทางจิตใจ การถูกจำกัดความเคลื่อนไหวไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ตามความพอใจ เกิดความขมขื่น ซิงซัง อับอาย มีความกลัวเกรงว่าสังคมจะดูถูกเหยียดหยามไม่ยอมรับ ความรู้สึกอึดอัด ท้อแท้ กลุ้มใจ ห่อเหี่ยว อยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ยังรู้สึกหงุดหงิด กัดดัน และเก็บกด การรับรู้สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตสามารถสรุปได้ 8 ประเด็น คือ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศของเรือนจำ กฎระเบียบของเรือนจำ การฝึกอาชีพของเรือนจำ การรกร่วมเพศ การติดต่อกับครอบครัวญาติพี่น้อง การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ เพื่อนผู้ต้องขังและการถูกทำโทษ (อุทยา นาคเจริญ, 2546) และสิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือการถูกตีตราว่าเป็น “นักโทษ” “คนคุก” “คนขี้คุก” ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการเปลี่ยนแปลงในสถานภาพตนเอง และทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้ต้องขังเป็นไปในทางลบ ถูกตีตราจากสังคม (Social Stigma) ถูกตราบาปว่าเป็นคนชั่ว คนเลว ถูกรังเกียจและไม่ได้รับความไว้วางใจ จึงทำให้ผู้ต้องขังเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนชั่ว คนเลว และขาดความเคารพนับถือตนเอง ท้อถอย หดงำลังใจ เป็นผลทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง เพราะคิดว่าตนเองไร้ค่า ดังนั้นโอกาสที่บุคคลเหล่านี้จะไปกระทำผิดซ้ำจึงเกิดขึ้นได้เพราะไม่เห็นคุณค่าในตนเองสอดคล้องกับ Walz (1993 อ้างถึงใน อัครพรพรณ ขวัญชื่น, 2546) กล่าวว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ฆ่าเสพติดหรือสารเสพติด ก่ออาชญากรรม และโจรกรรมตามมา

ดังนั้น คณะผู้วิจัยในฐานะทีมสหวิชาชีพซึ่งมีหน้าที่ให้การบำบัดรักษา ดูแล ส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่างๆ จึงมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตเพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษา ส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชตั้งแต่ระยะเริ่มต้นก่อนที่จะมีอาการรุนแรงตามมา ตลอดจนการส่งต่อผู้ที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ให้ได้รับการช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อันจะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

คำจำกัดความ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้า ไม่ร่าเริง สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อ่อนเพลีย ขาดแรงจูงใจ จนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) มี Cut off point ที่ 6 คะแนนขึ้นไป

ผู้ต้องขัง หมายถึง ผู้ที่ถูกจองจำอยู่ในเรือนจำกลางขอนแก่น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น ที่ยินดีและพร้อมที่จะให้ข้อมูล ไม่รวมผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 250 ราย ช่วงระหว่างเดือนมีนาคม 2550 ถึงเดือนธันวาคม 2550

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางขอนแก่น
2. ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางขอนแก่น
3. ทราบแนวทางที่จะวางแผนให้การดูแลทางสังคมจิตใจผู้มีภาวะซึมเศร้าแบบองค์รวม
4. นำผลการศึกษาที่ได้ที่ได้มาเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาดูสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขัง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีจากการศึกษาเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 1.4 ระดับของภาวะซึมเศร้า
 - 1.5 อาการของภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 ลักษณะการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้า
 - 1.7 การวินิจฉัยและการรักษาภาวะซึมเศร้า
2. เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2538) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวพันกับการสูญเสีย

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

สรุทธิ สังข์ศรี (2540) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงการที่ไม่สามารถจะรู้สึกถึงความพึงพอใจ ไม่ว่าจะในหนทางใดๆ เช่น ไม่สามารถจะหัวเราะ เมื่อมีเรื่องตลกไม่สามารถยินดี เมื่อมีเรื่องโศกเศร้า ไม่สามารถร่าเริงเหมือนคนอื่นๆ ในกลุ่ม

ดวงใจ กสณติกุล (2542) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หดอารมณ์ สนุกเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีผลต่อน้ำหนักของร่างกาย มีความคิดด้านลบต่อ

ตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม หรือการประกอบอาชีพ ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการดังกล่าวหากมีอาการแย่งจากเดิม อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการและความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก ท้อแท้ หมดหวังเบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าบางคนมีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีผลต่อการดำรงชีวิต

Beck (1967) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของความรู้สึกกระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรมที่แสดงออกที่เปลี่ยนแปลง 5 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 เป็นภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เศร้า โศก เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว ไร้อารมณ์

ประการที่ 2 มีอึดอัดในทางลบ ประกอบด้วย การคิดถึงแต่ตนเองและตำหนิตนเอง

ประการที่ 3 มีความปรารถนาที่ถดถอยและลงโทษตนเอง เช่น ปรารถนาที่จะหนี หลบซ่อนหรือปรารถนาที่จะตาย

ประการที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ

ประการที่ 5 มีการเปลี่ยนแปลงระดับของกิจกรรม เช่น เคลื่อนไหวช้าลงหรือกระวนกระวาย กระสับกระส่าย

Kaplan & Sadock (1989) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 เป็นคำที่ใช้อธิบายถึง ความรู้สึกเสียใจ เมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง

ประการที่ 2 เป็นความหมายทางจิตเวชที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัน บุคคลนั้นจะไม่ตระหนักในตัวเอง และความคิดจะเชิงช้าลง

ประการที่ 3 คำว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกชื่ออาการหรือโรค

Sandra Salmans (1995) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorder หรือ Affective disorder) โดยมีความผิดปกติของอารมณ์เกิดขึ้นและอยู่ยาวนานเป็นเดือนๆ หรือเป็นปี โดยจะมีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติของทั้งความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมและสุขภาพร่างกายไปพร้อมๆ กัน

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (2000) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งเรียกว่า โรคซึมเศร้า (Major Depression) ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมทุกชนิดเกือบทุกวัน น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น (มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 เดือน) หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นเกือบทุกวันนอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติเกือบทุกวัน มีการเคลื่อนไหวมากหรือกระสับกระส่ายโดยผู้ป่วยรู้สึกเองว่ากระวนกระวายหรือช้าลงกว่าเดิม หรือจากคนอื่นสังเกตเห็น อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงเกือบทุกวัน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือรู้สึกผิดมากเกินไป จนอาจถึงขั้นหลงผิด คิดอะไรไม่ออกหรือสมาธิลดลง หรือลังเลใจ เป็นเกือบทุกวัน คิดเรื่องการตายซ้ำๆ (แต่ไม่ใช่แค่กลัวว่าตนเองจะตาย) หรือมีความคิดอยากตายซ้ำๆ หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือวางแผนฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องมีอาการ 5 ข้ออย่างน้อยในช่วง 2 สัปดาห์

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มองตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ บางคนมีความคิดอยากตายและอาจฆ่าตัวตายได้ โดยที่อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุหลายประการขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่เป็นฐาน มีความแตกต่างกันไปดังนี้

1. ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory) สารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ serotonin, norepinephrine และ dopamine โดยพบว่าผู้ป่วยในภาวะซึมเศร้าบางรายมีการทำงานลดลงของสารนำสื่อประสาทดังกล่าว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากปริมาณเมตาโบไลต์ของสารนำสื่อประสาท แต่เนื่องจากระบบการทำงานของสารสื่อประสาทแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและมีการปรับตัวตลอดเวลา การพบการทำงานที่ลดลงจึงเป็นความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยอาจเป็นสาเหตุของภาวะโรคหรือการปรับตัวของร่างกายต่อภาวะซึมเศร้าก็ได้ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระบบ postsynaptic beta-adrenergic และ 5-HT receptors ที่มีการทำงานมากเกินไปในภาวะซึมเศร้า (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยทางด้านพันธุกรรมหรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2543)

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตนเอง (narcissistic personality) เมื่อผิดหวังจะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้าโศกเสียใจกับความโกรธ และเชื่อว่าอาการเศร้าโศกและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสีย อาจจะเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan&Sadock, 1989) เมื่อเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายดังกล่าวในเวลาเดียวกันจึงเกิดความลังเลใจ รู้สึกสับสนในใจตนเอง เป็นความรู้สึกที่ไม่ดี โดยมุ่งเข้าหาตนเอง ทำให้กลายเป็นโกรธและเกลียดตนเองเป็นศัตรูกับตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยเศร้ามาก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่มีความหมายใดๆ (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2526)

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

- 1.1 การทำงานของกระบวนการทางการรู้การคิดมีผลต่อพฤติกรรม
- 1.2 การทำงานของกระบวนการรู้การคิดสามารถปรับเปลี่ยนได้
- 1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยเปลี่ยนการทำงานของกระบวนการ

ทางการรู้ การคิด

ทฤษฎีการเรียนรู้จึงอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ว่า เกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการรู้ การคิด คือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการเรียนรู้จะรับรู้และแปลอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น 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 มา ซึ่งความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งแรก มักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองในระยะยาวในทิศทางที่ทำให้ผู้นั้นเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อมา มา แม้จะไม่มี ความเครียดจากภายนอกก็ตาม เช่น ผู้ที่มี

ความเครียดจากการสูญเสียพ่อ แม่ก่อนอายุ 11 ปี จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าภายหลัง นอกจากนี้ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตยังดูเหมือนจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ แต่บางรายงานกล่าวว่าเป็นการยากที่ความเครียดจากปัจจัยภายนอกอย่างเดียวจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้

2.2 ปัจจัยทางครอบครัว

2.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ไม่พบว่าบุคลิกภาพหรือความผิดปกติของบุคลิกภาพใดที่เป็นพื้นฐานทำให้เกิดโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะแต่ผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพชนิด Oral-dependent Obsessive-compulsive และ hysterical น่าจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคลิกภาพชนิด antisocial Paranoid ที่มักใช้กลไกทางจิตแบบโทษภายนอกเพื่อป้องกันตนเองมากกว่า แม้ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่พบอาจไม่รุนแรงจนเป็นโรคแต่อารมณ์เศร้าของมนุษย์มีผลต่อความคิดการตัดสินใจและความสามารถในการทำงานที่ลดลง ในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงก็ยิ่งเป็นปัญหา ต่อบุคคลนั้น ทั้งจากการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติและสังคม

1.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

มาโนช หล่อตระกูล (2544) กล่าวถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่ามีปัจจัยสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคได้แก่

1. กรรมพันธุ์ พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้มีอาการเป็นซ้ำหลายๆ ครั้งญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง ลูก มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติทั่วไป 1.5-3 เท่า ความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนี้ในญาติที่ห่างออกไป เช่น ปู่ย่า ตายาย หรือลุงป้า น้าอา จะลดน้อยลง ในการศึกษาแฝดไข่ใบเดียวกันเพศหญิง พบว่าหากคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งมีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 66 ในคู่แฝดไข่คนละใบ มีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 27 อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่สาเหตุทางพันธุกรรมจะเป็นคำตอบของทั้งหมด ดังที่เราจะเห็นได้ว่าแม้แต่แฝดไข่ใบเดียวกันคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งไม่ได้จะต้องเป็นตามไปด้วยทุกราย นอกจากนี้ในผู้ป่วยหลายๆ รายเราไม่พบว่าเขามีคนในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคนี้เลย

2. ปัจจัยทางชีวภาพ นอกจากเรื่องทางพันธุกรรมแล้ว ปัจจุบันนี้เราพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า มีการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

สารเคมีในสมอง พบว่าสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน โดยมีสารที่สำคัญได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอปิเนเฟริน

(norepinephrine) ลดต่ำลงรวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง ยาแก้ซึมเศร้าที่ใช้กันนั้นก็ออกฤทธิ์โดยการไปปรับสมดุลของระบบสารเคมีเหล่านี้

ฮอร์โมน พบว่าผู้ป่วยมีฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ ฮอร์โมนนี้หลั่งมาจากต่อมหมวกไต (อยู่บริเวณไต) ปกติที่จะหลั่งออกมาตลอดเวลาที่มีความเครียด ฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มากกว่าปกตินี้จะส่งผลให้เซลล์สมองส่วนฮิปโปแคมปัสฝ่อลงหรือตายได้ คาดกันว่ายาแก้ซึมเศร้าที่จะผลิตในอนาคตเน้นผลการรักษาโดยไปออกฤทธิ์ลดการหลั่งฮอร์โมนตัวนี้ลง

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

1.4 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 บางคนอาจมีพฤติกรรมกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย แม้ว่าไม่มีพลังกำลัง แต่คนที่มีความซึมเศร้าระดับรุนแรงก็สามารถทำร้ายตนเองได้ มีบางคนเก็บกดอารมณ์เศร้าไว้ แต่แสดงออกด้วยอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับหรือหลับมากผิดปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ฯลฯ ซึ่งมานิช หล่อตระกูล (2539) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยไทยจำนวนไม่น้อยที่มา

พบแพทย์ด้วยอาการแสดงทางกาย เพราะเก็บอารมณ์เศร้า ความกังวลไว้ แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่นๆของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

1.5 อาการของภาวะซึมเศร้า

มานิช หล่อตระกูล (2544) สรุปอาการของผู้มีภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือ จะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อยเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมด บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจน แต่จะบอกว่า จิตใจหม่นหมองไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิมบางคนก็รู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด อะไรที่เคยทำแล้วเพลินหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูงเข้าวัด ก็ไม่อยากทำ หรือทำแล้วก็ได้ไม่ได้ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่เข้ามาเลยทีเดียว บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้ายไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

2. ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกว้าวุ่นไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง ชีวิตตอนนี้ก็รู้สึกว้าวุ่นอะไรๆ ก็ดูแย่ไปหมดไม่มีใครช่วยตนเองได้ มองไม่เห็นทางออก รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต ไม่เห็นอนาคต * . . . กลายเป็นคนไม่มั่นใจตนเองไป จะตัดสินใจอะไรก็ลังเลไปหมดรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองต่ำ เป็นภาระแก่คนอื่นต่างๆ ที่ญาติหรือเพื่อนๆ ก็ยืนยันว่ายินดีช่วยเหลือ เขาไม่เป็นภาระอะไรแต่เขาก็กังวลคิดเช่นนั้นอยู่ ความรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองต่ำ ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจเหล่านี้ อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงการตายอยู่บ่อยๆ แรกๆ ก็อาจคิดเพียงแค่อยากไปให้พ้นๆ ต่อมาเริ่มคิดอยากตายแต่ก็ไม่มีแผนอะไรที่ชัดเจน เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็เริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร เช่น จะซื้อยาเบื่อหนูมากิน จะแขวนคอที่ต้นไม้ข้างบ้าน ในขณะนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจ ก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

3. สมาธิ ความจำแยลง จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ วางของไว้ที่ไหนก็นึกไม่ออก ญาติพุดคุยเมื่อเช้าก็นึกไม่ออกว่าเขาสั่งว่าอะไร จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นาน เนื่องจากไม่สามารถคงความสนใจได้นาน ดูโทรทัศน์นานๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสืออ่านได้ไม่ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิดๆ ถูกๆ เป็นต้น

4. มีอาการทางร่างกายต่างๆ ร่วม ที่พบบ่อยคือ รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร ก็จะทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม น้ำหนักลดลงมาก บางคนลดลงถึง 4-5 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน นอกจากนี้ยังมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัวปวดเมื่อยตามตัว

ปัญหาด้านการนอนก็พบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่มหลับๆตื่นๆ เป็นลักษณะเฉพาะของโรคซึมเศร้าได้แก่ มักตื่นขึ้นกลางดึกหลังจากหลับไปได้สักพักหนึ่งแล้วนอนต่อไม่หลับอีกเลย บางคนตื่นแต่เช้ามีดแล้วนอนต่อไม่ได้

5. ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนแปลงไป ดังกล่าวมาบ้างแล้วข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคนี้มักจะดูซึมลงไม่ร่าเริงแจ่มใส เหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใครบางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อยอ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะเข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ

6. การงานแย่ลง ความรับผิดชอบต่อการงานก็ลดลง ถ้าเป็นแม่บ้านงานบ้านก็ไม่ได้ทำหรือทำลวกๆ เพียงให้ผ่านๆ ไป คนที่ทำงานสำนักงานก็จะทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มีในช่วงแรกๆ อาจจะพอฝืนใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมากๆ ขึ้นก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลางานขาดงานบ่อยๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือก็มักจะถูกให้ออกจากงาน

7. อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรง ซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้วจะยังพบว่ามีอาการของโรคจิต ได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือจะคิดว่ามีคนคอยกลั่นแกล้งหรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้นเมื่อได้รับการรักษาอารมณ์เศร้าดีขึ้นอาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

1.6 ลักษณะการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ารุนแรงในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะการเริ่มป่วย (Onset) ที่แตกต่างกันได้มาก บางคนอาการเกิดขึ้นช้าๆ ในเวลาหลายๆ วันหรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มที่ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วหลังจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรง และบางคนมีอาการอื่นๆ นำมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆ เดือน อาทิ การวิตกกังวล กลัว (phobia) ตื่นตระหนก (panic) ย้ำคิดย้ำทำหรืออาการซึมเศร้าชนิดไม่รุนแรง (โรคประสาทซึมเศร้า) ซึ่งอาการดังกล่าวพบได้ไม่บ่อยที่เกิดขึ้นครั้งแรกในผู้มีวัยเกิน 45 ปี ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวดีมาก่อน ก็ควรนึกถึงโรคซึมเศร้าไว้ด้วย นอกจากนี้ระยะเวลาที่ป่วยในแต่ละคนก็แตกต่างกันเช่นกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามักจะป่วยอยู่ประมาณ 6 เดือน หรือนานกว่านี้โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายได้สนิท พฤติกรรมหรือความสามารถต่างๆ จะกลับสู่ระดับเดิมก่อนป่วย อาการหายขาด เป็นการป่วยครั้งคราว พบได้ประมาณเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง แต่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีอาการกำเริบได้อีกโดยร้อยละ 40 กลับเป็นอีกภายในปีแรกจัดเป็นกลุ่มโรคซึมเศร้าชนิดเป็นซ้ำๆ (Recurrent) ซึ่งประมาณร้อยละ 20-30 มีอาการ Mania ภายหลังได้ ผู้ป่วย

บางคนเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร่วมกับโรคประสาทชนิดซึมเศร้ารุนแรงอีกในอัตราสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเฉียบ และอาการมักจะเรื้อรังยากต่อการรักษา ซึ่งประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติด้วย มักเป็นชนิด Dependent, Avoidant, Borderline และ Narcissistic

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

ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้แก่ โรคทางกายเรื้อรัง การติดสารเสพติด โดยเฉพาะสุรา และ Cocaine พบบ่อยๆ ที่ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักเกิดขึ้นตามหลังเหตุการณ์ชีวิตที่รุนแรง (ปัจจัยเร่ง) เช่น การเสียชีวิตของผู้ที่เป็นที่รักยิ่ง การสูญเสียความมีหน้ามีชื่อเสียง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเงิน การแยกทางหรือหย่าร้าง แม้กระทั่งการคลอดบุตรซึ่งเป็นสิ่งธรรมดาๆ ที่อาจเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้

ผลแทรกซ้อน : ผลแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของภาวะซึมเศร้ารุนแรง คือ การฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในอัตราร้อยละ 1 ต่อปี หรือร้อยละ 15 ตลอดชั่วชีวิตผู้ป่วยโรคทางอารมณ์มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 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 อายุ

มากกว่า 60 ปี และติดสุราจะมีความเสี่ยงสูงสุด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการเคร่งเครียดมาก วิตกกังวลสูง กระวนกระวายทั้งกายและใจ หรือมีปัญหาอนอนไม่หลับมานานก็มีความเสี่ยงสูงเช่นกัน แพทย์ควรให้ความสนใจจริงจังกับผู้ป่วยที่ได้พยายามฆ่าตัวตาย แม้จะมีท่าทีเหมือนไม่ตั้งใจจริง เพราะผู้ป่วยร้อยละ 50 กระทำซ้ำอีก ผู้ป่วยที่บ่นอยากตายหรือเขียนจดหมายลาตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางคนที่อยู่มีอาการดีขึ้น หน้าตาอารมณ์สดชื่นขึ้น ท่าทีสงบ อาจเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกปลงตกและตัดสินใจที่จะหาทางออก ด้วยการฆ่าตัวตาย จึงอยู่ในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงที่ต้องให้การดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษเช่นกัน

การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ : ก่อนที่จะมีการใช้ยาแก้เศร้าและยา Lithium ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์เสียชีวิตในอัตราสูงกว่าประชากรทั่วไปมากการเสียชีวิตมีสาเหตุตั้งแต่การฆ่าตัวตายภูมิคุ้มกันต้านทานร่างกายต่ำ เกิดโรคติดเชื้อง่าย โรคมะเร็ง หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ

1.7 การวินิจฉัยและการรักษาภาวะซึมเศร้า

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive Episode) ตามระบบ Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder, fourth edition (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

A. มีอาการอย่างน้อย 5 ข้อ ตามรายการข้างล่างนี้อยู่ยาวนาน 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย โดยมีอาการหลักอาการใดอาการหนึ่งระหว่าง 1) อารมณ์เศร้าหมอง หรือ 2) เบื่อหน่ายหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์สนุก

(1) อารมณ์เศร้าหมอง (อาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น) เกิดตลอดวัน เกือบทุกวัน ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือเป็นสิ่งที่ผู้อื่นสังเกตได้

(2) รู้สึกเบื่อ ความสนใจหรือความสนุกสำเร็จลดลงไปมาก อาการเป็นเกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน ผู้ป่วยรู้สึกเองหรือจากที่ผู้อื่นสังเกตได้ว่าผู้ป่วยมีความเฉื่อยชา เชื่องช้าเกือบตลอดเวลา

(3) น้ำหนักร่างกายลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาทิ น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักร่างกายภายในเวลาหนึ่งเดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้พยายามลดน้ำหนัก (ในเด็ก พิจารณาจากการที่น้ำหนักร่างกายไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อายุ)

(4) นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติทุกวัน

(5) กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitated) หรือเชื่องช้า เชื่องซึม (retarded) เกือบทุกวัน จนเป็นที่สังเกตเห็นของผู้ป่วยอื่นๆ (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกของผู้ป่วยเท่านั้น)

(6) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงหรือพลังกายเกือบทุกวัน

(7) รู้สึกไร้ค่า โทษตัวเอง หรือรู้สึกผิดมาก (อาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด) เกือบทุกวัน (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกถูกหรือสมเพชตนเอง หรือรู้สึกผิดที่เป็นภาระแก่ผู้อื่นจากการป่วย)

(8) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้เกือบทุกวัน (อาจเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือจากการสังเกตของผู้ป่วย)

(9) คิดหมกมุ่นเรื่องความตาย (ไม่เพียงแต่กลัวตาย ยังคิดเรื่องอยากตายโดยอาจจะมีการวางแผนหรือไม่ได้วางแผนฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย)

B. (1) ไม่มีโรคทางกายที่จะเป็นสาเหตุหรือเสริมให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์

(2) มิใช่เป็นความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นเป็นปกติจากการสูญเสียผู้เป็นที่รัก

C. ถ้ามีอาการหลงผิด ประสาทหลอนก็จะเกิดก่อนหรือหลังมีอาการผิดปกติ ไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ (ถ้านานกว่านี้ให้นึกถึงโรคจิตเภทหรือ Schizoaffective)

D. ไม่มีอาการแทรกซ้อนของ Schizophrenia, Schizophreniform, Delusional Disorder หรือ Psychotic Disorder NOS.

ให้ระบุว่าเป็นชนิดเรื้อรัง : ถ้ามีอาการนานกว่า 2 ปี ติดต่อกัน โดยอาจมีช่วงที่อาการเป็นปกติได้ไม่นานเกินสองเดือน

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะกระทำได้ ต่อเมื่อไม่พบว่ามีปัจจัยทางกายเป็นสาเหตุหรือเสริมให้เกิดอารมณ์เศร้าลงนาน 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 Multi-infarct Dementia มีอาการไม่รู้วัน เวลา สถานที่ เชื่องซึม เฉื่อยชา ไม่มีสมาธิ หรือสูญเสียความจำ ทำให้บางครั้งแยกได้ยากจากภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมในอัตราร้อยละ 3-25 ถ้าผู้ป่วยมีอาการทั้งสองอย่างแต่อาการสมองเสื่อมเด่นชัดกว่าให้วินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า (Dementia with depression) ถ้าหากอาการเด่นชัดเท่าๆ กัน ควรวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการสมองเสื่อมเทียมเป็นอาการร่วม ให้ลองรักษาอย่างโรคซึมเศร้า ถ้าอารมณ์ดีขึ้นและอาการสมองดีขึ้นด้วย สนับสนุนว่าการวินิจฉัยถูกต้อง คือ เป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง หากอาการสมองเสื่อมไม่ดีขึ้นและคงอยู่ตลอดเวลา บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอาการร่วม

3. โรคซึมเศร้าที่ถูกบดบังด้วยอาการทางกาย (masked depression) เป็นผู้ป่วยที่มาตรวจและรักษาบ่อยๆ กับแพทย์ทางกายด้วยอาการที่มีสาเหตุทางจิต มักเป็นผู้ป่วยวัยกลางคนหรือผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวลมากกว่าป่วย (ทางกาย) บ่อยครั้งที่แพทย์และผู้ป่วยเองไม่ตระหนักว่าเป็นโรคซึมเศร้า เรือร่งจิตแพทย์อเมริกันนิยมวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดนี้บ่อยๆ ส่วนทางยุโรปให้วินิจฉัยประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ

4. โรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแทรกซ้อนได้ ถ้าอารมณ์เศร้าแทรกซ้อนเป็นเวลานานๆ ในช่วงที่กำลังป่วย (active Phase) หรือช่วงที่ฟื้นจากการป่วย (residual) ควรให้การวินิจฉัยเพิ่มจากโรคจิตเภทว่า เป็นโรคซึมเศร้าชนิดระบุไม่ได้แน่นอน (Depressive, Disorder NOS) หรืออาการซึมเศร้า อันเนื่องมาจาก ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder with Depressed mood) ซึ่งบางท่านเชื่อว่าเป็นผลจากการรักษาโรคจิต ผู้ป่วยโรคจิตชนิด Catatonia อาจมีพฤติกรรมแยกตัว และคลุ้มคลั่งซึมเศร้าได้ทำให้แยกจากภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการเชื่องช้า เชื่องซึม การคิดยา amobarbital (บางท่านว่าใช้ Diazepam แทนได้) เข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยอาจช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการดีขึ้นชั่วคราวอย่างไรก็ตาม หากการวินิจฉัยยังกระทำไม่ได้แน่นอนก็จำเป็นต้องอาศัยสถิติที่แตกต่างระหว่างสองโรคนี้ ผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงมากกว่า ถ้ามีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคทางอารมณ์หรือฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการปรับตัวดีมาก่อน และหากเคยป่วยมาก่อนมีอาการดีขึ้นมากหรือหายได้สนิท

5. อาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder with depressed mood) ผู้ป่วยมีอาการเศร้าเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนหลังจากมีปัจจัยเครียดทางจิตสังคม โดยมีผลกระทบจากความเศร้าบ้างแต่ไม่มากนักใน DSM-IV เคยเรียกว่า “ปฏิกิริยาเศร้า” (Depressive Reaction) หมายถึง ไม่มีอาการ Endogenous แต่การวินิจฉัยเพื่อการวิจัย (RDC) เรียกเป็น Stress-induced depression โดยมีอาการ endogenous หรือไม่ก็ได้ Schleifer (2000) รายงานว่าอาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากภาวะการปรับตัวผิดปกติ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยนอกของแผนกจิตเวชและเวชปฏิบัติทั่วไป และการทำนายโรคให้ความถูกต้องต่ำ เนื่องจากการดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันได้มาก มีรายงานว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงเป็นปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยทางกาย เช่น การสูญเสียอวัยวะร่างกายหรือเป็นโรคร้ายได้ ในกรณีนี้ควรให้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงใน Axis I และระบุความเจ็บป่วยทางกายใน Axis III

6. Schizoaffective disorder (Third Psychosis) ในรายที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอนนานเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่มีอาการผิดปกติของอารมณ์ร่วมด้วย

7. ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Uncomplicated Bereavement) แม้ผู้ป่วยจะมีกลุ่มอาการเศร้าครบถ้วนก็ไม่จัดเป็นโรคทางจิต นอกจากผู้ป่วยจะย่ำคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความรู้สึกไร้ค่า คิดฆ่าตัวตาย มีผลกระทบมากในด้านต่างๆ หรือมีพฤติกรรมเชิงซ้ำ เชื่องซึมหรือมีอาการเป็นอยู่นาน ซึ่งแสดงว่าความเศร้าโศกนี้มีภาวะซึมเศร้าได้บ่อยๆ โดยเฉพาะ

8. โรคประสาทชนิดต่างๆ อาจพบร่วมกับโรคซึมเศร้าได้บ่อยๆ โดยเฉพาะโรคประสาท Agoraphobia ร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้าปฐมภูมิในภายหลัง (Sadock BJ, 2003) หรือโรคประสาทชนิดวิตกกังวล ซึ่งร้อยละ 45 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางเป็นเวลาด้านๆ น้อยกว่า 2 เดือนเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด อารมณ์เพสลดลง ฯลฯ ยกที่จะแยกว่าเป็นโรคซึมเศร้า หรือเป็นโรคประสาทชนิดวิตกกังวล เนื่องจากอาการต่างๆ ดังกล่าวมิใช่อาการเฉพาะของโรคซึมเศร้า แต่พบได้ในโรคประสาท โรคทางจิต และโรคทางกายอื่น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคประสาทจะยังสามารถมีอารมณ์สนุกสนานได้ ไม่ใคร่จะบ่นเบื่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การงาน หรืองานอดิเรก ฯลฯ แต่กลับพยายามไฝหาความสนุก เพลิดเพลิน เพื่อชดเชย กลบเกลื่อนอาการวิตกกังวล ผู้ป่วยอาจจะบ่นอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง แต่ผลงานจะไม่ลดลงนัก หรือกลับจะเพิ่มขึ้นเสียอีก นอกจากว่าการงานเป็นสาเหตุของความกังวลเสียเอง ตรงข้ามกับผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งจะรู้สึกเบื่อ อ่อนเพลียตลอดเวลา ไม่สนใจทำกิจกรรมใดๆ หากผู้ป่วยมีอาการของโรคประสาทและโรคซึมเศร้าเด่นชัดเท่าๆ กัน ก็ควรให้การวินิจฉัย โดยระบุทั้งสองโรคลงใน Axis I

สิ่งที่ต้องระมัดระวังและจดจำไว้เสมอ เมื่อดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าทุกคน คือ อันตรายจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถึง 1 ใน 6 คน และเป็นสาเหตุของการตายในวัยรุ่นและหนุ่มสาว การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การตระหนักถึงความเสี่ยง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว หรือผู้ป่วยที่รู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีโรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดใดชนิดหนึ่ง แพทย์จึงต้องประเมินความคิดอยากตายในผู้ป่วยซึมเศร้าทุกราย โดยการถามผู้ป่วยแล้ว ไม่ถามในทำนอง ดูถูกดูเหยียด เช่น “ทำไมกินยาแค่นี้ กินแค่นี้ไม่ทำให้ตายหรือ” การถามถึงความคิดอยากตายจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโล่งอกที่มีผู้เข้าใจความรู้สึกของตนเพราะความคิดอยากตายจะเกิดขึ้นควบคู่กับอารมณ์เศร้าเสมอ คนเราเมื่อรู้สึกก็มักจะคิดว่า “ตายดีกว่า” เพื่อหนีปัญหา ผู้ป่วยอาจเอ่ยปากบ่นว่า “กลุ้ม” “อยากตาย” แต่ญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิดมักจะห้ามไม่ให้ผู้ป่วยพูดหรือคิดมากด้วยความไม่เข้าใจจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่มีโอกาสระบายหรือพูดปรับทุกข์กับใครทำให้รู้สึกซึมเศร้าได้มากขึ้น และอาจฆ่าตัวตายไปได้โดยไม่คาดคิด ดังนั้นการถามเรื่องความคิดอยากตายจึงไม่ใช่การชี้โพรงให้กระรอก เช่นที่เข้าใจ

การรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชมักใช้แนวปฏิบัติแบบองค์รวม (Holistic Approach) หรือแบบชีวจิตสังคม (Bio-psycho-social Model) คือมีทั้งการรักษาทางร่างกาย (Somatic Treatment) การรักษาทางจิตใจ (Psychological Treatment) และการรักษาทางสังคม (Social Treatment) ผสมผสานเข้าด้วยกัน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) สำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้ามีรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาทางร่างกาย (Somatic treatment) คือการรักษาโดยใช้วิธีการทางชีวภาพหรือสรีรวิทยาเพื่อเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยดีขึ้น เช่น จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) การรักษาโดยใช้แสง (Light Therapy)

1.1. จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) เนื่องจากการรักษาโรคซึมเศร้ามีมากมายหลายกลุ่มและแต่ละกลุ่มก็มีมากมายหลายตัว การเลือกใช้ยาตัวใดจึงขึ้นกับประวัติการตอบสนองต่อยาในอดีต ผลข้างเคียงของยาและความคุ้นเคยของผู้รักษา (สุชาติ พหลภักย์, 2542)

1.1.1 ยากลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOIS) ยาออกฤทธิ์ยับยั้งการออกซิเดชันของนอร์อิพิเนฟรินและซีโรโทนินจึงช่วยเพิ่มสารสื่อประสาทโดยไปยับยั้งการแตกย่อยทำให้มีนอร์อิพิเนฟรินและซีโรโทนินเพิ่มขึ้นส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้น (สุชาติ พหลภักย์, 2542) แต่สารไทรามิน (Tyramine) ซึ่งเป็นสารกำเนิดของนอร์อิพิเนฟรินที่อยู่ในเนยแข็ง ไวน์ ช็อคโกแลต โยเกิร์ต กล้วย ได้รับการยับยั้งไปด้วยทำให้มีนอร์อิพิเนฟรินเพิ่มสูงขึ้นซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตขึ้นสูง (Tyramine induced hypertensive crisis) ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไทรามินสูง (วีรวุฒิ เอกกมลกุล, 2537) ปัจจุบันยากลุ่มนี้เลิกใช้เป็นส่วนใหญ่นอกจากมีฤทธิ์ข้างเคียงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.1.2 ยากลุ่มไตรไซคลิกและเตตราไซคลิก (Tricyclic and Tetracyclic Antidepressants : TCAS) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดการดูดกลับเข้าเซลล์ประสาทของนอร์อิพิเนฟรินและซีโรโทนินที่จับต่อปลายประสาท ทำให้สารเหล่านี้เพิ่มขึ้นส่งผลให้อารมณ์เศร้าหมดไปหรือทุเลาลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ imipramine, amitriptyline, doxepine, clomipramine เป็นต้น (วีรวุฒิ เอกกมลกุล, 2537) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ

- (1) ยาอาจเหนียวนาให้ผู้ที่เป็นและไม่ใช่ Bipolar disorder ให้เกิดอาการคลั่ง (Mania)
- (2) ฤทธิ์ anticholinergic ทำให้เกิดอาการตาพร่า ปากแห้งคอแห้ง ปัสสาวะถูกกักคั่ง (Retention of Urine) ท้องผูก

(3) ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการใจสั่นเหงื่อออกมาก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

(4) ผลต่อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว มีอาการหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Arhythmia) หรือมี EKG เปลี่ยนแปลงเนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์กดกลั่นเนื้อหัวใจโดยตรงเหมือน atropine (สุชาติ พหลภคย์, 2542)

(5) ผลต่อประสาท ทำให้มีอาการมือสั่น บางรายที่ได้รับยาขนาดสูงจะมีอาการกล้ามเนื้อกระตุก พุกไม่ชัดเดินเซ (Ataxia) (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

1.1.3 ยาในกลุ่ม Serotonin-Specific Reuptake Inhibitions (SSRIs) เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนินมีประสิทธิภาพในการรักษาอารมณ์ซึมเศร้าเท่ากับยารักษาอารมณ์ซึมเศร้าชนิดเก่า ปฏิกริยาไม่ถึงประสคข์ของยาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ในกลุ่มนี้ยาฟลูโอซิทีน เป็นยารักษาอารมณ์เศร้าที่ได้รับความนิยมมากที่สุด (สุชาติ พหลภคย์, 2542) ยานชนิดนี้ไม่มีผลต่อการรู้ การเข้าใจ (Cognition) และความจำ ไม่ทำให้เกิดอาการสับสนจึงนิยมใช้กับผูสูงอายุ นอกจากนี้ยังไม่มี ผลต่อหัวใจจึงสามารถใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างปลอดภัย (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ถึงอย่างไร ก็ตามยาในกลุ่มนี้ยังคงมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยดังนี้

(1) ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการปวดศีรษะ หวาดหวั่น กังวล กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ง่วง ซัก สีหน้าไม่ยินดีอินร้าย (Apathy) เบื่ออาหาร

(2) ผลต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ ท้องร่วง

(3) อาการอื่นๆ เช่น มีผื่นขึ้น ซึ่งมีอันตรายมากเพราะปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาจลามไปถึงปอดจึงควรให้เลิกใช้ยาในผู้ป่วยที่มีผื่นขึ้น นอกจากนี้ยาายังทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงต้องระวังในการใช้ยานี้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สุชาติ พหลภคย์, 2542)

1.2. การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากจะใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง (Severe Psychotic) คลั่งรุนแรง (Severe Mania) ยัง ใช้ได้ผลดีมากในผู้ป่วยซึมเศร้าที่รุนแรงหรือมีอาการของโรคจิตด้วยและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการที่ ได้ผลดีคืออาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์ทางเพศลดลง ความรู้สึกไร้ค่าสิ้นหวัง คิดตำหนิตัวเอง ความคิดฆ่าตัวตาย อาการเชื่องช้าหรือ พลุ่พล่า่น กระวนกระวายและอาการคิดว่าเป็นโรคทางกาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) การรักษาด้วยวิธีนี้ไม่มีข้อห้ามโดยสมบูรณ์แต่จะมีความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มี ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในสมองและผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ

จำลอง ดิษยวณิช, 2542) ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ ความจำเสียและสับสนพบได้บ่อยที่สุด มักเกิดหลังการทำครั้งที่ 4 ไปแล้วและความจำจะเสียมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่ทำความจำจะกลับคืนเป็นปกติภายในเวลา 3-6 สัปดาห์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ป่วยที่สูงอายุอาการสับสนจะเป็นมากและนานการทำแบบ Unilateral ECT จะทำให้อาการสับสนและความจำเสียที่เกิดขึ้นเป็นน้อยลง (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) นอกจากนี้ยังมีผลต่อกระดูกและข้ออาจเกิดกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนได้ โดยเฉพาะวิธีที่ไม่ได้ดมยาสลบ ส่วนอัตราการตายพบว่ายู่ระหว่าง 1:10,000 (วีรุณี เอกกมลกุล, 2537) เมื่อเปรียบเทียบกับยาแล้ว ECT มีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่าให้ผลการรักษาดีกว่า แต่ปัจจุบันได้รับความนิยมนลดลงหลังจากการมีการค้นพบยารักษาภาวะซึมเศร้าแต่ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1.3. การรักษาโดยใช้แสง (Light Therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้คือให้ผู้ป่วยได้รับแสง 2500- lux light เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมงตอนตื่นนอนเช้า เป็นการรักษาวิธีใหม่ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการตามฤดูกาล โดยผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการซึมเศร้าเกิดซ้ำๆ ในฤดูหนาว การให้ผู้ป่วยได้รับแสงสว่างเช่นนี้ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 4-7 วัน ในปัจจุบันผู้ที่ให้การรักษาเช่นนี้ต้องเป็นผู้มีความชำนาญ โดยเฉพาะผลข้างเคียงมีดังนี้คือมีอาการแทรกซ้อนของนัยน์ตา นอกจากนี้ อาจเกิดอาการ hypomania หรืออาการคลั่งได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

2. การรักษาทางสังคม (Social Therapy) คือการรักษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่น คู่สมรสบำบัด (Marital Therapy) นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy)

2.1 คู่สมรสบำบัด (Marital Therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้จุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขในปฏิสัมพันธ์ในชีวิตสมรสหรือเพื่อบรรเทาอาการโดยใช้ในปฏิสัมพันธ์ในชีวิตสมรสเป็นเครื่องมือ มีรายงานว่า ปัญหาในชีวิตสมรสทำให้คู่สมรสคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 27.1 หากผู้ป่วยเป็นโรคชนิดอื่นก็มักจะมีอาการทางอารมณ์เป็นอาการประกอบด้วยและถ้าคู่สมรสคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า คู่สมรสคู่นั้นอาจจะเกิดความไม่เข้าใจ ในอาการเกิดความไม่เข้าใจในวิธีการรักษาและการดำเนินของโรคนำไปสู่การวิพากษ์วิจารณ์จนทำให้ชีวิตสมรสไม่เป็นสุข (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

2.2 นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) การรักษาแนวนี้เน้นไปที่การปรับปรุงและคัดแปลงสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลหรือสถานการรักษาต่างๆ ให้เหมาะสมกับสภาพจิตใจของผู้ป่วยคล้ายคลึงกับชีวิตและกิจกรรมประจำวันต่างของสังคมภายนอก (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

3. **การรักษาทางจิตใจ (Psychological Treatment)** คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยวิธีการทางจิตใจโดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เช่น จิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ (Psychotherapy) จิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) การรักษาโดยการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy)

3.1 จิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) Sigmund Freud เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปัญหาในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาในความภาคภูมิใจในตนเอง เป้าหมายของการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ เพื่อจัดระเบียบโครงสร้างของบุคลิกภาพขึ้นมาใหม่ จัดความขัดแย้งของจิตใจไว้สำนึกยังเห็นกลไก ป้องกันทางจิตที่ตนเองใช้และสร้างกลไกป้องกันทางจิตที่ดีขึ้นมา สามารถไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสามารถสร้างความใกล้ชิดสนิทสนม สามารถรับมือกับอารมณ์หลายๆชนิดรวมทั้งอารมณ์โศกเศร้าเสียใจ การรักษาด้วยวิธีนี้ใช้เวลานานผู้ป่วยต้องพบผู้รักษาอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ระยะเวลา 1-5 ปี (สุชาติ พหลภักย์, 2542)

3.2 จิตบำบัดเชิงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy : IPT) เป็นจิตบำบัดชนิดสั้นที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 12-16 สัปดาห์ มีพื้นฐานมาจาก Theory Of Psychobiology ของ Adolph Meyer และ Interpersonal ของ Harry Sullivan โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้าด้วยการปรับปรุงแก้ไขสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผิดปกติให้ดีขึ้น เน้นที่สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันมากกว่าอดีตและไม่ให้ความสำคัญกับการขัดแย้งภายในจิตใจ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยณิธิ, 2542)

3.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้มุ่งรักษาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากโรค มิใช่รักษาที่สาเหตุของโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้ป่วยให้เพิ่มความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้ได้รับแรงเสริมทางบวก เพิ่มทักษะทางสังคมและให้แรงเสริมต่อตนเองตามที่เป็นจริงและถูกต้องและเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้การคิดที่เป็นสาเหตุทำให้ซึมเศร้า (Depressive Thought) และความรู้สึกซึมเศร้า (Depress Feeling) ดีขึ้น มีการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้ช่วยรักษาโรคซึมเศร้าชนิดไม่รุนแรงได้ร้อยละ 75 ส่วนผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรงควรได้รับการรักษาด้วยยาาร่วมด้วยกับพฤติกรรมบำบัด (สุชาติ พหลภักย์, 2542)

3.4 การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) กำเนิดจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมนิยม (Behaviourism) และแนวคิดเรื่องจิตวิทยาความคิด (Cognitive Psychology) ที่เชื่อว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม (Carson et al, 1996) และยังได้มีการพัฒนา

และประยุกต์แนวทางวิธีการและเทคนิคการรักษาไปจนมีหลายรูปแบบแต่ทุกรูปแบบของ การบำบัดวิธีนี้มีหลักเหมือนกันอยู่ 3 ประการ คือ 1.ความคิด (Cognition) มีผลต่อพฤติกรรม 2.ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้และ 3.การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมทำได้โดยการเปลี่ยนความคิด (Dobson & Bick, 1988 อ้างในจันทิมา องค์โษยิต, 2545)

2. เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่พัฒนามาจากเครื่องมือของต่างประเทศ ซึ่งใช้ฐานแนวคิดทางชีววิทยาการแพทย์เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ รวมไปถึงการสร้างเกณฑ์วินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – 4th Edition) ก็เช่นเดียวกัน ซึ่งจะระบุถึงกลุ่มอาการหรือพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เช่น การมีอารมณ์เศร้า ขาดความกระตือรือร้นสนุกสนาน ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง การนอนผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย มีความรู้สึกไร้ค่า สมาธิไม่ดี คิดซ้ำๆ เรื่องความตาย ซึ่งในผู้ที่มีอาการรุนแรงอาการจะแสดงชัดเจน ทำให้สามารถประเมินได้โดยไม่ต้องใช้แบบทดสอบ ซึ่งเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำมาใช้กันนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดที่รายงานผลด้วยตนเอง (Self Rating Scale) เนื่องจากสะดวกต่อการใช้และง่ายต่อการแปลผล ซึ่งในที่นี้ จะขอกล่าวถึงบางเครื่องมือ ดังนี้

1. Zung self rating depression scale (SDS) แปลเป็นฉบับไทยโดยนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ใช้ประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (Affect disturbance) ด้านร่างกาย (Physiological disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (Psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological disturbance) แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช

2. Thai Version of the Beck depression Inventory (BDI) แปลเป็นภาษาไทยโดยโสธรณี ไทรสุท เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่จัดลำดับในทางคลินิก โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามลำดับความรุนแรงของอาการ ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประโยชน์มากในผู้สูงอายุ

3. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) แปลเป็นฉบับไทยโดยรัชชัย วรพงษ์ธร และคณะ (2533) แต่ละเครื่องมือมีโครงสร้างไม่ชัดเจน ต่อมาวิไล คุปต์นิริตชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) อุมพร ตรังคสมบัติ (2540) ได้นำมาประเมินความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด (Cognitive beliefs) อารมณ์ความรู้สึก (Affect feelings) พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral

manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Somatic disturbance) ใช้เวลาในการตอบคำถาม 10-15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช

4. Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (THADS) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ใช้สำหรับการคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย การหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมในการคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวชโดยทำ Receiver operating characteristic (R.O.C) Curve analysis ได้มากกว่า 11 คะแนน

5. Health-Related Self-Reported (HRSR) Scale : The Diagnosis Screening Test for Depression In Thai Population) เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน ประชากรไทย พัฒนาโดยดวงใจ กสณตกุล แยกเป็นอาการทางกาย ความกระตือรือร้น อาการทาง ความคิด และทางอารมณ์ มีข้อคำถามที่เป็นด้านบวก 3 ข้อ เพื่อช่วยแยกบุคคลทั่วไปออกจากผู้ป่วยที่มี อาการซึมเศร้า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และค่าความไวเท่ากับ 85.3

6. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าพัฒนาโดยทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ใช้คัดกรอง ภาวะซึมเศร้าของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นเครื่องมือประเภท Self-report วัดความรุนแรงภาวะ ซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่า Reliability coefficient (Alpha) = 0.88 จุดตัดคะแนนที่ เหมาะสมของแบบคัดกรองคือ 6 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 80.7

7. Khon Kaen University depression inventory (KKU-DI) พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2542) ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าของคนไทยอีสานทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ มีความ เชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 และค่าความไว เท่ากับร้อยละ 95 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 80

8. Hamilton rating scale depression (HRSD-17) ในการประเมินความรุนแรงของ อาการซึมเศร้าก่อนและภายหลังได้รับการบำบัดรักษา แปลเป็นฉบับไทยโดยมานิช หล่อตระกูล และ คณะ (2539) มีความแม่นยำและความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่น(Reliability) เท่ากับ 0.86 ใช้เวลาสัมภาษณ์ 15.30 นาที

9. Thai depression inventory (TDI) แปลโดยมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2542) เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.858 และ Concurrent validity โดยใช้ Spearman-brown formula เท่ากับ 0.7189

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือวัดสุขภาพจิตอื่นๆ ที่มีข้อคำถามที่วัดอาการซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น Thai General Health Questionnaire (TGHQ), Thai Mental Health Questionnaire (TMHQ), Symptom Scheck List (SCL-90) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าพัฒนา โดยทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ใช้คัดกรองภาวะของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มี Cut off point

ที่ 6 คะแนนขึ้นไป ค่า Sensitivity ร้อยละ 86.8 ค่า Specificity ร้อยละ 79.8 ซึ่งมีข้อคำถามที่ไม่ซับซ้อน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายต่อการที่ผู้รับบริการจะตอบ และใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ต้องขังค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของต่างประเทศ และการศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การมีปัญาสุขภาพจิตในมุมกว้างยังไม่ลงลึกถึงการแยกโรคทางจิตเวชออกมา เช่น การศึกษาของธารงทัศนัญชลี (2530) ได้ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขัง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ต้องขังที่กระทำ ความผิดทุกประเภทคดี มีความผิดปกติทางสุขภาพจิตแตกต่างกับบุคคลทั่วไปอย่างชัดเจน ผู้ต้องขังร้อยละ 40 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 30 มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ร้อยละ 65 มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Psychopathic Personality Disorder) ร้อยละ 60 มีบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง (Paranoid) และร้อยละ 50 มีบุคลิกภาพลักษณะเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตชนิดจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ต้องขัง ร้อยละ 45 มีความผิดปกติชัดเจนเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า อาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล และมีลักษณะของอาการทางจิต ร้อยละ 40 มีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีเพียงการศึกษาของดวงตา ไกรภัสร์พงษ์ (2545) เท่านั้น ที่ทำการศึกษาความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง : การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ต้องขังมีอายุเฉลี่ย 32 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ก่อคดีพระราชบัญญัติยาเสพติด/ สารระเหย ต้องโทษครั้งแรก ต้องคดีเดียว และไม่เคยบำบัดรักษาทางจิตเวชในเรือนจำ พบความชุกของโรคจิตในปัจจุบัน ร้อยละ 3.4 โรคซึมเศร้าร้อยละ 10 โรคเมเนียร้อยละ 1.4 โรควิตกกังวลทั่วไปร้อยละ 6.6 โรควิตกกังวล ซึมเศร้าร้อยละ 4.3 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรงร้อยละ 2.3 มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมร้อยละ 15 ผู้ต้องขังติดสุรา ติดแอมเฟตามีน ติดเฮโรอีน ติดกัญชา รวมทั้งผู้ต้องขังที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมมีความสัมพันธ์กับประเภทของคดี จำนวนครั้งที่ต้องโทษ จำนวนคดีที่ถูกฟ้องร้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางจิตเวชที่ควรได้รับการรักษาโดยเร็ว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของต่างประเทศ พบว่า Assadi & Noroozian (2006) ทำการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดวินิจฉัย : กรณีศึกษาในอิหร่าน กลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขัง จำนวน 351 คนพบความชุกของภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ร้อยละ 29.0 Fazel et. al. (2001) ได้ทำการศึกษาเรื่องโรคทางจิตเวชที่ซ่อนอยู่ในกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 203 คน พบความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 30 Fazel & Danesh (2002) ศึกษาเรื่องโรคทางจิตเวชที่รุนแรงในผู้ต้องขัง 23,000 คน โดยการทบทวนวรรณกรรม จากการสำรวจ 62 ครั้งใน 12 ประเทศ พบว่า ผู้ต้องขังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81 มีอายุเฉลี่ย 29 ปี ร้อยละ 3.7 มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 10 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 65 มีบุคลิกภาพผิดปกติ ในเพศหญิงร้อยละ 4 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 12 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และร้อยละ 42 มีบุคลิกภาพผิดปกติ ส่วน John Gunn et. al. (1991) ศึกษาเรื่องความชุกและความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาทางด้านจิตเวชของผู้ต้องขังในประเทศอังกฤษ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังชาย ผลการศึกษาพบว่า 37% ของผู้ต้องขังมีโรคทางจิตเวช โดย 0.8% มีความผิดปกติทางด้านสมอง 2% เป็นโรคจิต 6% เป็นโรควิตกกังวล 10% มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ 23% เป็นโรคเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และผู้ต้องขัง 3% จำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวช 5% จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยชุมชนบำบัด 10% จำเป็นต้องได้รับการประเมินทางด้านจิตเวชหรือการรักษาอื่นในเรือนจำเพิ่มเติม ส่วน Tye CS. et al. (2006) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงในประเทศออสเตรเลีย พบว่า 84% ของผู้ต้องขังหญิงมีโรคทางจิตเวช ซึ่งรวมถึงปัญหาทางด้านสารเสพติดด้วย เมื่อแยกโรคเกี่ยวกับสารเสพติดออกมา 66% จะมีอัตราการป่วยด้วยโรคทางจิต 43% มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ โรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ต้องขังหญิงคือโรคเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด 57% โรคซึมเศร้า 44% Posttraumatic stress disorder ประมาณ 24% เป็นโรคจิต ซึ่งผู้ต้องขังมีอัตราการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชสูงกว่าประชากรเพศหญิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าทุกหน่วยงานควรตระหนักถึงปัญหาภาวะสุขภาพจิตในทุกกลุ่มประชากร ซึ่งรวมไปถึงกลุ่มผู้ต้องขังในระหว่างอยู่ในเรือนจำ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้นถึงการรับรู้สภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ ตลอดจนมีแนวทางที่จะนำมาใช้พัฒนาส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและพิจารณาให้เหมาะสมกับปัญหาในแต่ละพื้นที่ ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ดังรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ จังหวัด การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาสุขภาพที่ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้า โดยมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ได้แก่ ผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น จำนวน 250 ราย ที่ยินดีและพร้อมที่จะให้ข้อมูล ไม่รวมผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ จังหวัด การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาสุขภาพที่ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของทวิ ดั้งเสรี และคณะ (2546) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามระเบียบวิธีวิจัย ใช้คัดกรองภาวะของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มี Cut off point ที่ 6 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ 86.8 ค่า Specificity ร้อยละ 79.8

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของทวิ ดั้งเสรี และคณะ (2546) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามระเบียบวิธีวิจัย ใช้คัดกรองภาวะของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มี Cut off point ที่ 2 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ 84.2 ค่า Specificity ร้อยละ 88.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและใช้ประโยชน์เพื่อทางการแพทย์เท่านั้น และสามารถยุติได้หากต้องการออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน ช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 ถึงเดือนกันยายน 2550 ในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น จำนวน 250 ราย เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ทันทีที่รวบรวมแบบสอบถามได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลให้คะแนนและลงรหัส (Editing and Coding) แล้วนำไปประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC+/FW (Statistical Package for Social Science for Window) version 11.0 มี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สถิติ Chi-Square test, Odd Ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น ขอนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น
- ตอนที่ 2 ปัญหาสุขภาพของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น
- ตอนที่ 3 การศึกษาระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น
- ตอนที่ 4 การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น
- ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ต้องขังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.6 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 47.6 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 29.2 อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 31.20 ปี (S.D 9.14) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 42.8 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 32.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.8 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.0 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 15.2 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 59.6 รองลงมาภูมิลำเนาจังหวัดอื่นๆ ร้อยละ 31.2 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 250)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	154	61.6
หญิง	96	38.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 250)	ร้อยละ
อายุ		
20 ปีหรือน้อยกว่า	18	7.2
21 – 30 ปี	179	47.6
31 – 40 ปี	73	29.2
41 – 50 ปี	32	12.8
51 – 60 ปี	8	3.2
หมายเหตุ อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 31.20 (S.D. 9.14) มีฐาน 29 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	107	42.8
คู่อยู่ด้วยกัน	82	32.8
คู่อยู่แยกกันอยู่	29	11.6
หย่าร้าง	21	8.4
หม้าย	11	4.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	3.2
ประถมศึกษา	107	42.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	82	32.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	44	17.6
อนุปริญญา	3	1.2
ปริญญาตรี	5	2.0
ปริญญาโท	1	0.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 250)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม	31	12.4
รับจ้าง	140	56.0
ค้าขาย	38	15.2
รับราชการ	4	1.6
ว่างงาน	14	5.6
อื่นๆ	23	9.2
ภูมิลำเนา		
ขอนแก่น	149	59.6
อุดรธานี	3	1.2
ชัยภูมิ	8	3.2
มหาสารคาม	6	2.4
หนองคาย	2	0.8
หนองบัวลำภู	2	0.8
ร้อยเอ็ด	2	0.8
อื่นๆ	78	31.2
อื่นๆ	23	6.4

ตอนที่ 2 ปัญหาสุขภาพของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้นี้ของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพร้อยละ 41.6 โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ คือโรคอื่นๆ ร้อยละ 12.9 (ได้แก่ โรคหอบหืด โรคทางเดินหายใจ โรคไมเกรน โรค HIV โรคอัมพฤกษ์ โรคไทรอยด์ โรคภูมิแพ้) รองลงมาคือโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 11.2 เมื่อทำการศึกษเกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นมีปัญหาไม่สบายใจ ร้อยละ 53.6 ส่วนใหญ่คือปัญหาครอบครัว (คิดถึง/

เป็นหวัด/วิตกกังวล) ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือปัญหาหาคดี ร้อยละ 6.0 และพบว่าผู้ต้องขังมีประวัติการรักษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชขณะอยู่ในเรือนจำ ร้อยละ 2.8 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามปัญหาสุขภาพของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน (N = 250)	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้นี้		
มี	104	41.6
ไม่มี	146	58.4
โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (n = 104)		
ความดันโลหิตสูง	7	2.8
โรคปอด / หลอดลมอักเสบ	7	2.8
โรคหัวใจ	5	2.0
โรคกระดูกและข้อ	21	8.4
เบาหวาน	4	1.6
โรคทางจิตเวช	3	1.2
โรคกระเพาะอาหาร	28	11.2
อื่นๆ	30	12.0
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในช่วง 1 เดือน		
มี	134	53.6
ไม่มี	116	46.4
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ (n = 134)		
ปัญหาครอบครัว (คิดถึง/เป็นหวัด/วิตกกังวล)	112	44.8
ปัญหาคดี	15	6.0
ปัญหาเศรษฐกิจ	4	1.6
ปัญหาการปรับตัว	2	0.8
ปัญหาสุขภาพ	1	0.4
ประวัติการรักษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชขณะอยู่ในเรือนจำ		
เคยได้รับการรักษา	7	2.8
ไม่เคยได้รับการรักษา	243	97.2

ตอนที่ 3 การศึกษาระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขัง เรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษาระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของทวิ ตั้งเสรี และคณะ (2546) พบว่า ผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 36.0 และเมื่อประเมินต่อด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามีระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 14.0 และในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีประวัติการทำร้ายตนเองเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 4.8 จำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเองมากที่สุดหนึ่งครั้ง ร้อยละ 2.8 วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเองมากที่สุดใช้วิธีการผูกคอ ร้อยละ 1.6 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน (N = 250)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
มีภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป	90	36.0
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (5 คะแนนลงมา)	160	64.0
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป)	35	14.0
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (0-1 คะแนน)	215	86.0
ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย		
เคยพยายามฆ่าตัวตาย	12	4.8
ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย	238	95.2
จำนวนครั้งที่พยายามฆ่าตัวตาย (n = 12)		
หนึ่งครั้ง	7	2.8
สองครั้ง	4	1.6
มากกว่าสองครั้ง	1	0.4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน (N = 250)	ร้อยละ
วิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย (n=12)		
กินยาเกินขนาด	3	1.2
ผูกคอ	4	1.6
ใช้อาวุธปืน/มีด	3	1.2
อื่นๆ (กระโดดจากที่สูง, เผาตัวเอง)	2	0.8
สาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย (n=12)		
ปัญหาครอบครัว	4	1.6
ปัญหาศักดิ์ศรี/การถูกคุมขัง	4	1.6
ปัญหาความรัก	2	0.8
ปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ	1	0.4
ปัญหาการใช้สารเสพติด	1	0.4

ตอนที่ 4 การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะ ซึมเศร้า n (%)	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า n (%)	จำนวน (ร้อยละ)	X ²	OR/ 95% CI	p-value
เพศ				13.258	2.667	0.000*
ชาย	42 (27.3)	112 (72.7)	154 (61.6)		1.562-4.551	
หญิง	48 (50.0)	48 (50.0)	96 (38.4)			

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะ ซึมเศร้า n (%)	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า n (%)	จำนวน (ร้อยละ)	X ²	OR/ 95% CI	p-value
อายุ				5.454	-	0.025*
20 ปีหรือน้อยกว่า	4 (22.2)	14 (77.8)	18 (7.2)			
21 – 30 ปี	39 (32.8)	80 (67.2)	119 (47.6)			
31 – 40 ปี	27 (37.0)	46 (63.0)	73 (29.1)			
41 – 50 ปี	16 (50.0)	16 (50.0)	32 (12.8)			
51 – 60 ปี	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (3.2)			
สถานภาพสมรส				4.484	-	0.065
โสด	36 (33.6)	71 (66.4)	107 (42.8)			
คู่อยู่ด้วยกัน	28 (34.1)	54 (65.9)	82 (32.8)			
คู่แยกกันอยู่	10 (34.5)	19 (65.5)	29 (11.6)			
หย่าร้าง	9 (42.9)	12 (57.1)	21 (8.4)			
หม้าย	7 (63.6)	4 (36.4)	11 (4.4)			
ระดับการศึกษา				4.183	-	0.037*
ไม่ได้เรียน	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (3.2)			
ประถมศึกษา	39 (36.4)	68 (63.6)	107 (42.8)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	28 (34.1)	54 (65.9)	82 (32.8)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14 (31.8)	30 (68.2)	44 (17.6)			
อนุปริญญา	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (1.2)			
ปริญญาตรี	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (2.0)			
ปริญญาโท	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (0.4)			

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะ ซึมเศร้า n (%)	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า n (%)	จำนวน (ร้อยละ)	X ²	OR/ 95% CI	p-value
อาชีพ				6.854	-	0.061
เกษตรกรรวม	14 (19.6)	17 (80.4)	31 (12.4)			
รับจ้าง	45 (14.7)	95 (85.3)	140 (56.0)			
ค้าขาย	17 (12.5)	21 (87.5)	38 (15.2)			
รับราชการ	2 (28.6)	2 (71.4)	4 (1.6)			
ว่างงาน	7 (11.8)	7 (88.2)	14 (5.6)			
อื่นๆ	5 (17.9)	18 (82.1)	23 (9.2)			
ปัญหาสุขภาพ				22.035	3.560 2.073-6.114	0.000*
มีปัญหาสุขภาพ	55 (52.9)	49 (47.1)	104 (41.6)			
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	35 (24.0)	111 (76.0)	146 (58.4)			
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ				15.208	0.342 0.198-0.592	0.000*
มี	63 (47.0)	71 (53.0)	134 (53.6)			
ไม่มี	27 (23.3)	89 (76.7)	116 (46.4)			

ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ

ผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น พบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึง 12.202 เท่า (OR = 12.202 95%CI 4.826-30.855) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ต้องขังเรือนจำกลาง จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะ ซึมเศร้า n (%)	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า n (%)	จำนวน (ร้อยละ)	X ²	OR/ 95% CI	P-value
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย						
มี	29 (82.9)	6 (17.1)	35(14.0)	38.783	12.202 4.826-30.855	< 0.000
ไม่มี	61 (28.4)	154 (71.6)	225(86.0)			

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น และ 2) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น จำนวน 250 ราย ที่ยินดีและพร้อมที่จะให้ข้อมูล ไม่รวมผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของทวิ ดั้งเสรี และคณะ (2546) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามระเบียบวิธีวิจัย ใช้คัดกรองภาวะของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มี Cut off point ที่ 6 คะแนนขึ้นไปมีค่า Sensitivity ร้อยละ 86.8 ค่า Specificity ร้อยละ 79.8 และหากพบว่าผู้รับบริการมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ประเมินต่อด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของทวิ ดั้งเสรี และคณะ (2546) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามระเบียบวิธีวิจัย ใช้คัดกรองภาวะของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มี Cut off point ที่ 2 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ 84.2 ค่า Specificity ร้อยละ 88.0 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC+/FW (Statistical Package for Social Science for Window) version 11.0 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Chi-Square test , Odd Ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ผลการศึกษาโดยสรุปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.6 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 47.6 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 29.2 อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 31.20 ปี (S.D 9.14) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 42.8 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 32.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.8 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.0 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 15.2 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 59.6 รองลงมาภูมิลำเนาจังหวัดอื่นๆ ร้อยละ 31.2

ในด้านของปัญหาสุขภาพ พบว่า ในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้อผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น มีปัญหาสุขภาพร้อยละ 41.6 โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ คือ โรคอื่นๆ ร้อยละ 12.9 (ได้แก่ โรคหอบหืด โรคทางเดินหายใจ โรคไมเกรน โรค HIV โรคอัมพฤกษ์ โรคไทรอยด์ โรคภูมิแพ้)

รองลงมาคือโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 11.2 และในด้านปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นมีปัญหาไม่สบายใจ ร้อยละ 53.6 ส่วนใหญ่คือปัญหาครอบครัว (คิดถึง/เป็นห่วง/วิตกกังวล) ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือปัญหาคดี ร้อยละ 6.0

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษา พบว่า ผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.0 และเมื่อประเมินด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามีระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 14.0 และในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีประวัติการทำร้ายตนเองเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 4.8 จำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเองหนึ่งครั้ง ร้อยละ 2.8 วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเอง ใช้วิธีการผูกคอตายมากที่สุด ร้อยละ 1.6

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่ได้เรียน ปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ ในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 36.0 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Assadi & Noroozian (2006) และ Fazel et. al. (2001) โดย Assadi & Noroozian ได้ทำการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขังที่ได้รับการคัดสรรคดี : กรณีศึกษาในอิหร่าน พบความชุกของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 29.0 และ Fazel et. al. ได้ทำการศึกษาเรื่องโรคทางจิตเวชที่ซ่อนอยู่ในกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุ พบความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 30 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้มากกว่าผลการศึกษาของดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (2545) ที่ได้ทำการศึกษาความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง : การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง พบว่ามีความชุกของ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 10.0 อาจจะเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีความแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการใช้เครื่องมือเพื่อการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการรักษา แต่การศึกษาของดวงตา ไกรภัสสรพงษ์

(2545) เป็นการใช้เครื่องมือ M.I.N.I. เพื่อประเมินความผิดปกติของโรคทางจิตเวชโดยตรง ซึ่งผลการศึกษาของ ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (2545) ก็ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Fazel S & Danesh J. (2002) ที่ได้ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงในผู้ต้องขัง 23,000 คน พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 12.0

เมื่อพิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งคำนวณ Odd ration = 2.67 และ p-value = 0.000 สอดคล้องกับสมภพ เรืองตระกูล (2543) ที่กล่าวว่าโรคซึมเศร้าพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นอัตราส่วน 2:1

สำหรับปัจจัยด้านอายุพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.025) โดยกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 41-60 ปี มีจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือ ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 37.0 และช่วงอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 32.8 คำนวณอายุเฉลี่ย เท่ากับ 32.2 ปี ซึ่งสอดคล้องกับดวงใจ กษานติกุล (2536) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้ามีอัตราการเกิดสูงสุดในช่วงอายุ 25-45 ปี

ในการศึกษานี้พบว่าระดับการศึกษาก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน (p=0.037) โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทมีจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดร้อยละ 100.0 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีร้อยละ 60.0 ซึ่งขัดแย้งกับดวงใจ กษานติกุล (2536) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้านักพบในผู้ที่มีระดับเศรษฐฐานะต่ำ เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูง อาจเกิดควาวิตกกังวลในสภาพที่เป็นอยู่ของตนเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย

ในด้านการมีปัญหสุขภาพนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.000) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหสุขภาพมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 52.9 น้อยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cole (2003) ที่พบว่าปัญหสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าคือปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาคดี ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการปรับตัว ปัญหสุขภาพ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสที่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าถึง 12 เท่า OR = 12.202 95%CI 4.826-30.855 p-value=0.000) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุรรัตน์ เอกอักษิน (2545) ที่ได้ Odd Ratio = 9.63 แสดงให้เห็นว่าการที่สามารถประเมินและวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าให้ได้ตั้งแต่เนิ่นๆและรีบให้การบำบัดรักษาจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้มาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.0 และเมื่อประเมินต่อด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามีระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 14.0 ผู้วิจัยจึงเสนอแนวทางช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1.1 ผู้รับบริการรายทุกรายที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการดูแลทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง และมีการส่งต่อข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบกับการดูแลผู้ต้องขังทราบ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแลต่อเนื่องซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงที่จะเกิดขึ้นตามมา โดยเฉพาะปัญหาการฆ่าตัวตายที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

1.2 สถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชน ควรร่วมกับเรือนจำจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและการดูแลทางสังคมจิตใจให้แก่ผู้ต้องขัง เพื่อช่วยให้ผู้ต้องขังมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง และมีแนวทางในการดูแลตนเองต่อไป

1.3 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ต้องขังควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นให้แก่ผู้ต้องขังในเรือนจำอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม หากพบผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรส่งต่อให้ผู้ต้องขังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเรือนจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้เป็นการสะท้อนปัญหาของภาวะซึมเศร้าในสังคมอย่างแท้จริง ซึ่งจะเป็ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลและพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2.2 ควรจะมีการศึกษาเชิงลึกในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

2.3 ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยีในเรื่องของการจัดการกับภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง เพื่อเผยแพร่ให้ผู้สนใจมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถป้องกันตนเองหรือจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. กรุงเทพฯ : การศาสนา, 2538.
- กรมสุขภาพจิต. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 - 2546. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2546.
- กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยปี 2548-2549. [online] 2550 ; เมษายน [1 หน้า]. <http://www.dmh.go.th/report/patient/patient.asp> [สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2550].
- กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม. สถิติผู้ต้องขังในรอบ 10 ปี. แหล่งข้อมูลกรมราชทัณฑ์ [online] 2550 ; เมษายน [1 หน้า]. <http://www.correct.go.th/stat.htm> [สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2550].
- จันทิมา องค์โฆษิต ไกรฤกษ์. จิตบำบัดในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545;42(3).
- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. โรคซึมเศร้า คำถามที่คุณมี คำตอบที่คุณต้องการ. กรุงเทพฯ : หน้าต่างสู่โลกกว้าง, 2543.
- ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน : เกษม ดันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้า รักษาหายได้. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์, 2542.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง : การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10(2).
- ทวิ ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
- ทวิ ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาล ศิลปกิจ. ความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(1).
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539 ; 41(1).

ธวัชชัย วรพงษ์สร, วงเดือน ปั่นดี, สมพร เจริญชัยศรี. คุณลักษณะความตรงของแบบสอบถาม
ความซึมเศร้า CES-D. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2533; 21(1).

ธารัง ทศนาญชลี, ขนิษฐา บำเพ็ญผล, สาลิกา ไควบุญงาม. ปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขัง. กรุงเทพฯ :
โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2532.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน มานิต ศรีสุรภานนท์
และจำลอง ดิษยวณิช (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด
โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2542.

มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ :
ชวนพิมพ์, 2539.

มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating
Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539 ; 41(4).

มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน : มานิช หล่อตระกูล,
ปราโมทย์ สุนิษฐ์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์,
2544.

วิไล คุปต์นิริติชัยกุล & พนม เกตุมาน. การศึกษาแบบวัดภาวะซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for
Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D) ในคนไทย. สารศิริราช 2540 ; 49(5).

วีระ ชูรุจิพร. วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
2542 ; 7(3).

วีรวุฒิ เอกกมลกุล. การรักษาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

รัตนารณ อ่อนแก้ว. การศึกษาการปรับตัวของผู้ต้องขังในเรือนจำอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา]. มหาสารคาม :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2539.

สุภรัตน์ เอกอัสวิน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545 ; 10(3).

สุชาติ พหลภักย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ออฟเซต, 2542.

สุโขทัยธรรมาราช มหาวิทยาลัย. กรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2539.

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พูนศรี รังษิณี, นิรมล พัจจนสุนทร และคณะ. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง
ภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทย ในชุมชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(4).

- สมภพ เรืองตระกูล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน : สมภพ เรืองตระกูล. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว; 2542.
- สรยุทธ วาสิกนันนท์. โรคซึมเศร้า. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ). การระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา : สัมมนาเคอร์การพิมพ์, 2547.
- สรวิทย์ สังข์ศรี, พิมพ์ภรณ์ สังข์ศรี, สุวรรณ เรืองเดช. การศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ : กรณีศึกษา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา, 2540.
- อักรพรรณ ขวัญชื่น. โอกาสมีงานทำของคนหูหนวกในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : ม.ป.ท.; 2546.
- อุทยา นาคเจริญ. สภาวะสุขภาพจิตของนักโทษคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกาย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์และปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540 ; 42(1).
- American Psychiatric Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000.
- Assadi M, Noroozian M, Pakravannejad M, Aghayan S, Shariat S, Yahyazadeh O, Fazel S. Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. British Journal of Psychiatry 2006; 188:159-64.
- Beck, AT. Depression : clinical experimental and theoretical aspects. New York : Hoeber Medical Division, Harper & Row, 1967.
- Beck, C.M., Rawlines, R.P., & Williams, S.R. Mental Health-Psychiatric Nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Co, 1984.
- Carson, V., & Arnold, E. Mental health nursing the nurse-patient journey. Philadelphia : W.B. Saunders, 1996.
- Christine S. Tye, Paul E. Mullen. Mental disorder in female prisoners. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2006 Mar; 40(3) : 266-71.
- Gunn J, Maden H, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. BMJ 1991; 303 : 338-41
- Kessler, Randolph M. Gender and Mood disorder. In Goldman, Marlene B., & Hatch, Maureen C. Women and health. USA : Academic Press, 2000.
- Quinn, Brian. The depression sourcebook. 2nd ed. Los Angeles : Lowell House, 2000.
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 2rd 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.

Seena Fazel, Tony Hope, Ian O'Donnell, Robin Jacoby. Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179:535-9.

Seena Fazel, John Danesh. Serious mental disorders in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359:545-50.

ภาคผนวก

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ – สกุล
2. ที่อยู่ โทรศัพท์
3. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง
4. อายุปี
5. การศึกษา () 1.ไม่ได้เรียน () 2.ประถมศึกษา () 3.มัธยมศึกษา
() 4.ต่ำกว่าปริญญาตรี () 5.ปริญญาตรี () 6.อื่นๆ ระบุ
6. อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ)
() 1.เกษตรกร () 2.รับจ้าง () 3.ค้าขาย
() 4.รับราชการ () 5.ว่างงาน () 6.อื่นๆ ระบุ.....
7. สถานภาพสมรส () 1.โสด () 2.คู่อยู่ด้วย () 3.คู่แยกกันอยู่ () 4.หม้าย () 5.หย่าร้าง
8. ในช่วง 1 เดือนนี้หรือก่อนหน้านี้นี้ ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)
() 1.ไม่มี () 2.มี (ถ้ามีตอบคำถามข้อ 9 ด้วย)
9. โรคที่ท่านมีปัญหาตอบได้มากกว่า 1 ข้อ () 1. ความดันโลหิตสูง () 2. โรคปอดหรือหลอดลม () 3. โรคหัวใจ
() 4. โรคกระดูกและข้อ () 5.เนื้องอก () 6. เบาหวาน () 7. อัมพาต
() 8. โรคทางจิตเวช () 9. โรคกระเพาะ () 10. อื่นๆ ระบุ
10. ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า*

ให้สอบถามผู้รับบริการว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยให้ตอบคำถามในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้ครบทุกข้อ

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือไม่ (เกือบตลอดทั้งวัน)	☐	☐
2. รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้	☐	☐
3. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก	☐	☐
4. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่ชอบและเคยทำ	☐	☐
5. รู้สึกผิดหวังในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น	☐	☐
6. รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง	☐	☐
7. รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากยุ่งสิ่งกับใคร	☐	☐
8. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า	☐	☐
9. คิดอะไรไม่ออก	☐	☐
10. หลงลืมง่าย	☐	☐
11. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ	☐	☐
12. ทำอะไรก็ขาด เชื่องช้ากว่าปกติ	☐	☐
13. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง	☐	☐
14. รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม	☐	☐
15. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท	☐	☐

การแปลผล ตอบ (มี) ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการบริการปรึกษา หรือส่งพบแพทย์
และใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควบคู่กันด้วย

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

1. ชื่อ – สกุล
2. ที่อยู่ โทรศัพท์
3. เคยฆ่าตัวตายหรือไม่ () เคย () ไม่เคย
4. เคยพยายามฆ่าตัวตายในอดีต ครั้ง
5. ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
ถ้ามี มีวิธีการอย่างไร
- ครั้งที่ 1 วิธีการ สาเหตุ
เวลา สถานที่
- ครั้งที่ 2 วิธีการ สาเหตุ
เวลา สถานที่
- ครั้งที่ 3 วิธีการ สาเหตุ
เวลา สถานที่
- ครั้งที่ 4 วิธีการ สาเหตุ
เวลา สถานที่

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*

ให้ประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยสอบถามว่าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมานี้มีเหตุการณ์ อาการหรือความคิด ความรู้สึก ดังต่อไปนี้ หรือไม่

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	☐	☐
2. เป็นโรคเรื้อรังหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	☐	☐
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน	☐	☐
4. สูญเสียอวัยวะที่สำคัญอย่าง ไม่คาดคิด (ระบุอวัยวะที่สูญเสีย.....)	☐	☐
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)	☐	☐
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา	☐	☐
7. มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ	☐	☐
8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	☐	☐
9. เป็นทุกข์ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	☐	☐
10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	☐	☐

การแปลผล ตอบ (มี) ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการบริการปรึกษา หรือพบแพทย์ และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่กันด้วย