

Predictors of Depressive Symptoms in Individual with First-episode Schizophrenia *

Supawadee Ketchai, MNS, RN¹, Yajai Sitthimongkol, PhD, RN¹,
Nopporn Vongsirimas, PhD, RN¹, Supapak Petrasuwan, PhD, RN¹

Abstract

Purpose: To examine the predictive power of predictor variables: Cognitive Insight, Medication Adherences, and Social Support on depressive symptoms in individual with first-episode schizophrenia.

Design: Descriptive correlational study.

Methods: The sample consisted of 77 patients with first-episode schizophrenia who had a duration of illness of no more than five years since first diagnosis. The sample was selected by convenience sampling according to inclusion and exclusion criteria. The instruments included 1) The Beck Cognitive Insight Scale 2) The Medication Adherence Report Scale, 3) The Medical outcomes Study Social Support Survey, and 4) The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia were analyzed using descriptive statistics and Multiple Linear Regression.

Main findings: The findings revealed that 75.32 % of the sample had depressive symptoms. Cognitive insight was found to be positively related to depressive symptoms to a high degree ($r = .710$, $p < 0.01$) and social support from families was negatively related to depressive symptoms ($r = -.445$, $p < 0.01$), while medication compliance was not related to depressive symptoms ($r = 0.93$, $p > 0.05$). These three factors altogether could 58.4 % of the variance in depressive symptoms in patient with first-episodes schizophrenia ($p < .001$).

Conclusion and recommendations: The finding supported that, psychiatric nurses should promote the patients gained more cognitive insight, simultaneously, enhance the support of family members to prevent and reduce depressive symptoms in the patients with first-episode schizophrenia.

Keywords: cognitive insight, depressive symptoms, family support, medication adherence, schizophrenia

J Nurs Sci. 2012;30(4):90-101

Corresponding Author: Associate Professor Yajai Sitthimongkol, Faculty of Nursing Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: yajai.sit@mahidol.ac.th

* This study is partially supported by the Scholarship in Celebration of 84th Birthday Anniversary of His Majesty King Bhumibol Adulyadej, Faculty of Nursing, Mahidol University, in the academic year of 2012; and disseminated as poster presentation at MU Grad Research @ Queen Sri Savarindira and Prince Mahidol Adulayadej Commemoration Conference 31st October – 1st November 2012, Mahidol University, Thailand

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก *

สุภาวดี เกษไชย, พย.ม.¹ ยาใจ สิทธิมงคล, PhD¹ uwps ว่องสิริมาศ, ปส.ด.¹
สุภาภัก เกตุราสุวรรณ, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยมีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์จำนวน 77 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามเกณฑ์การตัดเข้าและตัดออก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต 2) แบบประเมินการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 75.32 ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .710, p < 0.01$) และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.445, p < 0.01$) ส่วนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาพบว่า มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .093, p > 0.05$) และพบว่า ทั้งสามตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้ร้อยละ 58.4 ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือ พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตให้ถูกต้อง ในขณะเดียวกันควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อป้องกันและลดการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

คำสำคัญ: ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต อาการซึมเศร้า การสนับสนุนจากครอบครัว การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โรคจิตเภท

J Nurs Sci. 2012;30(4):90-101

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: yajai.sit@mahidol.ac.th

* ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจาก “ทุนเฉลิมพระเกียรติพระชนมายุ 84 พรรษามหาราชฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2554” และได้นำเสนอโปสเตอร์ในการเสนอผลงานวิจัยของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล ในการประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า และสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก วันที่ 31 ตุลาคม - 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

อาการซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยพบถึงร้อยละ 21 ของประชากรโลก และเป็นสาเหตุหลักนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง¹ ในปี ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกทำนายว่าอาการซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สูงเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด² สำหรับในประเทศไทยพบว่า อัตราการเกิดอาการซึมเศร้ามีมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเจ็บป่วย การเกิดภัยพิบัติ และสถานการณ์ความไม่ปลอดภัย เป็นต้น ข้อมูลจากรายงานสรุบบแบบเฝ้าระวังอาการซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง: กรมสุขภาพจิต รง 506 D.S พบว่าในปี พ.ศ. 2550 พบผู้มีอาการซึมเศร้าสูงถึง 9,776 ราย และในปี พ.ศ. 2551 จำนวนผู้มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 11,008 ราย ซึ่งจำนวนผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเหล่านี้นำไปสู่การทำร้ายตนเอง ทั้งที่ทำให้เสียชีวิตและเกิดการฆ่าตัวตายตัวเองซ้ำ กล่าวคือในปี พ.ศ. 2550-2551 มีจำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายตัวเองรวม 11,909 ราย และนอกจากนี้อาการซึมเศร้าไม่ได้เกิดกับคนปกติหรือผู้ที่มีปัญหาโรคทางกายเท่านั้น แต่ในผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตก็มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าได้เช่นกัน

