



การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้าในนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

The Study of Prevalence and Associated Factors of
Depression among Student of School of Allied Health
Sciences, University of Phayao

โดย

พิมพิกา

ศิริเวช

สุภาวดี

โต๊ะเซ็น

สหัสศวรรรช

สนั่นป่า

ภาคนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตบัณฑิต

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ปีการศึกษา 2564

ภาคนิพนธ์ เรื่อง

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ในนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

The Study of Prevalence and Associated Factors of Depression

among Student of School of Allied Health Sciences,

University of Phayao

นำเสนอต่อ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

เพื่อประกอบการศึกษา

ระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 5 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564

พิมพ์พิกา คิริเวช

(นางสาวพิมพ์พิกา คิริเวช)

นิสิต

(อาจารย์ ดร.กภ.สุพรรณนิการ์ ลดาวัลย์)

อาจารย์ที่ปรึกษา

สุภาวดี โต๊ะเซ็น

(นางสาวสุภาวดี โต๊ะเซ็น)

นิสิต

สหัสศวรรษ สนั่นป่า

(นายสหัสศวรรษ สนั่นป่า)

นิสิต

คณะกรรมการสอบภาคนิพนธ์ได้อนุมัติให้

พิมพ์กา ศิริเวช

สุภาวดี โต๊ะเซ็น

สหัสศวรรษ สนั่นป่า

สอบผ่านในรายวิชาภาคนิพนธ์ เรื่อง

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนิสิต

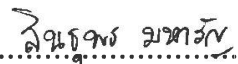
คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

The Study of Prevalence and Associated Factors of Depression among
Student of School of Allied Health Sciences, University of Phayao


เมื่อ วันที่ 5 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564


.....
(อาจารย์ ดร.กภ.สุพรรณนิการ์ ลดาวัลย์)


ประธานกรรมการ


.....
(อาจารย์ ดร.กภ.สินธุ์พร มหารัตน์)


กรรมการ


.....
(อาจารย์ ดร.กภ.ปาจริย์ มาน้อย)

กรรมการ


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กภ.ศิรินทิพย์ คำฟู)

ประธานหลักสูตรกายภาพบำบัดบัณฑิต


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทนพ.ยุทธนา หมั่นดี)

คณบดีคณะสหเวชศาสตร์

ชีวประวัติ

| | |
|---------------------------|--|
| ชื่อ - สกุล ภาษาไทย | นางสาวพิมพิกา ศิริเวช |
| ชื่อ - สกุล ภาษาอังกฤษ | Miss Phimpika Siriwech |
| วัน เดือน ปี เกิด | วันที่ 18 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2542 |
| สถานที่เกิด | จังหวัดพะเยา |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ | 50 หมู่ 13 ต.จิม อ.ปง จ.พะเยา 56140 E-mail: 61131293@up.ac.th |
| ประวัติการศึกษา | ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2557 โรงเรียนปงพัฒนาวชิรวิทยาคม จังหวัดพะเยา ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2560 โรงเรียนจุฬาราชมนตรีวิทยาลัย เชียงราย จังหวัดเชียงราย ปัจจุบันเป็นนิสิต (กายภาพบำบัด) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา |



ชีวประวัติ

| | |
|---------------------------|---|
| ชื่อ - สกุล ภาษาไทย | นางสาวสุภาวดี ไต่เซ็่น |
| ชื่อ - สกุล ภาษาอังกฤษ | Miss Supawadee Tohsen |
| วัน เดือน ปี เกิด | วันที่ 30 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2542 |
| สถานที่เกิด | จังหวัดชลบุรี |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ | 50 หมู่ 5 ต.หนองปรือ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี 20150 E-mail: 61131361@up.ac.th |
| ประวัติการศึกษา | ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2557 โรงเรียนบ้านรถไฟ จังหวัดชลบุรี ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2560 โรงเรียนเมืองพัทยา 11 จังหวัดชลบุรี ปัจจุบันเป็นนิสิต (กายภาพบำบัด) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา |



ชีวประวัติ

| | |
|---------------------------|--|
| ชื่อ - สกุล ภาษาไทย | นายสหัสศวรรรช สนั่นป่า |
| ชื่อ - สกุล ภาษาอังกฤษ | Mr. Sahassawas Sananpa |
| วัน เดือน ปี เกิด | วันที่ 22 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2542 |
| สถานที่เกิด | จังหวัดพะเยา |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ | 61 หมู่ 13 ต.งิม อ.ปง จ.พะเยา 56140 E-mail: 61430116@up.ac.th |
| ประวัติการศึกษา | ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2557 โรงเรียนปงพัฒนวิทยาคม จังหวัดพะเยา ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2560 โรงเรียนปงพัฒนวิทยาคม จังหวัดพะเยา ปัจจุบันเป็นนิสิต (กายภาพบำบัด) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา |



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ภก.สุพรรณิการ์ ลดาวัลย์ ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำตลอดจนดูแลเป็นอย่างดีจนทำให้ภาคนิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึง อาจารย์ ดร.ภก.สินธุพร มหารัตน์ และอาจารย์ ดร.ภก. ปาจรีย์ มาน้อย คณะกรรมการสอบภาคนิพนธ์ ประธานหลักสูตรกายภาพบำบัดบัณฑิต คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ คณาจารย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำสาขาวิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยพะเยาทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือในการทำภาคนิพนธ์ ขอขอบคุณอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ จนการศึกษาสำเร็จไปได้ด้วยดี จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

พิมพ์ิกา คิริเวช

สุภาวดี โต๊ะเซ็น

สหัสศวรรษ สนั่นป่า

5 ตุลาคม 2564



คำรับรอง

ข้าพเจ้า นางสาวพิมพ์กา คิริเวช นางสาวสุภาวดี โต๊ะเซ็น และนายสหัสศวรรษ สนั่นป่า
นิสิตสาขาวิชากายภาพบำบัด ชั้นปีที่ 4 คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ขอรับรองว่า
ภาคินพนธ์เรื่อง การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนิสิตคณะ
สหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา (The Study of Prevalence and Associated Factors of
Depression among Student of School of Allied Health Sciences, University of Phayao)

เป็นผลการศึกษาซึ่งเกิดจากการศึกษาจริงโดยมิได้คัดลอกหรือดัดแปลงมาจากผล
การศึกษาของผู้อื่นที่เคยศึกษาก่อนหน้านี้แต่อย่างใด

พิมพ์กา คิริเวช
สุภาวดี โต๊ะเซ็น
สหัสศวรรษ สนั่นป่า

5 ตุลาคม 2564



สารบัญ

| | หน้า |
|--|-----------|
| กิตติกรรมประกาศ | I |
| คำรับรอง | II |
| สารบัญ | III |
| สารบัญรูป | V |
| สารบัญตาราง | VI |
| สารบัญคำย่อ | VII |
| บทคัดย่อภาษาไทย | IX |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | X |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความสำคัญและที่มาของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ | 3 |
| สมมติฐาน | 3 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 3 |
| บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม | 4 |
| ภาวะซึมเศร้า | 4 |
| ความเครียด | 19 |
| โครงสร้างการทำงานของสมองกับภาวะซึมเศร้า | 26 |
| คลื่นสมองกับภาวะซึมเศร้า | 30 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 32 |
| บทที่ 3 วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา | 37 |
| รูปแบบการวิจัย | 37 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 37 |
| การสุ่มตัวอย่าง | 38 |
| คุณสมบัติของอาสาสมัคร | 40 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 40 |
| การตอบแบบสอบถามและเกณฑ์การให้คะแนน | 40 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|----------------------------------|------|
| ขั้นตอนการศึกษา | 41 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 42 |
| แผนการดำเนินงาน | 42 |
| งบประมาณ | 43 |
| บทที่ 4 ผลการศึกษา | 44 |
| บทที่ 5 วิจัยรณผลการศึกษา | 50 |
| สรุปผลการศึกษา | 52 |
| ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ | 52 |
| เอกสารอ้างอิง | 53 |
| ภาคผนวก | 61 |



สารบัญรูป

| รูป | | หน้า |
|----------|--|------|
| รูปที่ 1 | ภาพวาดบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า | 26 |
| รูปที่ 2 | แสดงวงจรประสาทเชื่อมโยงระหว่าง ระบบ Limbic / Para-Limbic and Rostral Integrative Prefrontal Formation และ Prefrontal Cortex เป็นสมมติฐานการเกิดโรคซึมเศร้า | 28 |
| รูปที่ 3 | แสดงคลื่นสมองในภาวะปกติ | 29 |
| รูปที่ 4 | แสดงค่าดัชนีความเข้มข้นของคลื่น ที่ต่ำ อัลฟาและเบต้า ระหว่างช่วงพักนอนและช่วงที่แก้ปัญหา | 31 |
| รูปที่ 5 | กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้า | 46 |



สารบัญตาราง

| ตาราง | | หน้า |
|------------|--|------|
| ตารางที่ 1 | การคำนวณหาากลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน | 36 |
| ตารางที่ 2 | แสดงแผนการดำเนินการวิจัย | 39 |
| ตารางที่ 3 | แสดงงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย | 40 |
| ตารางที่ 4 | ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย | 43 |
| ตารางที่ 5 | ความชุกของความเครียดจากแบบวัดความเครียดสวนปรง SPST-20 | 44 |
| ตารางที่ 6 | ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q | 45 |
| ตารางที่ 7 | ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q | 45 |
| ตารางที่ 8 | ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้า | 45 |
| ตารางที่ 9 | ความสัมพันธ์ของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปกับความเครียดและภาวะ ซึมเศร้า | 46 |



สารบัญคำย่อ

| | | |
|----------|---|--|
| 2Q | = | แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม |
| 9Q | = | แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม |
| ACC | = | Anterior Cingulate Cortex |
| ACTH | = | Adrenocorticotrophic Hormone |
| BDI | = | Beck Depression Inventory |
| BDNF | = | Brain-Derived Neurotrophic Factor |
| CES-D | = | Center for Epidemiologic Studies Depression Scale |
| DLPFC | = | Dorsolateral Prefrontal Cortex |
| DNA | = | Dexoxy Ribonucleic Acid |
| DS8 | = | แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย |
| DSM | = | Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders |
| e | = | ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05) |
| EEG | = | Electroencephalography |
| HPA-axis | = | Hypothalamo-Pituitary Adrenal Axis |
| I | = | ช่วงของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง |
| ICD | = | International Classification of Diseases and Health Related Problems |
| LOPFC | = | Lateral Orbital Prefrontal Cortex |
| MAOIs | = | Monoamine Oxidase Inhibitor |
| mRNA | = | Messenger Ribonucleic Acid |
| N | = | ขนาดของประชากรทั้งหมด |
| n | = | จำนวน |
| NICE | = | National Institute for Clinical Excellence |
| P | = | สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร |
| PHQ-9 | = | Patient Health Question-Naire-9 (PHQ-9) |
| PSI | = | Phase Synchronization Index |
| PST-PC | = | Problem Solving Therapy-Primary Care |
| SNRI | = | Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibition |

สารบัญชัคำย่อ

| | | |
|----------|---|---|
| SPST | = | Social Problem Solving Therapy |
| SRE | = | Serotonin Reuptake Enhancer |
| SSRI | = | Selective Serotonin Reuptake Inhibitors |
| ST-5 | = | Stress Test Questionnaire |
| VMPFC | = | Ventromedial Prefrontal Cortex |
| WHO | = | World Health Organization |
| χ^2 | = | ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% |
| SPST-20 | = | Suanprung Stress Test |



บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซีมีเศร่าและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเศร่ากับความเครียดของนิสิตคณะสหเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบคัดกรองโรคซีมีเศร่า 2Q แบบประเมินโรคซีมีเศร่า 9Q และแบบวัดความเครียดสวนปรง 20 ข้อ วิเคราะห์สถิติโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ สถิติ Chi-squared และสถิติ Pearson correlation ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ นิสิตที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2021 อายุระหว่าง 18-23 ปี ตอบแบบสอบถามจำนวน 120 คน (เพศหญิง ร้อยละ 83.33 เพศชายร้อยละ 14.17 และเพศทางเลือกร้อยละ 2.50) อาสาสมัครทุกคนตอบแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบคัดกรองโรคซีมีเศร่า 2Q และแบบวัดความเครียดสวนปรง 20 ข้อ ขณะที่อาสาสมัครสมัครที่ต้องทำแบบประเมินโรคซีมีเศร่า 9Q จำนวน 82 คน ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซีมีเศร่าร้อยละ 35.00 โดยมีซีมีเศร่าระดับน้อย ซีมีเศร่าระดับปานกลาง และซีมีเศร่าระดับรุนแรง ร้อยละ 36.59, ร้อยละ 7.32, และร้อยละ 7.32 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่านิสิตร้อยละ 2.53 มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 43.33 มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 มีความเครียดระดับสูง และนิสิตร้อยละ 16.67 มีความเครียดระดับรุนแรง เป็นที่น่าสนใจว่า การศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเศร่าและความเครียด ($p < 0.001$, $r = 0.628$) ภาวะซีมีเศร่าอาจจะเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา การตรวจคัดกรอง ติดตามอาการและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงภาวะซีมีเศร่าอาจช่วยลดความชุกในการเกิดภาวะซีมีเศร่าและส่งผลดีต่อประสิทธิภาพต่อการเรียน อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ต่อไปในอนาคตเพื่อยืนยันผลของการศึกษาครั้งนี้

คำสำคัญ: ภาวะซีมีเศร่า ความเครียด นิสิตศึกษา

Abstract

This cross-sectional analysis aimed to investigate the prevalence of depression and its relationship with stress among students of the School of Allied Health Sciences, University of Phayao. Data were collected through the online questionnaire which consists of the demographic questionnaire, 2Q depression screening questionnaire (2Q), 9Q depression evaluation questionnaire (9Q), and Suanprung stress test-20 items (SPST-20). The data were analyzed by using frequency distribution, percentage, Chi-squared, and Pearson correlation coefficient which statistical significance was set at $p < 0.05$. One hundred and twenty students in the academic year 2021 between the ages of 18 and 23 years filled out the questionnaires (Female =83.33%: male =14.17%: lesbian, gay, bisexual, and transgender [LGBT] =2.50%). All of them completed the demographic questionnaire, 2Q, and SPST-20 while 82 participants completed 9Q. The prevalence of depression was 35.00% with major depressive- mild, Major Depressive- Moderate, Major Depressive- severe were 36.59%, 7.32%, and 7.32% respectively. The results also showed that 2.53 % of all students had mild- stress, 43.33 % had moderate stress, 37.50%, had high stress and 16.67 % of them had severe stress. Interestingly, the correlation between depression and stress was observed ($p < 0.001$, $r = 0.628$). Depression may be one of the most common mental health conditions among students of the School of Allied Health Sciences, University of Phayao. Screening, monitoring, and modifying the risk factors of depression may decrease depression prevalence and lead to effective learning. However, the current study is a relatively small sample size. Future studies with a large sample size are required to confirm these findings.

Keywords: Depression, Stress, Student

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยและนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกช่วงวัย หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลกระทบต่อคนรอบตัวบุคคลส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียนหนังสือ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) ได้สำรวจประชากรโลก ในปี 2017 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้จากข้อมูลพบว่าเกือบ 800,000 รายเสียชีวิตเนื่องจากการฆ่าตัวตายทุกปีโดยการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับสองมีมากขึ้นในช่วงอายุระหว่าง 15-29 ปี [1, 2] ในประเทศไทยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขระบุว่าปี พ.ศ. 2561 คนไทยมีภาวะซึมเศร้า 1.5 ล้านราย โดยทุก ๆ 2 ชั่วโมง จะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 1 รายและพบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 คิดเป็น 5.33 ต่อแสนประชากร [1] ปัญหาภาวะซึมเศร้า ส่วนหนึ่งเกิดจากความเครียดเรื้อรังและมีรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้รู้สึกว่ามี สุขภาพลดลง สิ้นหวัง ท้อแท้ รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้าย โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่เรียนในระดับอุดมศึกษาจะต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เมื่อนักศึกษาปรับตัวไม่ได้จึงเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็จะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้น ๆ หากมีการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสมอาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้ มีบางรายที่อาการอาจหายได้ด้วยการช่วยตัวเอง เช่น การข่มใจ เข้าวัดทำสมาธิ หรือรับการบำบัดจากพระและหมอดู เป็นต้น แต่ในรายที่มีอาการรุนแรงจะไม่ได้ผล ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายก่อนได้รับการรักษา [3, 4]

นักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นวัยที่ประสบปัญหาความเครียดที่หลากหลาย เช่น ปัญหาในการเรียน สอบได้คะแนนไม่เป็นตามที่หวัง ความกดดันของเวลา การปรับตัวทางสังคม ปัญหาเกี่ยวกับความรัก ปัญหาจากโรคระบาดไวรัสโคโรนา ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาทางสังคม ความคาดหวังจากครอบครัว และแนวโน้มที่พบได้มากในกลุ่มนักศึกษาที่มีการแข่งขันสูง ซึ่งปัญหาความเครียดเหล่านี้จะนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาโดยเฉพาะในนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือคณะสหเวชศาสตร์ จากการศึกษาที่ผ่านมา พัชรารัตน แก้วกันทะ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย

แห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 36.1 และนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด คือ คณะบริหารธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 27.7 และพบการรับรู้ต่อปัญหาของนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีจำนวนนักศึกษารับรู้มากที่สุด 5 อันดับแรกคือ ปัญหาความเครียด คิดเป็นร้อยละ 61.7 อันดับ 2 ปัญหาการเรียน คิดเป็นร้อยละ 57.4 อันดับ 3 ปัญหาเศรษฐกิจการเงินของครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 50.6 อันดับ 4 ปัญหาเรื่องความรัก คิดเป็นร้อยละ 49.4 และอันดับสุดท้ายอันดับ 5 ปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 36.7 [3] กรณีการ กัญจนสุวรรณ และคณะ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย จำนวน 172 ราย มีภาวะซึมเศร้า 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ มีปัญหาเกี่ยวกับแฟน มีปัญหาการนอนหลับ และมีปัญหาครอบครัว [1] สุกัญญา รักษ์ขจีกุล พบว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร เท่ากับร้อยละ 24.0 ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ความสัมพันธ์ทางครอบครัวไม่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี การไม่สามารถแก้ปัญหาาร่วมกันกับเพื่อนได้ การมีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และการมีโรคประจำตัว อุบัติการณ์การทำร้ายตนเองหรือการพยายามฆ่าตัวตายของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา พบว่ามีนิสิตของมหาวิทยาลัยนเรศวรที่เคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 6.4 และเป็นผู้ที่เคยทำร้ายตนเองมาก่อนร้อยละ 12.1 บริเวณที่เกิดเหตุของนิสิตที่พยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคือเป็นหอพัก สาเหตุของการทำร้ายตนเองมากที่สุดคือ การมีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด และปัญหาการเรียน [4]

