

ความชุกของภาวะซีมีเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวธนวรรณ

พญงผล

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1446-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE OF DEPRESSION IN OUTPATIENTS DEPARTMENT OF SOCIAL SECURITY SERVICE
OF KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Miss Tanawan payungpon

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-1446-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุกของภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	นางสาวธนวรรณ พยุงผล
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตน์กุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล)

ธนวรรณ พงษ์ผล : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (PREVALENCE OF DEPRESSION IN OUTPATIENTS
 DEPARTMENT OF SOCIAL SECURITY SERVICE OF KING
 CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษา:ศาสตราจารย์
 แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์นายแพทย์ เดชา
 ลลิตอนันต์พงศ์ ; 95 หน้า. ISBN 974-17-1446-7

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มี
 ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ
 ตรวจรักษาที่คลินิกประกันสังคม ภปร.13 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในเวลาราชการ ในช่วงเดือน
 มิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2545 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดการ
 สนับสนุนทางสังคม แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแบบประเมินอาการซึมเศร้า
 สถิติที่ใช้ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบ
 t-test และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ 24.6 โดยมีภาวะซึมเศร้า
 อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 16.4 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 8.2

เพศและลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติที่ระดับ $p < 0.001$ รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และการวินิจฉัยโรคที่มารักษาในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการเกิด
 ภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า
 ($\gamma = -0.163, p < 0.01$) ส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ
 การเกิดภาวะซึมเศร้า ($\gamma = 0.337, p < 0.001$)

เพศ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถ
 ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่ออนิสิต.....
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2545	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม)

##4275261130 MAJOR: MENTAL HEALTH

KEY WORDS : DEPRESSION / DEPARTMENT OF SOCIAL SECURITY / KING
CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL.

TANAWAN PAYUNGPON : PREVALENCE OF DEPRESSION IN
OUTPATIENTS DEPARTMENT OF SOCIAL SECURITY SERVICE OF
KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL.THESIS ADVISOR
: PROF.DUANGJAI KASANTIKUL,MD.CO-ADVISOR : DACHA
LALITANANTAPONG,MD. ; 95 pp. ISBN : 974-17-1446-7

The purposes of this research was to study into the prevalence of depression and factors related to the depression in Out-patients Department of Social Security Service of King Chulalongkorn Memorial Hospital. The subjects were 330 new patients aged 18 up. They received treatment at the Department of Social Security Service, 13th floor during office hours (June – August 2002). The tools used were a questionnaire about general information, a form measuring social support, The Personal Resource Questionnaire, Life Stress Event and HRSR (Scale : Diagnostic Screening for Depression in Thai. The variables were determined by percentage, mean, standard deviation, Chi-square, t-test and Stepwise Multiple Regression.

The result of this research were as follows : the prevalence of depression were 24.6 %. The severity of the depression was classified as little to moderate 16.4% and severe 8.2 %.

Sex and job were significantly related with depression $p < 0.001$, income was significantly related with depression $p < 0.01$ and diagnosis was significantly related with depression $p < 0.05$

Social support was statistically negative correlated with depression ($\gamma = -0.163, p < 0.01$) . Stress in life was statistically positive correlated with depression. ($\gamma = 0.337, p < 0.001$)

Sex, Stress in life and Social support were predicted factors that leading to depression at the statistical significant level of $p < 0.001$

Department	Psychiatry	Student's Signature.....
Field of study	Mental health	Advisor's Signature.....
Academic year	2002	Co-advisor Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และ อาจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของการทำวิจัยมาด้วยดีตลอด รวมทั้งอาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบ พร้อมทั้งกรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือตรวจทาน และแก้ไขข้อบกพร่อง จนวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่กรุณาอนุญาตให้ใช้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุชาติ เป็รื่องเมธากร ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และ นางศิริพร เข้มแข็ง หัวหน้าหอ ปร.13 ที่กรุณาช่วยประสานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้ง แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่คลินิก ประกันสังคมทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์วินัส อุดมประเสริฐกุล ที่กรุณาให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องสถิติการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ เป็นอย่างดีตลอดจนอำนวยความสะดวก ติดต่อส่งข่าวสาร และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ที่สนับสนุนทุนในการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนผู้ร่วมงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้โอกาสและสนับสนุนผู้วิจัยในทุก ๆ ด้านเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ญาติพี่น้องและคุณขวัญชัย เกิดบำรุง ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยตลอดมา จนสำเร็จการศึกษาและขอขอบคุณเพื่อนปริญญาโทสุภาพจิต (นอกเวลาราชการ) รุ่น 1 ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลืออย่างกัลยาณมิตรด้วยดีตลอด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	7
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ภาวะซึมเศร้า.....	9
ปัจจัยส่วนบุคคล.....	12
ปัจจัยทางจิตสังคม.....	15
ความเครียดกับการเจ็บป่วย.....	15
ปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคม.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสังคม.....	21
ระบบบริการผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่	
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 37
	รูปแบบการวิจัย..... 37
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 37
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 38
	การรวบรวมข้อมูล..... 40
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 41
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 42
	ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา..... 43
	ตอนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกัน- สังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์..... 49
	ตอนที่ 3 ข้อมูลทางจิตสังคม..... 50
	ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทาง จิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิก- ประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์..... 52
	ตอนที่ 5 อำนาจการทำนายของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัย ทางจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า..... 56
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 58
	สรุปผลการวิจัย..... 58
	อภิปรายผลการวิจัย..... 61
	ข้อเสนอแนะ..... 65
	รายการอ้างอิง..... 67
	ภาคผนวก..... 75
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 95

สารบัญตาราง

		หน้า
1	จำนวนการใช้บริการของผู้ป่วยประกันสังคม.....	3
2	สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามอายุ ปี 2542-2544.....	4
3	แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ที่คลินิกประกันสังคม (ภปร.13) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เปรียบเทียบระหว่างปี 2539-2544.....	5
4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของประชากร.....	43
5	แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม.....	49
6	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคม จำแนกเป็นการสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม.....	50
7	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคม จำแนกเป็นการสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า.....	51
8	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม.....	52
9	ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ของตัวแปรทางจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	55
10	แสดงอำนาจการทำนายของตัวทำนายกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม.....	56

สารบัญแนกภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
2.1	แสดงอัตราการให้บริการของผู้ป่วยประกันสังคม (จำนวนครั้งต่อผู้ประกันตนต่อปี) ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ.2535-2541.....	26
2.2	แสดงสัดส่วน (ร้อยละ) ของการให้บริการของผู้ป่วยประกันสังคมต่อผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลของ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ.2535-2541.....	27

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่ง ประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 4-7 มีโอกาสเป็นโรคนี้ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2 : 1 อายุเมื่อเริ่มเป็นโดยเฉลี่ย 30 ปี พบมากในผู้ป่วยอายุระหว่าง 30-40 ปี ในเด็กและผู้สูงอายุเป็นโรคนี้ได้เช่นกันแต่พบได้น้อย⁽¹⁾ นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังพบมากในผู้ป่วยโรคทางกาย ร้อยละ 10-15 และซ้ำเติมให้การป่วยทางกายนั้นรุนแรงและรักษายากขึ้น ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ยากลำบาก⁽²⁾ ประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการเรื้อรัง ไม่สนองตอบต่อการรักษาอาจป่วยไปตลอดชีวิตก่อให้เกิดความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ จิตใจและสังคมได้มากมาย⁽³⁾

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้ความสำคัญและจัดตั้งโครงการเพื่อรณรงค์และเผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปตระหนักว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อย อาการซึมเศร้าอาจเป็นอาการของโรคที่มีสาเหตุเพียง "คิดมากไปเอง" "ประสาทอ่อน" หรือ "หัวใจอ่อน" ทั้งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้จากการฆ่าตัวตายและที่สำคัญที่สุด คือ โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่รักษาได้ถึงร้อยละ 80-90 ของจำนวนผู้ป่วยโดยใช้ยาแก้เศร้า (antidepressant) ร่วมกับจิตบำบัด⁽⁴⁾ ดังนั้นการค้นพบผู้ป่วย ในระยะแรก ๆ และให้การรักษาแต่เนิ่น ๆ จะได้ผลดีกว่าปล่อยให้ผู้ป่วยเรื้อรังอยู่นาน นอกจากนี้โรคซึมเศร้าไม่เพียงแต่จะทำให้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย หากยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางกายที่ร้ายแรงต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและทำความเข้าใจกับครอบครัวเป็นอันมาก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 คนเท่านั้นที่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยบางรายที่อาการไม่รุนแรงนักอาจหายได้เองด้วยการทำใจ ช่มใจ ทำงานอดิเรก เข้าวัดเข้าวา ฝึกสมาธิหรือรับการบำบัดจากพระ หมออดุคนทรง เป็นต้น แต่ในรายที่รุนแรงวิธีดังกล่าวจะไม่ได้ผล ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตไปอย่างน่าสลดใจจากการฆ่าตัวตายก่อนที่จะได้รับการรักษาให้ทันทั่วทั้งที่

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2543⁽⁴⁾ ประมาณว่าในทุก ๆ 40 วินาที มีผู้ฆ่าตัวตาย 1 ราย ทั่วโลก และในจำนวน 10 โรค ที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านสุขภาพมากที่สุด เป็นโรคทางด้านสุขภาพจิตถึง 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า การติดสุรา โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตเภทและโรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ องค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด

ปัจจุบันความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของคนไทย เนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง ความเจริญของเทคโนโลยี การเมืองในภาวะวิกฤติ การแข่งขันซึ่งกัน และกัน การขัดแย้งระหว่างบุคคลในวงงาน การทำงานที่หนักเกินไป ความหวาดกลัวโรคภัย ไข้เจ็บ ฯลฯ เหล่านี้ล้วนกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ทั้งนั้น ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวและ ตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสมแล้ว ความเครียดจะเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพ กายและสุขภาพจิต ทำให้ตื่นตัวมีชีวิตชีวาเกิดแรงจูงใจ กระตุ้นให้สามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้ แต่ในทางตรงข้าม ความเครียดจะเป็นโทษหรือมีอันตรายก็ต่อเมื่อ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นมีความรุนแรงมากเกินไป และเกินความสามารถที่จะควบคุม หรือแก้ไขได้ บุคคลนั้นก็มาถึงจุดอ่อนแอ ไม่สามารถทนต่อความเครียดได้ ซึ่งจะนำไปสู่ ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและอารมณ์ หรืออาจนำไปสู่ภาวะของความเจ็บป่วยทางกาย หรืออาการของโรคจิตโรคประสาทได้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสภาพแวดล้อมอย่างรวดเร็ว อันสืบเนื่องมาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การอุตสาหกรรม การขยายตัวของชุมชน และจากการประกาศลดค่าเงินบาท ในวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ.2540 ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่ง ไม่สามารถปรับตัวให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง อันนำไปสู่ภาวะ ซึมเศร้าก่อให้เกิดพฤติกรรม การทำร้ายตัวเอง ดังปรากฏตามหน้าหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ ต่าง ๆ เช่น การกระโดดตึก จากการสำรวจทางโทรศัพท์ของกรมสุขภาพจิต เมื่อเดือน สิงหาคม พ.ศ.2540 ในประชาชนจำนวน 1,020 คน พบว่า มีความเครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 75 และภาวะความเครียดเหล่านี้อยู่ในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหา ร้อยละ 39 คิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 46 ประชาชนกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำปรึกษาและการบำบัดรักษา

จากการศึกษาของซูทิตย์ ปานปรีชา⁽⁵⁾ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตก่อนเกิดภาวะวิกฤติ ทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 จนถึงปี พ.ศ.2542 ความเครียดของประชาชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 50 มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 8 คน เป็น 20 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ.2540 ถึงปี พ.ศ.2542 พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายของประชาชนไม่ได้ลดลง แต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยอัตราการคิดฆ่าตัวตายในปี พ.ศ.2540, 2541 และ 2542 คิดเป็นร้อยละ 4.6, 4.6 และ 5.9 ตามลำดับ

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นเกราะกำบังที่สำคัญในภาวะวิกฤติ ความเจ็บป่วยและความตาย โดยการสนับสนุนทางสังคมที่พอเพียง สามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤติได้ สามารถลดจำนวนการใช้ยาของผู้ป่วย ลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม เพราะบุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านต่าง ๆ ตลอดจนด้านสุขภาพ อณามัย ประการที่สอง การสนับสนุนด้านจิตใจและประการสุดท้ายเป็นการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของค่าใช้จ่ายและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

ประเทศไทยได้นำเสนอเอาระบบประกันสุขภาพ มาส่งเสริมการพัฒนางานสาธารณสุข โดยนำระบบประกันสุขภาพทั้งในลักษณะที่ดำเนินการแบบสมัครใจและแบบบังคับมาใช้ เพื่อให้ประชาชนในประเทศ ได้รับการคุ้มครองสุขภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ซึ่งในปัจจุบัน ประชากรไทยได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพ ครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ 77.04 ของประชากรทั้งประเทศ จากความครอบคลุมดังกล่าวส่งผลกระทบให้ประชาชนมีความ ต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากระบบประกันสุขภาพเป็นการส่งเสริมสวัสดิการ ของบุคคลในด้านสุขภาพอนามัยและสนับสนุน ให้บุคลากรสามารถเข้ารับการรักษา ทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย โดยการใช้ระบบประกันสังคมเป็น รูปแบบการประกันสุขภาพแบบบังคับ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของลูกจ้างในเรื่องสิทธิด้านการ รักษาพยาบาล เนื่องจากรัฐบาลต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลส่วนหนึ่งของผู้ประกันตน โดย การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามจำนวนผู้ประกันตน การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในระบบ ประกันสังคมจะเห็นได้จากอัตราการให้บริการของผู้ป่วยประกันสังคมที่เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ.2538 พบว่าอัตราการให้บริการใน พ.ศ.2539 ทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 10 และมีแนวโน้มว่าอัตราการให้บริการจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

จากการศึกษาข้อมูลทางสถิติของสำนักงานประกันสังคม เกี่ยวกับจำนวนการให้บริการ ของผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมในด้านบริการสุขภาพ กรณีเจ็บป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ.2537- 2544 พบว่า มีแนวโน้มของจำนวนผู้ใช้บริการประกันสังคมสูงขึ้น ดังตาราง ⁽⁶⁾

ตารางที่ 1 จำนวนการให้บริการของผู้ป่วยประกันตน

หน่วย:ราย

ปี	กรณี เจ็บป่วย	กรณี ทุพพลภาพ	กรณี ตาย	กรณี คลอดบุตร	กรณี ชราภาพ	กรณี สงเคราะห์ บุตร
2537	4,089,413	232	6,642	99,250	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง
2538	4,985,145	303	9,378	140,734	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง
2539	6,373,711	277	11,220	171,169	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง
2540	7,623,636	349	13,370	192,361	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง
2541	8,923,772	527	13,038	178,213	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง
2542	12,003,216	393	12,106	167,722	2,986	149,928
2543	12,606,716	480	13,434	183,692	12,333	492,427
2544	16,067,396	435	13,637	184,281	16,963	584,484

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม ข้อมูล ณ วันที่ 5 พฤศจิกายน 2545

หมายเหตุ : เริ่มจ่ายประโยชน์ทดแทน กรณีสงเคราะห์บุตร ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2542

นอกจากสำนักงานประกันสังคมจะมีภารกิจให้ความคุ้มครองลูกจ้างประกันสังคมในระบบประกันสังคม ให้ได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแล้ว ในขณะเดียวกันก็ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ประกันตนในสถานประกอบการควบคู่ไปด้วย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ลูกจ้าง ผู้ประกันตนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ดีในเบื้องต้น ซึ่งจะส่งผลให้ลูกจ้าง ผู้ประกันตนมีสุขภาพที่ดี สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น อันเนื่องจากโรคที่สามารถป้องกันได้อีกทางหนึ่งด้วย โดยจัดหน่วยเคลื่อนที่ประกอบด้วยแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม ในการตรวจสุขภาพและให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่นายจ้าง ลูกจ้าง และผู้ประกันตนในสถานประกอบการ รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ด้านการประกันสังคม โดยได้ดำเนินการทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามอายุ ปี 2542-2544

กลุ่มอายุ (ปี) Age Group (Years of age)	ปี 2542 (1999)	ปี 2543 (2000)	ปี 2544 (2001)
น้อยกว่า 12 (Less 12)	71	54	-
13 – 14 ปี	43	32	4
15 – 19 ปี	16,229	16,313	16,026
20 – 24 ปี	42,785	45,914	48,378
25 – 29 ปี	42,860	44,436	46,602
30 – 34 ปี	29,583	30,837	33,010
35 – 39 ปี	18,552	19,550	20,785
40 – 44 ปี	11,336	11,427	12,650
45 – 49 ปี	6,074	6,252	6,824
50 – 54 ปี	2,675	2,934	3,386
55 – 59 ปี	1,161	1,143	1,327
60 ปีขึ้นไป (60 – up)	628	674	629
รวมทุกกลุ่มอายุ	171,997	179,566	189,621

ที่มา : สำนักงานกองทุนเงินทดแทน

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่รองรับระบบประกันสังคมตั้งแต่ พ.ศ.2534 และเป็นโรงพยาบาลในภาครัฐที่มีผู้ประกันตนเลือกมารับบริการรักษาพยาบาลจำนวนมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของโรงพยาบาลในภาครัฐทั้งหมด ปัจจุบัน (ธันวาคม 2541) มีผู้ประกันตนจำนวน 91,554 ราย ซึ่งโรงพยาบาลได้รับการจัดสรรงบประมาณการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เป็นลักษณะเหมาจ่ายต่อผู้ประกันตนต่อปี (Capitation) การใช้บริการของผู้ประกันตนมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในช่วงปี พ.ศ. 2535 - 2541 พบว่า อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกต่อผู้ประกันตนต่อปีเพิ่มขึ้นจาก 0.28 ครั้งต่อผู้ประกันตนต่อปี เป็น 0.61 ครั้งต่อผู้ประกันตนต่อปี และอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจาก 0.008 ครั้งต่อผู้ประกันตนต่อปี เป็น 0.02 ครั้งต่อผู้ประกันตนต่อปี (ฝ่ายบริหารงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ที่คลินิกประกันสังคม (ภปร.13) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เปรียบเทียบระหว่างปี 2539 -2544

จำนวน (ราย)	ปี พ.ศ.					
	2839	2540	2541	2542	2543	2544
จำนวนผู้ใช้ บริการ	46,179	51,129	52,267	50,032	49,569	56,088

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาโรคจิต หรือความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ประกันสังคมมาก่อน มีเพียงการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และการวิเคราะห์ต้นทุนในการใช้บริการผู้ป่วยประกันสังคมเท่านั้น

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรใกล้เคียง แต่พบว่า เครื่องมือที่ใช้มีจำนวนหลายข้อยุ่งยากในการนำไปใช้ และเป็นการศึกษาของต่างประเทศ ซึ่งมีลักษณะประชากรชนบทกรรมนิยมและประเพณีที่ต่างกัน จึงไม่เหมาะในการนำมาอ้างอิงหรือวางแผนการดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ระบบประกันสุขภาพนี้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน มีรายได้ต่ำ และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ง่าย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย ที่มาใช้บริการในคลินิก ประกันสังคมเกี่ยวกับ ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกประกันสังคม ซึ่งยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน และผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการค้นพบผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า เบื้องต้น เพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลรักษาและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป รวมทั้ง เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อันเนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถ ป้องกันได้

คำถามของการวิจัย (Research Question)

ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความชุกของภาวะซึมเศร้า มากน้อยเพียงใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิก ประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefits and Application)

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาวางแผนให้การบริการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรกเริ่มได้ และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร (Variables)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล
2. ปัจจัยทางจิตสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยคลินิกประกันสังคม

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยประกันสังคมประเภท 1 (ผู้ป่วยที่เลือกขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) ซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่มารับบริการที่คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน (มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2545)

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Considerations)

การศึกษานี้ไม่ได้มีการทดลองหรือใส่วิธีทางใด ๆ ให้กับกลุ่มที่ทำการศึกษาข้อมูล ซึ่งคาดว่าจะไม่มีผลต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แต่อย่างใด จึงคาดว่าจะไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitation)

เนื่องจากการศึกษาวิจัยทำในระยะเวลาที่จำกัดและศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แห่งเดียวเท่านั้น จึงไม่สามารถศึกษาเกี่ยวกับประชากรที่มากและครอบคลุมกว่านี้ได้

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definitions)

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระและความสำคัญอื่นๆ ทำให้มีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย ล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุขท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้ อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือคงอยู่นานขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม

การแปลผลคะแนน ที่ได้จากการวัดภาวะซึมเศร้า โดยใช้ cut of score ที่ระดับ 25 คะแนน หรือสูงกว่าขึ้นไปเป็นคะแนน ตัดสินว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า

2. คลินิกประกันสังคม (Department of Social Security) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นผู้ประกันตนโดยใช้ระบบประกันสังคม

3. ผู้ประกันตน (Registered person) หมายถึง ผู้ที่ลงทะเบียนเป็นผู้ประกันตนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2545 (1 ตุลาคม 2544 – 30 กันยายน 2545)

4. ผู้ป่วยนอก (Out patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาหรือคำแนะนำที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยไม่ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบความคิดในการวิจัย โดยใช้รูปแบบของขั้นตอนการศึกษาไว้ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล
2. การศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม

ตัวแปร

ตัวแปรตาม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression)
2. ความเครียดกับการเจ็บป่วย
3. การสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสังคม
5. ระบบบริการผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression)⁽⁷⁾ หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระและความสำคัญอื่น ๆ ทำให้มีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย ล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือคงอยู่นานขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม

ภาวะซึมเศร้า (Depression)⁽⁴⁾ หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้า หมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลง หรือน้ำหนักลดลง หมดอารมณ์เพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึมและสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

ภาวะซึมเศร้า อาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้⁽⁸⁾

1. เป็นอารมณ์ปกติ (affect of state) ซึ่งใคร ๆ ก็รู้สึกได้แต่จะไม่รุนแรงหรือคงอยู่นานและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ
2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or strait) คือ คงอยู่นานและระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ (secondary depression)
3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติคงนาน (mood disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น

เป็นภาวะเศร้าหรือ hypomania ถึง mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่

- อาการทางจิต (psychophysilogic หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น
- อาการทางความคิด (cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ขี้หลงขี้ลืม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น
- อาการทางพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (psychomotor) เช่น เชื่องซึม หรือ กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ คือ ^(4,9)

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

2. สาเหตุมีความคิดแง่ลบ (Negative Cognition)

Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ว่าเกิดจากมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) ดังนี้ มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโรคหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อมก็รู้สึกกดดันบีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลวและหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models)

มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและความผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า ภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือสนับสนุนหรือประสบความสำเร็จใด ๆ เลย จึงขาดแรงจูงใจ และขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุด้านชีวภาพ (Biological models)

1. พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรค major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression

2. Neurotransmitter system เชื่อว่าผู้ป่วยมีสารสื่อประสาทประเภท norepinephrine และ serotonin ต่ำลงรวมทั้งอาจมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความพบพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง

3. Neuroendocrine systems พบว่ามีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ Cortisol หลังมากและตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย Dexamethasone, Growth hormone หลังน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย Clonidine, Thyroid - stimulating hormone (TSH) หลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย Thyrotropin - releasing hormone (TRH)

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในหลาย ๆ แง่มุม ทำให้คาดว่าน่าจะมี ความผิดปกติในบริเวณ Limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด hypothalamus ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมน ตลอดจน biological pattern และ basal ganglion ซึ่งเกี่ยวข้องกับ psychomotor activity

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depression Symptoms) ⁽²⁾

1. อารมณ์เศร้าเป็นความรู้สึกที่แสดงอาการหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบานหรือใจคอเศร้าหมอง ลักษณะอารมณ์บางเวลาเศร้ามาก บางเวลาเศร้าน้อยหรืออาจมีอยู่ตลอดเวลา
2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว
3. รู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง
4. เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอาหารแม้แต่ที่ตนเองชอบ
5. นอนไม่หลับ อาจนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือตื่นบ่อย
6. รู้สึกอ่อนเพลีย อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขนขา
7. ความคิดเชื่องช้า การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชื่องช้า ความสนใจต่าง ๆ ลดลง เจ็บและซึมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่าง ๆ เป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว หรือการอ่านหนังสือ
8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดี ลืมง่าย อ่านหนังสือแล้วไม่จำ
9. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา
10. รู้สึกมีความผิด คิดว่าเป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่
11. ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกที่ทรมาณมีมาก ความคิดอยากตายรุนแรงขึ้น
12. ความกลัวจะวนเวียนในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียว ไม่อาจทำใจให้สงบได้

13. อาการทางกาย มักมีอาการทางกายเกิดร่วมด้วยเสมอและเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไปและในผู้ป่วย พอสสรุปถึงสาเหตุในทางระบาดวิทยา ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 เพศ โรคซึมเศร้าพบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย เป็นอัตราส่วน 2:1 พบใน เพศหญิงร้อยละ 10-25 และเพศชาย ร้อยละ 5-12⁽¹⁰⁾

จากการศึกษาของนันทิกา ทวีชาติ และกรมสุขภาพจิต⁽¹¹⁾ ได้สำรวจประชากรชาวกรุงเทพฯ ประมาณ 3,000 คน พบโรคทางอารมณ์ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68 และเพศชายร้อยละ 32

ผู้หญิงมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้า 2 เท่า ของผู้ชาย แม้ประชากรทั่วไปที่ไม่ได้มารับการรักษา อัตราการป่วยในหญิงยังสูงกว่าชาย ความแตกต่างนี้น่าจะมาจากสาเหตุด้านชีวภาพ เช่น ฮอร์โมนเพศ ความรับผิดชอบทั้งด้านการทำงาน และครอบครัว⁽⁹⁾

1.2 อายุ Gurin และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาพบว่า โรคจิตแบบอารมณ์ซึมเศร้าจะพบมากขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในสตรีวัยเปลี่ยน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Arber S. and Ginn J.⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่า สตรีที่มีอายุมาก จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่าถึง 3 เท่า เนื่องจากสตรีที่มีอายุน้อยกว่าสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ได้ดีกว่า เช่น แหล่งบริการด้านสุขภาพ รายได้จากการประกอบอาชีพ และการมีอำนาจในการต่อรองในเรื่องสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าด้วย ส่วนสตรีวัยสูงอายุกว่า มักจะถูกปลดออกจากงาน ต้องอาศัยพึ่งพิงคนอื่นในทางเศรษฐกิจ เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งตามด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายและปัญหาสุขภาพจิต

1.3 สถานภาพสมรส โรคซึมเศร้ามักพบในผู้ที่หย่าร้าง แยกทางหรืออยู่คนเดียว หญิงโสดมีอัตราการป่วยต่ำกว่าหญิงที่สมรส แต่ชายโสดมีอัตราการป่วยสูงกว่าชายที่มีครอบครัว⁽⁹⁾ ความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้า จะสูงในกลุ่มคนที่เป็นหม้าย และหย่าร้างมากกว่าคนที่สมรส ถึง 2.5 เท่า⁽⁴⁾

สุชาติ พหลภาคย์⁽¹⁴⁾ ศึกษาโรคทางจิตเวชที่เกิดจากปัญหาในชีวิตสมรส จากคู่สมรส 115 คู่ ที่ประสบปัญหาในชีวิตสมรส และได้มาขอคำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังแต่ 1 มกราคม 2530 ถึง 31 ธันวาคม 2532 ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคอารมณ์ซึมเศร้า (major depression) พบร้อยละ 27.1 รองลงมาคือ dysthymia ร้อยละ 22.6

Mc Kinlay และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาพบว่า คนที่ไม่ได้แต่งงานจะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้าน้อยที่สุด ส่วนคนที่มีสถานภาพ หย่าร้าง หม้าย จะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้ามากที่สุด

Lifeld⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับสถานภาพสมรส โดยใช้ 29-item of psychiatry symptom สำหรับวัดความซึมเศร้า ผลพบว่า อาการซึมเศร้าพบมากที่สุดในผู้ที่หย่าร้าง ถึงร้อยละ 27 และเป็นหม้าย ร้อยละ 21

1.4 ระดับการศึกษา Mc Kinlay⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลกระทบระหว่างจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา กับการเกิดอารมณ์เศร้า พบว่า จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจะมีความผกผันกับการเกิดอารมณ์เศร้า และพบว่า ผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อย และหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ จะมีโอกาสเกิดอารมณ์เศร้าน้อยที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงวัยกลางคน

1.5 รายได้ ศิริวรรณ ศิริบุญ⁽¹⁷⁾ ศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ถูกปลดออกจากงาน และต้องพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจ จากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่า ผู้ที่มีรายได้เป็นของตนเอง

1.6 สภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ เป็นโรคทางกายเรื้อรัง⁽¹⁰⁾ โดยเฉพาะโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ และรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน หรือมีความพิการ ปรากฏอย่างชัดเจน⁽¹⁸⁾

โรคทางกายและอารมณ์ซึมเศร้า⁽¹⁰⁾

อาการซึมเศร้าพบในโรคทางกายที่สำคัญ ได้แก่

1. โรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่พบบ่อยและมีอันตรายมากที่สุดของประชากรโลก พบว่าร้อยละ 50 หรือครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งมีผลให้สมรรถภาพของผู้ป่วย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมสร้างสรรค์ลดลงอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ไม่ได้รักษาอย่างถูกต้อง และร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดขั้นร้ายแรง เป็นโรคซึมเศร้าด้วย

2. โรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการซึมเศร้าด้วย มักพบผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิดโกรธง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ และไม่สนใจฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย รวมทั้งความพิการที่เป็นอยู่จะดีขึ้นช้า

Castillo และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่ามีความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วย stroke มีอาการเศร้าทั้งชนิด minor และ major depression อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 23 และตรง

กับรายงานของ Menza และคณะ⁽²⁰⁾ ในปี พ.ศ. 1998 พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 9.7 มีอาการซึมเศร้า หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

3. โรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความวิตกกังวลและความเครียดอยู่เป็นประจำ จะส่งผลให้การทำงานของประสาทอัตโนมัติ เพิ่มขึ้น (Sympathetic hyperactivity) โดยทั่วไปอาการซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มักเป็นไม่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตและมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ

4. โรคเบาหวาน จากงานวิจัยพบว่า อัตราการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบมากกว่าในคนทั่วไปถึง 3 เท่า แต่อาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิต และมีกิจกรรมได้ตามปกติ

5. โรคอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยจะมีความจำเสื่อมลง และเริ่มมีอาการเศร้า การให้ยารักษาอาการเศร้าต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะผลข้างเคียงของยาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้สับสน และวุ่นวาย ซึ่งอาการซึมเศร้านักพบร่วมกับภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 30

6. โรคมะเร็ง พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดท้อใจ อาจรุนแรงถึงกับคิดอยากตาย

Bukberg และคณะ⁽²¹⁾ ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีถึง ร้อยละ 24 ที่มีอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรงร้อยละ 18 มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง และร้อยละ 14 มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่รุนแรง

7. โรคเอดส์ จากการศึกษพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีอาการทางระบบประสาท เช่น แขนขาอ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต เดินไม่มั่นคง หกล้มง่าย การประสานงานกันของกล้ามเนื้อเล็ก ๆ จะเสีย นอกจากนี้ พบว่ามีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น แยกตัวเอง มีอารมณ์เฉื่อยชา ไม่ยินดียินร้าย อาการประสาทหลอน หลงผิด และอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่อายุน้อย (20-45 ปี) ที่มีอาการซึมเศร้า มีความโน้มเอียงที่จะฆ่าตัวตาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ปัจจัยทางจิตสังคม

1. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress event) หมายถึง สถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไปได้

โฮม และ เรซ (Holmes & Rhe) ให้ความหมายของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตว่าเป็นความเครียดทางสังคม (social stressors) ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ใด ๆ ที่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลแล้ว จะทำให้บุคคลนั้น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

ความเครียดกับการเจ็บป่วย

ลาซาลัสและโพลด์แมน (Lazarus & Folkman)⁽²²⁾ ให้ความหมาย ความเครียดว่า หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ความเครียดคือการที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ทางด้านตัวบุคคลและด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคมที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ

Selye (อ้างถึงใน รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์)⁽²³⁾ กล่าวว่า ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตมนุษย์ มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ด้าน เช่น ความเครียดจากลักษณะงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะส่วนตัว รวมถึงภูมิหลังของบุคคล ผลของความเครียดทำให้บุคคลเกิดความกลัว วิตกกังวล คับข้องใจ และรู้สึกไม่สบายใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น หวาดกลัว เชื่องช้า หลีกหนี หรือซึมเศร้า เป็นต้น⁽²⁴⁾

ดวงใจ กษานติกุล⁽⁹⁾ ได้กล่าวว่า เมื่อมีความเครียดสะสมอยู่นานๆ สารเคมีที่เป็นสารนำสุข เช่น เอนโดर्फิน ซีโรโตนิน ในร่างกายและสมองจะลดจำนวนลงหรือทำหน้าที่ไม่ปกติ และสารเคมีที่จัดเป็นสารนำทุกข์ ได้แก่ คอซิซิน และนอร์เอเดรินาริน จะหลั่งออกมามากขึ้น ส่งผลให้เป็นโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยหรือติดเชื้อได้ง่าย ตามมาด้วยอารมณ์ท้อแท้ ซึมเศร้า สติสับสนหรือโรคสมองเสื่อม หลงๆ ลืมๆ ก่อนวัยอันควร

Anderson ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียดที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยไว้ 3 แนวทาง⁽²⁵⁾

1. ความเครียดเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย (Stress as a Cause of illness) 3 ทางด้วยกันคือ

1.1 ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ในสภาวะความเครียดร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง อันเนื่องมาจากการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาทอัตโนมัติกับต่อมไร้ท่อ ประสาทซิมแพทเทติก ทำให้แอดรีนอลเมดูลลา หลั่งแคทีคอลามีน อันมีผลทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น เส้นเลือดหัวใจขยาย ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดถูกส่งไปยังกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำให้เกิดอาการเกร็งทางกล้ามเนื้อ หายใจถี่ขึ้น ระบบการย่อยลดลง ขณะเดียวกันแอดรีนอลคอเท็กซ์ ได้รับการกระตุ้นจากต่อมพิทูอิทารีทำให้หลังคอร์ติโซล ซึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ความเครียดที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ๆ (Chronic Stress) จะทำให้ระบบต่าง ๆ ดังกล่าวทำงานมากกว่าปกติ เป็นผลให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดโรคต่าง ๆ ได้เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง หรืออาการบางอย่าง เช่น เจ็บที่ข้อต่อและปวดศีรษะ เป็นต้น

1.2 ความเครียดสามารถทำให้เกิดความเจ็บป่วยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ บุคคลที่เผชิญความเครียด อาจแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติดบางอย่าง รวมทั้งการใช้ยาแก้ปวดประสาทและยากดประสาทมากเกินไป นอกจากนี้บางคนยังสร้างนิสัยการกินที่ผิดๆ กินมากเกินไปหรือไม่กินอาหาร ผลจากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคหัวใจ (จากการสูบบุหรี่) โรคมะเร็ง (จากการสูบบุหรี่) โรคเบาหวาน ความอ้วน (จากการกินอาหาร) และความดันโลหิตสูง (จากโรคอ้วน) เป็นต้น

1.3 การแสดงออกบางอย่างเพื่อสนองตอบต่อภาวะความเครียด เป็นการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้เกิดการทำร้ายร่างกาย หรือการขับรถเร็ว ๆ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวถือว่าเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้เช่นกัน นอกจากนี้ภาวะทางจิตที่เปลี่ยนไปในสภาวะความเครียดอาจทำให้เกิดอาการทางกาย โดยไม่มีหลักฐานความผิดปกติทางร่างกายได้เช่นกัน ได้แก่ Hypochondriacal reaction, Somatization disorder, Psychogenic pain disorder และความผิดปกติอื่นเนื่องจากการกินบางอย่าง เช่น Anorexia และ Bulimia เป็นต้น

2. การเจ็บป่วยเป็นความเครียดอย่างหนึ่ง (Illness as Stressor) การเจ็บป่วยเฉียบพลันจะเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาฉุกเฉิน (Emergency Reaction) พลังงานต่าง ๆ ถูกนำมาใช้ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ทำให้มีความเครียดสูงแต่มีช่วงความเครียดสั้น ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องมีการปรับตัวระยะยาว จะมีผลต่อพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความสัมพันธ์กับสังคม

3. ความเครียดกับการลดความเจ็บป่วย (Stress and the Reduction of Morbidity) การลดความเครียดจะช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้หรืออาจป้องกันการเกิดขึ้นใหม่ของการเจ็บป่วยเรื้อรังได้

1. ระดับความเครียดที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับระดับการกระตุ้นทางอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมซึ่งเป็นผลให้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางพฤติกรรมลดลง
2. ระดับความเครียดที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการรักษาอย่างเหมาะสม ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระดับของความเครียด

เจนิส (Janis, อ้างถึงใน ยุพดี ตรีพัฒนาสุวรรณ)⁽²⁶⁾ แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นและหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงนาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องกับสถานการณ์เล็กน้อยในชีวิตประจำวัน
2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่าระดับแรก อาจเป็นอยู่นานหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง การทำงานมากเกินไป ชัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงหรือมีอาการอยู่เป็นสัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือนเป็นปี เกิดจากสาเหตุรุนแรงหรือหลายสาเหตุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วยที่รุนแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกายที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นต้น

2. ปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญทางจิตวิทยาสังคม เกี่ยวกับข้อกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผู้ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Cobb⁽²⁷⁾ ให้ความหมายว่า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้และเข้าใจว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของการติดต่อสื่อสารในเครือข่ายสังคม ซึ่งต่างคนต่างมีหน้าที่รับผิดชอบและมีข้อตกลงร่วมกัน

Kahn (อ้างถึงในศุภกรใจ เจริญสุข)⁽²⁸⁾ ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ก่อให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากบุคคลหนึ่งไปอีกบุคคลหนึ่ง การช่วยเหลือทางด้านวัตถุ เงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ และรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เบญจมาศ⁽²⁹⁾ ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือ โดยให้สิ่งของวัตถุ เงินทอง คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

อาจจะพอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคล หรือกลุ่มบุคคล

การสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็นหลายได้ ตามแนวคิดที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Pender⁽³⁰⁾ ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และได้แบ่งตามลักษณะการทำหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม โดยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การให้การสนับสนุน เป็นการกระทำหรือพฤติกรรม ในส่วนของแต่ละบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ซึ่งช่วยเหลือบุคคลให้พบกับเป้าหมายส่วนบุคคลหรือร่วมมือกับความต้องการ ในสถานการณ์เฉพาะอย่าง การสนับสนุนมีทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้

1.1 การสนับสนุนด้านสิ่งของและการกระทำ (Tangible support) ได้แก่ เงินหรือการช่วยเหลืออื่น ๆ โดยการกระทำ

1.2 การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ (Intangible support) ได้แก่ การให้การสนับสนุน ความอบอุ่น ความรัก หรือการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์

2. การให้คำแนะนำ ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารหรือแนวทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือทำงานให้สมบูรณ์

3. การให้ข้อมูลป้อนกลับ ได้แก่ การให้การประเมินต่อความคาดหวัง หรือความต้องการเพื่อให้ถึงเป้าหมาย โดยเฉพาะเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคคลในการกระทำต่าง ๆ

Weiss (อ้างถึง ใน ศุภกรใจ เจริญสุข)⁽²⁸⁾ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด โดยเน้นทางด้านอารมณ์ การยอมรับตนเอง การมีส่วนร่วมในสังคม การให้ความช่วยเหลือ และการยอมรับความช่วยเหลือ ซึ่ง ไวล์ แบ่งดังนี้ คือ

1. ความใกล้ชิด ความใกล้ชิดจะส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนร่วม คือ จะทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกเดียวดาย และปกติจะพบในผู้ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เช่น คู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว

2. การมีส่วนร่วมในสังคมและแสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคคลที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือมาทำงานร่วมกัน เพื่อวัตถุประสงค์คล้ายกัน การปฏิสัมพันธ์จะทำให้มีการให้และการรับรู้ทางด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิด ถ้าขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคมและเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสัมพันธ์เช่นนี้มักพบได้ในกลุ่มเพื่อน

3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ได้รับการดูแลรับผิดชอบคนที่เด็กกว่า ถ้าหากว่าบุคคลไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่า ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ ว่างเปล่า หรือไม่มีจุดหมาย

4. การได้รับการยอมรับ การยอมรับจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทของตน ซึ่งจะทำให้เกิดการยอมรับ เชื่อถือ ความสามารถนั้นอาจเป็นบทบาทในอาชีพหรือครอบครัว บทบาทเหล่านี้อาจได้รับการยอมรับในสถาบัน ในกลุ่มครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนก็ได้ ถ้าบุคคลไม่ได้รับการยอมรับก็จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเท่านั้นจึงจะทำให้การช่วยเหลือยาวนานได้ ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดการช่วยเหลือขึ้นแล้วก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและอ่อนแอ

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีทั้งการสนับสนุนเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของบุคคลช่วยให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด แนวคิดของ Brown ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการตั้งใจฟัง

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่รวมในสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงานเวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

Paykel⁽³¹⁾ ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคลโดยที่การสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี

Cohen และ Wills⁽³²⁾ ได้ศึกษาผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม เพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยอธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต

มีการศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำงาน พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคม และภาระงานที่มากเกินไปเป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่ภาวะเครียดในทางลบ และความเจ็บป่วย⁽²⁸⁾ และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเมื่อยหน่ายในการทำงาน รวมทั้งการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา

Norbeck (อ้างถึงในประเทือง อานันธิโก)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญทางจิตวิทยาสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนดังกล่าวอาจเป็น ความใกล้ชิด การให้ความช่วยเหลือในรูปสิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร และความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Wallstone (อ้างถึงในประเทือง อานันธิโก)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้คำปลอบโยน การช่วยเหลือหรือการให้ข่าวสารต่อคนที่เป็นผู้รับ โดยการติดต่ออย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการของบุคคลหรือกลุ่ม รวมทั้งกระบวนการที่มีคนปฏิสัมพันธ์กันแล้วมีผลในทางบวกต่อคน ๆ นั้นทั้งในด้านสังคม จิตใจและร่างกายที่มีสุขภาพดี

งานวิจัยหลาย ๆ งานได้เสนอถึงรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมชนิดต่าง ๆ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความรักความเอาใจใส่ การทำให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ในคุณค่าและประโยชน์ของการที่ตนเองเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นในสังคมและการได้รับการชี้แนะจากผู้อื่น ซึ่งอาจแสดงออกในรูปของการสนับสนุนทางอารมณ์ การยกย่องยอมรับและการให้ความสำคัญว่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คอบบ์ (Cobb)⁽²⁷⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรง แต่เป็นความรู้สึก เป็นเจตคติ เป็นกริยาที่แสดงออกมาถึง ความสนใจ เมตตา กรุณา ที่ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ซึ่งบุคคลเหล่านั้น ให้ความช่วยเหลือและเกิดเป็นเครือข่ายของการสนับสนุนในสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะเป็นส่วนส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่วยให้บุคคลผู้นั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง⁽²⁸⁾

ประเทือง อานันธิโก⁽¹⁸⁾ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดภาคเหนือ จำนวน 300 ราย เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าการขาดบุคคลที่คอยช่วยเหลือด้านการเงิน และการขาดคนคอยเป็นกำลังใจให้เมื่อยามรู้สึกท้อแท้ จะทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีบุคคลข้างเคียงคอยช่วยเหลือด้านการเงินหรือคอยเป็นกำลังใจให้

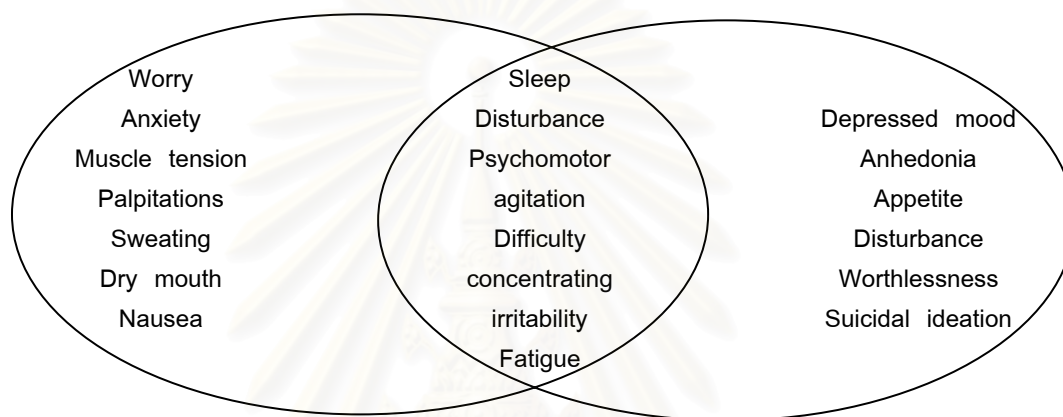
ความเครียดกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ที่สำคัญคือ ความเครียดของจิตใจที่เกิดขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากความคับแค้นต่าง ๆ เช่น สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความไม่ปลอดภัยของชีวิต เป็นสาเหตุทำให้มนุษย์ต้องเสียสมดุล จนกระทั่งเกิดการเสียสติและเป็นโรคจิต ผลสุดท้ายอาจถึงตายได้ ความเครียดทางร่างกายก็สามารถเกิดขึ้นได้เหมือนกัน ถ้าใช้พลังงาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ของร่างกายมากเกินไปหรือมีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น เชื้อโรคเข้าไปในร่างกาย ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ทัน ก็จะเป็นโรคร้ายไข้เจ็บและอาจถึงตายได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขให้ความเครียดทั้งทางกายและใจหายไป อย่าให้เกิดสะสมจะทำให้ชีวิตมีความสุขขึ้น และสามารถจะดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

Philip T. Ninan⁽³³⁾ กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวล (generalized anxiety disorder) ในช่วงชีวิตของประชากร พบความชุกประมาณ ร้อยละ 25 และมีอาการตรงกันกับโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



Source : American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder. 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association ; 1994.

Adapted with permission.

Mumferd D. และคณะ⁽³⁴⁾ ศึกษาในกลุ่มประชากรในปากีสถาน อายุ 18-40 ปี โดยใช้ Bradford Somatic Inventory (BSI) พบว่า มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง ร้อยละ 25 เพศชาย ร้อยละ 10

แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับระบบประกันสังคม^(35,36)

แนวคิดการประกันสังคมตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยความทุกข์ความสุข (Law of average หรือ Social Solidarity) โดยการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ร่วมในการประกันให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อมีความจำเป็นทางด้านสุขภาพหรือมีการเจ็บป่วย โดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมการจ่ายเงินค่าประกันสังคมโดยเฉลี่ยจากประชาชนทุกคน (Coverage fee) จึงเน้นการจ่ายเพื่อเป็นการเฉลี่ยภาระหรือความเสี่ยงแก่ผู้ประกันตนทุกคน ซึ่งจะได้หลักประกันตนเป็นผลตอบแทน เมื่อมีความต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข⁽³⁷⁾

แนวคิดของการประกันสังคมที่ใช้หลักการเฉลี่ยความทุกข์ความสุข นั้นเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศเยอรมันนี้เรียกว่า Bismarck Model เป็นเครื่องมือที่เกิดจากความพยายามของ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลที่จะสร้างความมั่นคงในชีวิตให้แก่ ลูกจ้างในระบบการผลิตภาคอุตสาหกรรม แนวคิดนี้ต่อมาได้แพร่หลายไปยังประเทศต่างๆ ตามความต้องการของแต่ละประเทศ รวมทั้งประเทศทางแถบเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และประเทศไทย

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO : International Labor Organization) ได้ระบุหลักประกันขั้นต่ำ (The Social Security Minimum Standard) ให้ครอบคลุมประโยชน์แก่ผู้ประกันตน 9 เรื่อง ⁽³⁸⁾ ดังนี้ คือ 1) ค่ารักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย 2) ประโยชน์ยามเจ็บป่วย 3) ประโยชน์ยามว่างงาน 4) ประโยชน์ยามชราภาพ 5) ประโยชน์ทดแทนเมื่อเจ็บป่วยจากการทำงาน 6) ประโยชน์ค่ายังชีพของครอบครัว 7) ประโยชน์ทดแทนเนื่องจากการคลอดบุตร 8) ประโยชน์ทดแทนเนื่องจากทุพพลภาพ 9) ประโยชน์ของผู้พึ่งพิงของผู้ประกันตนที่เสียชีวิต

ระบบประกันสังคมในประเทศไทย ได้เริ่มมีการบังคับใช้เมื่อ พ.ศ.2533 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 ซึ่งใช้ในปัจจุบันโดยหลักการของ กฎหมายประกันสังคม เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับ สำหรับผู้ประกันตนที่เป็นลูกจ้าง และมีใช้ลูกจ้างที่สมัครใจ โดยเก็บเงินสมทบเพื่อนำมาหาดอกผลแล้วจ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตน ⁽³⁹⁾ โดยบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีจำนวนลูกจ้าง 20 คนขึ้นไป ในระยะแรกของการใช้กฎหมาย ในระยะที่สอง (พ.ศ.2538) บังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป โดยสำนักงานประกันสังคมได้จัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบจากนายจ้างลูกจ้างและรัฐบาลฝ่ายละเท่าๆ กัน ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์เป็นบริการทางการแพทย์จากเงินทดแทน โดยได้มีการกำหนดให้หลักประกันขั้นต่ำสำหรับผู้ประกันตนครอบคลุมประโยชน์ 7 ด้านดังนี้ คือ ⁽³¹⁾ การประกันการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายที่ไม่ใช่เกิดจากการทำงาน การประกันการคลอดบุตร การประกันทุพพลภาพ การประกันการตาย (มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533) การประกันการชราภาพ การประกันการสงเคราะห์บุตร (มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม 2541) และการประกันการว่างงาน (เริ่มใช้บังคับเมื่อตราเป็นพระราชกฤษฎีกา)

ระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโครงการประกันสังคม

1. การจัดรูปแบบการให้บริการประกันสุขภาพ ^(37,40)

หลายประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา และบางประเทศในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศอินเดีย ได้มีการจัดระบบแบบให้มีสถานบริการของตนเอง (Direct system) เพื่อบริการโดยตรงแก่ผู้ประกันตน ซึ่งภายใต้การจัดระบบประกันแบบนี้ ผู้รับประกันจะต้องมีค่าใช้จ่ายอย่างมาก

ในระยะเริ่มต้นการก่อสร้างพื้นฐานเพื่อให้บริการของตนเอง แต่จะสามารถควบคุมต้นทุนและคุณภาพได้ดีกว่าในระยะยาว เนื่องจากสามารถกำกับควบคุมได้โดยตรง ส่วนประเทศไทยใช้รูปแบบการจัดระบบแบบใช้สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่มีอยู่แล้ว (Indirect system) มาให้บริการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติ โดยที่สำนักงานประกันสังคมไม่ได้จัดตั้งโรงพยาบาลเอง แต่ให้โรงพยาบาลในภาครัฐบาลเข้ามาอยู่ในโครงการประกันสังคม สำหรับโรงพยาบาลเอกชนให้ใช้ตามความสมัครใจเป็นเกณฑ์ เป็นรูปแบบการให้บริการที่มีผลดี ในการลดค่าใช้จ่ายของสำนักงานประกันสังคม และมีสถานพยาบาลกว้างขวางครอบคลุมทั่วประเทศได้มากกว่า แต่จะประสบปัญหาในการควบคุมต้นทุนและคุณภาพของการบริการได้ยาก ถ้าไม่มีวิธีการที่เหมาะสม โรงพยาบาลที่จะให้บริการภายใต้ระบบประกันสังคม มี 3 ระดับด้วยกันคือ (41,42)

1. โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main Contractor) คือโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคม รับผิดชอบในการให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนไว้
2. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น (Sub Contractor) โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็นคู่สัญญาร่วมระดับต้นของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการได้ง่ายขึ้น ลดภาระงานบริการทางการแพทย์ระดับต้นที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปและสนับสนุนระบบส่งต่อ
3. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับตติยภูมิ (Supra Contractor) มีหน้าที่ดูแลผู้ประกันตนที่ต้องการบริการทางการแพทย์ ที่เกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลประกันสังคม ซึ่งมีตั้งแต่ระดับท้องถิ่น ระดับภาคและระดับชาติ สถานพยาบาลประกันสังคมคู่สัญญาหลักมีการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งผู้ประกันตนไปรักษาต่อประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

2. การให้บริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคม

การให้บริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคมของประเทศไทย แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทคือ

1. กรณีเจ็บป่วยทั่วไป ซึ่งผู้ประกันตนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด สถานพยาบาลจะให้การรักษายาบาลทุกโรค ยกเว้นโรคหรือกลุ่มอาการ 15 รายการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยไปใช้บริการจากโรงพยาบาลที่นายจ้างหรือลูกจ้างเป็นผู้เลือกไว้ โดยที่กลุ่มอาการ 15 ชนิด ได้แก่

- 1.1 โรคจิตยกเว้นกรณีเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำการรักษาทันทีและระยะเวลารักษาไม่เกิน 15 วัน
- 1.2 โรคหรือการประสพอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- 1.3 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ใน

เกิน 180 วันใน 1 ปี

- 1.4 การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต ยกเว้นกรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน
- 1.5 การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 1.6 การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- 1.7 การรักษาภาวะการมีบุตรยาก
- 1.8 การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
- 1.9 การตรวจใดๆ ที่เกินความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น
- 1.10 การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
- 1.11 การเปลี่ยนเพศ
- 1.12 การผสมเทียม
- 1.13 การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น
- 1.14 ทันตกรรม
- 1.15 แวนตาและเลนส์เทียม

2. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรก ตามอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ประกอบด้วย

- 2.1 ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด เอ็กซเรย์และค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการจากแพทย์ เช่น ทำแผลเย็บแผล สำหรับผู้ป่วยนอก
- 2.2 ค่ารักษาพยาบาล ค่าผ่าตัดใหญ่ ค่าห้องและค่าอาหาร สำหรับผู้ป่วยใน
- 2.3 ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงได้แก่ CT Scan หรือ MRI
- 2.4 ค่าพาหนะ ในกรณีผู้ป่วยถูกส่งตัวไปตรวจวินิจฉัยหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น

3. กรณีอุบัติเหตุ สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง โดยสำนักงานประกันสังคม จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง โดยที่โรงพยาบาลรัฐบาล เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่จำกัดวงเงิน ส่วนโรงพยาบาลเอกชนเบิกได้ในอัตราเท่ากับกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 ได้มีการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันได้แก่ ประโยชน์ทดแทนกรณีเสียชีวิต ประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ และประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร นอกจากนี้หากผู้ประกันตนได้สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว กฎหมายก็ยังให้ความคุ้มครองต่อไปอีก 6 เดือน ทั้งในกรณีเจ็บป่วย ทุพพลภาพ เสียชีวิตและคลอดบุตร

ระบบบริการผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽⁴³⁾

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์รองรับนโยบายประกันสังคมตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 มีลักษณะเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main contractor) โดยรับผิดชอบในการให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับตติยภูมิ (Supra contractor) ให้แก่โรงพยาบาลอื่นจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี นครราชสีมา

ผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

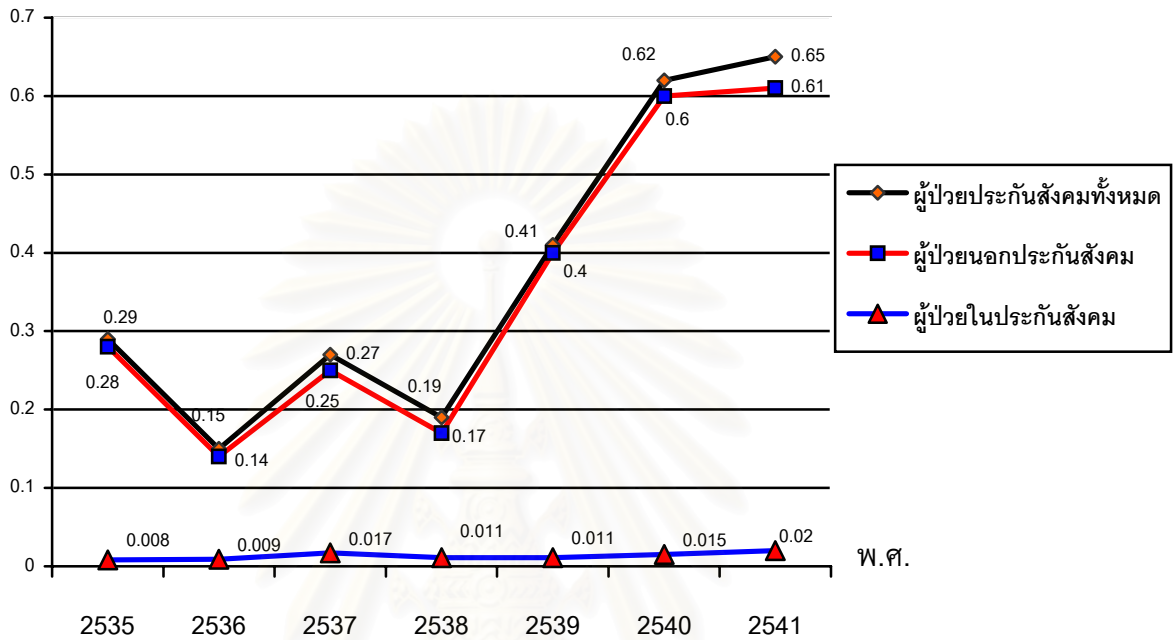
1. ผู้ป่วยประกันสังคมประเภท 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่เลือกขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนไว้กับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประเภทนี้ได้รับการจัดสรรโดยตรงจากกองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมโดยจ่ายให้ในลักษณะการเหมาจ่ายต่อผู้ประกันตนต่อปี (Capitation)

2. ผู้ป่วยประกันสังคมประเภท 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่เลือกขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาร่วมระดับตติยภูมิของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งโรงพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาล ที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นลักษณะเรียกเก็บตามรายการที่จ่าย (fee for service)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีศักยภาพในการให้บริการสูง ทำให้มีจำนวนผู้ประกันตนเลือกมาใช้บริการจำนวนมาก และอัตราการมารับบริการของผู้ป่วยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ประกันตนของโรงพยาบาล และเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาทั้งโรงพยาบาล มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังจะเห็นได้จากแผนภูมิที่ 2.1 และแผนภูมิที่ 2.2

แผนภูมิที่ 2.1 แสดงอัตราการให้บริการของผู้ป่วยประกันสังคม (จำนวนครั้งต่อผู้ประกันตนต่อปี) ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ.2535-2541

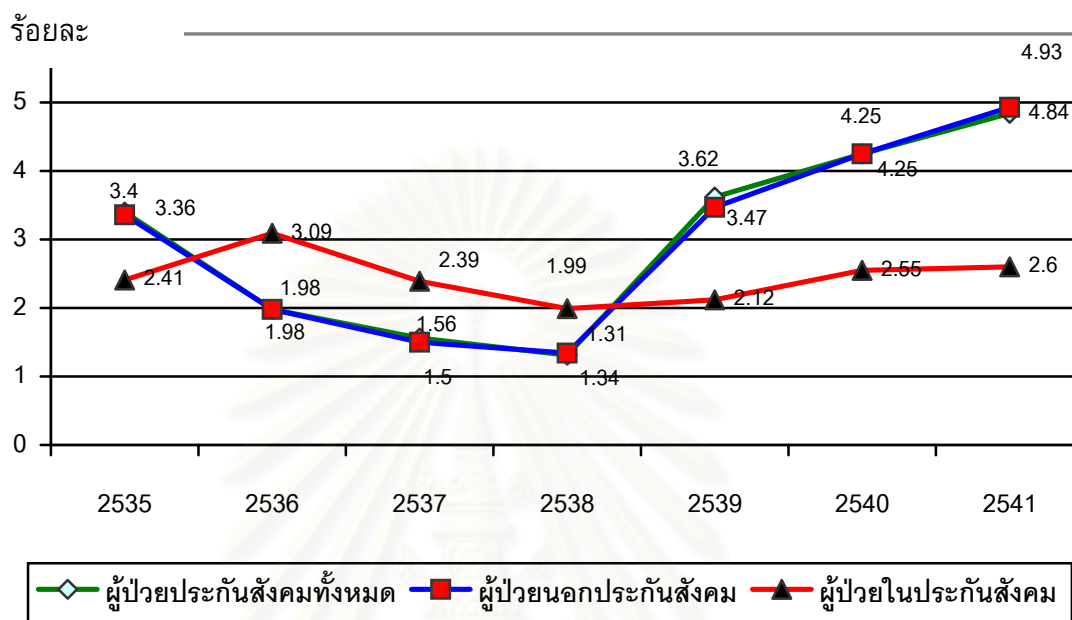
จำนวนครั้ง/ผู้ประกันตนปี



ที่มา : ฝ่ายบริหารงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2.2 แสดงสัดส่วน (ร้อยละ) ของการใช้บริการของผู้ป่วยประกันสังคมต่อผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลของ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ.2535-2541



พ.ศ.

ที่มา : ฝ่ายบริหารงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าแนวโน้มการมารับบริการของผู้ประกันตนสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงระยะเวลา 3-4 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2538-2541) และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยประกันสังคมตลอดมา รวมทั้งคุณภาพของการให้บริการผู้ป่วย เช่น ลดระยะเวลาของการรอรับบริการของผู้ป่วยประกันสังคม ตั้งแต่เริ่มมารับบริการจนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา และการจัดรูปแบบการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยประกันสังคมโดยการจัดตั้ง คลินิกประกันสังคม และการจัดหอบุคลากรไว้สำหรับบริการผู้ป่วยประกันสังคม รวมทั้งนโยบายในการให้บริการผู้ป่วยประกันสังคมให้เป็นมาตรฐานเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นแพทย์พยาบาล อุปกรณ์การรักษา รวมถึงยาที่ใช้รักษา แต่ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการจัดส่วนหนึ่งของแผนกบริการให้เป็นคลินิกพิเศษเฉพาะผู้ป่วยประกันสังคม แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่จะต้องรับการตรวจวินิจฉัย รักษาที่แผนกอื่น ๆ ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นการให้บริการผู้ป่วยประกันสังคมให้ได้ครอบคลุมและครบถ้วน จำเป็นต้องมีการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ซัซวาล ศิลปกิจและคณะ⁽⁴⁴⁾ ศึกษาพบว่า ในสถานพยาบาลเบื้องต้นในโรงพยาบาลชุมชนมีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 45 ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไปคือ ปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยที่เป็นโรคกาย กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มโรคที่มาด้วยปัญหาทางจิตเวชแต่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ และกลุ่มโรคที่มาด้วยอาการทางกาย

รัตนา สายพานิชย์, สมบัติ ศาสตรร์รุ่งภัก, ซัซวาล ศิลปกิจ⁽⁴⁵⁾ ศึกษาความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับปัญหาและการให้บริการด้านจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า แพทย์ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่ปัญหาด้านจิตเวชอย่างเดียวน้อยลงร้อยละ 10 ผู้ป่วยมีโรคทางกายและมีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วยประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด ปัญหาที่พบบ่อย 4 อันดับแรกคือ ปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกาย กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorder) กลุ่มโรคที่คิดว่ามีปัญหาทางด้านจิตเวชแต่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้และกลุ่มโรควิตกกังวลที่มาด้วยอาการทางกาย (somatoform disorder)

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวัลภา วงศ์สารศรี⁽⁴⁶⁾ ศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มาคลินิกเวชศาสตร์ทั่วไป จำนวน 750 คน ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและความสามารถของแพทย์ทั่วไปในการตรวจหาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย พบว่ามีความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 57 โดยการใช้แบบคัดกรอง GHQ-28 และร้อยละ 18 จากการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ แพทย์สามารถตรวจพบปัญหาสุขภาพจิตได้เพียงราว 1 ใน 4 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด ที่ถูกคัดกรองโดย GHQ-28 และกลุ่มโรควิตกกังวลได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด

จากการศึกษาของ Lawrie SM. And Prlos AJ. (อ้างถึงในประเทือง อานันธิโก)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ยิ่งมีความเจ็บป่วยและต้องทนทุกข์ทรมานด้วยโรคทางกายมากเท่าใด ยิ่งมีปัญหสุขภาพจิตมากเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่นั้นมีความรุนแรงไม่มีการรักษาให้หายขาดได้และรบกวนทำกิจวัตรประจำวันหรือมีสภาพความพิการปรากฏอย่างชัดเจน

Jeannie⁽⁴⁷⁾ ศึกษาพบผลเช่นเดียวกันว่าสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ จะพบภาวะซึมเศร้าอย่างมากกว่าในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค

Jonas และคณะ⁽⁴⁸⁾ ศึกษาพบว่า โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่นาน ๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง

พิเชษฐ อุดมรัตน์⁽⁴⁹⁾ ศึกษาพบว่า อาการวิตกกังวลกับอาการซึมเศร้าจะพบร่วมกันได้บ่อยมากในทางคลินิก แต่ในทางปฏิบัติจำเป็นต้องแยกให้ได้ว่า ผู้ป่วยมีอาการใดเป็นอาการหลักหรืออาการนำมาก่อนและจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ไปตรวจตามสถานบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 12.8 ของผู้ป่วยที่แคนาดาและร้อยละ 10-19 ของผู้ป่วยในประเทศไทยมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย โรควิตกกังวล และซึมเศร้าผสมกันของ ICD-10

Siberstein⁽⁵⁰⁾ ศึกษาผู้ป่วยไมเกรน (Migrain) พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.7 และศึกษาพบว่า ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 54

Ayuso JL และคณะ⁽⁵¹⁾ ศึกษาประชากรทั่วไปในยุโรป จำนวน 8,764 ราย อายุ 18-64 ปี โดยใช้ Beck Depression Inventory (BDI) และ SCAN Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.56 เพศหญิง ร้อยละ 10.05 เพศชาย ร้อยละ 6.61 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-45 ปี ร้อยละ 48.6-56.6 และพบว่ามี ความชุกแตกต่างกันในแต่ละสถานที่

Chisholm D. และคณะ⁽⁵²⁾ ศึกษาประชากร ประเทศอินเดียและปากีสถาน จำนวน 795 ราย อายุ 16-60 ปี โดยใช้ Self Report Questionnaire (SRQ) พบว่า การวินิจฉัยเบื้องต้นโดยใช้ ICD-10 ในเบงกอลประเทศอินเดีย พบ dysthymia ร้อยละ 68 Phobic และ Anxiety disorder ร้อยละ 19 ส่วนเมืองราวาลปินดี ประเทศปากีสถาน พบ Phobic และ Anxiety disorder ร้อยละ 8 และพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับ mild ร้อยละ 22 moderate ร้อยละ 32 และ severe ร้อยละ 35

Spijker J และคณะ⁽⁵³⁾ ศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 250 ราย อายุ 16-64 ปี โดยใช้ CIDI Composite International Diagnostic Interview (CIDI) พบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 66.8 ส่วนใหญ่อายุ 25-34 ปี ร้อยละ 36.4 การศึกษา ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.6 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 36.6 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 70.0 พบ Severe depression ร้อยละ 30.4 Dysthymia ร้อยละ 10.0 Anxiety disorder ร้อยละ 34.0 และพบว่ามี การรักษาใน Primary care ร้อยละ 38.8

Connell P และคณะ⁽⁵⁴⁾ ศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประชากรทั่วไป เมืองเดลี จำนวน 1,242 ราย อายุ 18-64 ปี โดยใช้ GHQ-28, SCAN และ NFCAS พบ ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.4-6.0 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 3.5-3.7 ส่วนใหญ่พบ ในเพศหญิง ร้อยละ 13 เพศชาย ร้อยละ 4

ดวงใจ กสานติกุล และเดชา ลลิตอนันต์พงศ์⁽⁵⁵⁾ ศึกษาแนวโน้มการวินิจฉัยโรคจิตเภท และโรคทางอารมณ์ (major affective disorder, MAD) ในเวลา 10 ปี โดยเปรียบเทียบ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการรวบรวมสถิติผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท, โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์แปรปรวน ในปี 2530, 2536 และ 2540 ผล การศึกษาพบว่า แนวโน้มของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะถูกวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทน้อยกว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา แต่พบว่า การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและอารมณ์แปรปรวน มีแนวโน้มสูงขึ้น

	ผู้ป่วยใน	Schizophrenia	Major Depression	Bipolar disorder
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์				
2530	255	112 (43.9%)	15 (5.9%)	19 (7.4%)
2536	249	110 (44.4%)	46 (18.5%)	36 (14.4%)
2540	245	115 (46.9%)	33 (13.5%)	27 (11.0%)
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา				
2540	49,833	29,842 (80.9%)	6,523 (13.2%)	2,962 (5.9%)

ผ่องฤดี ศรีมรกต และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์⁽⁵⁶⁾ ศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแบบแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญความซึมเศร้า ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และขวัญและกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 293 คน ที่สถานวิทยามะเร็งศิริราช ระหว่างเดือนมีนาคม, 2537 – มีนาคม 2538 พบว่า ความวิตกกังวลแบบแฝง และการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์และมีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลง ความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ ร้อยละ 83 ความซึมเศร้า ร้อยละ 55

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ⁽⁵⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร จำนวน 826 คน ด้วยแบบสอบถาม GHQ-60 ฉบับภาษาไทย พบว่า ความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 49.1 ในชาย ร้อยละ 17.7 หญิง ร้อยละ 20.2 ปัจจัยที่มากความสัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 1 เดือนที่สูงที่สุด ได้แก่ ระดับรายได้ ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ร้ายแรง ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ถึง 3.67 เท่า ส่วนกลุ่มที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวห่างเหินหรือขัดแย้งกันมาก และกลุ่มที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ร้ายแรง มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเป็น 2.93 และ 2.47 เท่า ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงรองลงไป ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ การมีบุคคลในครอบครัวป่วยทางจิต ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการเงิน การมีปัญหากับสมาชิกในครอบครัว และระดับการศึกษาต่ำ

มาโนช หล่อตระกูล และคณะ⁽⁵⁸⁾ ศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายเพศหญิงและชายที่มีอายุ 14-40 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายประชากรุเคราะห์ ตั้งแต่เมษายน 2542 เพศละ 10 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึกตามแนวคำถามที่ได้สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูล โดยกระบวนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็น

ชาวชนบท เพศชายมีอาชีพทำนา อายุระหว่าง 17-40 ปี เพศหญิงเป็นแม่บ้าน อายุระหว่าง 17-27 ปี การศึกษาระดับประถมและมัธยมต้น มีสถานภาพสมรสโสด และคู่พอ ๆ กัน ปัญหา กตสันของเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นจากคู่รักหรือสามีไปมีหญิงอื่น ทำให้ตนเองมีความรู้สึกไม่ มั่นคง ในขณะที่เพศชายจะมีปัญหาทะเลาะกับญาติใกล้ชิดหรือคู่ครอง เพศหญิงมักปรึกษาคน ใกล้ชิดแต่ไม่มีคนให้ความสนใจอย่างจริงจัง หรือพอให้คำแนะนำได้ ส่วนเพศชายมักไม่พูด ปรึกษาใคร และมีการปรับตัวต่อปัญหาในทางลบ เช่น ดื่มสุรา ออกเที่ยวหนีปัญหา ลักษณะ การฆ่าตัวตายจะเป็นแบบ “ ชั่ววูบ ” ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินสารพิษ เช่น ยาเบื่อหนู ยาฆ่าแมลง และยานอนหลับ เป็นต้น เพศชายบอกเพราะยาอายุใกล้ตัว ส่วนเพศหญิงเห็นว่าเป็นวิธีการที่ ไม่เหมาะสม โดยสารพิษเหล่านี้เป็นสิ่งที่มียอยู่แล้วในบ้านหรือหาซื้อได้ง่าย

ธนา นิลชัยโกวิท และ จักกกฤษณ์ สุขยั้ง⁽⁵⁹⁾ ศึกษาความชุกของความคิดอยาก ฆ่าตัวตายและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมีความคิดฆ่าตัวตาย ของประชาชนในชุมชน เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร จำนวน 826 คน ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของ ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.3 โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมีความคิด อยาก ฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ เพศหญิง (OR 2.05) กลุ่มศาสนาพุทธและคริสต์ (OR 1.83) การมี ปัญหาสุขภาพจิต (OR 14.02) กลุ่มที่ไม่มีรายหรือมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน (OR 2.83) การมีความขัดแย้งในครอบครัว (OR 4.08) การมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยร้ายแรง (OR 5.01) การมีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต (OR 3.4) การมีปัญหาด้านจิตสังคมต่าง ๆ คือ ปัญหาเกี่ยวกับสมรส (OR 2.68) ปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว (OR 3.73) และปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน (OR 4.21) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความคิดอยากฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด เมื่อทำการวิเคราะห์ ด้วย multilogistic regression คือ การมีปัญหาสุขภาพจิต (OR 3.69) การเจ็บป่วยทางกาย (OR 1.72) การมีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต (OR 1.92) และการมีปัญหากับเพื่อน (OR 1.75)

สุรพล วีระศิริ และคณะ⁽⁶⁰⁾ ได้ศึกษาผู้ป่วย hyperventilation จำนวน 181 ราย ที่มา รับการตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่าง 1 มกราคม 2528 ถึง 31 ธันวาคม 2532 พบอัตราส่วนชายต่อหญิง เท่ากับ 1 :2.3 มีอายุเฉลี่ย 27.49 ปี กลุ่มที่ป่วยมากที่สุด คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 57.5) อาการแสดงที่พบมาก ที่สุดคือ hyperventilation (ร้อยละ 87.8) ปัจจัยทางสังคมมีส่วนกระตุ้นให้เกิดโรคมากที่สุด (ร้อยละ 43.8) หนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มาพบจิตแพทย์ ได้ทำการวินิจฉัยว่าเป็น hyperventilation syndrome นอกจากนั้นเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น Personality disorder, Generalized anxiety disorder เป็นต้น ข้อมูลที่ได้บ่งชี้ว่า ภาวะ hyperventilation อาจจะเป็นลักษณะ ของกลุ่มอาการเฉพาะ (clinical syndrome) หรืออาจจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของโรคทางจิตเวช ชนิดอื่น ๆ

วิไล คุปต์นิรัตติศัยกุล⁽⁶¹⁾ ศึกษาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิการไทย ที่เป็นผู้ป่วยในของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู และตึกผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด นับตั้งแต่มิถุนายน 2538 ถึงพฤษภาคม 2539 ที่ทำการการรักษาภายใน 2 อาทิตย์ หลังเข้าอยู่ในโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือแบบสอบวัดความซึมเศร้า The Center for Epidemiology Studies – Depression Scale (CES-D) ฉบับแปลภาษาไทย พบว่า ผู้ป่วย 44 รายจากจำนวน 108 ราย มีค่าคะแนน CES-D มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ซึ่งคิดเป็นค่าความชุก ร้อยละ 40.7 และยังคงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความซึมเศร้า พบว่า เพศเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) โดยเพศหญิงมีคะแนนมากกว่าเพศชาย (24.4 ± 14.2 , 16.2 ± 9.6) ส่วนปัจจัยอื่นที่มีคะแนนความซึมเศร้ามาก่อนข้างสูง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 20 ปี, โสด, การศึกษาระดับประถม, รายได้ 1,000-5,000 บาท, อาชีพรับจ้างทั่วไป, ระยะเวลาเกิดโรคสั้นกว่า 3 เดือน และผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคอัมพาตชนิดถาวร เป็นต้น ความแตกต่างระหว่างเพศ ยังคงมีนัยสำคัญเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยร่วมกับโรคทั้งหลายที่ก่อให้เกิดความพิการทางกาย ดังนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ต้น จึงเป็นสิ่งที่พึงกระทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์⁽⁶²⁾ ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยรับปรึกษาทางจิตเวชใน รพศ. เชียงรายประชาชนุเคราะห์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2532- กุมภาพันธ์ 2533 รวม 8 เดือน 172 ราย เป็นชาย 83 ราย หญิง 89 ราย ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 20-29 ปี 55 ราย (ร้อยละ 31.9) น้อยที่สุดคือ 0-9 ปี 2 ราย (ร้อยละ 1.2) แยกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาทางจิตเวช 38 ราย (ร้อยละ 22.1) เป็น delirium มากที่สุด กลุ่ม 2 ผู้ป่วยที่มีเฉพาะปัญหาทางจิตเวช 63 ราย (ร้อยละ 36.6) เป็นโรคทางกาย 17 ราย โรคทางจิตเวช 46 ราย กลุ่ม 3 ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 54 ราย (ร้อยละ 31.4) เป็น adjustment disorder มากที่สุด กลุ่ม 4 ปัญหาเกี่ยวเนื่องกับการดื่มสุรา 17 ราย (ร้อยละ 9.9) ผู้เสนอรายงานได้เสนอแนวคิดในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเรื่อง Consultation Psychiatry เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพดีที่สุด

วิเคราะห์ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาทางจิตเวช 38 ราย พบว่าโรคทางกายที่ส่งปรึกษามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ chronic obstructive pulmonary disease 7 ราย, epilepsy 5 ราย, ischemic heart disease 4 ราย รองลงมาคือ encephalitis, systemic lupus erythromatosis, chronic renal failure, diabetes mellitus, hypertension, tuberculosis, fracture long bone

ปัญหาทางจิตเวชที่เกิดขึ้นสามารถให้การวินิจฉัยได้ตั้งนี้มากที่สุดเป็น delirium 10 ราย (ร้อยละ 26.3) รองลงมาเป็น adjustment disorder, major depression และ dementia (ร้อยละ 15.8)

จุมพล สมประสงค์⁽⁶³⁾ ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดเทศบาลเมืองกาญจนบุรี ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2540 โดยการสุ่มตัวอย่างของประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป แบบมีระบบ (systematic random sampling) จำนวน 250 คน จากทั้งหมด 1,478 คน คิดเป็นร้อยละ 16.8 โดยใช้แบบสอบถาม GHQ-28 ฉบับภาษาไทย พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิต 55 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สุขภาพร่างกายของตนเอง การเจ็บป่วยร้ายแรงของคนในครอบครัว การตกงาน ปัญหาเกี่ยวกับสมรส ปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และความพึงพอใจกับงานที่ทำ

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และคณะ⁽⁶⁴⁾ ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในด้านภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 44 ราย เป็นชาย 36 หญิง 8 ราย อายุเฉลี่ย 32.1 ± 10.9 ปี โดยใช้แบบสอบถาม The Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ทำการประเมินในระยะแรกและก่อนออกจากโรงพยาบาล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองภาวะมีค่าลดลง ในขณะที่ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดีขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนค่าความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเมื่อแรกรับมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 18.2 และ 13.6 ตามลำดับ และมีค่าลดลงเมื่อประเมินก่อนออกจากโรงพยาบาล ซึ่งแสดงถึงสภาพจิตใจอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามระยะเวลาที่ผ่านไป และความสามารถทางกายไม่ใช่ปัจจัยหลัก ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจโดยตรง เพราะขบวนการปรับใจให้ยอมรับสภาพนั้นเป็นขบวนการที่สลับซับซ้อน และขึ้นกับแต่ละบุคคล

มาโนช หล่อตระกูล และคณะ⁽⁶⁵⁾ ศึกษาอาการของผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ช่วง 1 เมษายน 2536 – 15 กันยายน 2536 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคซึมเศร้า จำนวน 87 ราย โดยใช้แบบสอบถาม Standardized Assessment of Depressive Disorder (SADD) ขององค์การอนามัยโลก พบว่า อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนใหญ่เป็นอาการทางร่างกาย ที่พบบ่อย เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หายใจไม่อิ่ม ซาตามมือ เท้า ปวดตามตัว เหนื่อยง่าย เป็นต้น มีบางอาการที่ปัจจัยด้านวัฒนธรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง (feelings of hopelessness) และความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ (idea of self-insufficiency) ซึ่งพบได้ไม่บ่อยเมื่อเทียบกับการศึกษาจากประเทศทางด้านตะวันตก และการที่ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด (irritability) บ่อย แต่พบมีความก้าวร้าว (aggression) ต่ำ ความรู้สึกผิดพบบ่อยไม่แตกต่างการศึกษาอื่น แต่ส่วนใหญ่เป็นความคิดว่าในชาติก่อนตนเองอาจทำผิดบาปไว้ ซึ่งไม่ควรจัดเป็นความรู้สึกผิดเนื่องจากแนวคิด ตลอดจนการแสดงออกของผู้ป่วยต่างไป จากที่พบในผู้ป่วยในประเทศทาง

ตะวันตกในภาพรวมแล้ว อาการแสดงของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากรายงานจากประเทศอื่น ซึ่งสนับสนุนว่า อาการที่เป็นแกนในกลุ่มโรคอารมณ์เศร้าพบได้เหมือน ๆ กันในทุกวัฒนธรรม

สำหรับการวินิจฉัยโรคผู้ป่วย พบว่าเป็น major depression, single episode ร้อยละ 46 major depression, recurrent ร้อยละ 28 มี psychotic features ร้อยละ 20 เป็น dysthymia ร้อยละ 16 bipolar disorder ร้อยละ 7 และการวินิจฉัยอื่น ๆ ร้อยละ 3 บางราย มี 2 การวินิจฉัยร่วมกัน ซึ่งโดยมากเป็น double depression

อนุรักษ บัณฑิตยชาติ และคณะ⁽⁶⁶⁾ ศึกษาความชุกชั่วชีวิต (life-time prevalence) ของความผิดปกติทางจิตในประเทศไทย ตัวอย่างประชากรทั่วประเทศ อายุ 15-60 ปี ด้วยวิธี multistage – random sampling technique จำนวน 7,157 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยคัดกรองผู้ที่คาดว่าจะมีปัญหาทางจิต และนำมายืนยันการวินิจฉัยโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก DSM-IV และ CIDI พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้ generalized anxiety disorder ร้อยละ 0.7, somatization ร้อยละ 0.2, suicidal attempt ร้อยละ 1.0

ธรณินทร์ กองสุขและคณะ⁽⁶⁷⁾ ได้สำรวจทางระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในประชาชนจังหวัดเลย พบความชุกของโรค psychological factor affecting physical condition ร้อยละ 17.8, generalized anxiety disorder ร้อยละ 7.9, panic disorder ร้อยละ 1.6, sleep disorder ร้อยละ 5.5, dysthymia ร้อยละ 3.0, major depressive episode ร้อยละ 0.4, adjustment disorder ร้อยละ 0.8, schizophrenia ร้อยละ 0.6

กรมสุขภาพจิต⁽⁶⁸⁾ สำรวจความชุกของความผิดปกติทางจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกของความผิดปกติของอารมณ์ชนิดอารมณ์คลุ้มคลั่ง ร้อยละ 1.42, ชนิดซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 3.05, ชนิดซึมเศร้า ร้อยละ 0.14, hypochondriasis ร้อยละ 0.92, somatization ร้อยละ 0.1 anxiety disorder ร้อยละ 1.53

อภิชัย มงคล และคณะ⁽⁶⁹⁾ ศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยโรคของแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3,238 คน และศึกษาระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในจังหวัดเลย ชัยภูมิ ศรีสะเกษ และมุกดาหาร จำนวน 12,119 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบคัดกรองโรคจิต ของอภิชัย มงคลและคณะ พบว่า ความชุกของโรคจิตร้อยละ 2.3 ในผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 26.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.6 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.3

ัญญวน คำวชิระพิทักษ์ และคณะ⁽⁷⁰⁾ ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคนงานในสถานประกอบอุตสาหกรรม จากปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาในการทำงานซึ่งด้วย ปัจจัยเกี่ยวกับตัวคนงานเองและปัจจัยเกี่ยวกับงาน เพื่อนำเกณฑ์การทำนายภาวะสุขภาพจิตมากำหนดแนวทาง

ในการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพจิต ในรูปของการคุ้มครองสวัสดิการแรงงานในสถานประกอบอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ คนงานในสถานประกอบอุตสาหกรรมที่เป็นสถานประกอบการผลิตและสถานประกอบการอื่น ที่มีความเครียดสูงขนาดใหญ่และขนาดกลาง ในเขตกรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี ฉะเชิงเทรา สมุทรสาคร และสมุทรปราการ จำนวน 1,543 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาพพจน์ของตนเอง แบบวัดคุณลักษณะที่เกี่ยวกับงาน แบบวัดเกี่ยวกับงาน และแบบวัดเกี่ยวกับอารมณ์และจิตใจ ซึ่งครอบคลุมตัวแปร ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาในการทำงานและภาวะสุขภาพจิต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสร้างสมการทำนายภาวะสุขภาพจิตใช้เทคนิค Stepwise Regression และสร้างโมเดลเชิงสาเหตุของภาวะสุขภาพจิต ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นทางด้วย LISREL ข้อค้นพบมีดังนี้คือ

1. ภาวะสุขภาพจิตของคนงานในสถานประกอบอุตสาหกรรม โดยทั่วไปอยู่ในระดับค่อนข้างมาทางสุขภาพจิตไม่ค่อยดีนัก (มีค่า = 2.265 ในขณะที่เฉลี่ยมีค่า = 2.500)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของคนงานในสถานประกอบอุตสาหกรรม ได้แก่ ลักษณะงาน การเห็นคุณค่าในตนเอง บุคลิกภาพแสดงตัว ความพึงพอใจในงานและทักษะทางสังคม

3. แนวทางในการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพจิตของคนงานกระทำได้ในรูปของการคุ้มครองสวัสดิการแรงงานด้วยการใช้แผนปฏิบัติการ (ระยะสั้น) และแผนกลยุทธ์ (ระยะยาว)

จินตนา สุนทรธรรม และคณะ⁽⁷¹⁾ ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการและลูกจ้างศึกษาบทบาทของผู้ป่วยประกอบการ ในการส่งเสริมและป้องกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานของลูกจ้าง ศึกษาการวางแผนและการกำหนดมาตรการในการป้องกันการประสบอันตรายและเจ็บป่วยจากการทำงานของลูกจ้างและศึกษาความต้องการความช่วยเหลือของผู้ประกอบการและลูกจ้าง โดยใช้ขนาดตัวอย่างจำนวนรวมทั้งสิ้น 600 ราย ประกอบด้วย จำนวนตัวอย่างของผู้ประกอบการ 100 ราย และลูกจ้าง 500 ราย ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบระบบและแบบชั้นภูมิจากรายชื่อผู้ประกอบการและลูกจ้างในประเภท ธุรกิจโรงงาน ธุรกิจการค้า และธุรกิจบริการ จากจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง และลำพูน พบว่า บทบาทของผู้ประกอบการ ในการส่งเสริมและการป้องกันการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานของลูกจ้าง ดังต่อไปนี้

ในด้านการส่งเสริม ได้แก่ มีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยเป็นลายลักษณ์อักษรและชัดเจน ซึ่งให้นายจ้างและลูกจ้างเห็นความสำคัญของนโยบายนั้น มีการจูงใจทั้งนายจ้างและลูกจ้างให้มีความรับผิดชอบและร่วมมือกัน มีการตรวจวิเคราะห์หาสาเหตุการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากการทำงานของลูกจ้างเพื่อหาทางป้องกันมีการรวบรวม

ข้อมูลสถิติ และจัดทำรายงาน ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับอันตราย การเจ็บป่วย ของลูกจ้าง เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกัน

ในด้านการป้องกัน ได้แก่ ส่งลูกจ้างระดับบริหาร ระดับปฏิบัติการและระดับหัวหน้างาน เข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัย มีการสำรวจสภาพการทำงาน เครื่องจักร เครื่องมือ และอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยเป็นระยะๆ ก่อนให้ลูกจ้างลงมือปฏิบัติงานและเสนอแนะแนวทางให้แก้ไขเป็นประจำ นายจ้างมอบอุปกรณ์เครื่องป้องกัน เช่น ป้องกันเสียง ฝุ่นและแสง ฯลฯ ให้ลูกจ้าง ก่อนลงมือปฏิบัติงาน มีการติดตามประเมินผลตามนโยบายและพัฒนากำหนดมาตรฐานความปลอดภัยให้สอดคล้องกับกฎหมาย

สภาพการประสบอันตรายของลูกจ้าง พบมากที่สุด ได้แก่ ถูกของแหลมทิ่มแทง และ ตกจากที่สูง สภาพลูกจ้างที่เจ็บป่วยเป็นโรคมามากที่สุด ได้แก่ โรคเครียด และโรคปวดหลัง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross - sectional Study) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอก คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยใหม่ที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกประกันสังคมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยใหม่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาราชการ จากสถิติที่ผ่านมา มีผู้ป่วยใหม่มารับบริการเฉลี่ย 150 คนต่อเดือน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยใหม่ทุกราย ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาราชการ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2545 โดยมีคุณสมบัติ คือ ไม่เป็นผู้ที่เคยรับการตรวจรักษาจากคลินิกจิตเวชมาก่อน ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการส่งต่อจากแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลอื่น ๆ และไม่เป็นผู้ที่มาพบแพทย์ด้วยวัตถุประสงค์บางอย่าง ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี มารับการฉีดวัคซีนและมาขอใบรับรองแพทย์

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา คือ⁽⁷²⁾

$$\text{ใช้สูตร} \quad n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

เมื่อ	n	=	ขนาดตัวอย่าง
	z	=	ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96
	p	=	สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่มีภาวะซึมเศร้า = 0.3 (จากการทำ Pilot study)
	q	=	1 - p = 1 - 0.3 = 0.7
	d	=	ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% = 0.05
แทนค่า	n	=	$\frac{(1.96)^2 \times (0.3) \times (0.7)}{(0.05)^2} = 322.6944$

ในที่นี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจำนวน 330 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย การศึกษา ลักษณะงาน รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ทำงาน และประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ สำหรับข้อ 12 การวินิจฉัยโรค ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลด้วยตนเอง โดยจากการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ85) ซึ่งโครงสร้างโดยแบรนต์และไวเบิร์ต (Brant and Weibert) โดยอาศัยความคิดของไวส์ (Weiss) ผู้สร้างได้หาความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์ตรวจสอบ และหาความเชื่อมั่นโดยวิธี Test – retest ในกลุ่มอายุ 30-37 ปี จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 นางชมนาด วรรณพรศิริ⁽⁷³⁾ นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความถูกต้องตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ให้เหมาะสมกับคนไทยและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 20 คนได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 โดยวิธี Alpha Cronbach Coefficient แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมนี้ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองและด้านมีผู้ให้ความช่วยเหลือแนะนำ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 20 ข้อ และทางลบ 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ข้อคำถามทางด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)
เห็นด้วยมากที่สุด	7	1
เห็นด้วย	6	2
ค่อนข้างจะเห็นด้วย	5	3
ไม่แน่ใจ	4	4
ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	3	5
ไม่เห็นด้วย	2	6
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	7

การสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนระหว่าง 25-175 คะแนนแบ่งระดับคะแนนออกเป็นระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยบวกลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง และถือว่าเป็นช่วงคะแนนระดับกลาง ส่วนคะแนนที่สูงและต่ำกว่าช่วงดังกล่าว ถือเป็นระดับสูงและต่ำตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 123.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.00 จึงแบ่งออกเป็นระดับต่ำ คะแนน 94-111.94 ระดับปานกลาง คะแนน 111.95-135.95 ระดับสูง คะแนน 135.96-169.00

ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) ภายในหนึ่งปีที่ผ่านมา ซึ่งนำมาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของสมจิตร์ นครพานิช⁽⁷⁴⁾ ซึ่งสร้างโดยอาศัยแนวทาง Holmes and Rahe และนำมาปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการทำงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ การกำหนดคะแนนในแต่ละข้อนั้น โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 20 ท่านกำหนดคะแนนแต่ละข้อด้วยวิธีการของเชอร์สโตรน คือกำหนดคะแนนเป็น 1-11 คะแนน เหตุการณ์ที่รุนแรงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ที่รุนแรงมากขึ้นให้คะแนน 2,3,4,5,6,7,8,9,10 หรือ 11 ตามลำดับ นำคะแนนของข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 20 ท่านให้ มาหาค่ามัธยฐานซึ่งจะเป็นคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตข้อนั้น ๆ และได้หาความเที่ยงโดยนำแบบสัมภาษณ์ชุดเดิมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเดิม ให้คะแนนอีกครั้งหนึ่งแล้วหาค่ามัธยฐานใหม่ นำค่ามัธยฐานแต่ละข้อในแต่ละระยะเวลาทั้งสองครั้ง มาหาค่าความเชื่อถือได้ของคะแนนได้เท่ากับ .97 สมจิตร์ นครพานิช นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างประชากรที่แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทดสอบซ้ำ (Test Retest) ได้ค่าคะแนนความเชื่อถือได้ของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับเท่ากับ .99 (คะแนนตามความรุนแรงของเหตุการณ์รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก) จึงนำค่าคะแนนระดับความเครียดมาจัดกลุ่มเป็นสูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยบวกลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นเกณฑ์ในการ

แบ่ง และถือว่าเป็นช่วงคะแนนระดับกลาง ส่วนคะแนนที่สูงและต่ำกว่าช่วงดังกล่าว ถือเป็นระดับสูงและต่ำตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.50 จึงแบ่งออกเป็นระดับต่ำคะแนน 4.17-24.63 ระดับปานกลางคะแนน 24.64-75.64 ระดับสูง คะแนน 75.65-194.49

ส่วนที่ 4 ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า Health – Related Self Report (HRSR) Scale : Diagnostic Screening For Depression in Thai

ดวงใจ กษานติกุล และคณะ⁽⁷⁵⁾ ได้สร้างแบบสอบถามเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ประกอบด้วย 20 คำถาม เกี่ยวกับอาการรวมทั้งคำถามว่าถูกคนอื่นทักว่าดูเครียด ซึมและพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งช่วยมากในการบอกถึงภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามยังมีข้อความด้านบวก 3 ข้อ (รู้สึกสบายใจ, ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่มีความหมายและรู้สึกตัวเองมีคุณค่า) ซึ่งแยกบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน โดยได้ศึกษาคนในคนไข้ 405 คน คนปกติ 890 คน อายุระหว่าง 15-60 ปี อายุเฉลี่ย 34 ปี ได้ค่าความเชื่อมั่น The Reliability Coefficient (Cronbach's α) ของสเกลนี้คือ 0.91 ใช้คะแนนตัดที่ 30 จะได้ 90.2% specificity และ 85.3% sensitivity สำหรับ major depression คะแนนตัดที่ 25 จะได้ specificity สูงขึ้น (93.4%) แต่ sensitivity ลดลง (75.1%) แต่สามารถใช้บ่งถึงผู้ป่วยที่น่าจะมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอย่างอื่นได้ ดังนั้นแบบสอบถามสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือตรวจหาภาวะหรือโรคซึมเศร้าได้

วิธีคิดคะแนน คะแนนจะเริ่มจาก 0-3 โดย ไม่เลย = 0 บางครั้ง = 1 บ่อย ๆ = 3 ค่อนข้างบ่อย = 2 ส่วนข้อที่ 5, 10 และ 15 คะแนนจะกลับกัน โดยเริ่มจาก 0-3 ส่วนข้อที่ 20 คะแนน 3 = เคย 0 = ไม่เคย แบบสอบถามนี้เป็นแบบวัดด้วยตนเอง ใช้งานและสะดวกใช้เวลาทำน้อยกว่า 10 นาทีต่อครั้ง ในการวิจัยครั้งนี้ คะแนนของ HRSR = 25-29 แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า mild to moderate depression และคะแนน ≥ 30 แสดงถึง severe depression

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกประกันสังคม
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้แล้ว ทุกวันจันทร์-ศุกร์ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 3.1 แนะนำตัวและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์
- 3.2 เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ⁽⁷⁶⁾

ในการวิจัยครั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ซึ่งดำเนินการวิเคราะห์ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Chi-square test, t-test, Multivariate analysis ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาล- จุฬาลงกรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 330 คน โดยมีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

- ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา
- ตอนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาล- จุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 3 ข้อมูลทางจิตสังคม
- ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 5 อำนาจการทำนายของตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของประชากร

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n = 330 คน		
เพศ		
ชาย	162	49.1
หญิง	168	50.9
อายุ		
18-27 ปี	123	37.3
>27-37 ปี	108	32.7
>37-47 ปี	62	18.8
>47-57 ปี	31	9.4
>57 ปีขึ้นไป	6	1.8
$\bar{X} = 32.87$ S.D. = 10.29		
ศาสนา		
พุทธ	320	97.0
คริสต์	4	1.2
อิสลาม	6	1.8
สถานภาพสมรส		
โสด	134	40.6
คู่	178	53.9
หม้าย	3	0.9
หย่า	7	2.1
แยกกันอยู่	8	2.4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของประชากร (ต่อ)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n = 330 คน		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	160	48.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	53	16.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	36	10.9
ปวช./ปวส.	29	8.8
อนุปริญญา	4	1.2
ปริญญาตรี	46	13.9
ปริญญาโท	2	0.6
อาศัยอยู่กับ		
คู่สมรส	161	48.8
ญาติพี่น้อง	83	25.2
เพื่อน	43	13.0
อยู่คนเดียว	16	4.8
บุตร	13	3.9
บิดา-มารดา	7	2.1
คู่สมรส และบุตร	6	1.8
บิดา-มารดาและญาติพี่น้อง	1	0.3
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	48	14.5
5,000-6,999 บาท	133	40.3
7,000-8,999 บาท	77	23.3
9,000-10,999 บาท	31	9.4
11,000 บาทขึ้นไป	41	12.4
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7716.5 \pm 5323.6 ต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 50,000 บาท		

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของประชากร (ต่อ)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n = 330 คน		
ลักษณะงาน		
พนักงานบริษัท	105	21.8
แม่บ้านทำความสะอาด	54	16.4
ขับรถ	33	10.0
ก่อสร้าง	24	7.3
เย็บเสื้อผ้า	23	7.0
บัญชี	22	6.7
ช่างยนต์	22	6.7
พ่อครัว / พนักงานเสิร์ฟ	18	5.5
ร้านเสริมสวย	7	2.1
ทนายความ	4	1.2
วิศวกร	10	0.3
ระยะเวลาที่ทำงาน		
น้อยกว่า 2 ปี	112	33.9
2 – 5 ปี	99	30.0
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	119	36.1
โรคประจำตัวที่เคยรักษามาก่อน		
ไม่มี	289	87.6
มี	41	12.4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของประชากร (ต่อ)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n = 330 คน		
การวินิจฉัยโรคที่มารับการรักษาในปัจจุบัน		
โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	117	35.5
โรกระบบทางเดินอาหาร	60	18.2
โรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	43	13.0
โรกระบบประสาท และสมอง	23	7.0
โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด	19	5.8
โรคผิวหนัง	19	5.8
โรค หู ตา คอ จมูก	15	4.5
ภาวะวิตกกังวล	13	3.9
โรคทางสูติ - นรีเวช	10	3.0
โรกระบบต่อมไร้ท่อ	10	3.0
โรกระบบขับถ่าย	1	0.3

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม พบว่า

เพศ ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่มารับการตรวจรักษา พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.9 และเพศชาย ร้อยละ 49.1

อายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18-27 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมา คือ อายุ >27-37 ปี ร้อยละ 32.7 อายุ >37-47 ปี ร้อยละ 18.8 อายุ >47-57 ปี ร้อยละ 9.4 และอายุ >57 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.8 อายุเฉลี่ย 32.87 ปี

ศาสนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.0 รองลงมาศาสนาอิสลาม ร้อยละ 1.8 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.2

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.9 รองลงไปคือ โสด ร้อยละ 40.6 สมรสแล้วแต่แยกกันอยู่ ร้อยละ 2.4 หย่า และหม้าย ร้อยละ 2.1 และ 0.9 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.5 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 16.1 ปริญญาตรี ร้อยละ 13.9 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 10.9 ปวช./ปวส. ร้อยละ 8.8 อนุปริญญา ร้อยละ 1.2 และปริญญาโท ร้อยละ 0.6

อาศัยอยู่กับ อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 48.8 รองลงไปคือ อยู่กับญาติพี่น้อง ร้อยละ 25.2 อยู่กับเพื่อน ร้อยละ 13.0 อยู่คนเดียว ร้อยละ 4.8 อยู่กับบุตร ร้อยละ 3.9 อยู่กับบิดา-มารดา ร้อยละ 2.1 อยู่กับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 1.8 อยู่กับบิดา-มารดาและญาติพี่น้อง ร้อยละ 0.3

รายได้ส่วนตัวต่อเดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-6,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.3 รองลงมาคือ 7,000-8,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 23.3 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 14.5 รายได้ 11,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 12.4 รายได้ 9,000-10,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 9.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,716 บาท

ลักษณะงาน พนักงานบริษัท ร้อยละ 21.8 แม่บ้านทำความสะอาด ร้อยละ 16.4 ขับรถ ร้อยละ 10.0 ก่อสร้าง ร้อยละ 7.3 เย็บเสื้อผ้า ร้อยละ 7.0 บัญชี ร้อยละ 6.7 ช่างยนต์ ร้อยละ 6.7 พ่อครัว/พนักงานเสิร์ฟ ร้อยละ 5.5 ร้านเสริมสวย ร้อยละ 2.1 ทนายความ ร้อยละ 1.2 วิศวกร ร้อยละ 0.3

ระยะเวลาที่ทำงาน มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.1 รองลงมาคือ น้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 33.9 ระยะ 2-5 ปี ร้อยละ 30.0

โรคประจำตัวที่เคยรักษามาก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.6 และผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.4

การวินิจฉัยโรคที่มารักษาในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกประกันสังคม เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 35.3 รองลงมา คือ โรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 18.2 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.0 โรคระบบประสาทและสมอง ร้อยละ 7.0 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 5.8 โรคผิวหนัง ร้อยละ 5.8 โรค หู ตา คอ จมูก ร้อยละ 4.5 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 3.9 โรคทางสูติ-นรีเวช ร้อยละ 3.0 โรคระบบต่อมไร้ท่อ ร้อยละ 3.0 และโรคระบบขับถ่าย ร้อยละ 0.3

โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ	พบเป็น ไข้หวัด 107 ราย หลอดลมอักเสบ 6 ราย ต่อมทอมซิลอักเสบ 4 ราย
โรกระบบทางเดินอาหาร	พบ ปวดท้อง 15 ราย แผลในกระเพาะอาหาร 20 ราย ลำไส้อักเสบ 13 ราย และท้องเสีย 12 ราย
โรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	พบ ปวดหลัง 28 ราย กล้ามเนื้ออักเสบ 5 ราย ข้อเท้า อักเสบ 10 ราย
โรกระบบประสาทและสมอง	พบ ปวดศีรษะ 20 ราย ไมเกรน 3 ราย
โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด	พบ โรคความดันโลหิตสูง 10 ราย ไขมันในเส้นเลือดสูง 8 ราย โรคหัวใจ 1 ราย
โรคผิวหนัง	พบ ผื่นสัมผัส 11 ราย แพ้สารเคมี 8 ราย
โรคหู ตา คอ จมูก	พบ เยื่อตาอักเสบ 5 ราย คออักเสบ 8 ราย ไชนัส 2 ราย
โรคทางสูติ-นรีเวช	พบ ตกขาว 9 ราย ตั้งครรภ์ 1 ราย
โรกระบบต่อมไร้ท่อ	พบ เบาหวาน 7 ราย ไทรอยด์ 3 ราย
โรกระบบขับถ่าย	พบ ริดสีดวงทวาร 1 ราย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โดยใช้เครื่องมือ Health – Related Self Report (HRSR) Scale : Diagnostic Screening For Depression in Thai สามารถแบ่งระดับความซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 0-24 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่ไม่มีความซึมเศร้า
 คะแนน 25-29 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่มีความซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง
 คะแนน 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่มีความซึมเศร้ารุนแรง

ตารางที่ 5 แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม

ระดับความซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีความซึมเศร้า	249	75.4
มีความซึมเศร้า	81	24.6
- เล็กน้อยถึงปานกลาง	54	16.4
- รุนแรง	27	8.2
รวม	330	100.00

จากตารางที่ 5 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม พบว่าผู้ป่วยมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.6 โดยแบ่งระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยออกเป็นความซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง พบร้อยละ 16.4 และผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 8.2 ส่วนผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่ไม่มีความซึมเศร้า ร้อยละ 75.4

ตอนที่ 3 ข้อมูลทางจิตสังคม

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคม จำแนกเป็นการสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม

ปัจจัยทางจิตสังคม	จำนวน (คน) n = 330 คน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคม		
ระดับต่ำ (คะแนน 94.00 - 111.94)	39	14.4
ระดับกลาง (คะแนน 111.95 - 135.95)	238	69.7
ระดับสูง (คะแนน 135.96 - 169.00)	53	15.9
ค่าเฉลี่ย 123.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.00 คะแนนต่ำสุด = 94.00 คะแนนสูงสุด = 169.00 $\bar{X} \pm S.D. = 123.95 \pm 12.00$		
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต		
ระดับต่ำ (คะแนน 4.17 - 24.63)	43	12.9
ระดับกลาง (คะแนน 24.64 - 75.64)	261	79.0
ระดับสูง (คะแนน 75.65 - 194.49)	26	8.1
ค่าเฉลี่ย 50.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.50 คะแนนต่ำสุด = 4.17 คะแนนสูงสุด = 194.49 $\bar{X} \pm S.D. = 50.14 \pm 25.50$		

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 123.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.00 และเมื่อแบ่งคะแนนการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นระดับสูง กลาง ต่ำ พบว่า ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับกลาง ร้อยละ 69.7 รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง และการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ร้อยละ 15.9 และ 14.4 ตามลำดับ

ส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่า คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.50 และเมื่อแบ่งคะแนนความเครียดในชีวิตออกเป็น ระดับสูง กลาง ต่ำ พบว่า ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมส่วนใหญ่ มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 79.0 รองลงมา ได้แก่ คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับต่ำและคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 12.9 และ 8.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคม จำแนกเป็นการสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบหนึ่งปีของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยทางจิตสังคม	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		T-value	df	P-value
	(n=249)		(n=81)				
	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.			
การสนับสนุนทางสังคม	124.87	11.99	121.09	11.623	2.52	139.60	.013*
ความเครียดในชีวิต	46.97	23.29	59.86	29.43	-3.59	114.38	.000***

* P<0.05

*** P<0.001

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่มีภาวะซึมเศร้า (\bar{x} =124.87 และ 121.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.05 ส่วนผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (\bar{x} =46.97 และ 59.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.001

**ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคม
กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

**ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอก
คลินิกประกันสังคม**

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		X ²	df	P-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)			
เพศ					23.049	1	.000***
ชาย	141	(42.73)	21	(6.36)			
หญิง	108	(32.73)	60	(18.18)			
อายุ					.383	4	.984
18-27 ปี	93	(28.18)	30	(9.09)			
>27-37 ปี	80	(24.24)	28	(8.48)			
>37-47 ปี	47	(14.24)	15	(4.5)			
>47-57 ปี	24	(7.27)	7	(2.12)			
>57 ปีขึ้นไป	5	(1.52)	1	(0.3)			
ศาสนา					.046	1	.831
พุทธ	241	(73.30)	34	(10.30)			
คริสต์/อิสลาม	8	(2.42)	3	(0.91)			
สถานภาพสมรส					2.462	2	.292
โสด	100	(30.30)	34	(10.30)			
คู่	138	(41.82)	40	(12.12)			
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	11	(3.33)	7	(2.12)			

***P< 0.001

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอก
คลินิกประกันสังคม (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		X ²	df	P-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา					2.742	3	.4331
ประถมศึกษา	115	(34.85)	45	(13.64)			
มัธยมศึกษา	68	(20.61)	21	(6.36)			
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	27	(8.18)	6	(1.82)			
ปริญญาตรี	39	(11.82)	9	(2.73)			
อาศัยอยู่กับ					2.254	4	.689
อยู่คนเดียว	13	(3.94)	3	(0.91)			
คู่สมรส	125	(37.88)	36	(10.91)			
คู่สมรส/บุตร	14	(4.24)	5	(1.56)			
บิดา-มารดา/ ญาติพี่น้อง	64	(20.61)	23	(6.97)			
เพื่อน	29	(8.79)	14	(4.24)			
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน					11.425	4	.0096**
น้อยกว่า 5,000 บาท	33	(10.00)	15	(4.55)			
5,000-6,999 บาท	91	(27.58)	42	(12.73)			
7,000-8,999 บาท	62	(18.79)	15	(4.55)			
9,000-10,999 บาท	27	(8.18)	4	(1.21)			
11,000 บาทขึ้นไป	36	(10.91)	5	(1.56)			
ลักษณะงาน					24.064	8	0.000***
แม่บ้าน	28	(8.48)	26	(7.88)			
พนักงานรักษาความ ปลอดภัย	14	(4.24)	3	(0.90)			
ก่อสร้าง	21	(6.36)	3	(0.90)			
บัญชี	16	(4.85)	6	(1.82)			
ขับรถ/ช่างยนต์	49	(14.85)	6	(1.82)			
ร้านเสริมสวย	5	(1.56)	2	(0.61)			
ทนายความ/วิศวกร	3	(0.90)	2	(0.61)			
พนักงานบริษัท	100	(30.30)	23	(6.96)			
เย็บเสื้อผ้า	13	(3.94)	10	(3.03)			

** P < 0.01, *** P < 0.001

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยนอก
คลินิกประกันสังคม (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซีมเศร้า		มีภาวะซีมเศร้า		X ²	df	P-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)			
ระยะเวลาที่ทำงาน					.392	2	.822
น้อยกว่า 2 ปี	84	(25.45)	28	(8.48)			
2 – 5 ปี	73	(22.12)	26	(7.88)			
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	92	(27.88)	27	(8.18)			
โรคประจำตัว					.0132	1	.716
ไม่มี	219	(66.36)	70	(21.21)			
มี	30	(9.09)	11	(3.33)			
การวินิจฉัยโรคที่มา รักษาในปัจจุบัน					18.876	7	.041*
โรคติดเชื้อระบบ ทางเดินหายใจ	92	(27.88)	25	(7.58)			
โรกระบบทางเดิน อาหาร	46	(13.94)	14	(4.24)			
โรกระบบประสาท และสมอง	33	(10.00)	10	(3.03)			
โรกระบบหัวใจและ หลอดเลือด	15	(4.55)	4	(1.21)			
โรคผิวหนัง	16	(4.85)	7	(2.12)			
โรค หู ตา คอ จมูก	11	(3.33)	4	(1.21)			
ภาวะวิตกกังวล	4	(1.21)	9	(2.73)			
โรกระบบต่อมไร้ท่อ	6	(1.82)	4	(1.21)			

* P < 0.05

จากตารางที่ 8 พบว่า เพศและลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.001 รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.01 และการวินิจฉัยโรคที่มารักษาในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.05 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ คือ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาศัยอยู่กับ ระยะเวลาที่ทำงาน และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม

ตารางที่ 9 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ของปัจจัยทางจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ความสัมพันธ์ (γ)	P - value
การสนับสนุนทางสังคม	-.162	.002 **
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.337	.000 ***

** P < 0.01

*** P < 0.001

จากตารางที่ 9 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ และพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 อำนาจการทำนายของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อำนาจการทำนายของตัวแปรที่เป็นตัวทำนาย ได้แก่ เพศ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน ลักษณะงาน การวินิจฉัยโรคที่มารักษาในปัจจุบัน คะแนนการเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อศึกษาอำนาจของตัวทำนายดังกล่าวผลการศึกษาดังในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงอำนาจการทำนายของตัวทำนายกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม

ขั้นที่	ตัวทำนาย	B	SEB	Beta	R	R Square	Sig. T
1.	เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.112	.0147	.378	.337	.114	.000***
2.	เพศ	3.713	.741	.246	.421	.177	.000***
3.	การสนับสนุนทางสังคม	-.129	.031	.204	.466	.218	.000***
	ค่าคงที่ (constant)	24.345					

*** P < 0.001

จากตารางที่ 10 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับเลือก คือ คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยพบว่ามีอิทธิพลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.001 โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b=.112) และได้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R Square) เท่ากับ .114 แสดงว่าคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สามารถทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมได้ ร้อยละ 11.4

ตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 2 คือ เพศ พบว่า มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.001 โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b=3.713) ซึ่งทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R Square) เพิ่มขึ้นเป็น .177 แสดงว่า เพศสามารถร่วมทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมได้ ร้อยละ 17.7

ตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 3 คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีอิทธิพลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ($b = -.129$) ซึ่งทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R Square) เท่ากับ .218 แสดงว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมได้ ร้อยละ 21.8

เมื่อเพิ่มตัวทำนายต่อไป พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพิจารณาจากค่านี้ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ 3

จากการวิเคราะห์ แสดงให้เห็นว่าเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้ว ตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เพศ และคะแนนการสนับสนุนทางสังคม โดยตัวทำนายทั้ง 3 ตัวนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคะแนนภาวะซึมเศร้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $P < 0.001$

การสร้างสมการถดถอย เพื่อใช้ทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) แต่ละค่าของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 3 คือ คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เพศ และคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับและค่าคงที่จากการวิเคราะห์นี้ จะได้เส้นสมการที่ดีที่สุด เพื่อทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม เท่ากับ 24.345 ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการถดถอย เพื่อใช้ในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม ได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

$$Y = 24.345 + 0.112(x_1) + 3.713(x_2) + (-0.129)(x_3)$$

เมื่อ $Y =$ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม

$$a = \text{ค่าคงที่ (constant)} = 24.345$$

$$b_1 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต} = 0.112$$

$$b_2 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของเพศ} = 3.713$$

$$b_3 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของแรงสนับสนุนทางสังคม} = -.129$$

$$x_1 = \text{เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต}$$

$$x_2 = \text{เพศ}$$

$$x_3 = \text{การสนับสนุนทางสังคม}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยใหม่ทุกราย อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาราชการ ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ ไม่เป็นผู้ที่เคยรับการตรวจรักษาจากคลินิกจิตเวชมาก่อนหรือเป็นผู้ที่ได้รับการส่งต่อจากแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลอื่นๆ และไม่เป็นผู้ที่มาพบแพทย์ด้วยวัตถุประสงค์บางอย่าง ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี มารับการฉีดวัคซีนและมาขอใบรับรองแพทย์ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 330 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2545 เมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ศึกษาคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สำหรับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามใช้ Chi-square, t-test และ Multivariate analysis โดยใช้ Stepwise Multiple Regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เพื่อนำมาทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการใช้สถิติดังกล่าวสามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ จากการศึกษาได้ผลดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.9 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 18-27 ปี ร้อยละ 37.3 โดยมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.9 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 48.8 และนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.0 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.5 รายได้ส่วนตัวต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-6,999 บาท ร้อยละ 40.3 ลักษณะงานส่วนใหญ่ เป็นพนักงานบริษัท ร้อยละ 21.8 ระยะเวลาที่ทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.1 ส่วนการวินิจฉัยโรคที่มารักษาในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่

เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ โรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 18.2 และโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.0

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมโรงพยาบาล- จุฬาลงกรณ์ จำนวน 330 คน โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้า Health-Related Self Report (HRSR) Scale : Diagnostic Screening For Depression in Thai ซึ่งแบ่งระดับ ความซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับคือ ไม่มีความซึมเศร้า มีความซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีความซึมเศร้ารุนแรงพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิก ประกันสังคม ร้อยละ 24.6 มีความซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 16.4 และมีความ ซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 8.2

3. ปัจจัยทางจิตสังคม

ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม ส่วนใหญ่ได้คะแนน การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 69.7 รองลงมาได้แก่ ระดับสูง ร้อยละ 15.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 14.4

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม ส่วนใหญ่มีคะแนน เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 79.0 รองลงมาได้แก่ ระดับต่ำ ร้อยละ 12.9 และระดับสูง ร้อยละ 8.1

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตสังคม กับการเกิด ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เพศและลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $P < 0.01$ การวินิจฉัยโรคที่มารักษาในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ โดยพบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น

โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ทำงาน โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยทางจิตสังคม

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ โดยพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ($\gamma = .337$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ($\gamma = -.162$)

เมื่อนำข้อมูลมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อศึกษาอำนาจของตัวทำนาย พบว่า เพศ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผล

1. ความชุกของภาวะซีมเศร้ำของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม

จากการศึกษา ความชุกของภาวะซีมเศร้ำในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม พบความชุกร้อยละ 24.6 โดยแบ่งเป็นความชุกของภาวะซีมเศร้ำ ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 16.4 และภาวะซีมเศร้ำระดับรุนแรง ร้อยละ 8.2 ช่วงอายุที่พบภาวะซีมเศร้ำมาก อยู่ในช่วงอายุ 18-27 ปี รองลงมาคือ ช่วงอายุ >27-37 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.0 และ 34.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การศึกษาระดับประถมและส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-6,999 บาทต่อเดือน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้นี้ พบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาของพะยอม ศิริบุญ และคณะ⁽⁷⁸⁾ ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่องานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 380 คน พบว่าผู้ประกันตนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี การศึกษาระดับประถม และรายได้ไม่เกิน 4,000 บาทต่อเดือน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา พาณิชปฐมพงษ์⁽⁴¹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการเลือกใช้บริการบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน กลุ่มทำงานธนาคารในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ประกันตนเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงร้อยละ 52.6 เพศชายร้อยละ 47.4 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 25-49 ปี ร้อยละ 78.0 รองลงมา 15-24 ปี ร้อยละ 19.9 การศึกษาประถม รายได้ อยู่ในช่วง 6,000-9,999 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ยังใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ayuso และคณะ⁽⁵¹⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซีมเศร้ำในประชากรทั่วไป พบร้อยละ 8.5 เพศหญิง ร้อยละ 10.1 เพศชาย ร้อยละ 6.6 ส่วนใหญ่อายุ 26-45 ปี ร้อยละ 48.6

จากผลการศึกษาของ Kessier และคณะ⁽⁷⁹⁾ พบความชุกทางอารมณ์ ร้อยละ 24.9 และจากการศึกษาของแพทย์หญิงนันทิกา ทวีชาชาติ และกรมสุขภาพจิต⁽¹¹⁾ ได้สำรวจประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีโรคซีมเศร้ำรุนแรงถึงร้อยละ 19.9 และการศึกษาของดวงใจ กสานติกุลและเดชา ลลิตอนันต์พงศ์⁽⁵⁵⁾ พบว่า สถิติของโรคทางอารมณ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงปี พ.ศ. 2530 ถึง พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นตามลำดับ ซึ่งพบโรคซีมเศร้ำ มากในช่วงอายุ 25-40 ปี เช่นเดียวกับ สมภพ เรืองตระกูล⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า โรคซีมเศร้ำเป็นโรคทางจิตเวช ที่พบได้บ่อยมากในประชากรทั่วไปและจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในระยะเวลาอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า (พ.ศ. 2560) โรคซีมเศร้ำจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจขาดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก และพบว่า ร้อยละ 10-25 ของผู้ป่วย และร้อยละ 5-12 ของผู้ชายเป็นโรคนี้ ซึ่งโรคซีมเศร้ำพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 2:1 และอุบัติการณ์ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Davenport และคณะ⁽⁸⁰⁾ ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มีความชุกของภาวะซีมเศร้ำร้อยละ 32 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pohjasvara และคณะ⁽⁸¹⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีความชุกของภาวะ

ซึมเศร้า ร้อยละ 40.1 เป็น Major Depression ร้อยละ 26 เป็น minor depression ร้อยละ 14.1⁽⁸²⁾ และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Siberstein⁽⁵⁰⁾ ศึกษาผู้ป่วยไมเกรน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.7 และพบความชุกชั่วชีวิตของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและผลการศึกษาคความชุกของภาวะซึมเศร้า จะเห็นได้ว่า ในแต่ละแห่งแตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างของ ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพภูมิประเทศ สังคม วัฒนธรรม การเมือง การดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน รวมทั้งขนาดกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวัดหรือประเมินภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน สำหรับการศึกษารุ่นนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วย ที่ใช้ระบบประกันสังคมเมื่อมีการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง มีรายได้ น้อย อาชีพรับจ้างและเป็นพนักงานบริษัท หรือกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่อพยพมาจากต่างจังหวัดเพื่อทำงาน ดังนั้นจึงไม่ค่อยมีโอกาสได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือการป้องกันโรคและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน รวมทั้งการมารับบริการทางการแพทย์ เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้น จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดความเครียดและปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ง่ายหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

การศึกษารุ่นนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคล

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย คือ เพศและลักษณะงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ รายได้ส่วนตัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และการวินิจฉัยโรคที่มารักษาในปัจจุบัน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และพบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคติดเชื้ระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย คือ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาศัยอยู่กับ ระยะเวลาที่ทำงาน และโรคประจำตัว

เพศ จากการศึกษารุ่นนี้ พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยพบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.2 เพศชาย ร้อยละ 6.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spijker J. และคณะ⁽⁵³⁾ พบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบในเพศหญิง ร้อยละ 66.8 เพศชาย ร้อยละ 33.2 ทั้งนี้เนื่องจาก เพศหญิงในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อครอบครัวมากขึ้น ปัญหาด้าน

เศรษฐกิจต้องออกทำงานนอกบ้าน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระและระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ส่งผลให้มีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ

รายได้ส่วนตัวต่อเดือน จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ส่วนใหญ่รายได้ไม่พอใช้จ่าย มีหนี้สิน ซึ่งคิดว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วยและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุมพล สมประสงค์⁽⁶³⁾ พบว่า รายได้ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ลักษณะงาน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่รับจ้างใช้แรงงานหรือเป็นพนักงานบริษัท มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐจวน คำชระพิทักษ์ และคณะ⁽⁷⁰⁾ ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคณงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรม พบภาวะสุขภาพจิตไม่ค่อยดีนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียดจากการทำงาน ขาดการเอาใจใส่ด้านสุขภาพจากผู้ประกอบการตลอดจนตัวลูกจ้างเอง

การวินิจฉัยโรคที่มารักษาในปัจจุบัน จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 35.5 รองลงไปที่ โรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 18.2 โรคระบบเชื้อระบบและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.0 และโรคระบบประสาทและสมอง ร้อยละ 7.0 และอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากความเครียดทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการบริโภคไม่ถูกสุขลักษณะ การใช้สารเสพติด ล้วนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา จิรนาทิลก⁽⁴²⁾ ที่ศึกษาสถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักแก่ผู้ประกันตนของโครงการประกันสังคมในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ประกันตนมาใช้บริการผู้ป่วยนอก ด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนมากที่สุด และการศึกษาของอุษา พาณิชปฐมพงษ์⁽⁴¹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน พบว่า โรคหรือกลุ่มอาการที่ผู้ประกันตนไปใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก 3 อันดับแรก คือ โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ร้อยละ 32.9 อันดับสองคือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 13.0 และอันดับสามคือ อูจจาระร่วง ร้อยละ 6.7

ปัจจัยด้านจิตสังคม

สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดภาวะ

เกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับกลาง ร้อยละ 69.7 รองลงมาได้แก่ ระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 15.9 และ 14.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Paykel⁽²⁰⁾ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียด ส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี ก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และจากการศึกษาของ Heikkinen⁽⁸³⁾ พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมและภาระงานที่มากเกินไป เป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่ภาวะเครียด และความเจ็บป่วย และการฆ่าตัวตาย การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะเป็นส่วนส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่วยให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง⁽²⁸⁾ เช่นเดียวกับ โคเฮนและวิลส์⁽³²⁾ ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง อันจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานดีขึ้นและมีการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเฉลี่ย 59.86 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรย์ (Rahe) ที่ศึกษาค่าความเครียดทางสังคมและการเกิดความเจ็บป่วย⁽⁷⁴⁾ พบว่า เหตุการณ์ความเครียดของชีวิตคุกคามความมั่นคงของบุคคล ทำให้เกิดการปรับตัว และเกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของเนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ความต้านทานโรคของร่างกาย ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rabkin และ Struening⁽⁸⁴⁾ พบว่า ยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากเท่าใด โอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วยยิ่งมีมากขึ้นเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ของชีวิต ทำให้ความต้านทานโรคของร่างกายลดลง ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดโรครุนแรงขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ จากการศึกษาของ ฮานส์ เซลีย์⁽²³⁾ พบว่า ความเครียดชนิดเดียวกันมีผลต่อมนุษย์แต่ละคนไม่เหมือนกัน เช่น ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เป็นความเครียดของมนุษย์ที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ ทำให้เกิดความกลัว ความท้อแท้ แต่บางคนยังมุ่งมั่นและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งคุกคามเหล่านี้ได้ต่อไป จะเห็นได้ว่า ในสังคมปัจจุบันตัวเร่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมีมากขึ้นกว่าสมัยก่อน เช่น เชื้อโรค สงคราม เศรษฐกิจที่ปั่นป่วนตัวมาก อุบัติเหตุ จากการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงทางสังคม การคมนาคมสื่อสารที่ก้าวหน้า รวมทั้งการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็ว เป็นตัวเร่งให้เกิดความเครียด มีผลทำให้

มนุษย์ในยุคนี้มีความลำบากในการดำรงชีวิต เพราะจะต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งเหล่านี้ให้ได้ มิฉะนั้นแล้วก็จะเกิดโรคร้ายไข้เจ็บและเสียชีวิตจนกระทั่งตายได้⁽⁸⁵⁾

จะเห็นได้ว่าความเครียดที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ที่สำคัญคือ ความเครียดของจิตใจที่เกิดขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากความคับแค้นต่าง ๆ เช่น สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความไม่ปลอดภัยของชีวิต เป็นสาเหตุทำให้มนุษย์ต้องเสียชีวิตจนกระทั่งเกิดการเสียชีวิตและเป็นโรคจิต ผลสุดท้ายอาจถึงตายได้ ความเครียดทางร่างกายก็สามารถเกิดขึ้นได้เหมือนกัน ถ้าใช้พลังงานของร่างกายมากเกินไป หรือมีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น เชื้อโรคเข้าไปในร่างกาย ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ทันก็จะเกิดเป็นโรคร้ายไข้เจ็บและอาจถึงตายได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขให้ความเครียดทั้งทางกายและใจหายไป อย่าให้เกิดสะสม จะทำให้ชีวิตมีความสุขขึ้นและสามารถจะดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการคือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปผลได้อย่างครอบคลุมของกลุ่มผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคมได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

1. ควรมีการติดตามผลการรักษาและวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่พบว่ามีความซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง เพื่อหาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง อันจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้านจิตใจ หรือโรคทางจิตเวชที่รักษายากขึ้น รวมทั้งมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งโรคทางจิตเวชยังไม่ครอบคลุมในด้านประกันสังคม สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงควรส่งปรึกษาจิตแพทย์ เพื่อได้รับการรักษาและช่วยเหลืออย่างถูกต้องต่อไป

2. ควรมีการพัฒนากระบวนการบริการทางการแพทย์ของคลินิกประกันสังคม ให้มีความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยและทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ เพื่อตอบสนองแก่ผู้ใช้บริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และเป็นการสร้างเจตคติที่ดี เกิดความพึงพอใจ และมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษาของระบบประกันสังคม

3. ควรมีการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของผู้ใช้บริการคลินิกประกันสังคม โดยมีการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว นอกจากนี้ควรมีการให้ข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด แก่ผู้ใช้บริการ

4. ควรให้ความรู้กับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีโอกาสพบผู้ป่วย ซึมเศร้า รวมทั้งชุมชนคนทั่วไป โดยการอบรมหรือสื่อต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นทางออกอย่างหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยซึมเศร้า และลดอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ของผู้ใช้บริการคลินิกประกันสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการช่วยเหลือทางสังคมของผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างต่อไป
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยในเรื่องความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตและพฤติกรรมบริการทางการแพทย์ ในกลุ่มตัวอย่างต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. สมพร บุษราทิจ. **จิตเวชปฏิบัติ 43**. กรุงเทพมหานคร:เรือนแก้วการพิมพ์, 2542:58 – 9.
2. สมภาพ เรื่องตระกูล. **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2533 : 92-9.
3. สมชาย จักรพันธ์. ใน : ยุพดี ศิริวรรณ, บรรณาธิการ. **วันอนามัยโลก 7 เมษายน 2544**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2544 : 21-2.
4. ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน : เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. **ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536 : 348-410.
5. ชูทิพย์ ปานปรีชา. **จิตเป็นเหตุ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สายรุ้งกิจ ; 2544.
6. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำนักงานประกันสังคม กองทุนประกันสังคม : จำนวนการใช้บริการของผู้ป่วยประกันตน. [ออนไลน์]. 2542 แหล่งที่มา : [URL:http://www.sso./mo/sw.go.th](http://www.sso./mo/sw.go.th) (เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2545).
7. ช่อเพชร เบ้าเงิน. **ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ** วิทยานิพนธ์-วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2538.
8. วิระวรรณ อุประมาณ. **การทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
9. ดวงใจ กสานติกุล. **โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์, 2542 : 82-87.
10. สมภาพ เรื่องตระกูล. **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
11. นันทิกา ทวิชาชาติ. **การศึกษาความชุกของความผิดปกติทางจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร : กรมสุขภาพจิต, 2540.
12. Guttentag M, Saloasin S, Belle D. **The mental health of women**. London : Academic Press 1980.
13. Arber S., Ginn J. Gender and Inequalities in health in later life. **Soc Sci Med** 1993; 36 : 33-46.

14. สุชาติ พหลภาคย์. โรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุจากปัญหาในชีวิตสมรส : การวิเคราะห์ใน
คู่สมรส 115 คู่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2534;36:81-7.
15. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla D. The relative contribution of endocrine
changes and social circumstances to depression in mid-ages women.
J Health Soc Behav 1987;285:345-63.
16. Life FW. Jr. Psychologic status of community residents along major
demographic dimentions. **Ach Gen Psychiatry** 1978;35:719-24.
17. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใน
การประชุมวิชาการครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
เรื่อง สังคมศาสตร์ผู้สูงอายุไทยในทศวรรตหน้า. ณ โรงแรมเอส ดี.อเวนิว
กรุงเทพฯ วันที่ 3-4 ธันวาคม 2539.
18. ประเทือง อานันธิโก. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในสตรี
วัยหมดประจำเดือนในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย. ศูนย์ส่งเสริม
พัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,
2541.
19. Castillo CS, Schultz SK, Robinson RG, et al. Clinical correlations of early onset
and late onset post stroke generalized anxiety. *Am J Psychiatry*
195;152(8):1174-9.
20. Menza MA, Liberature SL. Psychiatry in geriatric neurology practice. **Neuro
Clin Aug** 16(3)611-33.
21. Bukbrug JB, Penman DT, Holland JC. Depression in hospitalized cancer
patients. **Psychosom Med** 1984 ; 46:199-212.
22. Lazarus RS, Folkman S. **Stress Appraisal, and Coping** .New York : Spinger,
1984.
23. Selye H. **The stress of life**. New York : McGraw – Hill, 1976.
24. รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์, จิตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2540 ; 11:
63-4.
25. สุรีย์ กาญจนวงศ์. ความเครียด สุขภาพและความเจ็บป่วย. กรุงเทพมหานคร, ภาควิชา-
สังคมศาสตร์ (เอกสารอัดสำเนา), 2539.

26. ยุพดี ตรีพัฒนาสุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมทางการศึกษาภาคปฏิบัติกับความเครียดและระหว่างความเครียดกับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
27. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom Med** 1976 ; 38 : 300-14.
28. สุกรใจ เจริญสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในบทบาท ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข .วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
29. เบญจมาศ ติฐานะ. ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
30. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice Nockwalk : Appleton & Lange. 1987 ; 2 : 396-97.
31. Paykel ES. Life events, social support and depression. **Acta Psychiatr Scand Suppl** 1994 ; 377 : 50-8.
32. Cohen, Sheldon and Wills, Thomas Ashby. "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis". **Psychological Bulletin**. 1985 ; 98 : 310-57.
33. Ninan P. Recent Perspective on the Diagnosis and Treatment of Generalized Anxiety Disorder. **The American Journal of Managed Care**. 2001 ; 7 : 367-70.
34. Mumford D, Minhas F, Akhtar I, Mubbiashar M. Stress and Psychiatric disorder in urban Rawalpindi. **British Journal of Psychiatry**. 2000 ; 177 : 557-62.
35. สำนักงานประกันสังคม. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประกันสังคม ปี พ.ศ. 2538-2539. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานประกันสังคม กองวิชาการและแผนงาน, 2538.

36. ณัฐพล ควณพูนผล. **ความคิดเห็นของผู้ป่วยประกันสังคมที่มีต่อบริการแผนกผู้ป่วยนอก: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการแรงงานและสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยเกริก, 2543.
37. อัมภา ดีสีปาน. **ความคิดเห็นของผู้ป่วยประกันสังคมต่อระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.** การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
38. ประพิศ จำริญพานิชย์กุล. **ความรู้ เจตคติ และเจตนาเชิงพฤติกรรมต่อการประกันสังคมของผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเกริก, 2537.
39. วิไลเดือน พรอนันต์. **ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของผู้ประกันตนต่อการได้รับการคุ้มครองกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในจังหวัดสมุทรสาคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธาณสุขศาสตร์) สาขาบริหารสาธาณสุข คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
40. เสาวภา พรสิริพงษ์, อภิญา บัวสุวรรณ, ดวงพร ศานนวิวัฒน์, วชิราภรณ์ วรรณดี. "ประกันสังคม : ความพร้อมของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล". รายงานการวิจัย, 2536.
41. อุษา พานิชปฐมพงศ์. **พฤติกรรมทางเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนกลุ่มทำงานธนาคารภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคมในเขตกรุงเทพมหานคร ชั้นใน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
42. วนิดา จิรนาทติลก. **สถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักแก่ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม ในจังหวัดสมุทรปราการ.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
43. จุฑามาศ โมพี. **การวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยประกันสังคมในปีงบประมาณ 2541 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

44. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ , รัตนา สายพานิชย์. Psychiatric disorder in primary health care setting : an implication for undergraduate psychiatric education. รายงานการวิจัย เสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2540.
45. รัตนา สายพานิชย์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก , ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. การสำรวจการให้บริการด้านจิตเวชในระดับโรงพยาบาลชุมชน.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541;43:303-15.
46. ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, วัลภา วงศ์สารศรี.ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543;45: 261-70.
47. Jeannie V. Depression and breast cancer. **NR**. July / August 1997 ; 46 : 214-20.
48. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension Longitudinal evidence from the Nation Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic follow-up study?. **Arch Fam Med** 1997 ; 6 : 43-9.
49. พิเชฐ อุดมรัตน์. โรคกังวลและซึมเศร้าผสมกัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2543 ; 45 : 99-109.
50. Silberstein SD. Shared Mechanisms and Comorbidities in Neurologic and Psychiatric Disorders. **Head Ache**. 2001; 41:11-17.
51. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard SO, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, et al. Depression disorder in Europe prevalence figures from the ODIN study **British Journal of Psychiatry**. 2001 ; 179 : 308-16
52. Chisholm D, Sekar K, Kishore Kumar K, Dseed K, James S, Mubbashar M, Srinivasa Murthy R. Integration of mental health care into primary care. **British Journal of Psychiatry**. 2000 ; 176 : 581-88.
53. Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J and Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population : results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. **British Journal of Psychiatry**. 2002 ; 181 : 208-13.
54. Connell P, Bebbington P, Cleeland R, Gillespie K, Houghton S. Prevalence of Psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern

- Ireland, **British Journal of Psychiatry**. 2002 ; 181 : 214-19.
55. ดวงใจ กษานติกุล, เตชา ลลิตอนันต์พงศ์. แนวโน้มการวินิจฉัยโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ในผู้ป่วยไทยช่วง 10 ปี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2542 ; 44 : 90-8.
 56. ผ่องศรี ศรีมรกต, รุ่งนภา พาณิตรรัตน์. แบบจำลองความสัมพันธ์เชิง...เหตุระหว่งการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแบบแฝง ความวิตกกังวลขณะเชิญความซึมเศร้า ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. **วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล** 2540;1:167-83.
 57. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาล ศิลปกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2539;41(1):191-202.
 58. มาโนช หล่อตระกูล, สุพรรณิ เกกนิชะ, อัปษรศรี ธนไพศาล. สภาพปัญหาและการปรับตัวในชายหญิงผู้พยายามฆ่าตัวตาย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2544;46:37-48.
 59. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร : รายงานเบื้องต้น. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2540;42:77-87.
 60. สุรพล วีระศิริ, เสาวคนธ์ วีระศิริ. ผู้ป่วย Hyperventilation ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ : การศึกษาย้อนหลัง 5 ปี. รายงานการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 18 ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย วันที่ 26 กรกฎาคม 2533 ณ โรงแรมนิวมิพีเรียล กรุงเทพมหานคร. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2534;36:23-5.
 61. วิไล คุปต์นิตติชัยกุล. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิการไทย. **สารศิริราช** 2540 ; 49:566-72.
 62. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. รายงานการรับปรึกษาทางจิตเวชใน รพศ. เชียงรายประชาชนุเคราะห์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2532-กุมภาพันธ์ 2533, เพื่อเสนอแนวคิดในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2533;35:189-97.
 63. จุมพล สมประสงค์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดเทศบาลเมืองกาญจนบุรี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2540;42:184-96.
 64. วิไล คุปต์นิตติชัยกุล, อรวรรณ เสมรสุต, พวงทอง กล่อมใจเย็น. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง. **สารศิริราช** 2543 ;52:23-9.

65. มาโนช หล่อตระกูล, รัตนา สายพานิชย์, วรลักษณ์ ชีราโมก. อาการของกลุ่มโรค-
ซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544;46:
37-48.
66. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, วรพรรณ จุฑา.
ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์-
แห่งประเทศไทย 2544;46:335-43.
67. ธรณินทร์ กองสุข, แก้วศรี จาตกานนท์. การสำรวจระบาดวิทยาของโรคจิตเวชใน
จังหวัดเลย. รายงานการประชุมวิชาการของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
โรงแรมเซ็นทรัลพลาซ่า, กรุงเทพมหานคร, 2534.
68. กรมสุขภาพจิต : รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจทางระบาดวิทยาของความ
ผิดปกติทางจิตและความรู้เจตคติทักษะการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิต
ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร, 2540.
69. อภิชัย มงคล, ศักดา กาญจนาวีโรจน์กุล, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ภััสสร
เชษฐโชติศักดิ์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระบาด
วิทยาของวิทยาของโรคจิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสาร-
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543;45:311-23.
70. ัญญจวน คำวชิระพิทักษ์, วรณัฐ แหยมแสง, สุภาพร แพรรวนิต. สังคมจิตวิทยาในการ
ทำงานกับการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพจิตของคนงานในโรงงาน
อุตสาหกรรมและสถานประกอบการที่มีความเครียดสูง เขตกรุงเทพมหานคร
และปริมณฑล. สำนักงานประกันสังคม, 2539.
71. จินตนา สุนทรธรรม, ราฟิ่ง เวชยันต์วุฒิ, นำชัย เดิมศิริเกียรติ. บทบาทของผู้ประกอบ
การในการส่งเสริมและป้องกันการประสพอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการ
ทำงานในนายจ้าง. สำนักงานประกันสังคม, 2542.
72. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ซาลาประวรรตน์, ทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทำวิจัยให้
สำเร็จ. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน, 2542.
73. ชมนาด วรรณพรศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทาง
สังคมและสุขภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมิชนชาติ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
74. สมจิตร์ นครพานิช. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวของหญิงที่มีและไม่มีภาวะ
แทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วิทยานิพนธ์ปริญญา
ครุศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

75. Kasantikul D, Limsuwan M., Vuthiganond S., Tanthpiwatanakul P. Karnkanathanalers N., Thongtang O. และคนอื่น ๆ. Self - / report scale : diagnostic screening for depression in Thai Population. **J Med Assoc Thai** 1997, 80 : 647-55.
76. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม **SPSS for Dos & Windows**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : เจริญการพิมพ์, 2540.
77. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. คู่มือการเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญผล, 2540.
78. พะยอม ศิริบุญ และคณะ. ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่องานบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 2540.
79. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III R psychiatric disorders in the United States. **Arch Gen Psychiatry** 1994 ; 51 : 8-19.
80. Davenport RJ, Denis MS, Wellwood I, Warlow CP. Complication after acute stroke. **Stroke**. 1996 ; 27 : 415-42.
81. Pohjasvaara T, Leppavuoria, Sura I, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Frequency and clinical determinants of poststroke depression. **Stroke**. 1998 ; 29 : 2311-17.
82. ไพเราะ ยิ่งประดับ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ครึ่งซีกและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพฤกษ์ครึ่งซีกที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
83. Heikkinen M, Aro H, Lonnqibist J. Recent life events, social support and Suicide. **Acta Psychiatr Scand Suppl** 1994 : 377 : 65-72.
84. Rabkin G, Struening L. Life events, stress and illness. **Science** 1976 ; 193 : 1013-20.
85. มาโนช หล่อตระกูล. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์-เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2544.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
การวิจัยเรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินการรักษาผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า และวางแผนให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และแบบประเมินอาการซึมเศร้า และข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าถามด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวธนวรรณ พยุงผล)

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นางสาวนวรรณ พยุงผล นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอก คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่น่าไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และวางแผนให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือกเป็นตัวแทนตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริงในเรื่องดังกล่าว การศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาสัมภาษณ์ท่าน หรือนำแบบสอบถามมาให้ท่านทำ ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเอง โดยได้รับการอธิบายและสามารถซักถามให้เข้าใจทั้งหมดก่อนตอบแบบสอบถามประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป รวมถึงประวัติการทำงาน และประวัติการเจ็บป่วยของท่าน จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นเรื่องส่วนตัว
2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ
3. แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 43 ข้อ
4. แบบประเมินอาการซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ

การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิพิเศษใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ การเสนอข้อมูลจะนำเสนอการสรุปผลวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะกระทำได้เฉพาะกรณีที่เป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ นางสาวนวรรณ พยุงผล แผนกจิตเวชทั่วไป ชาย กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โทร. 02-4370200-8 ต่อ 4440 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนวรรณ พยุงผล)

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. ศาสนา

1. พุทธ

2. คริสต์

3. อิสลาม

4. อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพ

1. โสด

2. คู่

3. หม้าย

4. หย่า

5. แยก

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ประถมต้น

2. ประถมปลาย

3. มัธยมต้น

4. มัธยมปลาย

5. ปวช.

6. ปวส.

7. ปวท.

8. อนุปริญญา

9. ปริญญาตรี

10. ปริญญาโท

11. อื่นๆ ระบุ
.....

6. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ

1. คู่สมรส

2. บุตร

3. ญาติพี่น้อง

4. เพื่อน

5. อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้ต่อเดือน.....บาท

8. ลักษณะงานที่ฝ่ายหรือแผนก (ระบุให้ชัดเจน).....

9. ระยะเวลาที่ทำงาน

1. น้อยกว่า 2 ปี 2. 2 – 5 ปี
 3. มากกว่า 5 ปีขึ้นไป

10. ท่านมีโรคประจำตัว

1. ไม่มี 2. มี (ป่วยเป็นโรค.....)
เป็นมานาน.....
ได้รับยา.....

11. วันนี้ท่านมาตรวจเนื่องจากมีอาการ.....

12. การวินิจฉัยโรค.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลมรอบตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบนี้จะไม่มีการหักหรือผิด เลขหมายเหล่านี้มีความหมายดังนี้

- 7 เห็นด้วยมากที่สุด
6 เห็นด้วย
5 ค่อนข้างจะเห็นด้วย
4 ไม่แน่ใจ
3 ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย
2 ไม่เห็นด้วย
1 ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ฉันมีคนที่เมื่อได้อยู่ใกล้ชิดแล้ว
ฉันรู้สึกปลอดภัย | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. ฉันรู้สึกเป็นคนมีความสำคัญกับคนรอบข้าง | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. คนอื่นมักจะบอกให้ฉันรู้ว่าฉันทำงานได้ดี
(งานและการดูแลบ้าน) | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. เมื่อฉันมีปัญหาฉันไม่สามารถที่จะพึ่งพาใครให้
ช่วยเหลือได้ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. ฉันมีโอกาสมากเพียงพอในการพบปะกับคนที่ทำให้ฉัน
มีความรู้สึกว่าเป็นคนพิเศษ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. ฉันใช้เวลาไปกับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. ฉันมีโอกาสน้อยมากในชีวิตที่จะให้ความช่วยเหลือ
และดูแลคนอื่น | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. คนอื่นทำให้ฉันรู้ว่าพวกเขาชอบทำงานกับฉัน
(งาน, การประชุม, โครงการ) | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. ฉันพอจะหาคนช่วยฉันได้ถ้าฉันต้องการ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. ฉันไม่มีใครที่พอจะบอกได้ว่าฉันรู้สึกอย่างไร | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. ในกลุ่มเพื่อนของฉันเราต่างช่วยเหลือซึ่งกันและกัน | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. ฉันมีโอกาสที่จะส่งเสริมให้กำลังใจคนอื่น | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. ครอบครัวของฉันทำให้ฉันรู้สึกว่ามีความสำคัญในการ
ใช้ชีวิตในครอบครัว | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

- | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. | ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ฉันแม้เขาจะรู้สึกว่าคุณไม่อาจจะตอบแทนเขาได้ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | เมื่อฉันอารมณ์ไม่ดีจะมีบางคนที่ฉันสามารถระบายความรู้สึกให้ฟังได้ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | ฉันคิดว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | ฉันชอบที่จะทำอะไรเป็นพิเศษเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อให้คนอื่นรู้สึกมีชีวิตชีวา | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. | ฉันคิดว่าคนอื่นรู้สึกนิยมชอบในตัวฉัน | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. | บางคนรักและห่วงใยฉัน | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. | ฉันมีคนที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. | ฉันมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่คนอื่นต้องการ | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. | เมื่อฉันต้องการคำแนะนำจะมีคนช่วยวางแผนที่จะจัดการกับปัญหานั้น | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23. | ฉันมีความรู้สึกว่าฉันเป็นที่ต้องการของคนอื่น | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24. | มีคนคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีทั้งที่ฉันคิดว่าฉันเป็นเพื่อนที่ดีของเขา | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25. | เมื่อฉันไม่สบายจะมีคนมาแนะนำวิธีการดูแลตัวเอง | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา กรุณาทำ
เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตท่าน ในช่วงหนึ่งปี
ที่ผ่านมา

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
สุขภาพ		
1. ท่านเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล		
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงาน หรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ		
3. ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือ สูบบุหรี่เป็นประจำ		
4. ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ (เช่น นอนไม่หลับ เวลานอนไม่แน่นอน.....)		
5. ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่น ออกกำลังกายมากกว่าปกติ ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ.....)		
6. ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์ ฟังเพลง...)		
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรง (เช่น วัณโรค โรคเอดส์....)		
ครอบครัว		
8. สามีหรือภรรยาเสียชีวิต		
9. หย่า แยก		
10. สามีหรือภรรยาเจ็บป่วยหนัก		
11. บุตรเสียชีวิต		
12. บุตรเจ็บป่วยหนัก		
13. ท่านและสามีหรือภรรยามีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ ชอบเที่ยว...)		
14. ท่านและสามีหรือภรรยามีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์		
15. บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก		
16. บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต		
17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย.....)		
18. มีการโยกย้ายที่อยู่		
19. ท่านและสามีหรือภรรยาต้องจากกันนาน ๆ (6 เดือนขึ้นไป)		

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
<u>เศรษฐกิจ</u>		
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขัดสน ผิดเคือง		
21. ท่านหรือสามีหรือภรรยาหนี้สินล้นพ้นตัว		
22. ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน ที่ดิน...)		
23. ครอบครัวชอบท่านถูกยึด หรือไล่ที่		
24. กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป		
25. ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัวแต่ผู้เดียว		
<u>การงาน</u>		
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก		
27. ท่านถูกให้ออกจากงาน		
28. สามีหรือภรรยาให้ออกจากงาน		
29. ท่านตงงาน		
30. สามีหรือภรรยาตงงาน		
31. ท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว		
32. ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ		
33. ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว		
34. ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา		
35. สามีหรือภรรยาต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว		
<u>สังคม</u>		
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุภัยอันตรายภัยสินเสียหาย (เช่น ไฟไหม้ บ้าน น้ำท่วมบ้าน.....)		
37. ท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)		
38. สามีหรือภรรยาต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)		
39. ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
40. สามีหรือภรรยาถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
41. เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต		
42. ท่านหรือสามีหรือภรรยาเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท ถูกประจาน.....)		
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อย ๆ มีเสียงดังรบกวน...)		

คะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 1 ปีที่ผ่านมา

เหตุการณ์ในชีวิต	คะแนน
สุขภาพ	
1. ท่านเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	8.25
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงาน หรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ	6.25
3. ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือ สูบบุหรี่เป็นประจำ	5.50
4. ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ (เช่น นอนไม่หลับ เวลา นอนไม่แน่นอน.....)	5.17
5. ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่น ออกกำลังกาย มากกว่าปกติ ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ.....)	5.00
6. ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์ ฟังเพลง...)	4.17
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรง (เช่น วัณโรค โรคเอดส์....)	6.83
ครอบครัว	
8. สามีหรือภรรยาเสียชีวิต	10.94
9. หย่า แยก	10.67
10. สามีหรือภรรยาเจ็บป่วยหนัก	10.67
11. บุตรเสียชีวิต	9.75
12. บุตรเจ็บป่วยหนัก	10.67
13. ท่านและสามีหรือภรรยามีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ ชอบเที่ยว...)	8.30
14. ท่านและสามีหรือภรรยามีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	8.33
15. บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก	9.50
16. บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต	10.73
17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย.....)	4.25
18. มีการโยกย้ายที่อยู่	5.17
19. ท่านและสามีหรือภรรยาต้องจากกันนาน ๆ (6 เดือนขึ้นไป)	7.17

เหตุการณ์ในชีวิต	คะแนน
เศรษฐกิจ	
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขาดสน ผิดเคือง	7.67
21. ท่านหรือสามีหรือภรรยามีหนี้สินล้นพ้นตัว	8.88
22. ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน ที่ดิน...)	6.90
23. ครอบครัวชอบท่านถูกยึด หรือไล่ที่	8.63
24. กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป	8.79
25. ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัวแต่ผู้เดียว	8.64
การงาน	
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก	5.17
27. ท่านถูกให้ออกจากงาน	8.30
28. สามีหรือภรรยาให้ออกจากงาน	8.83
29. ท่านตกงาน	8.63
30. สามีหรือภรรยาตกงาน	8.70
31. ท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว	7.00
32. ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ	7.50
33. ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว	7.88
34. ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา	6.90
35. สามีหรือภรรยาต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว	7.75
สังคม	
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุภัยอันตรายภัยสินเสียหาย (เช่น ไฟไหม้ บ้าน น้ำท่วมบ้าน.....)	9.32
37. ท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)	8.83
38. สามีหรือภรรยาต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)	9.50
39. ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	8.79
40. สามีหรือภรรยาถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	8.63
41. เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต	7.17
42. ท่านหรือสามีหรือภรรยาเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท ถูกประจาน.....)	8.79
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิต หรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อย ๆ มีเสียงดังรบกวน...)	7.50

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ

กรุณาขีด/หน้าข้อที่ตรงกับสุขภาพหรือความรู้สึกของคุณ ในช่วง 2 สัปดาห์นี้
(บ่อย ๆ = เกือบทุกวัน, ค่อนข้างบ่อย = 2-3 วัน/สัปดาห์, บางครั้ง = น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง)

1. รู้สึกเบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
2. นอนไม่หลับหรือต้องให้ยาช่วยให้หลับ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
4. คิดมาก กังวล	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
5. รู้สึกสบายใจ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
8. อยากอยู่เฉย ๆ ไม่อยากทำอะไร	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
9. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
11. ร้องไห้ หรืออยากร้องไห้	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
12. ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กๆ น้อย ๆ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
13. ชีวิตไม่มีความสุข	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
15. รู้สึกตนเองมีคุณค่า	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
16. ตำหนิหรือกล่าวโทษตนเอง	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่างแม้ในสิ่งที่เคยชอบ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
18. คิดอยากตาย	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
19. คนอื่นทักว่าคุณดูเครียด ซึมหรือหมองคล้ำ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
20. พยายามฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย		

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม
จำแนกตามข้อความคำถามของปัญหาสุขภาพ

ข้อความคำถาม	ปัญหาสุขภาพ							
	บ่อย ๆ		ค่อนข้างบ่อย		บางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รู้สึกเบื่ออาหาร	29	8.8	78	23.6	165	50.0	58	17.6
2. นอนไม่หลับหรือต้องงีบหลับ	22	6.7	56	17.0	138	41.8	114	34.5
3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	70	21.2	129	39.1	115	34.8	16	4.8
4. คิดมาก กังวล	65	19.7	96	29.1	134	40.6	35	10.6
5. รู้สึกสบายใจ	6	1.8	218	66.1	70	21.2	36	10.9
6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย	8	2.4	30	9.1	246	74.5	46	13.9
7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ	12	3.6	44	13.3	203	61.5	71	21.5
8. อยากอยู่เฉย ๆ ไม่อยากทำอะไร	7	2.1	24	7.3	213	64.5	86	26.1
9. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ	8	2.4	16	4.8	238	72.1	68	20.6
10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย	18	5.5	159	48.2	65	19.7	88	26.7
11. ร้องไห้ หรืออยากร้องไห้	10	3.0	15	4.5	164	49.7	141	42.7
12. ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กๆ น้อย ๆ	1	0.3	15	4.5	195	59.1	119	36.1
13. ชีวิตไม่มีความสุข	7	2.1	29	8.8	210	63.6	84	25.5
14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	14	4.2	20	6.1	193	58.5	103	31.2
15. รู้สึกตนเองมีคุณค่า	12	3.6	173	52.4	94	28.5	51	15.5
16. ดำเนินหรือกล่าวโทษตนเอง	7	2.1	22	6.7	237	71.8	64	19.4
17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่างแม้ในสิ่งที่เคยชอบ	7	2.1	14	4.2	186	56.4	123	37.3
18. คิดอยากตาย	-	-	4	1.2	50	15.2	276	83.6
19. คนอื่นทักว่าคุณดูเครียด ซึมหรือหมองคล้ำ	12	3.6	60	18.2	187	56.7	71	21.5
20. พยายามฆ่าตัวตาย	8	2.4			322	97.6		

จากตาราง ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม พบว่า ข้อคำถามเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพด้านบวก ส่วนใหญ่พบค่อนข้างบ่อย ได้แก่ ข้อ 5 รู้สึกสบายใจ ร้อยละ 66.1 ข้อ 10 ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย ร้อยละ 48.2 และ ข้อ 15 รู้สึกตนเองมีคุณค่า ร้อยละ 52.4 ส่วนข้อคำถามด้านลบ พบว่าปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ ข้อ 3 รู้สึก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ร้อยละ 21.2 ข้อ 4 คิดมาก กังวล ร้อยละ 19.7 ข้อ 2 นอนไม่หลับ หรือต้องใช้ยาให้ช่วยหลับ ร้อยละ 6.7 และ ข้อ 14 รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ร้อยละ 4.2 สำหรับข้อ 20 พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า เคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.4 และไม่ เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 97.6



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงค่าร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม
จำแนกตามข้อความคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ความรู้สึก	ร้อยละการสนับสนุนทางสังคม						
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างจะเห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันมีคนที่ไม่ได้อยู่ใกล้ชิดแล้ว ฉันรู้สึกปลอดภัย	61.8	25.2	5.2	5.2	0.9	0.9	0.9
2. ฉันรู้สึกเป็นคนมีความสำคัญกับ คนรอบข้าง	22.4	47.6	17.6	9.1	1.8	0.6	0.9
3. คนอื่นมักจะบอกให้ฉันรู้ว่าฉันทำงาน ได้ดี (งานและการดูแลบ้าน)	9.4	33.0	43.3	9.7	3.0	1.2	0.3
4. เมื่อฉันมีปัญหาฉันไม่สามารถที่จะ พึ่งพาใครให้ช่วยเหลือได้	4.8	6.4	10.9	9.1	10.3	30.6	27.9
5. ฉันมีโอกาสมากเพียงพอในการพบปะ กับคนที่ทำให้ฉัน มีความรู้สึก ว่าฉันเป็นคนพิเศษ	7.3	19.1	18.5	10.6	8.8	21.2	14.5
6. ฉันใช้เวลาอยู่กับคนที่มีความสนใจตรง กับฉัน	7.9	23.9	30.6	4.5	11.5	15.5	6.1
7. ฉันมีโอกาสน้อยมากในชีวิตที่จะให้ ความช่วยเหลือและดูแลคนอื่น	6.1	17.0	38.5	5.5	7.3	13.9	11.8
8. คนอื่นทำให้ฉันรู้ว่าพวกเขาชอบ ทำงานกับฉัน (งาน, การประชุม, โครงการ)	9.7	26.4	48.8	11.8	1.8	0.9	0.6
9. ฉันพอจะหาคนช่วยฉันได้ถ้าฉัน ต้องการ	9.4	22.1	31.8	27.9	4.8	2.1	1.8
10. ฉันไม่มีใครที่พอจะบอกได้ว่าฉันรู้สึก อย่างไร	3.3	12.4	16.4	8.8	10.0	22.7	26.4
11. ในกลุ่มเพื่อนของฉันเราต่างช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน	19.7	46.1	23.9	4.2	3.9	1.5	0.6
12. ฉันมีโอกาสที่จะส่งเสริมให้กำลังใจคน อื่น	14.2	52.1	21.54	1.8	3.3	5.5	1.2
13. ครอบครัวของฉันทำให้ฉันรู้สึกว่ามี ความสำคัญในการใช้ชีวิตในครอบครัว	55.2	29.7	11.2	2.1	0.9	0.0	0.9

ตารางแสดงค่าร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม
จำแนกตามข้อความคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ความรู้สึก	ร้อยละการสนับสนุนทางสังคม						
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง จะเห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง จะไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ฉันแม้เขาจะรู้สึกว่าคุณไม่อาจจะตอบแทนเขาได้	12.7	23.6	35.5	19.4	5.2	1.5	2.1
15. เมื่อฉันอารมณ์ไม่ดีจะมีบางคนที่คุณสามารถระบายความรู้สึกให้ฟังได้	17.6	37.6	32.7	4.2	3.0	1.8	3.0
16. ฉันคิดว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน	17.9	16.1	10.3	7.3	3.9	21.5	23.0
17. ฉันชอบที่จะทำอะไรเป็นพิเศษเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อให้คนอื่นรู้สึกมีชีวิตชีวา	13.6	41.8	35.8	4.2	1.2	3.0	0.3
18. ฉันคิดว่าคนอื่นรู้สึกนิยมชอบในตัวฉัน	3.0	12.4	45.2	33.6	4.2	1.5	0.0
19. บางคนรักและห่วงใยฉัน	12.1	27.6	47.3	10.9	0.6	0.9	0.6
20. ฉันมีคนที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ	6.7	31.8	45.2	10.6	3.3	1.5	0.9
21. ฉันมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่คนอื่นต้องการ	18.8	45.5	24.5	7.0	1.5	1.8	0.9
22. เมื่อฉันต้องการคำแนะนำจะมีคนช่วยวางแผนที่จะจัดการกับปัญหานั้น	6.1	25.2	43.0	17.0	4.5	2.7	1.5
23. ฉันมีความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ต้องการของคนอื่น	5.2	18.2	34.8	32.4	3.9	2.7	2.7
24. มีคนคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีทั้งที่ฉันคิดว่าฉันเป็นเพื่อนที่ดีของเขา	4.2	14.2	26.7	20.6	18.5	10.6	5.2
25. เมื่อฉันไม่สบายจะมีคนมาแนะนำวิธีการดูแลตัวเอง	25.2	52.1	17.9	2.7	0.6	0.6	0.9
	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.		= 123.95 \pm 12.00				
	จำนวนตัวอย่าง		= 330 คน				
	คะแนนค่าต่ำสุด		= 4.17 คะแนน				
	คะแนนสูงสุด		= 169.00 คะแนน				

จากตาราง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม พบว่า ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ที่ตรงกับความรู้สึก เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย และค่อนข้างจะเห็นด้วย ที่มากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ ข้อ 1 ฉันมีคนที่เมื่อได้อยู่ใกล้ชิดแล้วฉันรู้สึกปลอดภัย ร้อยละ 61.8 รองลงไป ข้อ 13 ครอบครัวของฉันทำให้ฉันรู้สึกว่ามีความสำคัญในชีวิตครอบครัว ร้อยละ 55.2 ข้อ 12 ฉันมีโอกาสส่งเสริมและให้กำลังใจคนอื่น และข้อ 25 เมื่อฉันไม่สบายจะมีคนแนะนำวิธีดูแลตนเอง ร้อยละ 52.1 เท่ากัน ส่วนข้อคำถามที่ตรงกับความรู้สึกไม่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4 เมื่อฉันมีปัญหาฉันไม่สามารถพึ่งพาใครให้ช่วยเหลือได้ ร้อยละ 27.9 รองลงไป ข้อ 10 ฉันไม่มีใครที่พอจะบอกได้ว่าฉันรู้สึกอย่างไร และ ข้อ 16 ฉันคิดว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนกัน ร้อยละ 26.1 และ 23.0 ตามลำดับ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงจำนวนร้อยละของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม จำแนกตามข้อความคำถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ข้อความคำถาม	เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต			
	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>สุขภาพ</u>				
1. ท่านเจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	99	30.0	231	70.0
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงาน หรือหยุดทำกิจกรรมตามปกติ	284	86.1	46	13.9
3. ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือ สูบบุหรี่เป็นประจำ	202	61.2	128	38.8
4. ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ	204	61.8	126	38.2
5. ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ	173	52.4	157	47.6
6. ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย	104	31.5	226	68.5
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรง	22	6.7	308	93.3
<u>ครอบครัว</u>				
8. สามีหรือภรรยาเสียชีวิต	3	0.9	327	99.1
9. หย่า แยก	17	5.2	313	94.8
10. สามีหรือภรรยาเจ็บป่วยหนัก	7	2.1	323	97.9
11. บุตรเสียชีวิต	3	0.9	327	99.1
12. บุตรเจ็บป่วยหนัก	6	1.8	324	98.2
13. ท่านและสามีหรือภรรยามีเรื่องบาดหมางกัน	32	9.7	298	90.3
14. ท่านและสามีหรือภรรยามีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	12	3.6	318	96.4
15. บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก	43	13.0	287	87.0
16. บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต	63	19.1	267	80.9
17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว	57	17.3	273	82.7
18. มีการโยกย้ายที่อยู่	66	80.0	264	20.0
19. ท่านและสามีหรือภรรยาต้องจากกันนาน ๆ	18	5.5	312	94.5

ตารางแสดงจำนวนร้อยละของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบปีที่ผ่านมาของ
ผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม จำแนกตามข้อความคำถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (ต่อ)

ข้อความคำถาม	เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต			
	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>เศรษฐกิจ</u>				
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขาดสน ผิดเคือง	224	32.1	106	67.9
21. ท่านหรือสามีหรือภรรยาหันหลังหันหน้า	69	20.9	261	79.1
22. ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง	38	11.5	292	88.5
23. ครอบครัวขอท่านถูกยึด หรือไล่ที่	3	0.9	327	99.1
24. กิจกรรมของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิก กิจการไป	9	2.7	321	97.3
25. ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัวแต่ผู้เดียว	74	22.4	256	77.6
<u>การงาน</u>				
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก	73	22.1	257	77.9
27. ท่านถูกให้ออกจากงาน	4	1.2	326	98.8
28. สามีหรือภรรยาให้ออกจากงาน	11	3.3	319	96.7
29. ท่านตกงาน	12	3.6	318	96.4
30. สามีหรือภรรยาตกงาน	9	2.7	321	97.3
31. ท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ ครอบครัว	54	16.4	273	83.6
32. ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ	176	46.7	154	53.3
33. ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว	26	7.9	304	92.1
34. ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา	22	6.7	308	93.3
35. สามีหรือภรรยาต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มี เวลาให้ครอบครัว	21	6.4	309	93.6

ตารางแสดงจำนวนร้อยละของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
ของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม จำแนกตามข้อคำถามเหตุการณ์ในชีวิต (ต่อ)

ข้อคำถาม	เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต			
	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>สังคม</u>				
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุภัยจันทรพัสสิน เสียหาย	27	8.2	303	91.8
37. ท่านต้องโทษ	2	0.6	328	99.4
38. สามีหรือภรรยาต้องโทษ	1	0.3	329	99.7
39. ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	10	3.0	320	97.0
40. สามีหรือภรรยาถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	3	0.9	327	99.1
41. เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต	45	13.6	285	86.4
42. ท่านหรือสามีหรือภรรยาเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ	1	0.3	329	99.7
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความ ปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สิน	110	33.3	220	66.7
	ค่าเฉลี่ย \pm S.D.	=	50.14 \pm 25.50	
	จำนวนตัวอย่าง	=	330 คน	
	คะแนนค่าต่ำสุด	=	90.00 คะแนน	
	คะแนนสูงสุด	=	194.49 คะแนน	

จากตาราง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดมาก 10 อันดับแรก ได้แก่ ด้านสุขภาพ ข้อ 2 การเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาลแต่ต้องหยุดงาน ร้อยละ 86.1 ด้านเศรษฐกิจ ข้อ 20 การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขัดสนผิดเคือง ร้อยละ 67.9 ด้านสุขภาพ ข้อ 4 มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ ร้อยละ 61.8 ข้อ 3 ดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 61.2 ด้านการงาน ข้อ 32 ต้องทำงานที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ร้อยละ 53.3 ด้านสุขภาพ ข้อ 5 มีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ ร้อยละ 52.4 ด้านสังคม ข้อ 43 ที่อยู่อาศัยไม่มีความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สิน ร้อยละ 33.3 ด้านสุขภาพ ข้อ 6 ไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์ ร้อยละ 31.5 ข้อ 1 เจ็บป่วยมากถึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 30.0 และด้านเศรษฐกิจ ข้อ 25 ต้องหาเลี้ยงครอบครัวแต่ผู้เดียว ร้อยละ 22.4 ตามลำดับ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธนวรรณ พยุงผล เกิดวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2505 ที่อำเภอเมือง จังหวัดระยอง สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาล ศรีรัษฎา เมื่อปี พ.ศ.2526 สำเร็จการศึกษาปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อปี พ.ศ.2529 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลชลบุรี เมื่อปี พ.ศ.2531 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ.2543 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานจิตเวชวัยรุ่น สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย