

บทความวิจัย

การศึกษาโรคซึมเศร้าของประชาชนตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก* The Depressive Disorders Study in BanKhlong People, BanKhlong Sub-District, Muang District, Phitsanulok, Thailand*

เกศกาญจน์ บัวผัน (Keskan Buaphun)**
สุพร พวงวาฬพันธ์ (Suporn Pungwarapan)**
กุมรินทร์ อินชวณี (Pumarin Insuanee)**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้เพื่อศึกษาโรคซึมเศร้าของประชาชนตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามอายุได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินโรคซึมเศร้าและแบบประเมินการฆ่าตัวตายของกระทรวงสาธารณสุข และแบบประเมินปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ และร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไปมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 48 คนคิดเป็นร้อยละ 13.04 เป็นเพศหญิงร้อยละ 8.69 เพศชายร้อยละ 4.35 มีอายุระหว่าง 25-54ปี (วัยผู้ใหญ่) ร้อยละ 5.71 อายุระหว่าง 15-24ปี (วัยรุ่น) ร้อยละ 3.80 และอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ) ร้อยละ 3.53 กลุ่มตัวอย่างที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้ามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 9.78 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 2.17 และกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อยร้อยละ 1.08

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีแนวโน้มโรคซึมเศร้าจำนวน 48 คน พบว่า ร้อยละ 85.42 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ร้อยละ 5.71 ร้อยละ 43.75 ทุกข์ใจเรื่องการเงิน ร้อยละ 39.58 มีปัญหาโรคประจำตัวโดยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 2.72

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า, การคัดกรอง

* ทูลสนับสนุนงานวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

Abstract

The objective of this survey research was to study depressive disorders and factors related among people, BanKhlong Sub-District, Phitsanulok, Thailand. The samples were 368 BanKhlong people were selected through stratified sampling by age, which was 15 years old and over. The instruments using in this study were the depressive disorders screening questionnaire, and the suicidal screening questionnaire, which were the standard tests of the Ministry of Public Health, Thailand. The researcher had to modified associated factors of depression disorders questionnaire. Data was analyzed using frequency and percentage.

The results were as the following:

1. The samples found that 13.04 % were at risk to have depressive disorders , which 8.69% were female, 4.35% were male, which 5.71% were adults (25-54 years old), 3.80% were teenagers (15-24 years old), 3.53% were aging (55 years old and up), which 9.78% had mild depressive disorders symptoms ,which 2.17% had moderate depressive disorders symptoms, and 1.08 % were at risk to attempt mild suicide.

2. Factors related among people , BanKhlong Sub-District, Phitsanulok, Thailand, which was 15 years old and up, which were associated factors of depressive disorders in this samples were social factor, which 11.14 % were rarely attend the community's activities , in mental health factor, which 5.71% had financial problem, in physical factor, which 5.16 % had were chronic diseases, which 2.72 % had hypertension.

Keywords: Depressive disorders, Screening

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป สามารถพบได้ทุกช่วงวัย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อเริ่มเป็นครั้งแรกคือ 24 ปีโดยมีอัตราสูงสุดในวัยรุ่นและวัยทำงานช่วงอายุระหว่าง 20-50 ปีพบได้ในอัตราร้อยละ 5-20 ของประชากรทั่วไปในผู้หญิงพบได้ร้อยละ 10-25 และผู้ชายพบได้ร้อยละ 5-12 ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นอัตราส่วน 2 : 1 (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) จากการคาดการณ์ภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกขององค์การอนามัยโลก(WHO) พบว่าโรคซึมเศร้าจะเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระโรคจากอันดับที่ 4 ในปี พ.ศ.2533

มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี พ.ศ.2563 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และจากสถิติของกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พบว่าสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลพุทธชินราชในระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2553 มีจำนวน 133, 196 และ 255 รายตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 15.63, 27.32 และ 34.91 ของจำนวนผู้ป่วยในการเข้ารับบริการทั้งหมด และจากการศึกษาเวชระเบียนประวัติของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาจากกลุ่มงานจิตเวชจำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นผู้รับบริการเพศชาย 15 รายและเพศหญิง 15 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ผู้รับบริการทั้งหมดมารับการตรวจรักษาใน

เดือนมกราคม พ.ศ. 2553 พบว่า อาการสำคัญที่นำมาส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อ ไม่มีแรง โดยไม่มีสาเหตุการเคลื่อนไหว เชื้องช้า นอนไม่หลับหรือหลับยาก เบื่ออาหาร และมีอาการทางด้านจิตใจ เช่น มีความรู้สึกว่าจิตใจหดหู่ เศร้าหมอง ไม่มีสมาธิ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ไม่มีใครต้องการ มีความคิดฆ่าตัวตายหรือ เคยพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่างๆ (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2553) จากข้อมูลที่กรมสุขภาพจิตเก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูลการฆ่าตัวตายของคนไทยตั้งแต่ปี 2540–2553 พบว่าหลังการจัดทำโครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี 2542 อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยลดลงจาก 5,700 ราย/ปีคิดเป็น 5.9 คน/แสนประชากร หรือเฉลี่ย 10 ราย/วันในปี 2553 โดยเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 9.29/แสนประชากรสูงกว่าเพศหญิงที่มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 2.62/แสนประชากร (อภิชัย มงคล, 2554) ด้วยเหตุนี้โรคซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552) หากมีปัญหาลึกลงเป็นโรคซึมเศร้า การใช้พฤติกรรมบำบัดจะช่วยบรรเทาอาการโรคซึมเศร้าได้ (เขาวนิษฐ์ ล่องชูผลและ, อุมภาพร ห่างรุ่งโรจน์, 2554)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุของทศพร บริบูรณ์ (2553) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ปัจจัยด้านร่างกาย คือ ปัญหา ด้านสุขภาพ และความเสื่อมของร่างกายตามอายุขัย การขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับช่วงวัย และความเสียหายจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปัจจัยด้านจิตใจคือความเครียดเรื่องเงิน ปัจจัยด้านสังคม คือ บทบาทและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมลดลง และการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ของจุฬามาศ โกลิยะกุลและอันธิมา สายบุญศิริ (2554) พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้า คือ ปัจจัยจากวัด โดยปัจจัยจากวัดพบด้านสัมพันธ์ภาพกับพระและชุมชน

รองลงมาคือ ด้านการบริหารการปกครองในวัด ปัจจัยจากครอบครัว พบเรื่องญาติทอดทิ้งละเลย รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ในวัยเด็กกับบิดามารดาไม่ดี ครอบครัวแตกแยกญาติขัดแย้งกัน การต้องมีภาระส่งเสียดูแลบุคคลที่เป็นที่รัก นอกจากนี้ Palompon, Ente, Bantugan, (2009) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

เนื่องด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ได้ทำพันธะสัญญาความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านคลองว่าด้วยการพัฒนาชุมชน บ้านคลองให้เป็นชุมชนเข้มแข็งมีสุขภาพดีสามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้นวิทยาลัยฯ จึงได้บูรณาการการวิจัยกับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคลทุกช่วงวัยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเวช โดยทำการศึกษาโรคซึมเศร้าของประชาชนตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกัน หรือลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าของประชาชนตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาโรคซึมเศร้าของประชาชนตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ประชาชนตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 8,998 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เพื่อศึกษาโรคซึมเศร้า ได้มาจากการกำหนดตัวอย่างแบบสัดส่วนแล้วทำการสุ่มโดยบังเอิญ โดยใช้ตารางสำเร็จรูปกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% Krejcie and Morgan (1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด

1.2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

1) การประเมินเพื่อหาแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

2) การประเมินเพื่อจำแนกระดับอาการของโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยประเมินเฉพาะผู้ที่ผ่านการประเมินโรคซึมเศร้า 2Q แล้วตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ

2. แบบประเมินเพื่อดูแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) โดยประเมินเฉพาะผู้ที่ผ่านการประเมินโรคซึมเศร้า 9Q แล้วได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป โดยแบบประเมินทั้งหมดเป็นแบบประเมินมาตรฐานการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2552)

3. แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าใช้ถามผู้ที่ผ่านการประเมินโรคซึมเศร้า 2Q แล้วตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ โดยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าของทศพร บริบูรณ์ (2553) และชมพูนุช บริรักษ์เลิศ (2548) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ปัจจัยด้านร่างกาย (โรค การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี) จำนวน 6 ข้อ ปัจจัยด้านจิตใจ (การเงิน ครอบครัวยาน สังกศ) จำนวน 6 ข้อ และปัจจัยด้านสังคม (บทบาทในชุมชน การมีส่วนร่วมในชุมชน) จำนวน 3 ข้อ

แบบสอบถามทั้งหมดได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชาชนในเขตพื้นที่ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 3 แห่ง จำนวน 30 คน ก่อนนำมาใช้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 61 เป็นผู้ช่วยวิจัยในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลกับประชาชน ต.บ้านคลอง ในรายวิชาการหัตถ พย.1320 วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต 2 หน่วยกิตในภาคเรียนที่ 2/2554 ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม -31 ตุลาคม 2554 และการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพคุณชินราชก่อนดำเนินการ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งหมดแก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยและให้อิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และทำหนังสือแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยคุณสมบัติของผู้ตอบแบบประเมินแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองและองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านคลองรับทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมินนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด การประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าคือ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม โดยวิเคราะห์หาค่าความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 232 คน (63.00%) เป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-54ปี) 199 คน (54.20%) มีสถานภาพสมรสคู่ 170 คน (46.20%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 154 คน (41.80%)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=368)

ข้อมูลทั่วไป/ผลการประเมินโรคซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	232	63.00
ชาย	136	37.00
อายุ		
วัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-54 ปี)	199	54.20
วัยผู้สูงอายุ (อายุ 55 ปีขึ้นไป)	95	25.70
วัยรุ่น (อายุ 15-24 ปี)	74	20.10
สถานภาพสมรส		
คู่	170	46.20
โสด	133	36.10
หม้าย	59	16.00
หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	6	1.60
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	154	41.80
มัธยมศึกษา	104	28.30
ปริญญาตรี/สูงกว่า	62	16.80
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	41	11.10
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	1.90

ตาราง 2 ผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า 48 คน (13.04%) ผลการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการของโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 36 คน (9.78%) ประชาชน กลุ่มตัวอย่างมี

อาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง 8 คน (2.17%) และผลการประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) ระดับน้อยและปานกลางขึ้นไป พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 4 คน (1.08%)

ตาราง 2 ผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (N=368)

ผลการประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า (2Q)		
ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	320	86.96
มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	48	13.04

ตาราง 2 ผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (N=368) (ต่อ)

ผลการประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) (ประเมินเฉพาะผู้ที่มีคะแนน 2Q มากกว่าเท่ากับ 1)		
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (7-12 คะแนน)	36	9.78
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	8	2.17
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (น้อยกว่า 7 คะแนน)	4	1.09
แนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (8Q) (ประเมินเฉพาะผู้ที่มีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7)		
ปกติ (0 คะแนน)	40	10.87
น้อย (1-8 คะแนน)	4	1.08

ตาราง 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 32 คน (66.67%) เป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-54 ปี) 21 คน (43.75%) มีสถานภาพสมรสโสด 24 คน (50.00%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 20 คน (41.67%)

ตาราง 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า (N=48)

ข้อมูลทั่วไป/ผลการประเมินโรคซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ (N=48)
เพศ		
หญิง	32	66.67
ชาย	16	33.33
อายุ		
วัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-54 ปี)	21	43.75
วัยรุ่น (อายุ 15-24 ปี)	14	29.17
วัยสูงอายุ (อายุ 55 ปีขึ้นไป)	13	27.08
สถานภาพสมรส		
โสด	24	50.00
หม้าย	14	29.17
คู่	8	16.67
หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	2	4.16
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	41.67
มัธยมศึกษา	17	35.42
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	5	10.42
ปริญญาตรี/สูงกว่า	4	8.33
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	4.16

จากตาราง 4 ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจและ (43.75%) ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
 สังคมของผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า ปัจจัยด้าน 10 คน (20.83%) ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม
 ร่างกายมีปัญหาโรคเรื้อรัง 19 คน (39.58%) ปัจจัย 41 คน (85.42)
 ด้านจิตใจ ส่วนใหญ่มีความทุกข์ใจเรื่องการเงิน 21 คน

ตาราง 4 ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า (N=48)

ปัจจัยด้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
-โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง	19	39.58
โรคความดันโลหิตสูง	10	20.83
โรคเบาหวาน	7	14.58
โรคไขมันในเลือดสูง	6	12.5
โรคกระเพาะอาหาร	5	10.42
-ไม่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	16	33.33
-ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี	11	22.92
จิตใจ		
-ทุกข์ใจเรื่องการเงิน	21	43.75
-ทุกข์ใจเรื่องครอบครัว	18	37.5
-ทุกข์ใจเรื่องงาน	15	31.25
-ทุกข์ใจเรื่องสังคม	8	16.67
ด้านสังคม		
-ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	41	85.42
-ไม่มีบทบาทในสังคม	38	79.17

หมายเหตุ : 1 รายมีหลายปัจจัย

การอภิปรายผล

1. ผลการตรวจคัดกรองพบดังนี้
 1.1 กลุ่มตัวอย่างประชาชน ต.บ้านคลอง
 อ.เมือง จ.พิษณุโลก ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า
 ร้อยละ 13.04 โดยการใช้แบบคัดกรองประเมิน
 โรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ตามระบบการดูแลเฝ้าระวัง
 โรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ที่เริ่มตั้งแต่ 1) การค้นหา
 ผู้ป่วยด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นเครื่องมือ
 ที่ง่ายที่สุด เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง
 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สอบถาม เมื่อได้คำตอบ
 ให้แปลผลดังนี้ถ้าตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ

ไม่เป็นโรคซึมเศร้าถ้าตอบว่ามี ข้อใดข้อหนึ่งหรือ
 ทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีแนวโน้มที่จะเป็น
 โรคซึมเศร้า สามารถใช้คัดกรองได้ 2 ระดับ ได้แก่
 1) การคัดกรองประชาชนทั่วไป สามารถคัดกรองได้โดย
 อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมในการใช้
 เครื่องมืออย่างถูกต้อง มีข้อดีคือ ทำให้ได้ข้อมูลเริ่มต้น
 ของผู้มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นภาพรวม
 ของทั้งตำบล อำเภอ และจังหวัด 2) การคัดกรองใน
 กลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นผู้ที่มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
 สูงกว่าประชาชนทั่วไป ดำเนินการโดยแพทย์ พยาบาล

และเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรอง ได้แก่ ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม มะเร็ง ไตวาย โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมองตีบตัน ผู้ป่วยสูงอายุ หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาติดสุรายาเสพติด และผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน ข้อดี คือ ลดภาระการประเมินวินิจฉัยและสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในสถานพยาบาลมีข้อดีคือ ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยในชุมชนที่ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและไม่ได้เข้ารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขจะไม่มีโอกาสถูกคัดกรองทำให้ไม่ได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ และการคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการจะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครในชุมชนมีน้อยดังนั้นการคัดกรองประชาชนทั่วไปในหมู่บ้านและให้อาสาสมัครช่วยคัดกรองจะเป็นการประชาสัมพันธ์ สร้างความตื่นตัวในเรื่องโรคซึมเศร้าแก่คนในชุมชนได้เป็นอย่างดี จากผลการคัดกรองผู้ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 2Q ที่มีโอกาสหรือแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) โดยการแนะนำเอกสารเรื่องโรคซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) และการประเมินโรคซึมเศร้า 2Q ด้วยตนเอง เมื่อพบว่ามีผลบวกให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าซ้ำอีกครั้ง

1.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 9.78 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 2.17 โดยใช้แบบคัดกรองแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ภายใน 2 สัปดาห์และไม่เกิน 3 เดือนทั้งนี้เพื่อเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ คือ 2) การดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง 3) การบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจที่เหมาะสมและการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบดูแลรักษา

ตามแนวทางการดูแลที่กำหนดไว้ก็จะสามารถแก้ไข ปัญหาโรคซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายที่เกิดจากโรคซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ซึ่งควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) โดยการประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหรือไม่ถูกต้องพร้อมให้ออกสารโรคซึมเศร้า ประเมินปัญหาด้านสังคมจิตใจหากพบปัญหา ให้รับคำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา แนะนำการออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง แนะนำให้ตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปใกล้บ้าน สำหรับผู้ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) เช่นเดียวกับผู้ที่มีผลการประเมิน 9Q ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

1.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อยร้อยละ 1.08 โดยใช้แบบคัดกรอง แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าในระบบการดูแลเฝ้าระวังนั้น จำเป็นต้องได้รับการประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วยเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและเป็นการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า คือ 4) การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ สำหรับผู้ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 8Q ที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต) โดยการประเมินความเจ็บป่วยทางจิตเวช (ควรนัดติดตามเฝ้าระวัง) ถ้ามีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางที่กำหนดไว้ควรส่งต่อพบผู้ชำนาญด้านให้คำปรึกษาเพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ผลจากการใช้แบบประเมินดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าสู่ระบบบริการ และได้รับการดูแลช่วยเหลือบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับที่ผ่านมาเช่นจากเดิมในปี 2549 ร้อยละ 0.57 เพิ่มขึ้นในปี 2550 ร้อยละ 7.72 (กรมสุขภาพจิต, 2552)

2. จากผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและของประชาชน ต.บ้านคลอง อ.เมือง จ.พิษณุโลกพบว่าส่วนน้อยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 13.04 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงร้อยละ 66.67 เพศชายร้อยละ 33.33 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการแสดงออกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงและเพศชายมีความต่างกัน เนื่องจากเพศชายมักถูกคาดหวังจากสังคมว่าจะต้องเข้มแข็งและมีความสามารถมากกว่าเพศหญิง เพศชายที่แสดงความซึมเศร้าออกมาจึงมักจะถูกมองว่าเป็นคนอ่อนแอ ดังนั้นเพศชายจึงมักจะเก็บกดความซึมเศร้าไว้มากและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเศร้าที่แสดงออกในทางอื่น เช่นการดื่มสุราเป็นต้น สำหรับเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาทางชีวภาพพบว่า เพศหญิงมีระดับของ monoamine oxidize สูงกว่าเพศชาย จึงอาจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เพศหญิงมีภาวะอารมณ์เศร้ามากกว่าเพศชายก็ได้ (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2533) ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงพบเพศหญิงมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (ทศพร บริบูรณ์, 2553) และพบในวัยผู้ใหญ่มากกว่าวัยรุ่นและวัยสูงอายุ วัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 43.75 วัยรุ่น ร้อยละ 29.17 วัยสูงอายุ ร้อยละ 27.08 สำหรับข้อมูลด้านอายุพบในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 25-54 ปี เนื่องจากการเกิดโรคซึมเศร้ามีอัตราสูงสุดในวัยทำงาน ในช่วงอายุระหว่าง 20-50 ปีพบได้ในอัตราร้อยละ 5-20 ของประชากรทั่วไป (ดวงใจ กสถานติกุล, 2542) และอายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครั้งแรกอยู่ในช่วง 18-58 ปี (พรพรรณ ศรีโสภานและเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2553) ด้านสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 50.00 ส่วนระดับการศึกษาสูงสุดพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.67 จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบข้อสรุปที่ชัดเจนในเรื่องสถานภาพสมรสและระดับการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดโรคซึมเศร้า พบเพียงผู้ที่มีตนเองมองโลกในแง่ร้ายจะมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

3. ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจและสังคม พบว่า

3.1 ข้อมูลด้านร่างกาย พบว่า ผู้ที่มีแนวโน้มโรคซึมเศร้าร้อยละ 39.58 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.83 ทั้งนี้จากการที่บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต เช่น การเจ็บป่วยรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้นต้องรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานจนทำให้เกิดการท้อแท้ เบื่อหน่าย รู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง จึงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (จุฑามาศ โกสียะกุลและอันธิมา สายบุญสร, 2554) นอกจากนี้การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันเลือด เช่น ยา alphas-methyl dopa, clonidine, propranolol อาจทำให้มีอาการเศร้าได้ นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาคือเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังโดยไม่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555)

3.2 ด้านจิตใจพบว่า ร้อยละ 43.75 มีความทุกข์ใจเรื่องการเงินมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น ผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญต่อความเครียดสะสมเรื่องการเงินเป็นลำดับแรกเนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงต่อการดำรงชีวิตประจำวันของตนเองและครอบครัว (ทศพร บริบูรณ์, 2553) นอกจากนี้รายได้ สถานภาพทางการเงินยังเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมคาดการณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้นั้นคือผู้ที่รายได้สูงและมีสถานภาพทางการเงินพอใช้หรือเหลือใช้ย่อมสามารถบริหารจัดการกับภาระของตนเองในแต่ละด้านได้ง่ายกว่าผู้ที่รายได้ต่ำโดยไม่ต้องกังวลกับรายจ่าย (อุณจิตร คุณารักษ์, 2554) ด้วยเหตุนี้ความทุกข์ใจเรื่องการเงิน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดโรคซึมเศร้าได้

3.3 ผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 85.42 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และร้อยละ 79.17 ไม่มีบทบาททางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม ทั้งนี้เนื่องจากอาการระยะเริ่มแรกของโรคซึมเศร้าอาจนำมา

ด้วยการแยกตัว ไม่อยากสูงส่งกับใคร และเมื่อมีอาการมากขึ้นจนพบว่าเริ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรมได้ (จุฑามาศ โกสียะกุลและอันธิมา สายบุญศรี, 2554) และกรณีที่ประชาชนส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชุมชนที่ให้ความสำคัญในการประกอบอาชีพและทำกิจกรรมในครอบครัวมากกว่าการออกไปร่วมกิจกรรมของชุมชน (ทศพร บริบูรณ์, 2553)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของประชาชนทั่วไปที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าให้บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองรับทราบเพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้องและพอเพียง

2. ให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านจิตใจและด้านสังคมกับประชาชนทั่วไปที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เช่น ทุกข์ใจเรื่องการเงิน การไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน

3. สนับสนุนให้ประชาชนโดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ได้ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q ด้วยตนเองเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ระยะเวลาในแบบประเมินให้ประเมินอาการที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์)

4. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเสียสละเวลาทำงานจิตอาสาให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองและการได้พบปะพูดคุยกันทำให้มีความสุขสดชื่นขึ้นสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้

5. ระวังคำให้ประชาชนใส่ใจในการมาตรวจสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่พบได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

6. ส่งเสริมสัมพันธภาพของประชาชนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นเดือนละครั้ง

7. องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านคลองควรให้การสนับสนุนโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี

8. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ควรมีส่วนร่วมในการจัดบริการวิชาการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ต่อประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงในการประชุมประจำเดือนของผู้สูงอายุ และมีการจัดทำแผนการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาในแต่ละรายวิชาในพื้นที่ตำบลบ้านคลองอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมสำหรับป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

2. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ เพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง นายกองกิจการบริหารส่วนตำบลบ้านคลองและนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 61 ที่ให้การช่วยเหลืองานวิจัยประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการดูแล เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธชินราช. (2553). *สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลพุทธชินราช ในระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช. จุฑามาศ โกสียะกุลและอันธิมา สายบุญศรี. (2554). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับ

- การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,
56(3),267-270.
- ชมพูนุช บริรักษ์เลิศ. (2548). *ภาวะซึมเศร้าและ
อารมณ์ขันในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ พย.ม เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*.
กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ทศพร บริบูรณ์. (2553). *ภาวะซึมเศร้าปัจจัยเสี่ยงและ
แนวทางลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาของกักรบริหารส่วนตำบล
โพนทองอำเภอเขียงยืนจังหวัดมหาสารคาม*.
วิทยานิพนธ์ร.มบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.
- พรพรรณ ศรีโสภณและเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). ปัจจัย
ทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ภาคตะวันออก. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต*, 24(2),145-154.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). *คู่มือทางการแพทย์ เรื่องโรค
ประสาทและการรักษา*. กรุงเทพฯ: บำรุง
นุกุลกิจการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548).
จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2555). *โรคซึมเศร้า*. สืบค้นวันที่
31 มกราคม 2555. เข้าถึงได้จาก [http://www.
yourhealthyguide.com/article/ao-depress.html](http://www.yourhealthyguide.com/article/ao-depress.html).
- อภิชัย มงคล. (2554). *สถิติการฆ่าตัวตายของคนไทย*.
สืบค้นวันที่ 16 มกราคม 2555. สืบค้นจาก
[http://www. prbangkok.com/วิเคราะห์ข่าว/
20537-สถิติการฆ่าตัวตายของคนไทย](http://www.prbangkok.com/วิเคราะห์ข่าว/20537-สถิติการฆ่าตัวตายของคนไทย)
- อุจน์จิตร คุณารักษ์. (2554). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสาร
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(1), 52-53.
- เขาวนีย์ ล่องชลและอุมพร ห่านรุ่งโรทร. (2554). ผลของ
โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดทางปัญญาต่อภาวะ
ซึมเศร้าผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและ
สุขภาพ*, 5(1), 80-90.
- Palompon, D.R, Ente, R.L., Bantugan, J.B. (2009) Predictors
of depression among institutionalized elderly
clients in selected elderly facilities in CEBU,
Philippines, *Journal of Nursing Sciencs,
Naresuan University* 3(2), 13-16.
- Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970). Determining
sample size for research activities. *Psychological
measurement educational and psychological
measurement*, (30), 607-610.