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เริ่มมีความสนใจและศึกษาการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมากขึ้น ซึ่งในแต่ละงานวิจัยได้ให้ความหมายและคำนิยามที่อธิบายถึงผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกไว้แตกต่างกันเช่น หมายถึง 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการทางจิตครั้งแรก³ 2) ช่วงระยะเวลาเฉลี่ยของการได้รับยารักษาอาการทางจิตไม่เกิน 3-5 ปี⁴ และ 3) ระยะเวลาเฉลี่ยของการมีอาการทางจิตครั้งแรกของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 2-5 ปี⁵ แต่อย่างไรก็ตามการให้ความหมาย หรือคำนิยามเพื่ออธิบายถึงผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ยังไม่มีการให้ความหมายหรือคำจำกัดความที่แน่นอน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดความหมายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ตามช่วงระยะเวลาเฉลี่ยของการมีอาการทางจิตครั้งแรกของผู้ป่วยจิตเภท เริ่มตั้งแต่การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทจนถึง 2 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี⁵⁻⁶

จากการศึกษาอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย

จิตเภท ที่มีอาการทางจิตครั้งแรกพบว่าสูงมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดังการศึกษาของ Hafner และคณะ⁶ ที่ทำการศึกษาดังความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (first psychotic episodes) อยู่ระหว่างร้อยละ 65-80 Baynes และคณะ⁷ ศึกษาถึงความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่า มีเพียงร้อยละ 4-20 ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 26-36⁸

ผลกระทบที่เกิดจากอาการซึมเศร้าต่อผู้ป่วยที่สำคัญคือ การกลับเป็นซ้ำและการต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น⁹ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา¹⁰ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง¹¹ แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง¹² สุขภาพทางกายและทางจิตแยลง¹³ ก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น⁹⁻¹⁰ Mullholland และ Cooper¹⁴ รายงานว่า ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากอาการซึมเศร้า

นอกจากนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย Frederick, Caldwell, & McGartland¹⁵ รายงานว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า จะมีความรู้สึกผิด รู้สึกเป็นตราบาป และหลายครอบครัวเห็นว่าอาการซึมเศร้าเป็นการเพิ่มภาระให้กับสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยังนำไปสู่ปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปในการรักษาพยาบาล ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และระดับประเทศ โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำในช่วง 3 ปีแรก จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของค่าใช้จ่ายของการเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งแรก¹⁶

ในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีผู้พยายามศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ดังนี้คือ ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต (insight) การสนับสนุนทางสังคม อาการทางจิต ความรู้สึกหมดหวัง ความรู้สึกเป็นตราบาป คุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สถานการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life events) การให้ความร่วมมือในการรักษาตัวยา¹⁷⁻¹⁸

ดั่งการศึกษาของ Crumlish และคณะ¹⁹ พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Staring และคณะ⁶ ที่พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต โดยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตในระดับดี จะมีอาการซึมเศร้าและมีความรู้สึกต่อตนเองด้านลบสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $p < .01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Majadas และคณะ²⁰ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการซึมเศร้าจะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีคะแนนของอาการทางจิตในส่วนของอาการทางจิตด้านลบ (PANSS-N) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Kaiser และคณะ²¹ ที่ทำการศึกษาดังกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การสนับสนุนทางสังคม และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .021$, $p = .455$) ในขณะที่อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.372$, $p = .001$) จากผลการวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้นจะมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นด้วย ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และประเมินว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้ตัวผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม รู้สึกเป็นตราบาป เป็นที่น่ารังเกียจ เป็นภาระของครอบครัว และไม่เป็นที่ต้องการของสังคม ซึ่งความคิดด้านลบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จะดีขึ้นหรือเลวลงนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การรักษา และการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะมีผลทำให้อาการด้านบวกและด้านลบของผู้ป่วยดีขึ้น และเมื่ออาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้นจะส่งผลต่อความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย ดังผลการวิจัยของ Kao และ Liu²² ที่พบว่า ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการ

ซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .214$, $p < 0.001$; $r = -.209$, $p < .05$; $r = -.204$; $p < .05$ ตามลำดับ) และจากการศึกษาของ Lepage และคณะ²¹ ที่ทำการศึกษาถึงการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กับ การเปลี่ยนแปลงของระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า ที่ระยะ 6 เดือนผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (poor-adherence group) จะมีระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา (full-adherence group) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนความรุนแรงของอาการทางจิต (positive symptom severity) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริจิต สุทธิจิตต์ และสุตธัก พิละกันทา²⁴ ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง (OR 9.5, CI 2.3-38.9) จะเห็นว่างานวิจัยที่ผ่านมาต่างให้ข้อสรุปตรงกันว่า การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต และยังพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยายังมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นประเด็นที่สำคัญที่ได้รับความสนใจจากผู้วิจัยจำนวนมาก โดยที่ผ่านมาการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นการศึกษาถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน บุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ ที่กล่าวมา ล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้ ในการเจ็บป่วยระยะแรกนี้ครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยครอบครัวถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องของการที่จะทำให้อาการ

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาบ มองตนเองว่าไร้ค่า และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการศึกษานี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกในต่างประเทศของ Kaiser และคณะ²¹ ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การสนับสนุนทางสังคม และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกจำนวน 40 ราย อายุระหว่าง 18-65 ปีพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.372, p = .001$) ผลการศึกษาของวรพงษ์ กำไร⁹ ที่ศึกษาถึงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลยราชนครินทร์จำนวน 100 ราย อายุ 18-60 ปีพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.214, p < .01$)

จากงานวิจัยที่ผ่านมาต่างให้ข้อสรุปตรงกันว่า การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจะทำให้อาการทางจิตและระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้น และยังรวมถึงอาการซึมเศร้าด้วย ส่วนการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาต่างให้ข้อสรุปตรงกันว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยอีกด้วย และเนื่องจากอาการต่างๆ ของอาการซึมเศร้า และอาการทางจิตด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกเป็นอาการที่มีความคล้ายคลึงกัน Addington และคณะ²⁵ ได้ทำการศึกษาถึงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และให้ความเห็นว่า ในการศึกษาถึงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมายังมีความลับสนระหว่างอาการซึมเศร้าและอาการทางจิตด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้การป้องกันและการลดการเกิดอาการซึมเศร้าล่าช้า เป็นผลให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ Addington และคณะให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าจะมีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าและ/หรือการไม่มีความสุข มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร ระดับพลังงาน และรูปแบบการนอน ความรู้สึกผิด ความรู้สึกไร้ค่า และความรู้สึกสิ้นหวัง

ซึ่งความรู้สึกรู้สึกหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่สำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย และเป็นการฆ่าตัวตายที่ประสบความสำเร็จในผู้ป่วยโรคจิตเภท ในขณะที่อาการทางจิตด้านลบเป็นอาการที่ลดความสามารถในการที่จะวางแผน การพูดคุย ลดความสนใจในสิ่งที่ตนเองชอบ อาการซึมเศร้าถือเป็นอาการสำคัญและเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ผลกระทบต่างๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีงานวิจัยใดที่ทำการศึกษาถึงปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เพื่อช่วยขยายองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีวิชัยภูมิตันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ที่มีช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 หรือ DSM-IV-TR โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน พ.ศ. 2555 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยวิธี power analysis²⁶ โดยกำหนดให้มีค่าอิทธิพลขนาดกลาง ($r = .13$) อำนาจการทดสอบ = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลมีจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้จากการทำงาน ประวัติการฆ่า

ตัวตายของผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงของยาการรักษาอาการทางจิตที่ผู้ป่วยได้รับ สถานะเศรษฐกิจของครอบครัว ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

2) แบบประเมินความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต (The Beck Cognitive Insight Scale) สร้างและพัฒนาโดย Beck²⁷ เพื่อใช้ประเมินความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบประเมินแบ่งออกเป็นสองด้านคือ ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง (self-certainty) 6 ข้อ และการสะท้อนดูตนเอง (self-reflectiveness) 9 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ (เริ่มจาก 0 = “ไม่เห็นด้วยทั้งหมด” ถึง 3 = “เห็นด้วยทั้งหมด”) ผู้ป่วยที่มีคะแนนด้านความเชื่อมั่นในตนเองในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนด้านการสะท้อนดูตนเอง (self-reflectiveness) อยู่ในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับดี

3) แบบประเมินการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (The Medication Adherences Report Scale) สร้างและพัฒนาโดย Horne ในปี 1996 เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแปลเป็นภาษาไทยโดย มาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์²⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ตลอดเวลา/เป็นประจำ, 2 = บ่อยครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = นานๆ ครั้ง, 5 = ไม่เคยเลย) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวมมาก ถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับสูง

4) แบบประเมินเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม (The Medical outcomes Study Social Support Survey) สร้างและพัฒนาโดย Sherbourne และ Stewart ในปี 1991 ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี back translation โดย มาลาตรี รุ่งเรืองศิริพันธ์ และคณะ²⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มี 4 องค์ประกอบคือ 1) tangible support 2) affectionate support 3) positive social interaction support และ 4) motional หรือ informational support เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคยเลยสักครั้ง, 2 = ไม่กี่ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = ส่วนใหญ่, 5 = ตลอดเวลา) ถ้าได้คะแนน

รวมมาก ถือว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

5) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia) สร้างขึ้นโดย Addington และคณะ²⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์²⁴ เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะ โดยสามารถแยกอาการซึมเศร้าจากอาการทางจิตด้านลบ หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาต้านอาการทางจิตด้วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดลคณะพยาบาลศาสตร์ (COA No. IRB-NS2012/116.2703) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก แล้วนำเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะต้องลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยโดยถูกต้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน ใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน ประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และอาการซึมเศร้า โดยใช้สถิติพรรณนา และศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ด้วยวิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ตามลำดับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 77 คนเป็น เพศชาย และเพศหญิงพอๆ กัน (ร้อยละ 50.6, และ ร้อยละ 49.4 ตามลำดับ) มีอายุ 18-55 ปี อายุเฉลี่ย 28.82 ปี (SD = 8.43) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 75.32) ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 63.6) เกือบ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 31.2) 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 68.8) ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวยากจน (ร้อยละ 35.1) และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 48.05) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเอง (ร้อยละ 98.7) และทั้งหมดไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว (ร้อยละ 100)

2. ข้อมูลตัวแปรอิสระที่ศึกษา

ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับดี จำนวน 58 คน (ร้อยละ 75.32)

การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยมีค่าเท่ากับ 21.64 ($\bar{X} = 21.64, SD = 3.137$)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยภาพรวมของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 41.73, SD = 6.98803$)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้า (คะแนน CDSS ≥ 5) จำนวน 58 คน (ร้อยละ 75.32)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .710, p < .01$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.445, p < .01$) ส่วนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาพบว่า มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .093, p > .05$)

4. ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย พบว่า ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้ร้อยละ 58.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 34.13, p < .001$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต ($\beta = .658, p < .001$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = -.275, p < .001$) โดยความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นตัวปัจจัยที่ทำนายอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับอาการซึมเศร้า

ปัจจัยการทำนาย	B	SE	β	t
- ค่าคงที่	10.619	2.057	-	5.162
- ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต	.401	.050	.658	8.026***
- การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	-.122	.035	-.275	-3.464***
- การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	-.061	.079	-.062	-.776

R = .674 ; R² = .584 ; F = 34.129; Sig. of F = .000

p < .05*, p < .01**, p < .001***

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 77 คนเป็นเพศชายและเพศหญิงพอๆ กัน (ร้อยละ 50.6 และ ร้อยละ 49.4 ตามลำดับ) มีอายุ 18-55 ปี อายุเฉลี่ย 28.82 ปี (SD = 8.43) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 75.32) ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 63.6) เกือบ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 31.2) 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 68.8) ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวยากจน (ร้อยละ 35.1) และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 48.05) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเอง (ร้อยละ 98.7) และทั้งหมดไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว (ร้อยละ 100) ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้มีความสอดคล้องกับการรายงานของ American Psychiatric Association³⁰ และ Sadock และ Sadock³¹ ที่กล่าวว่า อาการทางจิตครั้งแรกมักจะเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดขึ้นในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายได้เช่นกัน

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้ร้อยละ 58.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .001 ($F = 34.13, p < .001$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต ($\beta = .658, p < .001$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = -.275, p < .001$) โดยความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นตัวปัจจัยที่ทำนายอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถยืนยันความเชื่อของ Beck ที่อธิบายว่า อาการซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ

ทางด้านความคิด 3 อย่าง คือ 1) ความคิดอัตโนมัติด้านลบ 2) โครงสร้างความคิด และ 3) ลักษณะความคิดที่บิดเบือน กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นโรคจิตเภท จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง มองว่าตนเองบกพร่อง ไม่มีคุณค่า รู้สึกอับอาย เป็นตราบาป เกิดความคิดด้านลบต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญ ผู้ป่วยแปลความหมายของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในทางสูญเสีย มองว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการ เป็นที่รังเกียจของสังคม และเกิดความคิดทางลบต่ออนาคตของตนเอง ผู้ป่วยมองว่าการเจ็บป่วยทางจิตของตนจะดำเนินไปไม่มีวันสิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้ามีแต่ความคับข้องใจและสูญเสีย ซึ่งความคิดด้านลบต่างๆ จะส่งผลต่อโครงสร้างความคิดของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง การเชื่อมโยงขององค์ประกอบทางด้านความคิดดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกเกิดอาการซึมเศร้า

การที่ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้ามากที่สุด และมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง อธิบายได้ด้วยเหตุผลที่ว่า การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตในระดับดี ผู้ป่วยจะเชื่อและรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่มีต่ออาการทางจิตของตนเองที่เกี่ยวกับอาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนของตนเองว่าเป็นอาการที่ผิดปกติมากขึ้น ซึ่งจากเดิมที่ผู้ป่วยรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนว่าเป็นความผิดปกติหรือไม่ ดังนั้นความคิดเห็นของบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือบุคคลใกล้ชิดที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจะเป็นตัวตอกย้ำ และสนับสนุนความคิดของผู้ป่วยว่า ตนเองมีความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นจริง เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ส่งผลให้ผู้ป่วยท้อถอย ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต มีแต่ความทุกข์ และเกิดความคับข้องใจในการดำเนินชีวิต และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าตามมา ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักว่า เมื่อให้การรักษาที่มุ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจทางจิตของตนเองดีขึ้นแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันอาการซึมเศร้าที่อาจเกิด

ขึ้นตามมาจากที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตที่ดีขึ้นด้วย

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีการศึกษาพบว่า สามารถช่วยลดระดับของความรุนแรง และช่วยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าได้ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่เหมาะสม จะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยป้องกันและลดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.445, p < .01$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.275, p < .001$) ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงสามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุม และเข้าใจปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตน สามารถเผชิญกับความเครียด อาการซึมเศร้า และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะแก้ปัญหา หรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าตามมาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 ใน 3 มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตในระดับดี และผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 75 มีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น ซึ่งความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยในระดับดี ถือเป็นผลลัพธ์อย่างหนึ่งของการรักษาที่ทีมสุขภาพต้องการ

แต่ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตในระดับดีของผู้ป่วยจะเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าขึ้นได้ ดังนั้นในขณะที่พยาบาลและทีมสุขภาพให้การดูแลรักษา ควรมีการให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ควบคู่ไปกับการส่งเสริมและการรักษาให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้นด้วย ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างต่ำ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยว่าจะช่วยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยได้ โดยอาจมีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวผ่านการจัดทำกลุ่มครอบครัว มีการลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อดูสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยต้องอยู่กับครอบครัวว่า มีความเป็นอยู่ และลักษณะครอบครัวเป็นอย่างไร เพื่อนำมาวางแผนในการช่วยเหลือเรื่องของการส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ทั้ง 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตกรุงเทพ และปริมณฑล ซึ่งในความเป็นจริงนั้นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกอีกจำนวนมากที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนด้วย เพื่อดูว่าปัจจัยในเรื่องของความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมากน้อยเพียงไร และศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองโดยการสร้างโปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์ในการลดการเกิดอาการซึมเศร้า ควบคู่ไปกับการส่งเสริมความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต และส่งเสริม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เพื่อช่วยลดการเกิดอาการซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในขณะที่มีอาการเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Schechter LE, Ring RH, Beyer CE, Hughes ZA, Khawaja X, Malberg JE, & Lipson SR. Innovative approaches for the development of antidepressant drugs: Current and future strategies. *NeuroRx*. 2005;2(4):590-611.
2. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO Headquarters; [cited 2008 Aug 5]. Depression. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
3. Schechter LE, Ring RH, Beyer CE, Hughes ZA, Khawaja X, Malberg JE, & Lipson SR. Innovative approaches for the development of antidepressant drugs: Current and future strategies. *NeuroRx*. 2005;2(4):590-611.
4. Cleghorn JM, Garnett ES, Nahmias C, Szechtman H, & Szechtman B. Increased frontal and reduced parietal glucose metabolism in acute untreated schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):119-33.
5. Pearlson GD, Kreger L, Rabins PV, Chase GA, Cohen B, Wirth JB, Schlaepfer TB, & Tune LE. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1989;146(12):1568-74.
6. Staring ABP, Gaag MV, Berge MV, Duivenvoorden HJ, & Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2009;115(2-3):363-9.
7. Hafner H, Maurer K, Treindler G, Heiden W, & Schmidt M. The early course of schizophrenia and depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255(3):167-73.
8. Warapon Kamrai. A study of depression in schizophrenic patients in the outpatient department of Loei Rajanagarindra: Psychiatric hospital in Lue [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol University. 2009. 89 p. (in Thai).
9. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, Kelly C, & King DJ. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr Res*. 2000;45(1-2):47-56.
10. Conley RR, Ascher-Svanum H, Faries DE, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007;90(1-3):186-97.
11. Norholm V, & Bech P. Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(1):32-7.
12. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, & Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res*. 2001;51(2-3):171-80.
13. Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR. Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *J Psychiatr Res*. 2004;38(5):531-36.

14. Mulholland C, & Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000;6:169-77.
15. Frederick S, Caldwell K, & Rubio DM. Home-based treatment, rates of ambulatory follow-up, and psychiatric rehospitalization in a medicaid managed care population. *J Behav Health Serv Res*. 2002;29(4):466-75.
16. Hong J, Windmeijer F, Novick D, Haro JM, & Brown J. The cost of relapse in patients with schizophrenia in the European SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcomes) study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009;33(5):835-41.
17. Ugurlu GK, Okan E, Albayrak Y, Arslan M, Caykoylu A. The relationship between cognitive insight, clinical insight, and depression in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2012;53(2):195-200.
18. Suttajit S, & Pilakanta S. Impact of depression and social support on nonadherence to antipsychotic drugs in persons with schizophrenia in Thailand. *Patient Prefer Adherence*. 2010;4:363-8.
19. Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O, Lane AA, & Larkin C. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(6):449-55.
20. Majadasa S, Olivaresb J, Galanc J, & Diezd T. Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia comprehensive psychiatry. *Compr Psychiatry*. 2012;53(2):145-51.
21. Kaiser SL, Snyder JA, Corcoran R, Drake RJ. The relationships among insight, social support, and depression in psychosis. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(12):905-8.
22. Kao YC, & Liu YP. Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Compr Psychiatry*. 2010;51(6):557-65.
23. Lepage M, Bodnar M, Buchy L, Joobor R, & Malla AK. Early medication adherence and insight change in first-episode psychosis. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2010;3(4):201-8.
24. Suttajit S, Pilakanta S. Comparison of methods used in measuring nonadherence and the barriers against to antipsychotic drugs in outpatients with schizophrenia. *Chiang Mai Medical Journal*. 2010;49(3):81-121.
25. Addington D, Addington J, & Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res*. 1990;3(4):247-51.
26. Polit DF, & Beck CT. *Nursing Research: Principles and Methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

27. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, & Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res.* 2004;68(2-3):319-29.
28. Rungruangsiripan M, Sitthimongkol Y, Maneesriwongul W, Talley S, & Vorapongsathorn T. Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2011;25(4):269-83.
29. Addington D, Addington J, & Atkinson M. A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophr Res.* 1996;19(2-3):205-12.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition text Revision DSM-IV-TR TM. Text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
31. Sadock BJ, & Sadock VA. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.