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่งที่พบได้บ่อยในนิสิต นักศึกษา ซึ่งส่งผลทั้งด้านสุขภาพและการเรียนรู้อย่างไรก็ตามคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยายังขาดข้อมูลสุขภาพจิตของนิสิต เช่น ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนิสิตคณะสหเวชศาสตร์แต่ละชั้นปีทั้ง 2 สาขา คือ สาขากายภาพบำบัด และสาขาเทคนิคการแพทย์ โดยทั้ง 2 สาขาวิชามีปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น ความเครียดจากการเรียน การมีปัญหากับเพื่อน มีปัญหาในการปรับตัว มีปัญหาการเข้าสังคม มีปัญหากับคนรัก มีปัญหาเศรษฐกิจ และครอบครัว มีเหตุการณ์ชีวิตที่เรื้อรังซึ่งมีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หากมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นอาจจะนำไปสู่การเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายได้ [3]

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยา คณะสหเวชศาสตร์ การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้

ทราบถึงปัญหา ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของนิสิตว่าอยู่ในระดับใด ตลอดจนนำผลที่ได้ไปสู่การช่วยเหลือสนับสนุน และส่งเสริมกิจกรรมให้นิสิตรวมทันทหาแนวทางในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างสุขภาพจิตของนักศึกษาอันนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีส่งผลต่อการใช้ชีวิตและการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความเครียดของนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

สมมติฐาน

1. นิสิตคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยามีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าร้อยละ 20
2. ความเครียดของนิสิตคณะสหเวชศาสตร์เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการป้องกันและลดอัตราความเสียหายภาวะซึมเศร้าของนิสิตคณะสหเวชศาสตร์

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้จัดทำได้ทำการศึกษาและรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประกอบภาคนิพนธ์ โดยได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมาย

1.2 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

1.3 ประเภทของโรคซึมเศร้า

1.4 อาการและอาการแสดง

1.5 การคัดกรอง

1.6 การรักษา

2. ความเครียด

2.1 ความหมาย

2.2 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

2.3 อาการและอาการแสดง

2.4 วิธีจัดการความเครียด

2.5 สารสื่อประสาทในความเครียด

3. โครงสร้างการทำงานของสมองกับภาวะซึมเศร้า

4. คลื่นสมองกับภาวะซึมเศร้า

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะซึมเศร้า

1.1 ความหมาย

อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย (2553) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย [5]

ดวงใจ กษานติกุล (2542) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) คือ อารมณ์เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก มีอาการนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน โดยแสดงออกทางอาการทางกาย พฤติกรรม คำพูดและความคิดกังวล [6]

ชนิดา พลอยเลื่อมแสง (2548) ได้สรุปว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่มีอารมณ์สุข รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจ หดหู่ เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีผลกระทบในด้านสังคมทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบซึม ส่งผลต่อการเรียนและการทำงาน [7]

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ของบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ความรู้สึกและการเข้าสังคม โดยมีลักษณะของอารมณ์เศร้า หดหู่ เบื่อหน่ายอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย รู้สึกไร้ค่า ลึ้นหวัง ขาดเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร อ่อนเพลียง่าย นอนไม่หลับ ขาดความสนใจในตนเอง สิ่งแวดล้อม และมีความคิดฆ่าตัวตายได้

1.2 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ดังนี้ [8]

1.2.1 ทางด้านชีวภาพ

ทางด้านชีวภาพพบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในกรณีของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงในญาติสายตรงร้อยละ 7 [9] ในครอบครัวที่มีผู้เป็นโรคซึมเศร้าคนในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2.8 เท่า อย่างไรก็ตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของคนในครอบครัวยังขึ้นกับปัจจัยเหตุด้านอื่น ๆ อีกหลายด้านที่จะทำให้เกิดการภาวะเศร้า

ความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารสื่อประสาทในสมองพบว่า Catecholamine และ Serotonin มีปริมาณลดลง ซึ่งเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายที่มีการแพร่กระจายสารสื่อประสาทเหล่านี้ไปยังส่วนอื่น หรือมีการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อนถูกดูดซึมกลับ ระดับ Serotonin ในสมองมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสงบ เยือกเย็น ลดภาวะวิตกกังวล ภาวะสมดุลของระดับ Serotonin มีผลต่ออารมณ์ของบุคคลในเชิงบวก เมื่อ Serotonin ลดลงอารมณ์ในเชิงบวกจึงลดลงด้วย และพบว่าในบางรายมีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยพบว่าการหลั่ง Cortisol เพิ่มขึ้น

การหลั่ง Luteinizing Hormone ลดลง และพบความผิดปกติของการหลั่ง Vasopressin และ Calcitonin ซึ่งทั้งหมดมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า [10]

1.2.2 ทางด้านจิตใจ

มีปัจจัยเหตุด้านจิตใจที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าดังนี้

1. กระบวนการของความคิดจะมีกระบวนการความคิดที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือสิ่งต่าง ๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือมุ่งพิจารณาในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางบวกโดยคิดว่าตนเองด้อยค่าหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว มักจะตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางไม่ดีและอนาคตไม่มีความหวัง [8] ดังที่เบค รัช ซอร์และเอมเมอริ ได้กล่าวถึงลักษณะความคิดในทางลบ (Negative Triad) ของผู้มีภาวะซึมเศร้าดังนี้

1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองในทางลบ (Egative View of Self) ตัวอย่างความคิด เช่น “ฉันเป็นคนไม่มีความสามารถ” “ฉันเป็นคนต่ำต้อย” “ฉันเป็นคนล้มเหลว” เป็นต้น

1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองโลกของตนเองในทางลบ (Negative View of World) เขาจะมองว่าโลกมีส่วนทำให้เกิดสิ่งต่างๆ ในทางลบต่อชีวิตของเขา ตัวอย่างความคิด เช่น “โลกมีแต่ความยุ่งยาก” “โลกไม่ยุติธรรม” “โลกสาปแช่งฉัน ” “โลกนี้เป็นโลกของคนรวยเท่านั้น” เป็นต้น

1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองอนาคตของตนเองในทางลบ (Negative View of Future) เขาจะคาดการณ์ว่าในอนาคตมีแต่ความยุ่งยาก ตัวอย่างความคิด เช่น “อนาคตของฉันมันช่างมืดมนเหลือเกิน” “มองไปข้างหน้าฉันมองไม่เห็นว่าจะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นในชีวิตฉันได้เลย” เป็นต้น [11]

2. ปัญหาความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล คือ อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาพ การเปลี่ยนผ่านบทบาทและความบกพร่องทางด้านสัมพันธ์ภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย โดยปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาทมีระดับความสัมพันธ์สูงสุด

3. ความเครียดเป็นอีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตัวเองกับการเกิดโรคซึมเศร้า เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว ได้แก่ การอับจนหนทาง/สับสนในชีวิต การที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง การถูกลวงลามาทางเพศเล็กกับคนรัก/สามี/ภรรยา เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รักสามี/

ภรรยา การเสียชีวิตจากการพ่นน้ อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ด้วยตัวแปรเชิงซ้อนพบว่า เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิด มีความหนักแน่นของความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น คือ ปัจจัยการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก/สามี/ภรรยา และเสียชีวิตจากการพ่นน้ สำหรับเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตัวเองที่มีความหนักแน่นของความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น คือ การที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและได้รับอุบัติเหตุรุนแรง (การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Case-Control Study, Hospital-Based เฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่งในแต่ละภาค อายุ 18 ถึง 59 ปี จำนวน 339 ราย) [8]

1.3 ประเภทของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีหลายชนิดและเรียกชื่อต่าง ๆ กันไป

1.3.1 เมลางโคลิก ดีเพรสชั่น (Melancholic Depression) หมายถึง สภาวะของอารมณ์ซึมเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเสียความสนใจและความพึงพอใจในกิจกรรมทุกอย่างหรือเกือบทุกอย่าง และอาการจะไม่ดีขึ้นแม้เพียงชั่วคราวที่มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งเราเรียกว่าเป็นสภาวะไร้อารมณ์โดยสิ้นเชิง (Anhedonia) คือเป็นสภาวะที่ไม่สามารถมีอารมณ์พึงพอใจได้เลย เพราะแม้แต่ในคนที่ เป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงก็ยังคงมีความรู้สึกเบิกบานชั่วคราวได้

1.3.2 โรคจิตอารมณ์ซึมเศร้า (Psychotic Depression) ซึ่งสภาวะนี้จะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการหลงผิด หูแว่ว ซึ่งมักจะเกิดรวมกันไปกับอารมณ์โศกเศร้าด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจจะมีอาการหลงผิดว่าได้ทำบาปอย่างมากจนให้อภัยตนเองไม่ได้

1.3.3 โรคซึมเศร้านอกแบบ (Atypical Depression) ซึ่งพบได้ไม่น้อยโดยมีอาการแสดงออกตรงข้ามกับโรคซึมเศร้าทั่ว ๆ ไป เช่น คนอารมณ์ซึมเศร้าปกติจะนอนหรือน้อยกว่าปกติ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกแบบนี้จะนอนมาก กินมาก และน้ำหนักขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการร่วมเหล่านี้เรียกว่าอาการทางกายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ลักษณะของโรคซึมเศร้านอกแบบนี้พบว่ามักจะมีอาการเรื้อรังมากกว่าที่จะเป็นแบบครั้งคราว และมักจะมีอาการเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น ผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการเหมือนคนไม่มีชีวิตชีวา ไม่สนใจกิจกรรมทุกอย่าง และจะรู้สึกอ่อนไหวอย่างรุนแรงต่อการถูกปฏิเสธ โดยเฉพาะเรื่องอกหักหรือผิดหวังจากสิ่งที่คาดหวังไว้

1.3.4 โรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดอ่อนแต่เรื้อรัง (Dysthymia) หรือโรคดิสโทเมีย ซึ่งจะมีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 ปี ผู้ป่วยโรคนี้มีอาการไม่รุนแรง

เท่ากับคนเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง แต่จะเกิดนานเรื้อรังจนผู้ป่วยไม่เคยรู้สึกว่ามันสบายดีจริง ๆ อาการของโรคนี้เหมือนกับคนมีไข้ต่ำ ๆ ซึ่งไม่สามารถขจัดให้หายไป ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถหยุดคิดกังวลเกี่ยวกับเรื่องปัญหาในการทำงานหรือปัญหาในบ้านได้ ซึ่งทำให้เขารู้สึกไม่มีความสุขอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจะทุ่มเทกำลังทั้งหมดไปกับการทำงาน จนไม่เหลือแรงไว้สำหรับพักผ่อนหรือกิจกรรมภายในครอบครัว จนทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ชีวิตและหากว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดอ่อนไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มพัฒนาอาการของโรคจนเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงต่อไปได้ เรียกว่าโรคซึมเศร้าซ้ำซ้อน (Double Depression) ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง โดยทั่วไปโรคซึมเศร้าซ้ำซ้อนนี้จะรุนแรงกว่าและรักษายากกว่า และผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบมากกว่าหรือไม่หายขาด

1.3.5 โรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดมีอารมณ์แปรปรวน (Bipolar Disorder) กล่าวคือผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีก็ก้าวร้าวร่วมกับอาการซึมเศร้าตามปกติ โดยอาการของโรคจะแบ่งออกเป็นระยะกำเริบโดยพบว่าบางระยะจะมีอาการอารมณ์ขึ้นหรือดีก็ดกอย่างมาก และบางระยะจะมีอารมณ์ลงหรือซึมเศร้าอย่างหนัก ระยะเวลาอารมณ์ขึ้นหรือดีก็ดกจะเป็นอยู่นานประมาณ 1-3 เดือนติดต่อกัน และระยะอารมณ์ลงหรือซึมเศร้าจะเป็นอยู่นาน 6-9 เดือน โดยจะมีระยะปกติหรือเกือบปกติคั่นกลางอยู่ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคนี้อาจมีลักษณะที่เรียกว่าอารมณ์ขึ้นลงเร็วมาก คือ มีระยะของอารมณ์ขึ้นและลงมากกว่า 4 ครั้งต่อปี ในระยะอารมณ์ขึ้นหรือดีก็ดกจะมีอารมณ์ดังต่อไปนี้ 1. มีพลังเพิ่มขึ้นมาก 2. ไม่นอนและไม่รู้สึกว่าการนอนผู้ป่วยอาจจะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ 3. ชอบทำอะไรที่เสี่ยงบ้าปิ่นมุกสุขภาพความยับยั้งชั่งใจ 4. เชื่อมั่นในความสามารถและอำนาจของตนเองโดยที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง 5. พฤติกรรมการพูด พลังทางร่างกาย กิจกรรมทางสังคมหรือแรงขับทางเพศจะเพิ่มขึ้นมาก 6. อารมณ์ขึ้นสุด ๆ ทั้งด้านอารมณ์ดี กระวนกระวาย อารมณ์ร้าย และเปลี่ยนแปลงเร็ว 7. มีพฤติกรรมน่ากลัว กวน โมโห ก้าวร้าวต่อผู้อื่น 8. มักจะใช้ยาเสพติด เช่น โคเคน เฮล้า และยานอนหลับ

ทั้งนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอารมณ์ขึ้นนั้นมักจะมีพฤติกรรมในลักษณะอันตรายต่อตนเองซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการทำงานปัญหากับเพื่อนและครอบครัว คนที่เป็นโรคนี้มีแนวโน้มที่จะมองข้ามผลที่จะก่อให้เกิดความเจ็บปวด และอันตรายจากพฤติกรรมของตน เช่น อาจจะทำอันตรายจำนวนมหาศาล ตัดสินใจผิดพลาดทางธุรกิจ อาจมีปัญหาจากพฤติกรรมล้าส่อนทางเพศหรือแม้แต่ทำผิดกฎหมายจนลงเอยด้วยการติดคุก

ในประเทศไทยมีผู้ที่มีอารมณ์แปรปรวนมากพอสมควร ส่วนมากพบได้ในบุคคลที่มีฐานะดีและคนที่มักจะคิดมากทั้งชายและหญิงมีสิทธิ์เป็นได้เท่า ๆ กัน

1.3.6 โรคอารมณ์ซึมเศร้าตามฤดูกาลหรือเอสเอดี (Seasonal Affective Disorder) ซึ่งมักจะเกิดตามฤดูกาลไม่ค่อยพบในประเทศไทย อาการจะเกิดเมื่อมีอากาศครึ้มหรือในช่วงที่มีแสงแดดอ่อนในต่างประเทศมักจะเกิดในช่วงหน้าหนาวระยะเวลาเกิดอาการนานประมาณ 5 เดือน นอกจากนั้นอาการทั่วไปมีลักษณะเหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่าย และไม่อยากเข้าสังคมอาการอื่น ๆ อาจมีปะปนบ้าง เช่น นอนไม่หลับหรือหลับมากผิดปกติจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้ บางคนอาจมีความต้องการอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากจนทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มสูงขึ้น

สำหรับเหตุผลที่อธิบายว่าเหตุใดโรคซึมเศร้าจึงเพิ่มมากขึ้นและมีหลายประเภท นั้นเป็นเพราะสภาพสังคมปัจจุบันมีความแปรปรวน ทั้งสภาพ เศรษฐกิจ สังคม มีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อีกทั้งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลแวดล้อม นั่นคือไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยคนเดียว แต่ผู้คนแวดล้อมก็อาจจะมีอาการทางจิตตามไปด้วย ยิ่งไปกว่านั้นหากผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายก็ยิ่งส่งผลกระทบต่อในวงกว้างมากยิ่งขึ้น

สภาพสังคมที่เน้นความเป็นส่วนตัว ตัวใครตัวมัน พยายามตัดความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ทั้งครอบครัว เพื่อนฝูง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียว ขาดคนปรึกษาพูดคุย ยามมีปัญหาผู้ป่วยก็ไม่คิดว่าตัวเองมีอาการทางจิต เก็บงำปัญหาไว้ และคิดว่าตนเองสามารถฟันฝ่ามันไปได้ แต่เมื่อปัญหาทับถม ก็จะส่งผลถึงปัญหาอื่น ๆ ตามมาด้วย เป็นลักษณะการเชื่อมโยงปัญหาแบบวนกลับเข้าตัวเอง เช่น ผู้ที่มีปัญหาการทำงาน พอกังวลเรื่องงาน และแก้ไขปัญหาไม่ได้ ก็จะทำให้มีปัญหาเรื่องเงินค่าใช้จ่าย เมื่อแก้ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายไม่ได้ก็อาจจะยืมเงินเพื่อนหรือคนใกล้ชิด แต่เมื่อครบกำหนดคืนเงินกลับไม่มีเงินคืน ความเครียดก็ยิ่งสะสม ไม่กล้าพบเพื่อนหรือเจรจาผัดผ่อน ทำให้มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในที่สุด จนผู้ป่วยต้องเก็บตัวเองหวาดระแวงไม่กล้าออกสังคม ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่มีผลมาจากรูปแบบการใช้ชีวิตของคนรุ่นใหม่ ที่เชื่อมั่นในตนเองว่ามีศักยภาพเพียงพอในการแก้ไขปัญหาทุกอย่าง [12]

1.4 อาการและอาการแสดง

ในปัจจุบันสามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรกระบบใดระบบหนึ่งจาก 2 ระบบ คือ ระบบ ICD (International Classification of Diseases and Health Related Problems) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric

Association) เกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองระบบในปัจจุบันพัฒนาจนเกณฑ์การวินิจฉัยใกล้เคียงกันมาก คือ ICD-10 และ DSM-IV-TR ซึ่งปัจจุบันเป็น DSM-5

1.4.1 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR และ DSM-5 ประกอบด้วย

อาการหลัก มี 2 อาการ ประกอบด้วย

1. อารมณ์เศร้า (Depressed Mood) โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกความรู้สึกนี้ด้วยตนเอง เช่น ฉันรู้สึกเศร้าหรือรู้สึกอ้างว้างหรือเป็นอาการที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เช่น สังเกตพบว่าพนักนี้ผู้ป่วยร้องไห้บ่อยมาก ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กหรือวัยรุ่นอาการในข้อนี้อาจจะเป็นเพียงอารมณ์หงุดหงิดก็ได้ อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ทางลบเกิดขึ้นง่ายไวต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิต เกิดต่อเนื่องปรับตัวได้ยาก

2. ความสนใจใฝ่ดีและความรู้สึกดีใจสนุกสนานลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม (Loss of Interest or Pleasure, Anhedonia) อาการเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน โดยผู้ป่วยเป็นผู้บอกอาการนี้ด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ ความสนใจใฝ่ดีและมีความสุขสนุกสนานเป็นอารมณ์ทางบวกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะหายไป

อาการร่วม มี 7 อาการประกอบด้วย

1. น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการตั้งใจจะลดน้ำหนักหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงนั้นต้องมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน อาการในข้อนี้อาจจะเป็นอาการความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นก็ได้โดยเป็นเกือบทุกวัน ในผู้ป่วยเด็กอาจจะเป็นน้ำหนักตัวไม่เพิ่มตามวัยหรือตามที่คาดว่าจะต้องเพิ่มขึ้น

2. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปเกือบทุกวัน

3. จิตใจและการเคลื่อนไหว (Psychomotor) กระสับกระส่าย (Agitation) หรือเชื่องช้า (Retardation) โดยเป็นเกือบทุกวัน บุคคลอื่นจะต้องสังเกตเห็นได้ด้วยมิใช่เพียงแต่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวหรือทำอะไรช้าลงเท่านั้น

4. อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง (Loss of Energy) โดยเป็นเกือบทุกวัน

5. รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (Worthlessness) หรือรู้สึกผิด (Guilt) อย่างมากหรือรู้สึกผิดทั้งที่ไม่สมควรจะต้องรู้สึกอย่างนั้น (Inappropriate Guilt) ซึ่งอาจจะรุนแรงถึงขั้นหลงผิดก็ได้โดยเป็นเกือบทุกวันอาการในข้อนี้จะต้องไม่ใช่เพียงการตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดที่ตนเองป่วยเท่านั้น

6. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิ (Concentration) ลดลงหรือไม่สามารถตัดสินใจโดยเป็นเกือบทุกวัน ผู้ป่วยเป็นผู้บอกอาการนี้ด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นสังเกตเห็นได้

7. มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความตาย แต่ไม่ใช่เป็นเพียงอาการกลัวตายเท่านั้น อาจจะเป็นความคิดวนเวียนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยยังไม่มีแผนการที่เฉพาะ หรือมีการพยายามฆ่าตัวตายหรือมีการวางแผนการอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อให้การฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 5 อาการโดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 1 ข้อในอาการหลักอาการไม่สบายนี้จะต้องเป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์

1.4.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD-10 ประกอบด้วย

อาการหลัก มี 3 อาการ ประกอบด้วย

1. อารมณ์เศร้า (Depressed Mood) โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์
2. ความสนใจใฝ่ดีและความรู้สึกดีใจสนุกสนานลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม (Loss of Interest or Pleasure, Anhedonia) อาการเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวัน และเป็นเกือบทุกวัน
3. อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง (Loss of Energy) โดยเป็นเกือบทุกวัน

อาการรวม มี 7 อาการ ประกอบด้วย

1. ความมั่นใจลดลงหรือรู้สึกผิดมากเกินไป
2. โทษตัวเองอย่างไม่มีเหตุผลสมควรหรือรู้สึกผิดมากเกินไป
3. มีความคิดเรื่องความตาย การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย
4. สมาธิ (Concentrate) ลดลงหรือไม่สามารถตัดสินใจได้
5. จิตใจและการเคลื่อนไหว (Psychomotor) กระสับกระส่าย (Agitation) หรือเชื่องช้า (Retardation)

6. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปเกือบทุกวัน

7. ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยเป็นเกือบทุกวัน

อาการทางกาย มี 8 อาการ ประกอบด้วย

1. เบื่อหน่าย ไม่สนุกสนานในกิจกรรมอย่างที่เคยเป็น
2. ไร้อารมณ์ตอบสนองต่อกิจกรรมและสิ่งรอบข้างอย่างที่เคยเป็น
3. ตื่นเช้ากว่าที่เคยเป็นอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
4. อาการซึมเศร้าเป็นมากในช่วงเช้า
5. เคลื่อนไหวช้าหรือกระสับกระส่ายจนคนอื่นเห็นได้
6. ความอยากอาหารลดลงมาก
7. น้ำหนักตัวลดลง \geq ร้อยละ 5 ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

8. ความต้องการทางเพศลดลง

ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 4 อาการโดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 2 ข้อในอาการหลักอาการไม่สบายนี้จะต้องเป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ แบ่งระดับความรุนแรงเป็น

ระดับเล็กน้อย (Mild Depressive Episode) ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการโดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 2 ข้อในอาการหลัก

ระดับปานกลาง (Moderate Depressive Episode) ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 6 อาการโดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 2 ข้อในอาการหลัก

ระดับรุนแรง (Severe Depressive Episode) ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 8 อาการโดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการทั้ง 3 ข้อของอาการหลัก [13]

1.5 การคัดกรอง

ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบสอบถามผู้ตอบจะต้องตอบว่ามีอาการแต่ละข้อบ่อยแค่ไหนในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อกำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยค่าคะแนน

0 หมายถึง ไม่มีอาการในข้อนั้นเลย

1 หมายถึง มีอาการนาน ๆ ครั้ง

2 หมายถึง มีอาการบ่อยครั้งหรือครั้งหนึ่งของสองสัปดาห์

3 หมายถึง มีอาการแทบทุกวัน

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อเข้าด้วยกันคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 ถึง 27 ถ้าได้คะแนน 0-4 แสดงว่าไม่มีอาการเศร้าคะแนน 5-9 หมายถึง เศร้าเล็กน้อย 10-14 เศร้าปานกลาง 15-19 เศร้ารุนแรงปานกลาง (Moderately Severe) 20-27 เศร้ารุนแรงมาก [13]

1.6 การรักษา

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลายแบบ ได้แก่ การบำบัดรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า การบำบัดด้วยแสง กลุ่มจิตบำบัดต่าง ๆ เป็นต้น

1.6.1 การบำบัดด้วยยา

การรักษาด้วยยาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในยุคแรก ๆ เป็นยาในกลุ่ม Tricyclic ในช่วงเดียวกันได้มีการนำเอายาในกลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitors มาใช้ในระยะเวลาหลังได้มีการสังเคราะห์ยาใหม่อีกหลายกลุ่มทำให้ฤทธิ์ข้างเคียงลดลงกว่ายาในกลุ่มเดิม โดยยาด้านเศร้าแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ดังนี้

1. กลุ่ม Tricyclic

ยากลุ่มนี้เช่น Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine และ Doxepin ยากลุ่มนี้จะดูดซึมได้ดีทางระบบทางเดินอาหาร ระดับของยาจะสูงสุดภายใน 1-6 ชั่วโมง ที่ใช้มากในเมืองไทย เช่น Amitriptyline ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้จะไม่ได้ออกฤทธิ์กับชนิดของยาเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อายุ ภาวะทางร่างกาย โรคทางร่างกาย ยาชนิดอื่นที่ใช้ร่วมกับยาด้านเศร้า เป็นต้น ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ เช่น ง่วงซึม ในผู้สูงอายุอาจเกิดอาการวิงเวียน เคนเซ ตาพร่ามัว ท้องผูก เหงื่อออกน้อย คอแห้ง ปัสสาวะไม่ออก ท้องอืด และหัวใจเต้นเร็ว โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้ยา Amitriptyline อาการเหล่านี้เรียกว่า Anti-Cholinergic Effects ส่วนใหญ่อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นในสัปดาห์หลัง ๆ ฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจจะเกิดอาการ Postural Hypotension ในผู้สูงอายุควรแนะนำให้หนึ่งชั้บแขนขาจนประมาณ 1 นาที หลังจากนั้นลุกขึ้นยืนช้า ๆ จึงค่อยเดินนอกจากนั้นอาจมีอาการมือสั่น น้ำหนักเพิ่มได้

2. กลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOIs)

ยาในกลุ่มนี้ เช่น Isocarboxazid (Marplan), Phenelzine (Nardil), Tranylcypromine (Parnate) ยาในกลุ่มนี้ไม่ได้รับการพิจารณาให้เป็นยาหลักที่แพทย์จะใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้ามาระยะหนึ่งแล้ว เนื่องจากมีการพัฒนายากลุ่มใหม่ที่ดีและปลอดภัยกว่า ยาในกลุ่มนี้จะเป็นเอ็นไซม์ที่ช่วยย่อยสลายสารสื่อประสาทให้แตกตัว คือ Epinephrine, Norepinephrine, 5-HT และ Dopamine การยับยั้งการทำงานของ MAO จะทำให้เพิ่มความเข้มข้นของสารสื่อประสาทและยับยั้งการสลายของสารสื่อประสาทในกลุ่ม Monoamine ฤทธิ์ข้างเคียงของยาจะคล้าย ๆ กับยาด้านเศร้าตัวอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าหรืออาจมีความดันโลหิตสูงบ้างไม่มากนัก ข้อแนะนำในการใช้ยากลุ่มนี้ คือ จะต้องไม่รับประทานอาหารที่เป็นของหมักดอง เนื่องจากกระบวนการหมักดองทำให้เกิด Tyramine สูง โดย Tyramine จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปล่อย Norepinephrine จากแหล่งที่เก็บมากขึ้น และจะทำให้เพิ่มความดันโลหิตซึ่งก็จะเป็นการต้านฤทธิ์กับยากลุ่มนี้ ฤทธิ์ข้างเคียงอื่นๆ ของยา เช่น ง่วงซึม ปวดศีรษะ อ่อนล้า มีนงงท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง คอแห้ง

3. กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)

ยาในกลุ่มนี้ เช่น Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline และ Citalopram ยากลุ่มนี้ดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร ระดับยาจะสูงสุดประมาณ 4-8 ชั่วโมง ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ไปยับยั้งการดูดซึมย้อนกลับ (Reuptake) ของ Serotonin ทำให้ Serotonin เพิ่มขึ้น ทั้งบริเวณ Synaptic cleft และบริเวณ Cell Body ยาในกลุ่มนี้มีข้อเด่น คือ มีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ ใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัยในผู้สูงอายุหรือมีโรคทางกาย ไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากเหมือนยาในกลุ่ม

Tricyclic อาการข้างเคียงอาจพบอาการปวดศีรษะในช่วงแรกที่ใช้ยา นอกจากนี้อาจมีอาการมือสั่นหรือกระวนกระวายอาจมีอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ในบางรายมีท้องเสีย ซึ่งพบได้มากในช่วงแรกๆ ของการรักษา นอกจากนี้ยังอาจมีความต้องการทางเพศลดลง โดยอาการข้างเคียงเหล่านี้จะค่อย ๆ ดีขึ้นในสัปดาห์ต่อ ๆ มา สามารถพบอาการข้างเคียง เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย เหงื่อแตก สะบัดร้อนสะบัดหนาว อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย สับสน สัมผัสพบได้ในผู้ที่ได้รับยากลุ่มนี้มานานหรืออาจมีอาการมึนงงหรือเวียนศีรษะ ไม่ยินดีกินร่าย ความคิดไม่แล่น

4. กลุ่ม New Generation

ตัวอย่างของยากลุ่มนี้ เช่น Mianserin (Tolvon) และ Trazodone (Desiral) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อทั้งระบบ Serotonin และ Noradrenaline ใช้รักษาโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีปัญหาการนอนฤทธิ์ข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) ฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย คือ ง่วงซึม ปวดศีรษะ และอ่อนเพลีย

4.1 Tianeptine (Stablon) ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการดูดซึมกลับของ Serotonin (Serotonin Reuptake Enhancer [SRE]) กลไกการออกฤทธิ์จึงแตกต่างจากยาต้านเศร้าตัวอื่นๆ ยาตัวนี้จะใช้ในโรคซึมเศร้าที่มีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย ฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ปากแห้ง ท้องผูก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้

4.2 Bupropion (Quomem) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดซึมกลับของ Dopamine และ Serotonin มักใช้ในโรคซึมเศร้าแบบสองขั้ว (Bipolar Depression) เนื่องจากเชื่อว่าฤทธิ์กระตุ้นให้เกิด Mania ต่ำ ฤทธิ์ข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ มือสั่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ และเหงื่อออก

4.3 Venlafaxine (Efexox-XR) ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมกลับของ Serotonin และ Norepinephrine (Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibition [SNRI]) ฤทธิ์ข้างเคียงคล้ายกับยาในกลุ่ม SSRI

4.4 ส่วน Montazapine (Remeron) ออกฤทธิ์ต่อทั้งระบบ Serotonin และ Noradrenaline การตอบสนองของออกฤทธิ์ต่อการรักษาอาจจะเร็วกว่ายาในกลุ่ม SSRI เนื่องจากยาออกฤทธิ์ต่อทั้งสองระบบผลข้างเคียง เช่น ปากแห้ง ง่วงซึม เจริญอาหาร และน้ำหนักเพิ่มในการดูแลผู้เข้ายาด้านเศรษามีข้อควรพิจารณาดังนี้

1. ยาแก้ซึมเศร้าไม่ได้ออกฤทธิ์ในการรักษาอารมณ์เศร้าทันทีที่หลังให้ยาภายใน 2-3 แรก ผู้รับการรักษาจะรู้สึกดีขึ้นจากผลด้านอื่นๆ ของยา เช่น พักหลับได้ดีขึ้น อาการเบื่ออาหารลดลง ความวิตกกังวลลดลง เป็นต้น หลังจากนั้น 1-2 สัปดาห์อารมณ์จะดีขึ้น จิตใจจะสดชื่น

แจ่มใสขึ้นสำหรับบางคนอาจต้องใช้เวลาถึง 8 สัปดาห์กว่ายาจะออกฤทธิ์เต็มที่ ดังนั้นในการรักษาอาการซึมเศร้าไม่ควรคาดหวังให้เห็นผลในทันทีทันใด และหลังจากอาการซึมเศร้าดีขึ้น ยังคงต้องรับประทานยาต่อเนื่องต่อไปอีกระยะหนึ่งเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่อเนื่องอีกประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี แพทย์จึงจะลดยาลงจนให้หยุดยาในที่สุด

2. การให้ความรู้แก่ผู้มีภาวะซึมเศร้าในด้านอาการข้างเคียงของยาที่อาจมีและการปฏิบัติตน เช่น ไม่ควรขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร อาจมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ซึ่งในระยะหลังอาการข้างเคียงนี้จะลดลง ควรให้ความมั่นใจกับผู้มีภาวะซึมเศร้าว่าอาการจะดีขึ้น แต่จะค่อยๆ เป็นไปจะทำให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า

ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง อาจจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า โดยการรักษาด้วยไฟฟ้า มีผลต่อ Monoamine Metabolism โดยไปลดปริมาณของ Postsynaptic Beta-Adrenergic Receptors และเพิ่มปริมาณของ Serotonergic และ Alpha Adrenergic Receptors ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเชื่อว่าทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น แต่ทั้งนี้การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงควรให้การรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตใจต่อหลังจากผู้ป่วยอาการซึมเศร้าดีขึ้น

1.6.3 การบำบัดทางจิตสังคม

การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการรักษาที่สำคัญในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะนอกจากจะพบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมีปัจจัยเหตุทางด้านร่างกายแล้ว ยังพบว่ามีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีปัจจัยเหตุอีกหลายประการทางด้านจิตสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย ตัวอย่างเช่น การออกกำลังกาย การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลดังนี้

1. การออกกำลังกาย

การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ สถาบันสุขภาพและการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004) ได้แนะนำให้ออกกำลังกายภายใต้การกำกับดูแลจากผู้บำบัดมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ระยะเวลา ครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ต่อเนื่องเป็นเวลา 10-12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานทางวิชาการ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลอง (Systematic Review of Randomized Controlled Trial) ยังพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิค นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยความหนัก 60-80% ของ

อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคซึมเศร้า

2. การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) เป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้กำกับตนเอง นำตนเอง มองปัญหาในทางบวกและเลือกทางออกในการแก้ปัญหาด้วยความมีเหตุผล และพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ [8] สุณิสา ศรีโมอ่อน, อทิติยา พรชัยเกตุโอว ยอง และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2554) ได้ศึกษารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหาทั้งในแบบ Social Problem Solving Therapy (SPST) และ Problem Solving Therapy-Primary Care (PST-PC) มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและสามารถใช้ได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังและโรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย [14] นอกจากนี้ นราตรี ทองยู และคณะ ได้ทดลองใช้การบำบัด โดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มในกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 40-45 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ใช้เวลา 5 สัปดาห์ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 [15]

3. การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดที่อยู่บนแนวคิดทางปัญญา ซึ่งบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยลดหรือปรับแก้ปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ตามความเชื่อที่ว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล [8]

4. จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการเชื่อมโยงอาการของโรคซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านซึ่ง ได้แก่ 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลที่สำคัญ 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และ 4) การขาดสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น การแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลในประเด็นที่ผู้ป่วยซึมเศร้าเผชิญอยู่ ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น ใช้ระยะเวลาในการรักษาโดยเฉลี่ย 16 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะ

กลาง และระยะสิ้นสุด วิธีการของการรักษาอาศัยเทคนิคในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์การสื่อสาร การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้น การแสดงบทบาทสมมุติ การแก้ไขปัญหาและการวิเคราะห์ เพื่อตัดสินใจการมอบหมายงานหรือให้การบ้าน และการใช้ความสัมพันธ์ในการรักษา ผู้รักษาจะมีบทบาทในเชิงรุกและคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเป้าหมายและขอบเขตของการรักษา คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น ปรับปรุงและเพิ่มทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคม รวมทั้งมีรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยลดการแยกตัวจากสังคม และมีแหล่งสนับสนุนระดับประคองทางสังคมที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการของโรคซึมเศร้า [16] และได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทย จำนวน 90 คู่ อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยจับคู่จากเพศและอายุเดียวกัน พบว่าปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลคือ อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาพ การเปลี่ยนผ่านบทบาทและความบกพร่องทางด้านสัมพันธ์ภาพมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย โดยปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาทมีระดับความสัมพันธ์สูงสุด

5. การบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

การบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการเพื่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย เป็นโปรแกรมจำนวน 6 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด ครั้งที่ 2 การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ครั้งที่ 3 การฝึกการผ่อนคลาย ครั้งที่ 4 การให้จิตศึกษาครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และครั้งที่ 6 สรุปรวบรวมการบำบัดทั้งหมด ในแต่ละครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง จำนวนสมาชิกในกลุ่ม 6-8 คน [8] มีการศึกษาผลของการบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย โดย อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และคณะ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 40 ราย จากแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 ราย โดยจับคู่เพศ อายุ รายได้ และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการโดยพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมมาแล้ว ดำเนินการบำบัดสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาตามปกติโดยแพทย์ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของเบค ฉบับภาษาไทย (BDI-Thai Version) ผลการศึกษาพบว่าคะแนนซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับ 0.05 [17]

1.6.4 การรักษาด้วยแสง

การศึกษาการรักษาด้วยแสงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สรยุทธ วาลิกานนท์ (2549) ได้สรุปรายงานการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยพบว่า การให้แสงสว่างในขนาดและเวลาที่เหมาะสมจะสามารถเลื่อนวงจรการทำงานของร่างกายรอบ 24 ชั่วโมงให้เร็วขึ้นและมีผลต่อการแก้อาการซึมเศร้าได้ พบว่าการรักษาด้วยแสงในขนาด 5,000-10,000 ลักซ์ ครั้งละ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมงต่อวันในช่วงเช้า จะสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้า โดยมีอัตราการตอบสนองต่อการรักษาประมาณร้อยละ 60-70 ส่วนผลข้างเคียงนั้นพบว่าอาจเกิดอาการปวดศีรษะ ปัญหาทางตา และสายตาสั้นได้ แต่ผลข้างเคียงทั้งหมดเป็นเพียงชั่วคราวไม่รุนแรงและไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ซึ่งสรยุทธ วาลิกานนท์ ได้เสนอให้มีการวิจัย เรื่องประสิทธิภาพด้วยแสงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของไทยต่อไป ความรู้นี้อาจนำมาประยุกต์โดยให้ผู้ป่วยได้รับแสงในช่วงเวลาเช้าใกล้รุ่ง และจัดกิจกรรมในช่วงที่มีแสงจ้าวันละ 1 ชั่วโมง เช่น การออกกำลังกายหรือกิจกรรมสันทนาการกลางแจ้ง เป็นต้น [18]

1.6.5 การฝึกโยคะ

การฝึกโยคะเพื่อลดภาวะซึมเศร้า เป็นการฝึกโยคะตามโปรแกรมที่กำหนดคือฝึกโดยวิธีอาสนะโยคะ ทั้งหมด 20 ท่า โดยทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 4 ครั้งในแต่ละราย แล้วแจกคู่มือการฝึกโยคะ พร้อมวิดีโอการฝึกโยคะให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน จากการศึกษาของอัมพร กุลเวชกิจ และคณะ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าฝึกโยคะตามกำหนด มีความสุขเพิ่มขึ้น และมีอาการซึมเศร้ามลดลง [19]

1.6.6 การใช้กิจกรรมทางพุทธศาสนาและการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา

การใช้กิจกรรมทางพุทธศาสนาและการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า เป็นการประยุกต์ใช้กิจกรรมทางพุทธศาสนาร่วมกับการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาต่อเนื่อง 4 วัน 3 คืน ประกอบด้วย กิจกรรมย่อย 11 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 35 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมทั้ง 11 ครั้ง คือ

1. การรักษาศีลสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. การทำความเข้าใจกับความหมายของบุญและวิธีทำบุญตามหลักบุญกิริยาวัตถุ 10
3. การทำความเข้าใจความรักที่ประกอบด้วยต้นเหตุเป็นเหตุแห่งทุกข์ ความรักที่แท้คือเมตตาและการเจริญเมตตา
4. พุทธานุสสติ มรณานุสสติ การเจริญเมตตาภาวนาและการเจริญสติในทุกอิริยาบถ
5. การเจริญเมตตาภาวนาและการเจริญสติในทุกอิริยาบถ
6. การทำความเข้าใจความเชื่อเรื่องการเกิดใหม่ กระบวนการปฏิสนธิและภพภูมิ

7. การทำความเข้าใจในความรู้สึกต่อการสูญเสียทุกซ์และเหตุแห่งทุกซ์
8. การทำความเข้าใจในความรู้สึกต่อการสูญเสีย เหตุแห่งทุกซ์และทางดับทุกซ์
9. กรรม การให้ผลของกรรม การแก้กรรม
10. การแก้ปัญหาค้างคาใจ การดับทุกซ์ และการใช้ชีวิตเพื่อไม่ให้เกิดทุกซ์
11. การทำความเข้าใจว่าตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ความไม่ประมาท ความเมตตา

โดยมีการศึกษาผลของการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนาและการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 คน (อายุ 24-77 ปี) พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความเศร้าโศกลดลง หลังการเข้าร่วมกิจกรรมและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และเกิดการตระหนักถึงความมอกงามในชีวิตหลังการสูญเสียและคุณค่าของชีวิตในปัจจุบันเพิ่มขึ้น [8]

2. ความเครียด

2.1 ความหมาย

ความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศและทุกวัย ซึ่งความเครียดมีทั้งส่วนที่ดี และส่วนที่ไม่ดี โดยส่วนที่ดีคือเป็นตัวผลักดันให้บุคคลทำภารกิจนั้นให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่ในทางกลับกันความเครียดก็เป็นผลร้ายสำหรับผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวเองได้ เพราะความเครียดจะทำให้สภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนไป ซึ่งมีผู้นิยามความหมายเกี่ยวกับความเครียดไว้ในหลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

นันทวรรณ นารี (2533) ได้อธิบายว่า ความเครียดเป็นภาวะการณเตรียมตัวเพื่อเผชิญปัญหา เพื่อแก้ปัญหา เมื่อเกิดความเครียด พลังความเครียดชนิดหนึ่งถูกผลิตขึ้นมาเพื่อเพิ่มพลังงานให้เรานำไปใช้ในการแก้ปัญหา ถ้าเราใช้พลังงานชนิดนี้หมดไป ร่างกายก็อ่อนคลายสบายตัว แต่ความเครียดที่ก่อปัญหาเป็นความเครียดที่เกิดจากปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้น ความกังวลใจ ความวิตกกังวล ความไม่สบายใจในเรื่องราวที่เก็บไปคิด เป็นต้น พลังงานที่ร่างกายผลิตออกมาไม่มีโอกาสได้นำไปใช้ จึงอาจก่อให้เกิดโทษกับตนเองถึงกับเป็นโรคต่าง ๆ ได้ [20] ซึ่งสอดคล้องกับ ชูทิศย์ ปานปรีชา (2529 : 482) ได้อธิบายว่า ความเครียดเป็นภาวะจิตใจที่กำลังเผชิญกับปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะปัญหาในตัวคนหรือนอกตัวคน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นปัญหามาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจขาดสมดุล อันเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ [21] (สมเกียรติ วิสัยทอง, 2545 : 12) อันเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และเป็นความรู้สึกที่ไม่

สบายใจ ไม่พอใจ เสมือนกับจิตใจที่ถูกบีบบังคับให้บุคคลนั้นต้องเผชิญกับสิ่งเร้าทำให้เกิดความแปรปรวนทางร่างกายและจิตใจ [22]

วัชนี หัตถพรหม และคณะ (2546) ได้อธิบายความหมายเกี่ยวกับความเครียดไว้ว่า เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถที่เราจะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย [23]

ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคนจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าเราคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อยหรือแม้ว่าเราจะรู้สึกว่าปัญหานั้นร้ายแรง แต่ถ้าเราพอจะรับมือไหวเราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่แถมไม่ไหว และไม่มีใครช่วยเราได้เราก็จะเครียดมาก ความเครียดในระดับพอดี ๆ จะช่วยกระตุ้นให้เราพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เรา เอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น [24]

ภาสกร สอนเรือง (2550) ได้อธิบายความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ที่แสดงออกมาทางร่างกายเมื่อได้รับสิ่งเร้าหรือแรงกระตุ้น บางอย่างที่เป็นการบีบคั้นและไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ ทำให้ระบบของร่างกายและจิตใจทำงานผิดปกติไม่มีความสุข ทำให้มีความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ [25] มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อสามารถเผชิญกับสิ่งเร้าหรือแรงกระตุ้นนั้นในรูปแบบต่าง ๆ โดยเป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลแต่ละคนที่เกิดจากการรับรู้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์เดิมในอดีตประเมินออกมาเป็นระดับของความเครียดในระดับต่าง ๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งมีทั้งระดับความเครียดที่ก่อให้เกิดผลในทางที่ดี และระดับความเครียดที่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อภาวะสุขภาพและจิตใจ [26]

สรุปได้ว่าความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาของบุคคลที่เป็นผลมาจากลักษณะส่วนบุคคลและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับสิ่งเร้าหรือแรงกระตุ้นบางอย่างที่เป็นการบีบคั้นและไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ ทำให้ระบบของร่างกายและจิตใจทำงานผิดปกติไม่มีความสุข โดยบุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่ประเมินสถานการณ์นั่นเองว่า สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ได้หรือไม่ หากปรับตัวได้ก็จะไม่ส่งผลกระทบต่อตนเอง แต่หากปรับตัวไม่ได้ก็จะส่งผลร้ายต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ [24]

2.2 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

จำลอง ดิษยวณิช (2531) ได้สรุปสาเหตุของความเครียด โดยมีหลายประการดังนี้

1. ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน
2. ความเครียดที่เกิดจากจิตใจ เช่น คิดมากครุ่นคิดถึงปัญหาในอดีต กังวลเรื่องอนาคต เป็นต้น
3. ความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพอากาศ ความแออัด เสียงที่ดังเกินไป เป็นต้น
4. ความเครียดที่เกิดจากร่างกาย เช่น สุขภาพที่แย่ง การเจ็บป่วย และความพิการทางร่างกาย เป็นต้น [27]

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวว่ามูลเหตุของความเครียดอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือเกิดจากภาวะภายในร่างกายก็ได้

1. ความเครียดภายในร่างกาย (Internal Stress) ซึ่งเกิดได้จาก
 - 1.1 ความเครียดทางชีววิทยา (Biological Stress) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือทางชีวภาพเกี่ยวข้องกับสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น หากร่างกายได้รับอากาศ อาหารและน้ำ ไม่พอเพียงจะมีผลให้เกิดความรู้สึกรุนแรง หงุดหงิด ปวดศีรษะ ฉุนเฉียว เกิดเป็นความเครียดขึ้น
 - 1.2 ความเครียดทางพัฒนาการ (Developmental Stress) ในช่วงพัฒนาการแต่ ละวัยจะมีความเครียดเกิดขึ้นตามความต้องการของจิตใจ ซึ่งหากความต้องการไม่เป็นไปตาม ความคาดหวังที่ตนเองต้องการก็จะก่อให้เกิดความเครียด
2. ความเครียดจากภายนอก (External Stress) หรืออาจเรียกว่าความเครียดจากสิ่งแวดล้อมเกิดได้จากปัจจัยดังต่อไปนี้
 - 2.1 สภาพแวดล้อมภายนอกที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเจ็บป่วยแก่ร่างกาย และทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น ความร้อน ฝุ่นละออง เชื้อโรค โรคระบาด ภาวะน้ำท่วมหรือไฟไหม้ เป็นต้น
 - 2.2 ข้อเรียกร้องทางสังคมที่เกิดจากกฎระเบียบวัฒนธรรมประเพณีซึ่งหากบุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมย่อมทำให้เกิดความทุกข์ และเกิดความเครียดได้
 - 2.3 ความล้มเหลว เป็นภาวะของการถูกรบกวนต่อความพยายามที่จะทำสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเป้าหมายที่ต้องการ
 - 2.4 ความขัดแย้งที่เกิดจากการได้รับการควบคุมที่ซ้ำซ้อนของระบบจิตใจหากเป็นการควบคุมที่มีทิศทางที่สวนทางกันจะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บป่วยและสับสน

3. ประสบการณ์ชีวิตเป็นส่วนที่รวมเอาเหตุการณ์ต่าง ๆ ทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับบุคคลมีผลจากการเปลี่ยนแปลงช่วงของชีวิตหรือการตัดสินใจของชีวิต

4. งานที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น งานหนัก งานมาก งานที่ซ้ำซากและน่าเบื่อ

5. แรงกดดันทางสังคม เช่น เศรษฐกิจ หนี้สิน ค่านิยม ศีลธรรม ประเพณี ตำแหน่งหน้าที่การงาน เป็นต้น

6. สัมพันธภาพและพฤติกรรมบุคคลที่มีเพื่อนมากกับบุคคลที่เก็บตัวระดับความเครียดจะต่างกัน

7. สาเหตุของการเกิดความเครียดทางสรีระวิทยาหรือทางด้านกายภาพ ได้แก่ ความพิการทางร่างกาย ประสบการณ์ชีวิต การนอนหลับ โภชนาการ เชื้อโรคและโครงสร้างของกล้ามเนื้อ

เป็นต้น

8. สาเหตุทางด้านจิตวิทยา ถือเป็นสาเหตุที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดมากที่สุด การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุทางจิตวิทยาจะอธิบายถึงการเกิดความเครียดจากระบบจิตใจโดยใช้ตัวระบบตัวเอง

องค์ประกอบระบบตนเองจะเป็นความสามารถในการเปลี่ยนแปลงและจัดสร้างระบบโครงสร้างด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุลการทำงานของจิตใจ จะเริ่มขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้นแบ่งเป็น 2 แบบ คือเหตุการณ์ที่สามารถสัมผัสได้ด้วยประสาททั้ง 5 และ เหตุการณ์ที่ไม่อาจสัมผัสได้ด้วยประสาททั้ง 5 จากนั้นอวัยวะจะแปลงเป็นสัญญาณของคลื่นสมอง เป็นการเริ่มเข้าสู่กระบวนการทำงานของจิตใจอันซับซ้อนในตนเอง ได้แก่

1. ความรู้สึกและอารมณ์ คือ ความซับซ้อนในการรักษาสมดุลอารมณ์และความรู้สึกที่ได้จากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาทและระบบย่อยต่าง ๆ ของร่างกาย โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดคือความรู้สึกผิดและกังวล

2. สถานการณ์ คือ สถานะหนึ่งที่บุคคลประสบอยู่อันเป็นเงื่อนไขต่อระบบจิตใจที่ก่อให้เกิดความไม่พอใจหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายและผลเสียได้ [28]

สุรพล พะยอมแย้ม (2541) กล่าวว่าการทำงานเป็นเรื่องสำคัญประการหนึ่งของชีวิตมนุษย์ความรู้สึกที่มีต่อการทำงานของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันมีบุคคลจำนวนไม่น้อยที่มีความสุขเมื่ออยู่ในที่ทำงานที่ตนชอบ แต่ในทางกลับกันก็มีอีกหลาย ๆ บุคคลที่มีความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจเกิดความกังวลใจหรือหงุดหงิดเมื่อต้องเผชิญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในการทำงาน [29]

2.3 อาการและอาการแสดง

1. ผลต่อร่างกาย อาการทางร่างกายอาจจะสังเกตได้โดยการเต้นของชีพจรเบาและเร็ว การหายใจถี่ขึ้น หายใจสั้น กล้ามเนื้อตึงเครียดทั้งบริเวณต้นคอแขนขา บางคนอาจมีอาการ ผุดลุกผุดนั่ง นิ่งไม่ติดที่ ขบฟันบดกราม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

2. ผลต่อจิตใจ ขาดสมาธิตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ยากแม้ในเรื่องที่ง่ายหงุดหงิดมีความวิตกกังวลมีความกลัวโดยไร้เหตุผลขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

3. ผลต่อพฤติกรรม มีการรับประทานเพิ่มขึ้นหรือลดลง ในบางคนมีการใช้ยามากขึ้น มีการกระตุกของกล้ามเนื้อหรือมีอาการตาขยับ บางคนชอบดื่มนม กัดเล็บ กระที่บเท้า เรื่องการนอนอาจมากขึ้นหรือน้อยลง มีการตีหมอนหรือใช้ยาเสพติดมากขึ้น มีการก้าวร้าว [30]

2.4 วิธีจัดการความเครียด

1. การหายใจลึก ๆ เมื่อรู้สึกเครียด ผีกรการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก เมื่อหายใจเข้าหน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออกหน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะรู้ได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้องแล้วคอยสังเกตเวลาหายใจเข้าและหายใจออก หายใจเข้า ลึก ๆ และช้า ๆ กลั้นไว้ชั่วครู่แล้วจึงหายใจออก ลองฝึกเป็นประจำทุกวันจนสามารถทำได้โดยอัตโนมัติ การหายใจแบบนี้จะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่ง่วง พร้อมเสมอสำหรับภารกิจต่าง ๆ ในแต่ละวัน

2. การออกกำลังกาย เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดและดูเหมือนจะได้ผลดีมากที่สุดในการลดความเครียด การออกกำลังกายมีผลกระตุ้นระบบประสาทอิสระ และทำให้ร่างกายตื่นตัวจนเกินปกติภายหลังการออกกำลังกายภาวะของการตื่นตัวจะกลับสู่ความสมดุลตามปกติและทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสดชื่น

3. การนวด ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวกปวดต้นคอ และปวดหลัง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้เนื่องจากไปกระตุ้นการไหลเวียนเลือดทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง สบายตัว หายเครียด และลดอาการเจ็บปวดต่าง ๆ

4. การพักผ่อน ร่างกายก็เหมือนเครื่องยนต์ เมื่อใช้งานมากเกินไปจำเป็นต้องมีการหยุดพักบ้าง ควรหาเวลาหลีกเลี่ยงไปสักพักเมื่อเครียดหลังเลิกเรียน ทำอะไรก็ได้ที่ชอบเพื่อเป็นการพักผ่อนสมอง

5. การรับประทานอาหาร เมื่อคนเราเครียดหรือวิตกกังวลจำเป็นต้องรับประทาน อาหารหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีแคลเซียมและวิตามินบี อาหารที่ขาดสารจำเป็น บางอย่างก่อให้เกิดผลเสียต่อปฏิกิริยาต่อความเครียด

6. การลดความตึงเครียดทางจิตใจ เช่น การสร้างอารมณ์ขัน การคิดในทางบวก การดู ภาพยนตร์ การฟังเพลง การหัวเราะ

7. การทำสมาธิ เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน นั่งขัดสมาธิ หรือจะนั่งพับเพียบ กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูก หรือ ริมฝีปากบน ให้นึกว่า ขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก หายใจเข้าท้องพองหายใจออกท้องยุบ ขอเพียงจิตใจจดจ่ออยู่กับ ลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตก กังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีสติ มี เหตุมีผล และยังช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

8. การใช้เทคนิคความเงียบ เพื่อหยุดความคิดของตัวเองในเรื่องที่ทำให้เครียดจะช่วย สบายความวุ่นวายของจิตใจ ช่วยคลายเครียดได้โดยอัตโนมัติ [31]

2.5 สารสื่อประสาทในความเครียด

1. Norepinephrine or Noradrenaline เป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งที่มีความเกี่ยวพัน อย่างชัดเจนกับระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System : ANS) ควบคุมการ ทำงานของระบบซิมพาเทติกทั้งหมด โดยมีการตอบสนองที่ตรงข้ามกับอะซีทิลโคลิน มันทำงาน เมื่อร่างกายอยู่ในสถานการณ์กดดัน ภาวะคับขัน หรือมีอันตราย เช่น การเพิ่มอัตราการเต้น ของหัวใจและความดันโลหิต นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต่อกระบวนการสร้างการจดจำ แต่ ปริมาณของนอร์อิพิเนพรินที่มากเกินไปในภาวะปกติก็ทำให้เกิดอยู่ในความรู้สึกวิตก กังวลมากเกินไปได้ ขณะที่ความเครียดก็มีผลต่อการกักตุนนอร์อิพิเนพรินในปริมาณที่ลดลง ด้วย ดังนั้นเมื่อมีความเครียดสะสมมาก ๆ อาจจะตอบสนองต่อภาวะคับขันได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร เนื่องจากขาดสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพริน

2. Epinephrine or Adrenaline เป็นสารสื่อประสาทและฮอร์โมนที่มีปริมาณมากในเลือด อวัยวะส่วนปลายของร่างกาย และบางส่วนอยู่ในสมอง สารสื่อประสาทชนิดนี้มีความจำเป็นต่อ กระบวนการเมตาบอลิซึม ทำหน้าที่ควบคุมและตอบสนองต่อความเครียด อารมณ์ ความรู้สึก กลัว โกรธ วิตกกังวล หากระดับของอิพิเนพรินผิดปกติไป จะมีผลต่อการนอนหลับ ความกังวล อารมณ์ ความดัน และระดับของภูมิคุ้มกัน

3. Gamma Aminobutyric Acid (GABA)

เป็นสารสื่อประสาทประเภทยับยั้งที่ลดการทำงานของเซลล์ประสาท โดยสารสื่อประสาทประเภทนี้จะกระจายอยู่ทั่วไปในสมอง มีหน้าที่ควบคุมการนำกระแสประสาทและกระแสไฟฟ้าในสมองและคาดว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความเครียด เพราะเมื่อระดับของกาบาลดน้อยลงหรือมีการทำงานที่ผิดปกติ เซลล์ประสาทก็จะมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อการพักผ่อน ความรู้สึกกังวล ซึมเศร้า นอกจากนี้การขาดกาบาอาจจะทำให้เกิดการชักได้

4. Dopamine

เป็นสารสื่อประสาทที่ช่วยในการควบคุมสมองส่วน Reward และ Pleasure Center และเกี่ยวข้องกับระบบซิมพาเทติก โดพามีนมีบทบาทต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ การนอนหลับ การจดจำ ทักษะต่าง ๆ ระบบภูมิคุ้มกัน ความตั้งใจในการทำงาน รวมถึงช่วยควบคุมการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวและอารมณ์ โดยโดพามีนส่วนใหญ่มักจะถูกกักเก็บไว้ที่สมองและไขสันหลัง หากระดับปริมาณของโดพามีนมีมากหรือน้อยเกินไป อาจนำไปสู่โรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคพาร์กินสัน หรือโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดโดพามีน ขณะที่ถ้ามีโดพามีนมากเกินไปจะเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท

5. Serotonin

เป็นสารสื่อประสาทประเภทยับยั้ง ได้ชื่อว่าเป็น โมเลกุลแห่งความสุข (Happiness Molecule) ทำงานเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และการรับรู้ พบได้มากในสมอง ลำไส้ และเกล็ดเลือด หากระดับปริมาณของเซโรโทนินต่ำสามารถนำไปสู่อาการซึมเศร้า แขนงโน้มการฆ่าตัวตาย การนอนหลับยาก ไมเกรนได้ ทั้งนี้ ร่างกายของเราสามารถสังเคราะห์เซโรโทนินได้จากทริปโตเฟน (Tryptophan) ซึ่งเป็นกรดอะมิโนจำเป็น โดยพบในอาหาร เช่น นมอุ่น ๆ และไก่จิ้งจก

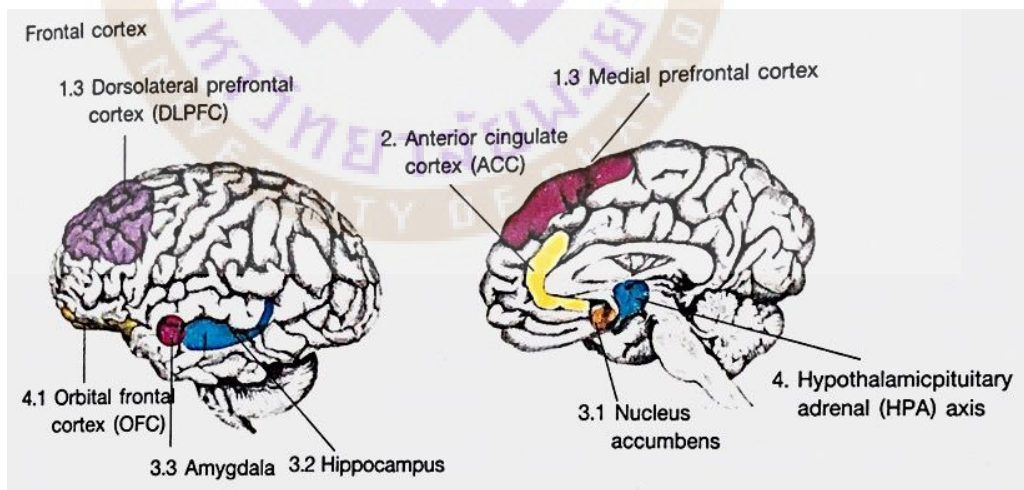
6. Endorphin

เป็นสารสื่อประสาทที่มีโครงสร้างและหน้าที่คล้ายกับโอปิออยด์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อสมอง ระบบประสาทส่วนปลายของร่างกาย และระบบทางเดินอาหาร มันเป็นยาระงับความปวดตามธรรมชาติ เนื่องจากมีคุณสมบัติช่วยบรรเทาความเจ็บปวด นอกจากนี้ยังช่วยบรรเทาความเครียด สร้างความรู้สึกเพลิดเพลิน เป็นสุข แต่แต่ละคนจะมีการหลั่งเอนโดรฟินในปริมาณที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยที่ช่วยให้ร่างกายของเราหลั่งเอนโดรฟินออกมามากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานช็อกโกแลตหรือพริก การสัมผัสแสงแดด [32]

3. โครงสร้างการทำงานของสมองกับภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาด้วยการถ่ายภาพรังสีเพื่อดูเนื้อสมอง (Structural Imaging) การทำหน้าที่ของสมอง (Functional Imaging) และชิ้นเนื้อสมองจากผู้ตาย (Postmortem Studies) พบว่าบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้ามี 5 แห่งที่ทำงานผิดปกติ บางที่ทำงานน้อยกว่าปกติทำให้เกิดอาการขาดแรงจูงใจหมดหวัง เบื่ออาหาร บางที่ทำงานมากเกินไปทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับวิตกกังวลคิดอยากตาย จากข้อค้นพบว่าความหนาของ Cortex ลดลงขนาดเซลล์ประสาทเล็กลงจึงเชื่อว่าสาร Cortisol ที่เกิดจาก Hypothalamo-Pituitary Adrenal Axis (HPA-Axis) ทำงานมากมีพิษต่อเซลล์ประสาททั่ว ๆ ไปในสมอง หรือสารโปรตีนสร้างความเจริญแก่เซลล์ประสาท (Nerve Growth Factor Proteins) เช่น Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) มีความบกพร่องทำให้กระบวนการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ (Neurogenesis) ล้มเหลวทำให้สมองปล่อย BDNF เป็นสารหนึ่งในตระกูล Neurotrophins ที่เชื่อว่ามีหน้าที่ควบคุมการแบ่งเซลล์ประสาทและทำให้เจริญเติบโตแยกเป็นเซลล์ชนิดต่าง ๆ BDNF มีผลต่อ Serotonergic Neuron ทำให้งอกเครือข่ายใยประสาทออกมามากมาย (Arbolization of Serotonergic Axon) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเชื่อว่า BDNF ลดลงเนื่องจากมี Clogging of DNA หมายถึงมี Methyl Group จับกับ Histones ของ DNA มากเกินไปทำให้เกิดการสกัดกั้นการเข้าถึง DNA ทำให้เกิดสภาวะ Gene Silencing ส่งผลให้กระบวนการ Transcription of mRNA ไม่เกิด จึงสร้าง BDNF ไม่ได้

บริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้ามีดังนี้



รูปที่ 1 ภาพวาดบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า [13]

3.1 Prefrontal cortex มีการทำงานผิดปกติเนื่องมาจากจำนวน glial cells ลดลง ประกอบด้วย

1. Lateral Orbital Prefrontal Cortex (LOPFC) เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เหมาะสมและสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้น ๆ (Assess Risk and Modulates Maladaptive and Perversive Affective States)

2. Ventromedial Prefrontal Cortex (VMPFC) เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดความก้าวร้าวเพศสัมพันธ์และการกิน (Pain, Aggression, Sexual Functioning and Eating Behaviors)

3. Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC) เกี่ยวข้องกับการดำรงความสามารถทางความคิดตัดสินใจแบบรวบยอด (Executive Function) ความสามารถในการจดจ่อสนใจได้ยาวนาน (Effortful Sustained Attention) และความจำระยะสั้น (Working Memory Process)

ตามปกติบริเวณสมองส่วน Lateral Orbital Prefrontal Cortex (LOPFC) และ Ventromedial Prefrontal Cortex (VMPFC) จะทำงานสะท้อนไปมากับส่วน Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC) แต่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าบริเวณ Lateral Orbital Prefrontal Cortex (LOPFC) และ Ventromedial Prefrontal Cortex (VMPFC) ทำงานมากกว่าปกติ (Hyperactivity) ซึ่งสัมพันธ์กับอาการไวต่อความเจ็บปวดวิตกกังวลง่ายคิดวนเวียน แต่เรื่องเศร้าผิดหวังและตั้งเครียดง่าย ส่วนบริเวณ Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC) ทำงานน้อยกว่าปกติ (Hypoactivity) ซึ่งสัมพันธ์กับอาการเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Psychomotor Retardation) เฉยชา (Apathy) สมาธิและความจำไม่ดี (Deficits in Attention and Working Memory)

3.2 Anterior cingulate cortex (ACC) มีหน้าที่ติดตามผลของการกระทำและปรับเปลี่ยนตามความคิดที่เปลี่ยนแปลงโดยบังเอิญเมื่อบริเวณนี้ทำงานบกพร่องทำให้เกิดอาการ Cognitive Deficits บริเวณนี้แบ่งเป็น

1. Dorsal ACC เกี่ยวข้องกับความคิดเข้าใจและตัดสินใจ (Cognitive / Executive Functioning Network)

2. Ventral ACC เกี่ยวข้องกับการประเมินข้อมูลด้านอารมณ์และแรงจูงใจ (Assessing Emotional and Motivational Information)

3.3 Limbic system ประกอบด้วย

1. Ventral Striatum รวมถึง Nucleus Accumbens ทำงานลดลงทำให้เกิดอาการ Anhedonia

2. Hippocampus ทำงานลดลงทำให้เกิดอาการ Cognitive Deficits จากงานวิจัยพบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของผล MRI พบว่าขนาดของ Hippocampus ลดลงทั้งสองข้าง

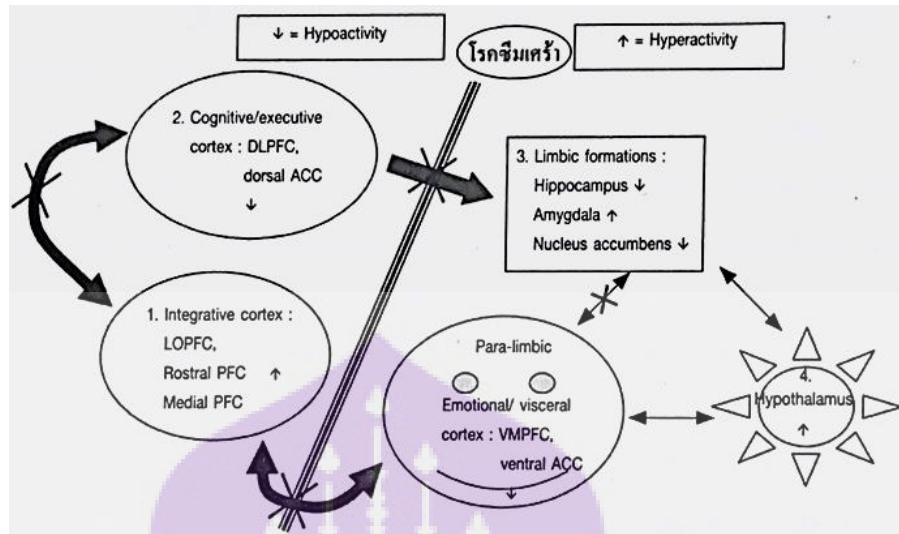
โดยเฉพาะด้านขวลอดมากกว่าซึ่งเชื่อว่าเกิดจากระดับ Cortisol ที่สูงมีพิษต่อ Hippocampus ทำให้ขนาดลดลงตามปกติ Hippocampus จะเชื่อมโยงกับ HPA axis โดยการเสริม Negative feedback on HPA axis ถ้า Hippocampus ขนาดเล็กลงจะทำให้ Negative Feedback เสียไป จึงทำให้ฮอร์โมน ACTH กระตุ้นต่อมหมวกไตให้สร้าง Cortisol มากขึ้นก็ยิ่งทำลาย Hippocampus มากขึ้นนอกจากนี้ยังพบว่าขนาดของ Hippocampus ที่เล็กลงสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวนครั้งที่กำเริบซ้ำ

3. Amygdala ทำงานมากขึ้น จากการศึกษาด้วย MRI ทำให้สมองสูญเสียความสมดุล จากหลักฐานเพื่อดูการทำงานเชื่อมโยงระหว่าง ACC กับ Amygdala พบว่ามีความบกพร่องทำให้ส่วน ACC ไม่สามารถยับยั้งหรือควบคุมอารมณ์ได้จึงเกิดอารมณ์ตลกและขาดแรงจูงใจ

3.4 Hypothalamo-pituitary adrenal axis (HPA Axis) ทำงานมากขึ้นโดยพบว่า ระดับ Cortisol, Corticotrophin Releasing Hormone ในเลือดสูงกว่าปกติ ระบบ Negative Feedback ของ HPA Axis เสียไปโดยเชื่อว่าเกิดจากความเครียดเรื้อรังทำให้สมองสูญเสียความสมดุล จากหลักฐานการผ่าสมองผู้ตายที่เป็นโรคซึมเศร้าพบว่ามีการเพิ่มขึ้นที่ Paraventricular Nucleus ของ Hypothalamus แสดงถึงมีการทำงานมากขึ้นของ HPA Axis ซึ่งอาจเกิดจากมีความเครียดเรื้อรังหรือจากพันธุกรรม

โรคซึมเศร้าเชื่อว่าเกิดจากการทำงานบกพร่องในวงจรเชื่อมโยงระหว่างบริเวณ 2, 3 และ 4 (Cognitive/Executive, Limbic and Neuroendocrine Regulatory Circuits รวมถึง HPA Axis) ซึ่งควบคุมอารมณ์และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดโดยปกติส่วน Limbic (Amygdala, Hippocampus, and Nucleus Accumbens) มีการทำงานตอบโต้ไปมากับส่วน Para-Limbic Cortical Area (ACC, VMPFC) สมมติฐานโรคซึมเศร้าเชื่อว่าเกิดจากวงจรเชื่อมโยงระหว่าง Limbic / Para-Limbic and Rostral Integrative Prefrontal Formation เสีย (Disrupted Connectivity) ส่งผลให้กระบวนการป้อนกลับ (Feedback Regulation) ที่ใช้ควบคุมศูนย์อารมณ์ เสียไปตามมาด้วย วงจรเชื่อมโยงเกี่ยวกับ Cognitive / Executive Network ที่อยู่ด้านหลังทำงานน้อยลง (Hypoactive) แต่ศูนย์ Limbic กลับทำงานมากขึ้นแล้วยังไปกระตุ้น Hypothalamus ต่อ ทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อรวมทั้งระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (Neuroendocrine Dysregulation and Sympathetic Hyperactivity)

3.5 Cerebellum ทำงานลดลง



X คือ จุดที่โรคซึมเศร้าพบความผิดปกติ

รูปที่ 2 แสดงวงจรประสาทเชื่อมโยงระหว่าง ระบบ Limbic / Para-Limbic and Rostral Integrative Prefrontal Formation และ Prefrontal Cortex เป็นสมมติฐานการเกิดโรคซึมเศร้า

[13]

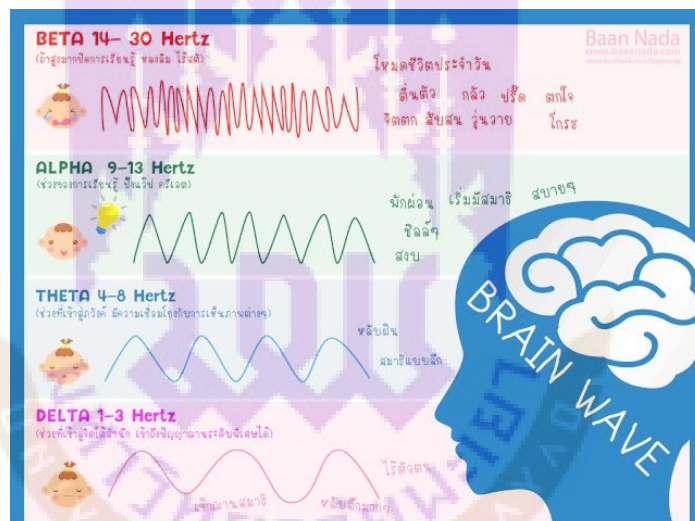
ผลการศึกษามองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยวิธี Brain imaging คือ Computed Tomography (CT) Scan และ Magnetic Resonance Imaging (MRI) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รุนแรงกลุ่มย่อยกลุ่มหนึ่งจะมี Lateral Ventricles ที่โตมาก ๆ เปลือกสมองทั่ว ๆ ไปและโดยเฉพาะเปลือกสมองกลีบหน้าผากของซีกซ้าย (Left Prefrontal Cortex) มักจะมีการไหลเวียนของเลือดและการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคส (Glucose Metabolism) ลดลงมักจะพบร่วมกับการเริ่มเป็นซึมเศร้าเมื่ออายุมาก (Late Onset) มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนระดับสติปัญญาต่ำอยู่รักษาภายในโรงพยาบาลหลายครั้งและว่างงานบ่อยครั้ง

เมื่อนำผลการศึกษาทางชีวภาพทั้งหมดประมวลเข้าด้วยกันจะได้สมมติฐานที่สนับสนุนว่าโรคซึมเศร้าอาจจะเกิดจากความผิดปกติของ Limbic System, Basal Ganglia and Hypothalamus โดยที่ Limbic System ทำหน้าที่ผลิตอารมณ์ส่วน Basal Ganglia มีการเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิดกับ Limbic System แสดงอาการเคลื่อนไหวช้าเดินท่าค่อมและความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย (Cognitive Impairment) ส่วน Hypothalamus เกี่ยวข้องกับการนอนหลับผิดปกติ ความอยากอาหารผิดปกติ พฤติกรรมทางเพศผิดปกติ ความผิดปกติในระบบ

ต่อมาไร้ท้อ ความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกันและมีความผิดปกติในการควบคุมจังหวะหมุนเวียนทางชีวะภายในร่างกาย (Chronobiology) [13]

4. คลื่นสมองกับภาวะซึมเศร้า

คลื่นสมอง โดยทั่วไปจะหมายถึง Electroencephalography (EEG) ซึ่งเป็นการตรวจจับความต่างศักย์ไฟฟ้าที่ผิวหนังบริเวณศีรษะ ความต่างศักย์นี้เกิดจากการทำงานด้วยการส่งสัญญาณไฟฟ้าระหว่างกันของเซลล์ประสาทจำนวนมากในสมองส่วนที่ใกล้กับขั้วไฟฟ้าที่ใช้ในการวัดคลื่นสมองนี้ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ทั้งทางการแพทย์และการวิจัย ในปัจจุบันยังได้มีการประยุกต์นำคลื่นสมองนี้มาใช้สำหรับการอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ได้ด้วย คลื่นสมองสามารถแบ่งเป็น 4 ประเภท ตามความถี่ของคลื่นได้ดังนี้



รูปที่ 3 แสดงคลื่นสมองในภาวะปกติ [33]

4.1 Delta wave มีความถี่น้อยกว่า 4 เฮิร์ตซ์ คลื่นประเภทนี้จะปรากฏในขณะที่หลับสนิท หรือที่เรียกว่า การนอนในช่วง Non-Rapid Eye Movement ในขั้นที่ 3 และ 4 การหลับลึก จึงมีอีกชื่อหนึ่งว่า Slow-Wave Sleep อาจตรวจพบเป็นคลื่นไฟฟ้าผิดปกติพบได้ในบริเวณที่มีพยาธิสภาพ

4.2 Theta wave มีความถี่อยู่ในช่วง 4-8 เฮิร์ตซ์ จะพบคลื่นสมองประเภทนี้มากในเด็กเล็ก สำหรับในเด็กโตและผู้ใหญ่ คลื่นสมองชนิดนี้จะปรากฏเมื่อกำลังมีสมาธิ ครึ่งหลับ ครึ่งตื่น หรือในการนอนหลับที่ไม่ใช่การหลับลึก พบได้ชัดที่สมองส่วนบริเวณขมับ (Temporal Lobe) มีความสัมพันธ์กับสภาพอารมณ์ซึ่งจะพบในผู้ป่วยโรคจิต

4.3 Alpha wave มีความถี่อยู่ในช่วง 9–13 เฮิรตซ์ ตำแหน่งที่พบคลื่นอัลฟาได้เด่นชัดคือสมองส่วนท้ายที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น และจะเกิดเมื่อมีการผ่อนคลายด้วยการหลับตา และคลื่นสมองชนิดนี้จะลดลงเมื่อลืมตาหรือนอนหลับ

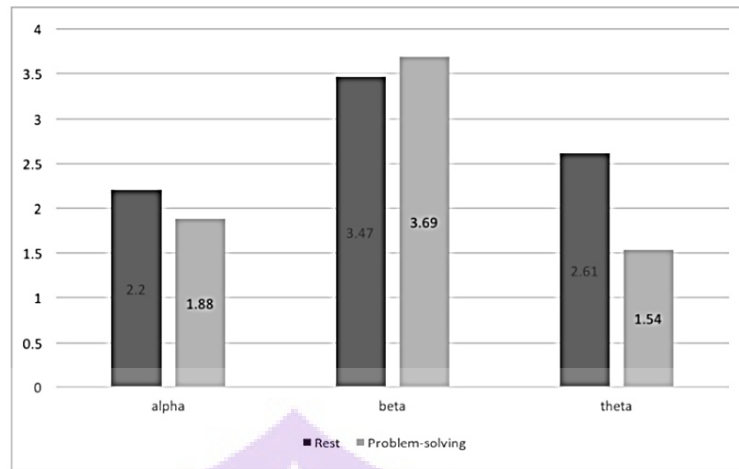
4.4 Beta wave มีความถี่อยู่ในช่วง 14–30 เฮิรตซ์ พบได้ทั่ว ๆ ไปบริเวณสมองส่วนหน้า คลื่นเบต้าจะเพิ่มให้เห็นชัดขึ้นในคนสูงอายุและในขณะที่มีสติสัมปชัญญะตามปกติ [34]

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการเชื่อมต่อการทำงานในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้การทำงานของสมองแบบซิงโครนัส ในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า 14 คนและกลุ่มควบคุมที่สุขภาพดี 19 คน โดยการบันทึก Electroencephalogram (EEG) และการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงดัชนีการซิงโครไนซ์เฟส (Phase Synchronization index : PSI) ซึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า PSI ลดลงของการซิงโครไนซ์เฟสในคู่อิเล็กโทรดของสมองส่วน Frontal – Parietal/Temporal/Occipital มากกว่ากลุ่มควบคุมที่สุขภาพดี อีกทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร่ายังแสดงให้เห็นถึง PSI ที่เพิ่มขึ้นในทีต้าเฟสในคู่อิเล็กโทรดของสมองส่วน Prefrontal/frontal และ Frontal–Temporal การเพิ่มขึ้นของ PSI ในอัลฟาเฟสของสมองส่วน Prefrontal และการเพิ่มขึ้นของ PSI ในเบต้าเฟสของสมองส่วน Central และ Right Frontal–Parietal มากกว่ากลุ่มควบคุมที่สุขภาพดี ซึ่งให้เห็นว่าการลดลงของ PSI ในเดลต้าเฟสของผู้ป่วยซึมเศร้าอาจบ่งบอกถึงความบกพร่องของการเชื่อมต่อระหว่างสมองส่วน Frontal และ Parietal/Temporal/Occipital ซึ่งการเพิ่มขึ้นของ PSI ในทีต้า อัลฟา และ เบต้าเฟส ของสมองส่วน Frontal/Prefrontal อาจสะท้อนให้เห็นถึงกลไกการชดเชยเพื่อรักษาประสิทธิภาพการรับรู้ ความเข้าใจให้ปกติ [35]

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของคลื่นสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าคลื่นเบต้าจะเพิ่มขึ้น ส่วนคลื่นอัลฟาและทีต้าจะลดลง โดยที่ภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของคลื่นเบต้า และมีการลดลงของคลื่นอัลฟา ซึ่งสามารถเขียนสมการได้ดังนี้

คะแนนความซึมเศร้าของ BDI = ค่าเฉลี่ย Beta (0.532) + Alpha (0.412) [36]

จากการศึกษาการใช้ Electroencephalography (EEG) ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย จำนวน 40 คน ได้แก่เพศชาย 35 คน และเพศหญิง 15 คน ในระยะเวลา 2 เดือน การศึกษานี้ตรวจสอบดัชนีความเข้มข้นของคลื่นทีต้า อัลฟา และเบต้า ในระหว่างช่วงพักผ่อนและช่วงที่แก้ปัญหา พบว่า ในช่วงที่แก้ปัญหา คลื่นทีต้าและอัลฟา มีค่าลดลงจากช่วงพักผ่อน โดยทีต้าลดลงมากกว่าอัลฟา และในช่วงที่แก้ปัญหา คลื่นเบต้า มีค่าเพิ่มขึ้นจากช่วงพักผ่อนดังรูปที่ 4 [37]



รูปที่ 4 แสดงค่าดัชนีความเข้มข้นของคลื่น ที่ต้า อัลฟาและเบต้า ระหว่างช่วงพักผ่อนและช่วงที่แก้ปัญหา [37]

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รวีพรตติ พูลลาภ (2560) ศึกษาภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการ ความเครียดของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองพาน ชุมชนน้ำจ๋าและชุมชนบ้านด่าน จำนวน 403 คน โดยใช้แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิตใหม่ (ST-5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตใหม่ (DS8) และแบบสอบถามข้อมูลด้านการจัดการความเครียด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้า 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.96 เสี่ยงคิดฆ่าตัวตาย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.20 และส่วนใหญ่มีระดับความเครียดน้อย 353 คน คิดเป็นร้อยละ 86.95 ส่วนการจัดการความเครียดใช้วิธี พุดคุยปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้ใจสูงสุด มีค่าเฉลี่ย 2.31 รองลงมา ได้แก่ เมื่อเกิดปัญหาพยายามตัดปัญหานั้นออกไปจากจิตใจและหันไปสนใจเรื่องอื่นแทนมีค่าเฉลี่ย 2.04 และยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อแก้ไขอะไรไม่ได้มีค่าเฉลี่ย 2.02 ตามลำดับ [38]

กฤติเดช มิ่งไม้ (2561) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอทับสะแก จำนวน 364 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย 4) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว 5) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 6) แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและ 7) แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงถดถอย ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 25.6 โดยเป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 19.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (OR = 3.01, 95% CI = 1.45–6.33, p = 0.003) ความเพียงพอของรายได้ (OR = 3.60, 95% CI = 1.81–7.14, p < 0.001) สัมพันธภาพในครอบครัว (OR = 3.57, 95% CI = 1.66–6.68, p < 0.001) แรงสนับสนุนทางสังคม (OR = 2.50, 95% CI = 1.63–8.23, p < 0.001) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน (OR = 2.33, 95% CI = 1.17–4.66, p = 0.017) ผลจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชน [39]

ฐานปรกรณ์ เรือนใจ และคณะ (2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 1–4 ที่ลงทะเบียนในปีการศึกษา 2558 จำนวน 284 ราย เก็บข้อมูลคุณลักษณะประชากรและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน–ธันวาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Chi-Square ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นักศึกษาที่เข้าร่วมในการศึกษาเป็นเพศหญิง 235 รายและชาย 49 รายพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.0 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อยปานกลางและรุนแรงร้อยละ 23.6, 5.3 และ 2.1 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ศาสนา (p < 0.001) ชั้นปีการศึกษา (p < 0.001) มีโรคประจำตัว (p = 0.02) และภูมิปัญญา (p = 0.04) [40]

กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ (2563) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาสาขา

ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน Patient Health Questionnaire (PHG-9) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งจำนวน 172 รายมีภาวะซึมเศร้า 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.3 (95% CI = 37.99–52.91) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ ในสมการสุดท้าย ได้แก่ มีปัญหาเกี่ยวกับแฟน ($OR_{adj} = 3.74$, 95% CI = 1.30–10.78) มีปัญหาการนอนหลับ ($OR_{adj} = 3.97$, 95% CI = 2.00–7.89) และมีปัญหาครอบครัว ($OR_{adj} = 3.8$, 95% CI = 1.56–9.25) [1]

พัชรารวรรณ แก้วกันทะ, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2558) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ต่อปัญหาและรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหานักศึกษาในระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย กลุ่มเป้าหมายคือนักศึกษาปริญญาตรีชั้นปีที่ 1–4 อายุ 18–22 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบประเมินซึมเศร้า (CES-D) แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อปัญหา และแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหานักศึกษา แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและไคสแควร์ ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.9 เป็นชายร้อยละ 30.9 หญิงร้อยละ 32.3 คณะที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตรร้อยละ 36.1 โดยจำนวนนักศึกษาที่มีการรับรู้ต่อปัญหาของนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 ลำดับแรกใกล้เคียงกัน แต่ต่างกันตรงลำดับของปัญหา พบว่าร้อยละของจำนวนนักศึกษาที่มีการรับรู้ต่อปัญหาในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามักมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นักศึกษาชายและหญิงที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีการรับรู้ต่อปัญหาใน 5 ลำดับแรกใกล้เคียงกัน ต่างกันตรงลำดับของปัญหา พบว่าร้อยละของจำนวนนักศึกษาที่มีการรับรู้ต่อปัญหาในกลุ่มนักศึกษาชายมีมากกว่ากลุ่มนักศึกษาหญิงทั้งกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้รูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหานักศึกษาใน 5 ลำดับแรกใกล้เคียงกันต่างกันตรงลำดับของรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหานักศึกษา และเมื่อพิจารณาความแตกต่างของรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหานักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ร้อยละของจำนวนนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้รูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหามีมากกว่าจำนวนร้อยละของจำนวนนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 นักศึกษาชายและหญิงที่มีภาวะ

ชิมเคร้ามีรูปแบบวิธีการแก้ไข้ปัญหาของ 5 ลำดับแรกใกล้เคียงกัน แต่ต่างกันตรงลำดับของรูปแบบวิธีการแก้ไข้ปัญหา ซึ่งเมื่อพิจารณาความแตกต่างของรูปแบบวิธีการแก้ไข้ปัญหาของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงที่มีภาวะชิมเคร้า พบว่า จำนวนนักศึกษาชายและหญิงที่ใช้รูปแบบวิธีการแก้ไข้ปัญหามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 [3]

สุกัญญา รักษ์ขจีกุล (2556) ศึกษาภาวะชิมเคร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะชิมเคร้ารวมทั้งอุบัติการณ์และลักษณะของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรระดับปริญญาตรี คัดเลือกโดยการใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 10 จากทุกคณะ ในแต่ละคณะก็เฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปีทุกชั้นปีให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 1,600 ราย จากประชากรนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรที่ศึกษาในปีการศึกษา 2551 แบบสอบถามที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจภาวะชิมเคร้าของบุคคลับภาษาไทยและแบบสอบถามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Logistic Regression Analysis ผลการศึกษา พบว่าความชุกของภาวะชิมเคร้าในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร เท่ากับ ร้อยละ 24.0 ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชิมเคร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศหญิงอายุที่ต่ำกว่า 20 ปี การศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ ความสัมพันธ์กับบิดาไม่ดี ความสัมพันธ์กับ มารดาไม่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี การไม่สามารถพูดคุยกับเพื่อนได้เมื่อมีปัญหา การมีความทุกข์ใจในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาและการมีโรคประจำตัว ($p < 0.05$) อุบัติการณ์การทำร้ายตนเองหรือการพยายามฆ่าตัวตายของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา พบว่า นิสิตของมหาวิทยาลัยนเรศวรที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 6.4 และเป็นผู้ที่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน ร้อยละ 12.1 ส่วนใหญ่ พบว่าระยะเวลาครั้งสุดท้ายที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเคยพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับหรือมากกว่า 2 ปีที่ผ่านมา บริเวณที่เกิดเหตุของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหรือพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของนิสิตที่พยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คือเป็นห้องพัก รองลงมาเป็นบ้านของตนเอง สาเหตุของการทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ การมีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด เพื่อน หรือแฟน ปัญหาการเรียน และปัญหาผิดหวังในความรัก หึงหวงวิธีการที่ใช้ทำร้ายตนเองของนิสิตที่พยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คือการรับประทานยาเกินขนาด เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ รองลงมาเป็นการใช้มีดกรีดข้อมือ ในช่วง 1 เดือนก่อนทำร้ายตนเอง พบว่า นิสิตที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่ได้ไปหาหรือขอความ

ช่วยเหลือจากใครหากมีการขอความช่วยเหลือ นิสิตจะไปขอความช่วยเหลือจากเพื่อนมากที่สุด [4]

จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ และคณะ (2551) ศึกษาความความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในนิสิตเภสัชศาสตร์ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้แบบคัดกรองภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาในนิสิตเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 – 5 ปีการศึกษา 2550 ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 – กุมภาพันธ์ 2551 จำนวน 499 คน ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 430 คน (ร้อยละ 86.2) ส่วนใหญ่เป็นหญิง 357 คน (ร้อยละ 83.0) อายุเฉลี่ย 20.1 ± 1.7 ปี ผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติปานกลางมี 13 คน (ร้อยละ 3.0) และมีคะแนนความเครียดสูงกว่าปกติมากจำนวน 12 คน (ร้อยละ 2.8) นิสิตมีคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน 105 คน (ร้อยละ 24.5) นิสิตที่ตอบแบบคัดกรองฆ่าตัวตาย 104 คน มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 จำนวน 49 คน (ร้อยละ 47.1) ผลจากการสนทนากลุ่ม เสนอให้มีการอบรมอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีทักษะในการให้คำแนะนำปรึกษาที่ดี และจัดระบบอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำปรึกษาและติดตามดูแลนิสิตอย่างต่อเนื่อง [41]



บทที่ 3

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความเครียดสวนปรุง 20 ข้อ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ต้องการศึกษา คือ นิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 4 คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ปีการศึกษา 2564 จำนวน 505 ราย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ เครซีและมอร์แกน [42] ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-P)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-P)}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรทั้งหมด (อ้างอิงจากนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ปีการศึกษา 2564)

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรในที่จะใช้ $p = 0.5$

วิธีคิด

$$n = \frac{(3.841)(505)(0.5)(1-0.5)}{(0.05^2)(505-1) + (3.841)(0.5)(1-0.5)}$$

$$n = 218$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างคือ 218 คน

เพื่อป้องกันการสูญเสียตัวอย่างระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัย

จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 240 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยที่ผู้วิจัยเจาะจงเลือกนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ทั้ง 2 สาขา ได้แก่ สาขากายภาพบำบัดและสาขาเทคนิคการแพทย์ ภายในมหาวิทยาลัยพะเยา

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยคัดเลือกจากนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ ภายในมหาวิทยาลัยพะเยาที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 2 สาขา คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสาขาตามสัดส่วนของจำนวนนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ทั้ง 505 คนเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มตอบแบบสอบถามตามจำนวน คือ 240 ตัวอย่าง การคำนวณหากลุ่ม ตัวอย่างแบบสัดส่วน ใช้สูตรดังนี้

$$\text{สูตร } l = N/n$$

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

l = ช่วงของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{จะได้ } l = 505 / 240 = 2.1$$

ตารางที่ 1 การคำนวณหากกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน

| ลำดับ | ชั้นปี | จำนวน นิสิต (คน) | คำนวณกลุ่มตัวอย่าง | จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง(คน) |
|-------|--------------------------------|------------------------|--------------------|----------------------------|
| 1 | นิสิตกายภาพบำบัดชั้นปีที่ 1 | 59 | $59/2.10 = 28.09$ | 28 |
| 2 | นิสิตกายภาพบำบัดชั้นปีที่ 2 | 59 | $59/2.10 = 28.09$ | 28 |
| 3 | นิสิตกายภาพบำบัดชั้นปีที่ 3 | 60 | $60/2.10 = 28.57$ | 29 |
| 4 | นิสิตกายภาพบำบัดชั้นปีที่ 4 | 59 | $59/2.10 = 28.09$ | 28 |
| 5 | นิสิตเทคนิคการแพทย์ชั้นปีที่ 1 | 80 | $80/2.10 = 38.09$ | 38 |
| 6 | นิสิตเทคนิคการแพทย์ชั้นปีที่ 2 | 60 | $60/2.10 = 28.57$ | 29 |
| 7 | นิสิตเทคนิคการแพทย์ชั้นปีที่ 3 | 53 | $53/2.10 = 25.23$ | 25 |
| 8 | นิสิตเทคนิคการแพทย์ชั้นปีที่ 4 | 75 | $75/2.10 = 35.06$ | 35 |
| | รวม | 505 | | 240 |

ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สะดวกและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้าในการศึกษา ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จะทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจะไม่รับเข้าร่วมการศึกษา และจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกและความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างต่อไป

คุณสมบัติของอาสาสมัคร

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

นิสิตคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่มีอายุระหว่าง 18-24 ปี
ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

นิสิตที่ปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาและนิสิตที่อยู่ระหว่างพักการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน เป็นแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ ชั้นปีการศึกษาและโรคประจำตัว เป็นต้น (ภาคผนวก ก)
2. แบบวัดความเครียดสวนปรง 20 ข้อ (Suanprung Stress Test : SPST-20) (ภาคผนวก ข)
3. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q (ภาคผนวก ค) และ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (ภาคผนวก ง) ของกรมสุขภาพจิต

การตอบแบบสอบถามและเกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร
2. แบบวัดความเครียดสวนปรง 20 ข้อ (SPST-20) [43] เป็นแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียด ประกอบด้วยการประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลโดยใช้คะแนนรวมมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้
คะแนน 0 – 23 มีระดับความเครียดน้อย
คะแนน 24 – 41 มีระดับความเครียดปานกลาง
คะแนน 42 – 61 มีระดับความเครียดสูง
คะแนน 62 ขึ้นไป มีระดับความเครียดรุนแรง
3. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต

ในการตอบแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q มี 2 ข้อ

การแปลผล

- ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อยด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

ในการตอบแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q มี 9 ข้อ

การแปลผล

- < 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
- 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
- 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
- ≥ 19 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ขั้นตอนการศึกษา

1. สอบถามจำนวนนิสิตแต่ละชั้นปีผ่านหัวหน้านิสิตชั้นปีที่ 1 2 3 และ 4 ของแต่ละสาขาวิชา จากนั้นประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยทางไซเบอร์เนติก เช่น แอปพลิเคชันไลน์ และแอปพลิเคชันเฟซบุ๊ก เป็นต้น
2. ส่งคิวอาร์โค้ดหรือลิงค์ สำหรับทำแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก ในช่วงหลังสอบกลางภาค 1 สัปดาห์
3. อาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจะได้รับคิวอาร์โค้ดหรือลิงค์ สำหรับทำแบบประเมินออนไลน์จากหัวหน้านิสิตแต่ละชั้นปีผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม โดยแบบประเมินประกอบด้วย แบบวัดความเครียด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ดังรายละเอียด
 - 3.1 แบบวัดความเครียดสวนปรุง 20 ข้อ (SPST-20)
 - 3.2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งจะกำหนดให้อาสาสมัครตอบกลับภายใน 7 วัน หลังจากได้รับแบบประเมิน
4. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการศึกษา
5. สรุปผล และอภิปรายผลการทำวิจัย

งบประมาณ

ตารางที่ 3 แสดงงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

| รายการ | จำนวนเงิน (บาท) |
|---|-----------------|
| หมวดค่าตอบแทน - อาหารว่างสำหรับอาสาสมัคร | 1,500 |
| หมวดค่าวัสดุ/อุปกรณ์ | 1,000 |
| หมวดค่าใช้สอย | 500 |
| รวม | 3,000 |



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่า มีผู้สนใจร่วมการศึกษาและตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 120 ราย คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 50 จากที่แจกแบบสอบถามทั้งหมด 240 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 14.17 เพศหญิงร้อยละ 83.33 และเพศทางเลือกร้อยละ 2.50 อายุระหว่าง 18-23 ปี (20.73 ± 1.28 ปี) เป็นนิสิตกายภาพบำบัดร้อยละ 71.67 และนิสิตเทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 28.33 โดยรายละเอียดอื่นของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย (n=120)

| ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป | | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-----------------------|--------------------|-------------|--------|
| เพศ | ชาย | 17 | 14.17 |
| | หญิง | 100 | 83.33 |
| | เพศทางเลือก | 3 | 2.50 |
| นิสิตสาขา | กายภาพบำบัด | 86 | 71.67 |
| | เทคนิคการแพทย์ | 34 | 28.33 |
| ชั้นปีที่กำลังศึกษา | ปี 1 | 18 | 15.00 |
| | ปี 2 | 16 | 13.33 |
| | ปี 3 | 18 | 15.00 |
| | ปี 4 | 68 | 56.67 |
| Body Mass Index (BMI) | ภาวะผอม | 26 | 21.67 |
| | น้ำหนักปกติ | 58 | 48.33 |
| | ภาวะน้ำหนักเกิน | 19 | 15.83 |
| | อ้วนระดับ 1 | 9 | 7.50 |
| | อ้วนระดับ 2 | 8 | 6.67 |
| สถานะ | โสด | 93 | 77.50 |
| | มีแฟน | 27 | 22.50 |
| รายได้ต่อเดือน | ต่ำกว่า 1,000 บาท | 23 | 19.17 |
| | 1,001-5,000 บาท | 55 | 45.83 |
| | 5,001-10,000 บาท | 36 | 30.00 |
| | มากกว่า 10,000 บาท | 6 | 5.00 |

ตารางที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย (n=120) (ต่อ)

| ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป | จำนวน (ราย) | ร้อยละ | ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป |
|---------------------|------------------------|--------|---------------------|
| โรคประจำตัว | มี | 9 | 7.50 |
| | ไม่มี | 111 | 92.50 |
| รับประทานยา | มี | 3 | 2.50 |
| | ไม่มี | 117 | 97.50 |
| การสูบบุหรี่ | สูบ | 0 | 0 |
| | ไม่สูบ | 120 | 100 |
| การดื่มสุรา | 1-2 วัน | 11 | 9.17 |
| | 3-5 วัน | 4 | 3.33 |
| | ไม่ดื่ม | 105 | 87.5 |
| การออกกำลังกาย | น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ | 56 | 46.67 |
| | มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ | 17 | 14.17 |
| | ไม่ออกกำลังกาย | 47 | 39.17 |

การประเมินความเครียดจากแบบวัดความเครียดสวนปรง SPST-20 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.33 รองลงมาคือเครียดสูง และเครียดรุนแรง ร้อยละ 37.50 และ ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความชุกของความเครียดจากแบบวัดความเครียดสวนปรง SPST-20 (n=120)

| แบบวัดความเครียดสวนปรง SPST-20 | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--|-------------|--------|
| ความเครียดระดับน้อย (0-23 คะแนน) | 3 | 2.53 |
| ความเครียดระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) | 52 | 43.33 |
| ความเครียดระดับสูง (42-61 คะแนน) | 45 | 37.50 |
| ความเครียดระดับรุนแรง (≥ 62 คะแนน) | 20 | 16.67 |

การประเมินภาวะซีมเศร่าจากแบบคัดกรองโรคซีมเศร่า 2Q พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซีมเศร่าร้อยละ 68.33 และไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซีมเศร่าร้อยละ 31.67 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความชุกของภาวะซีมเศร่าจากแบบคัดกรองโรคซีมเศร่า 2Q (n=120)

| แบบคัดกรองโรคซีมเศร่า 2Q | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|----------------------------------|-------------|--------|
| มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซีมเศร่า | 82 | 68.33 |
| ไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซีมเศร่า | 38 | 31.67 |

การประเมินภาวะซีมเศร่าจากแบบประเมินโรคซีมเศร่า 9Q พบว่ามีภาวะซีมเศร่าร้อยละ 51.22 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด (42 ราย) โดยแบ่งเป็นภาวะซีมเศร่าระดับน้อยร้อยละ 36.59 (ชาย = 4 ราย, หญิง = 24 ราย, เพศทางเลือก = 2 ราย) ภาวะซีมเศร่าระดับปานกลางร้อยละ 7.32 (หญิง = 6 ราย) และมีภาวะซีมเศร่าระดับรุนแรงร้อยละ 7.32 (ชาย = 1 ราย, หญิง = 5 ราย) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความชุกของภาวะซีมเศร่าจากแบบประเมินโรคซีมเศร่า 9Q (n=82)

| แบบคัดกรองโรคซีมเศร่า 9Q | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|----------------------------------|-------------|--------|
| ไม่มีภาวะซีมเศร่า (<7 คะแนน) | 40 | 48.78 |
| มีภาวะซีมเศร่า | 42 | 51.22 |
| - ระดับน้อย (7-12 คะแนน) | 30 | 36.59 |
| - ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) | 6 | 7.32 |
| - ระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน) | 6 | 7.32 |

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการจำแนกตามรายข้อของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q พบว่ามีอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุดคือ อาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร มีคะแนนรวมที่ 65 คะแนน และส่วนใหญ่มีอาการในบางวัน 1 ถึง 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 52.38 และในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาน้อยที่สุดคือ มีอาการคิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี มีคะแนนรวมที่ 29 คะแนน และส่วนใหญ่ไม่มีอาการเลย คิดเป็นร้อยละ 59.52 (ตารางที่ 8)

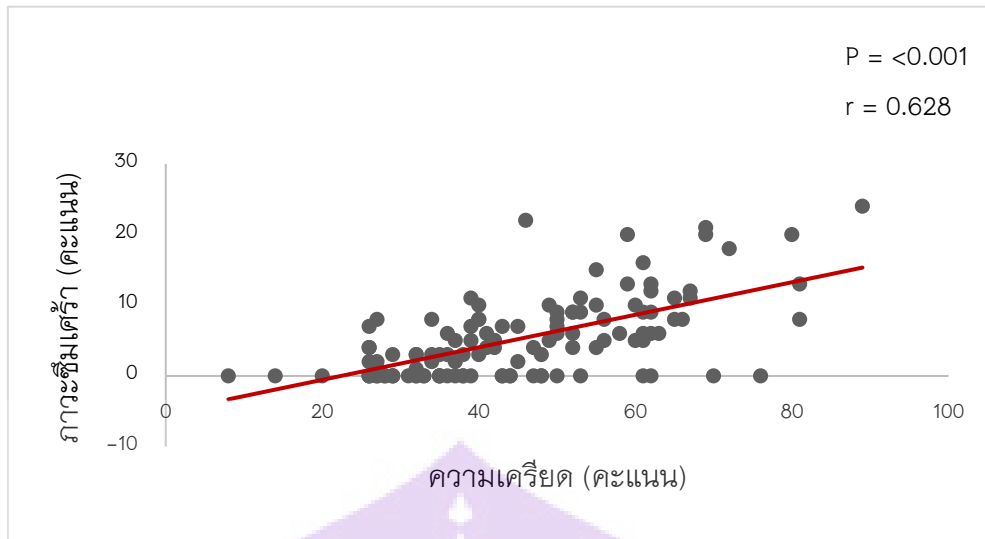
ตารางที่ 8 ร้อยละและคะแนนรวมของอาการซึมเศร้าในนักศึกษา จำแนกตามรายข้อของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (n=42)

| ข้อคำถาม | ไม่มีเลย (ร้อยละ) | 1-7 วัน (ร้อยละ) | >7 วัน (ร้อยละ) | เป็นประจำ (ร้อยละ) | คะแนนรวม (คะแนน) |
|--|----------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|
| 1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร | 4.76 | 52.38 | 26.19 | 16.67 | 65 |
| 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ | 9.52 | 59.52 | 19.05 | 11.90 | 56 |
| 3. หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป | 4.76 | 52.38 | 30.95 | 11.90 | 63 |
| 4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง | 7.14 | 54.76 | 30.95 | 7.14 | 58 |
| 5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป | 14.29 | 45.24 | 28.57 | 11.90 | 58 |
| 6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ครอบครัวผิดหวัง | 9.52 | 57.14 | 23.81 | 9.52 | 56 |
| 7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง วิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ | 9.52 | 61.90 | 11.90 | 16.67 | 57 |
| 8. พุดซา ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่ เคยเป็น | 30.95 | 47.62 | 11.90 | 9.52 | 42 |
| 9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี | 59.52 | 21.43 | 9.52 | 9.52 | 29 |

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628$, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้า (n=120)

| | มีภาวะซึมเศร้า | ไม่มีภาวะซึมเศร้า | p-value | r |
|------------|----------------|-------------------|---------|-------|
| ความเครียด | 42 | 78 | <0.001 | 0.628 |



รูปที่ 5 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปกับผู้ที่มีการซึมเศร้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปกับผู้ที่มีการซึมเศร้า (n=120)

| ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป | Depression | No depression | P-value |
|---------------------|----------------|---------------|---------|
| | จำนวน | จำนวน | |
| เพศ | ชาย | 12 | 0.46 |
| | หญิง | 35 | |
| | เพศทางเลือก | 1 | |
| นิตสาขา | กายภาพบำบัด | 58 | 0.29 |
| | เทคนิคการแพทย์ | 22 | |
| ชั้นปีที่กำลังศึกษา | ปี 1 | 11 | 0.41 |
| | ปี 2 | 9 | |
| | ปี 3 | 10 | |
| | ปี 4 | 50 | |

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปกับผู้ที่มีการซึมเศร้า (n=120) (ต่อ)

| ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป | | Depression | No depression | P-value |
|---------------------|------------------------|------------|---------------|---------|
| | | จำนวน | จำนวน | |
| BMI | ภาวะผอม | 6 | 20 | 0.13 |
| | น้ำหนักปกติ | 21 | 37 | |
| | ภาวะน้ำหนักเกิน | 4 | 15 | |
| | อ้วนระดับ 1 | 6 | 3 | |
| | อ้วนระดับ 2 | 4 | 4 | |
| สถานะ | โสด | 33 | 60 | 0.81 |
| | มีแฟน | 9 | 18 | |
| รายได้ต่อเดือน | ต่ำกว่า 1,000 บาท | 7 | 16 | 0.84 |
| | 1,001-5,000 บาท | 20 | 35 | |
| | 5,001-10,000 บาท | 12 | 24 | |
| | มากกว่า 10,000 บาท | 3 | 3 | |
| โรคประจำตัว | มี | 6 | 3 | 0.15 |
| | ไม่มี | 36 | 75 | |
| รับประทานยา | มี | 2 | 1 | 0.24 |
| | ไม่มี | 40 | 77 | |
| การสูบบุหรี่ | สูบ | 0 | 0 | - |
| | ไม่สูบ | 42 | 78 | |
| การดื่มสุรา | 1-2 วัน | 4 | 7 | 0.23 |
| | 3-5 วัน | 3 | 1 | |
| | ไม่ดื่ม | 35 | 70 | |
| การออกกำลังกาย | น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ | 20 | 36 | 0.34 |
| | มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ | 5 | 12 | |
| | ไม่ออกกำลังกาย | 37 | 10 | |

บทที่ 5

วิจารณ์ผลการศึกษา

ความเครียด เป็นอาการหรือปฏิกิริยาที่เป็นผลมาจากลักษณะส่วนบุคคลและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับสิ่งเร้าหรือแรงกระตุ้นที่เป็นการบีบคั้นและไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ ส่งผลทางด้านร่างกาย จิตใจ กระบวนการทางความคิดทำงานผิดปกติ ไม่มีความสุข ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความเครียดจะทำให้สภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กักระดับความรุนแรงของความเครียด หากระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติจะส่งผลต่อ ความรู้สึก ความไม่สบายใจ และส่งผลต่อสมรรถนะในการดำรงชีวิต ซึ่งอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่โรคทางจิตเวชต่าง ๆ เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลได้ ส่งผลต่อการเรียนรู้ การทำงาน การดำรงชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ ซึ่งประสบปัญหาความเครียดที่หลากหลาย เช่น ปัญหาในการเรียน สอบได้คะแนนไม่เป็นตามที่หวัง ความกดดันของเวลา การปรับตัวทางสังคม ปัญหาเกี่ยวกับคนรัก ปัญหาจากโรคระบาดไวรัสโคโรนา ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาทางสังคม ความคาดหวังจากครอบครัว และแนวโน้มที่พบได้มากในกลุ่มนักศึกษาที่มีการแข่งขันสูง ซึ่งปัญหาความเครียดเหล่านี้จะนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าได้

ในการศึกษานี้พบว่านิสิตคณะสหเวชศาสตร์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 43.33 สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช[47] ที่พบความชุกของความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 43.5 และแตกต่างจากการศึกษาของ สวรรยา และคณะ[45] โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าแพทย์ฝึกหัดส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 57.1 (36 ราย) เมื่อพิจารณาความเครียดที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิต การปฏิบัติงานของแพทย์ฝึกหัด

สำหรับภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้มีความชุกร้อยละ 51.22 ส่วนใหญ่เป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 36.59 และส่วนใหญ่มีอาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไรในบางวัน 1 ถึง 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 52.38 ขณะที่ในการศึกษาความชุกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแพทย์ฝึกหัด โรงพยาบาลตำรวจของ สวรรยา และคณะ[45] ที่ใช้แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 47.6 ส่วนใหญ่เป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 42.9 และการศึกษาของ Kanokwan Limsrichaoren และคณะ [46] ที่ใช้แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ถึง 6 ของคณะแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย ซึ่งพบ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.6 (29 ราย) การศึกษานี้พบความชุกที่สูงกว่า อาจเกี่ยวเนื่องจาก ความแตกต่างของการใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างกัน

ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณยา และคณะ [45] พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเครียดในแพทย์ฝึกหัด ซึ่งผลการศึกษามีลักษณะไปทำนองเดียวกับการศึกษานี้ และการศึกษาของ โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์ และคณะ [49] พบว่าความเครียดที่รุนแรงหรือยาวนาน จะมีการทำงานของ Hypothalamo-Pituitary Adrenal Axis (HPA-axis) ที่เพิ่มมากขึ้น ระดับของ Thyroid Stimulating Hormone (TSH) สูงขึ้นและมีระดับ Glucocorticoid เพิ่มขึ้นส่งผลทำให้ระดับสาร Cortisol สูงขึ้นในระบบไหลเวียน (Hypercortisolemia) ซึ่งระดับของ Cortisol ที่สูงเกินกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของวงจร Circadian Rhythm ในร่างกายทำให้สารสื่อประสาท Serotonin, Dopamine และ Norepinephrine ทำงานได้ลดลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของข้อมูลพื้นฐานกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของฐาปกรณ์ และคณะ [40] ที่ใช้แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ซึ่งพบว่าระดับชั้นปีของการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัวและภูมิลำเนา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการศึกษาของ Kanokwan limsricharoen และคณะ [46] พบว่าภูมิลำเนาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหากับแฟน ปัญหาครอบครัว และปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ถึง 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลของนฤมล และคณะ [48] ที่ใช้แบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ บรรยากาศในครอบครัว ความแข็งแกร่งในชีวิต ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพ และพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากแต่ละการศึกษา มีความแตกต่างกันในหลายเรื่อง ได้แก่ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่อาจมีความแตกต่างกันในแง่ของสภาพแวดล้อม เศรษฐฐานะและสังคม หลักสูตรการ

เรียน และแบบประเมินภาวะซีมีเศร่า นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้มีการกระจายตัวของอาสาสมัครแต่ละชั้นปีไม่เท่ากัน ซึ่งอาจส่งผลต่อจำนวนภาวะซีมีเศร่าแต่ละชั้นปีของอาสาสมัคร

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาในนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 มหาวิทยาลัยพะเยา ปีการศึกษา 2564 พบว่ามีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 120 ราย เป็นเพศชาย 17 ราย เพศหญิง 100 ราย และเพศทางเลือก 3 ราย ประเมินความเครียด จากแบบวัดความเครียดสวนปรุง 20 ข้อ และประเมินภาวะซีมีเศร่าจากแบบคัดกรองโรคซีมีเศร่า 2Q และแบบประเมินโรคซีมีเศร่า 9Q พบว่า มีความชุกของภาวะซีมีเศร่าในนิสิตร้อยละ 35 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 36.59 และมีความเครียดในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33 โดยความเครียดและภาวะซีมีเศร่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้คือ จำนวนประชากรที่ศึกษาไม่ครบตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้ซึ่งไม่สามารถอธิบายกลุ่มประชากรทั้งหมดได้ ไม่มีการวัดประเมินซ้ำเพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างของภาวะซีมีเศร่าในแต่ละช่วงเวลา อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความชุกของภาวะซีมีเศร่าในนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ ร้อยละ 51.22 โดยมีภาวะซีมีเศร่าระดับน้อยร้อยละ 36.59 และพบว่าภาวะซีมีเศร่ามีความสัมพันธ์กับความเครียด

ข้อเสนอแนะควรมีการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครที่มีขนาดใหญ่ และมีการวัดประเมินซ้ำ เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างของภาวะซีมีเศร่าในแต่ละช่วงเวลาโดยมีการเก็บข้อมูลระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการประเมินภาวะซีมีเศร่าหรือปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นในนิสิตคณะสหเวชศาสตร์เพื่อวางแผนการดูแลรักษาและแนวทางการป้องกันในทุกระดับ รวมทั้งควรมีระบบการติดตามดูแลช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 2563;65(4):343-54.
2. ชนกพร ชูติกมลธรรม. ประวัติศาสตร์ของความซึมเศร้าจาก Melancholia to depression. **วารสารศิลปศาสตร์**. 2562;19(1):170-95.
3. พัชรารวรรณ แก้วกันทะ, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย. **พยาบาลสาร**. 2558;42(4):48-64.
4. สุกัญญา รักษ์ขจีกุล. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 2556;58(4):359-70.
5. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. ใน: นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า. **วารสาร มจร วิชาการ**. 2559;19(38):108.
6. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. ใน: ทัชชา สุริโย. **ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า** [ปริญญาานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2559.
7. ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง. ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D ในกลุ่มนิสิตนักศึกษา. ใน: ทัชชา สุริโย. **ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า** [ปริญญาานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2559.
8. ดารารวรรณ ตะปินตา. ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การศึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์; 2556.

9. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี . ใน: ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
10. สมภพ เรืองตระกูล. โรคเอดส์ : อาการทางจิตเวชและการรักษา. ใน: ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
11. Beck A, Rush J, Shaw B & Emery G. Cognitive therapy of depression. ใน: ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
12. ปุณยภพ สิทธิพรอนันต์. **ฆ่าตัวตาย เพราะโรคซึมเศร้า**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไกลล์ หมอ; 2550.
13. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกานานนท์. **ตำราโรคซึมเศร้า**. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
14. สุณิสา ศรีโมอ่อน, อทิติยา พรชัยเกตุ โอบ ยองและอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. การบำบัด โดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิง ประจักษ์. . ใน: ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การ ปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
15. ราตรี ทองยู, วรรณมา คงสุริยะนาวิณ, อทิติยา พรชัยเกตุ โอบ ยองและสิวรรณ อุนนาภิ รักษ์. ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาด้านอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. ใน: ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การ ปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการ พิมพ์; 2556

16. พีรพนธ์ ลีอบุญธวัชชัย. Effects of psychoeducational program on knowledge, attitude, practice, and psychological stress of caregivers of patients with Alzheimer's disease. ใน: ดาราวรรณ ตะปินตา. **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
17. อรพรรณ ลีอบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพีรพนธ์ ลีอบุญธวัชชัย. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. ใน: ดาราวรรณ ตะปินตา. **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
18. สรยุทธ วาสิกนันทน์. ตำราโรคไบโพลาร์. ใน: ดาราวรรณ ตะปินตา. **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
19. อัมพร กุลเวชกิจ, ถาวร ภาวงศ์, พิษญาภัค เสียงตรง, แสงจันทร์ ภูหลงเพ็ญ และเมธีรัย ราชสิทธิ์. ผลของการฝึกโยคะต่อความสุขและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า. ใน: ดาราวรรณ ตะปินตา. **ภาวะซึมเศร้า : การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
20. นันทวรรณ นาวิ. คลายเครียด ทำชีวิตสบาย ไร้ความเครียด. ใน: ชวลิต เกิดทิพย์, ประไพพร ใจเย็น. **ความเครียดและแนวทางการลดความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี** [สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
21. ชูทิตย์ ปานปรีชา. จิตวิทยาทั่วไป. ใน: ชวลิต เกิดทิพย์, ประไพพร ใจเย็น. **ความเครียดและแนวทางการลดความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี** [สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.

22. สมเกียรติ วิสัยทอง. ความเครียดของครูผู้สอนโรงเรียนดาราสมุทร ศรีราชา ชลบุรี.
ใน: ชวลิต เกิดทิพย์, ประไพพร ใจเย็น. **ความเครียดและแนวทางการลด
ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยา
เขตปัตตานี** [สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา]. สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
23. วัชนี หัตถพรหม และคณะ. การบริการสุขภาพจิตชุมชน : องค์ความรู้จากประสบการณ์.
ใน: ชวลิต เกิดทิพย์, ประไพพร ใจเย็น. **ความเครียดและแนวทางการลด
ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยา
เขตปัตตานี** [สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา]. สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
24. ชวลิต เกิดทิพย์, ประไพพร ใจเย็น. **ความเครียดและแนวทางการลดความเครียดใน
การปฏิบัติงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี**
[สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา]. สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
25. ภาสกร สนวนเรือง. ภาวะเครียดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและการจัดการ
ความเครียดของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต
หาดใหญ่. ใน: ชวลิต เกิดทิพย์, ประไพพร ใจเย็น. **ความเครียดและแนวทางการลด
ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยา
เขตปัตตานี** [สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา]. สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.
26. ดวงมาลย์ เริงสำราญ. มารู้อัจฉริยภาพกันเถิด. ใน: ชวลิต เกิดทิพย์, ประไพพร ใจ
เย็น. **ความเครียดและแนวทางการลดความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี** [สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการศึกษา]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554.

27. จำลอง ดิษยวณิช. การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเวช. ใน: นิธิพันธ์ บุญเพิ่ม. **ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี** [การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
28. อัมพร โอตระกุล. สุขภาพจิต. ใน: นิธิพันธ์ บุญเพิ่ม. **ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี** [การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
29. สุรพล พะยอมแย้ม. จิตวิทยาอุตสาหกรรม. ใน: นิธิพันธ์ บุญเพิ่ม. **ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี** [การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
30. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือคลายเครียดด้วยตัวเอง**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
31. ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, สืบตระกูล ต้นตลานุกุล. **ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์**. 260;9(1):89-90.
32. ทรุปลูกปัญญา. **สารสื่อประสาท ส่วนเล็ก ๆ ที่มีผลต่ออารมณ์และการทำงานของร่างกาย** [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.trueplookpanya.com/knowledge/content/63443/-blo-scibio-sci->
33. บ้านنداเดอะโค้ช. **Brainwave คลื่นสมองกับกระบวนการเรียนรู้** [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก:
<https://nadahome.wordpress.com/2014/09/20/ตอนที่-18-brainwave-คลื่นสมองกับการ/>.

34. มณฑิรา วิทยากิตติพงษ์. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองในผู้ใหญ่ : ความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาล **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 2549;24(5):446-52.
35. Li Y, Kang C, Qu X, Zhou Y, Wang W, Hu Y. Depression-Related Brain Connectivity Analyzed by EEG Event-Related Phase Synchrony Measure. **Front Hum Neurosci**. 2016;10:1-15.
36. Mohammadzadeh B, Sattari K, Lotfizadeh M. Determining the relationship between depression and brain waves in depressed subjects using Pearson correlation and regression. **Int J Epidemiol Res**. 2016;3(4):376-85.
37. Kim S, Paik W. Use of Electroencephalography (EEG) in Academic Achievement Assessment. **Int J Scientific & Technology Res**. 2019;8(11):1-4.
38. รวิพรตติ พูลลาภ. ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของ ประชาชนในชุมชนน้ำจ้ำและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อําเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**. 2560;5(2):72-85.
39. กฤติเดช มิ่งไม้. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**. 2561;11(1):50-65.
40. รุปร่าง เรือนใจ, ณัฐวรินทร์ กฤติยาภิชาติกุล, พิลาสินี วงษ์นุช, วิวัฒน์ แก้วดวงเล็ก. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. **ลำปางเวชสาร**. 2559;37(1):9-15.
41. จันทรทิพย์ กาญจนศิลป์, กฤษณี สระมูณี, สุรัชดา กองศรี, สายทิพย์ สุทธิรักษา, อิศรา จุฑมาลี, รจเรศ หาญรินทร์. ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนิสิตเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. **วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน**. 2551;4(2):65-72.

42. สุธีรา ใจดี. **ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในกลุ่มพนักงานทำความสะอาดของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์** [วิทยานิพนธ์สาขาสถาปัตยกรรมสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
43. สุวัฒน์มัทธินันต์กุล, วณิดาพุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. **วารสารสวนปรุง**. 2540;13(3):1-20.
44. กรมสุขภาพจิต. **คู่มือวิทยาการหลักสูตรการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤต** [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf?fbclid=IwAR1oKsKHI1R2h2nmfmgGSgUAdn-qXbo5Hv0-3PA0gQAywEq1DyRli8NRAOI](https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf?fbclid=IwAR1oKsKHI1R2h2nmfmgGSgUAdn-qXbo5Hv0-3PA0gQAywEq1DyRli8NRAOI).
45. สวรรยา งานวิวัฒน์ถาวร, ญัฐพงษ์ กุลสิทธิจินดา. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในแพทย์ฝึกหัดโรงพยาบาลตำรวจ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 2563;65(4):373-84.
46. กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, ณสมพล หาญดี, สุดสบาย จุลกทัฬพะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ถึง 6 ของคณะแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 2557;59(1):29-40.
47. วรุณา กลกิจไกรวินท์, โสธิตา ผุฏฐธรรม, พชรวรรณ นัตรรมเย็น, อริสรา จันทราธิกุล, เมษา ภัทรายุตวรรัตน์, ธนพล สุรินทร์รัฐ และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ศรีพยาบาลมหาวิทยาลัยอณานิทรราช. **วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง**. 2560;61(1):9-20.
48. นฤมล สมรรคเสวี, โสภิต ณแสงอ่อน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 2558;29(3):11-27.

49. โปรยทิพย์ สันตะพันธ์ุ, ศิริญพร บุสหงส์, เซาวลิต ศรีเสริม. ภาวะซีมเศร่าในวัยรุ่น:
บทบาทยพยาบาล. วารสารเกื้อการุณย์. 2562;26(1):187-99.





ภาคผนวก ก
แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลและตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริง (ข้อมูลทั้งหมดในแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและถูกใช้ในงานวิจัยเท่านั้น) ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี
 เพศ ชาย หญิง เพศทางเลือก นิสิตชั้นปีที่..... น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
 ส่วนสูง.....เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย.....กก/ม² โทรศัพท์.....
2. สถานะ
 โสด มีแฟน
3. รายได้ต่อเดือน
 ต่ำกว่า 1,000 บาท 1,001 –5,000 บาท 5,001–10,000 บาท
 มากกว่า 10,000 บาท
4. โรคประจำตัว
 มี ระบุ..... ไม่มี
5. มียาที่รับประทานปัจจุบัน (ยารักษาโรค)
 มี ระบุ..... ไม่มี
6. การสูบบุหรี่
 ไม่สูบ สูบ วันละ..... (มวน/วัน)
7. การดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 ไม่ดื่ม 1-2 วัน 3-5วัน ทุกวัน
8. การออกกำลังกาย
 ไม่ออกกำลังกาย
 ออกกำลังกาย น้อยกว่า 3วัน/สัปดาห์
 ออกกำลังกาย มากกว่า 3วัน/สัปดาห์



ภาคผนวก ข

แบบวัดความเครียดสวนปรุง 20 ข้อ

(Suanprung Stress Test : SPST-20)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสวนปรุง 20 ข้อ (Suanprung Stress Test : SPST-20)

แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต

(SPST - 20)

คำชี้แจง : ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

| | | | |
|-----------------|---|---------|-----------------------|
| ระดับความเครียด | 1 | หมายถึง | ไม่รู้สึกเครียด |
| ระดับความเครียด | 2 | หมายถึง | รู้สึกเครียดเล็กน้อย |
| ระดับความเครียด | 3 | หมายถึง | รู้สึกเครียดปานกลาง |
| ระดับความเครียด | 4 | หมายถึง | รู้สึกเครียดมาก |
| ระดับความเครียด | 5 | หมายถึง | รู้สึกเครียดมากที่สุด |

| ข้อที่ | คำถามในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา | ระดับของความเครียด | | | | |
|--------|--|--------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | กลัวทำงานผิดพลาด | | | | | |
| 2 | ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ | | | | | |
| 3 | ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน | | | | | |
| 4 | เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน | | | | | |
| 5 | รู้สึกวาทองแข่งขันหรือเปรียบเทียบ | | | | | |
| 6 | เงินไม่พอใช้จ่าย | | | | | |
| 7 | กลุ้มเนื้อตึงหรือปวด | | | | | |
| 8 | ปวดหัวจากความตึงเครียด | | | | | |
| 9 | ปวดหลัง | | | | | |
| 10 | ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง | | | | | |
| 11 | ปวดศีรษะข้างเดียว | | | | | |
| 12 | รู้สึกวิตกกังวล | | | | | |
| 13 | รู้สึกคับข้องใจ | | | | | |

| | | | | | | |
|----------|-------------------------|--|--|--|--|--|
| 14 | รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด | | | | | |
| 15 | รู้สึกเศร้า | | | | | |
| 16 | ความจำไม่ดี | | | | | |
| 17 | รู้สึกสับสน | | | | | |
| 18 | ตั้งสมาธิลำบาก | | | | | |
| 19 | รู้สึกเหนื่อยง่าย | | | | | |
| 20 | เป็นหวัดบ่อย ๆ | | | | | |
| คะแนนรวม | | | | | | |

ระดับของความเครียด

ระดับคะแนน 0-23 คะแนน

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยและหายไปได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตประจำวันได้

ระดับคะแนน 24-41 คะแนน

ท่านมีความเครียดในระดับปานกลางเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาจรู้สึกวิตกกังวลหรือกลัว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความเครียดระดับนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ทำสิ่งที่สนุกสนาน เพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก หรือพูดคุยระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่ไว้วางใจ

ระดับคะแนน 42-61 คะแนน

ท่านมีความเครียดในระดับสูง เป็นระดับที่ท่านได้รับความเดือดร้อนจากสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์รอบตัว ทำให้วิตกกังวล กลัว รู้สึกขัดแย้งหรืออยู่ในสถานการณ์ที่แก้ไขจัดการปัญหานั้นไม่ได้ ปรับความรู้สึกด้วยความลำบากจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการเจ็บป่วย เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ฯลฯ

สิ่งที่ท่านต้องรีบทำเมื่อมีความเครียดในระดับนี้คือ คลายเครียดด้วยวิธีที่ทำได้ง่ายแต่ได้ผลดี คือ การฝึกหายใจ คลายเครียด พูดคุยระบายความเครียดกับผู้ที่ไว้วางใจ หาสาเหตุ

หรือปัญหาที่ทำให้เครียดและหาวิธีแก้ไข หากท่านไม่สามารถจัดการคลายเครียดด้วยตนเองได้ ควรปรึกษากับผู้ให้การปรึกษาในหน่วยงานต่าง ๆ

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป

ท่านมีความเครียดในระดับรุนแรง เป็นความเครียดระดับสูงที่เกิดต่อเนื่องหรือท่านกำลังเผชิญกับวิกฤตของชีวิต เช่น เจ็บป่วยรุนแรง เรือร้งมีความพิการ สูญเสียคนรัก ทรัพย์สิน หรือ สิ่งที่รัก ความเครียดระดับนี้ส่งผลทำให้เจ็บป่วยทางกายและสุขภาพจิต ชีวิตไม่มีความสุข ความคิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี ยับยั้งอารมณ์ไม่ได้

ความเครียดระดับนี้ถ้าปล่อยไว้จะเกิดผลเสียทั้งต่อตนเองและคนใกล้ชิด ควรได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้การปรึกษาอย่างรวดเร็ว เช่น ทางโทรศัพท์ หรือผู้ให้การปรึกษาในหน่วยงานต่าง ๆ



ภาคผนวก ค
แบบคัดกรองโรคซีสต์เร้า 2Q



ส่วนที่ 3 ชุดที่ 1 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

| คำถาม | มี | ไม่มี |
|--|----|-------|
| 1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่ | | |
| 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ | | |

การแปลผล

- ถ้าคำตอบ **ไม่มี** ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ **มี** ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อยด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q





ภาคผนวก ง

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

ส่วนที่ 3 ชุดที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

| ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน | ไม่มี เลย | เป็นบางวัน 1-7 วัน | เป็นบ่อย >7 วัน | เป็นทุก วัน |
|--|--------------|-----------------------|--------------------|----------------|
| 1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือครอบครัวผิดหวัง | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง วิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. พุดซา ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะ ดี | 0 | 1 | 2 | 3 |
| คะแนนรวมทั้งหมด | | | | |

| คะแนน | การแปลผล |
|-------|--|
| รวม | |
| <7 | ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศวาระดับน้อยมาก |
| 7-12 | มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย |
| 13-18 | มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง |
| ≥19 | มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง |