

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION IN PERSONS WITH MAJOR  
DEPRESSIVE DISORDER, NORTHEASTERN REGION



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

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรค ซีมีเศร่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
โดย	น.ส.ปาริฉัตร วันทะชัย
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ปาริฉัตร วันทะชัย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ( SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION IN PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, NORTHEASTERN REGION) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การดื่มสุราในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า และ 2) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จำนวน 180 คน ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 5 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 3) แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา 4) แบบวัดการเผชิญความเครียด และ 5) แบบประเมินการดื่มสุรา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงค่าพิสัย ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่มีการดื่มสุราโดยรวมอยู่ในระดับติด (ร้อยละ 87)
2. สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.378, -.449, .561, .492, -.452$ , และ  $-.376$ )
3. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สาขาวิชา      พยาบาลศาสตร์  
ปีการศึกษา     2561

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5877307636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: ALCOHOL CONSUMPTION, DEPRESSIVE DISORDER, SELECTED FACTORS

Parichat Wantachai : SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION IN PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, NORTHEASTERN REGION. Advisor: Asst. Prof. Penpaktr Uthis, Ph.D.

The purposes of this descriptive research were to study: 1) alcohol consumption in persons with major depressive disorder in the Northeastern of Thailand, and 2) relationships of alcohol consumption with marital status, age of alcohol first consumption, family history of alcohol drinking, comorbidity of substance use, depressive severity, beliefs associated with alcohol drinking, problem- focused coping and emotion-focused coping in persons with Major depressive disorder in the Northeastern of Thailand. The subjects of 180 patients, who met the conclusion criteria, were recruited from patients who were receiving service at the outpatient department of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Nakhon Phanom Rajanagarindra Psychiatric Hospital, and Prasri Maha Pho Hospital. The research instruments consisted of five questionnaires: 1) personal data record, 2) Beck Depression Inventory scale, 3) beliefs associated with alcohol drinking assessment, 4) Coping Inventory, and 5) the Alcohol Use Disorder Identification Test. Statistic technique utilized in data analysis were frequency, percentage, range, standard deviation, mean, Point-Biserial and Pearson correlation coefficient.

Major findings were as follows:

1. the majority of persons with major depressive disorder had alcohol consumption in dependence level (87 %),
2. marital status, age of alcohol first consumption, comorbidity of substance use, depressive severity, beliefs associated with alcohol drinking, and problem-focused coping were significantly correlated to alcohol consumption in persons with major depressive disorder, at  $p < .05$  ( $r = -.378, -.449, .561, .492, -.452$ , and  $-.376$ , respectively),
3. family history of alcohol drinking and emotion-focused coping were not correlated to alcohol consumption in persons with major depressive disorder.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2018

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่ามาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ซึ่งแนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ แนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ให้ข้อคิดและประสบการณ์อันมีคุณค่าที่มีอาจหาได้ในห้องเรียน รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ และเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นในการเรียนและการทำงาน จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านอาจารย์เป็นที่สุด ศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ทุกๆท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกๆ ท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณา มอบทุนสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณอาอนงค์ คุณอาโรลีย์ ผู้ซึ่งสนับสนุนทุนการศึกษาทั้งหมดและเป็นแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคุณพ่อयरรอง คุณยายบัวลี คุณตาลี และครอบครัววันทะชัย ที่เป็นกำลังใจอันมั่นคง สนับสนุนและอยู่เคียงข้างผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ทุกท่าน ที่ร่วมศึกษาด้วยกันมา ในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้แบ่งปัน ช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุนและประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง ตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาจนกระทั่งวันที่จบการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ขอให้ท่านมีกำลังใจที่เข้มแข็งในการดำเนินชีวิตต่อไป

ปาริฉัตร วันทะชัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	10
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	15
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า .....	16
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า .....	32
3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา.....	44
4. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า .....	45
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52

ประชากร.....	52
กลุ่มตัวอย่าง.....	52
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผลการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	85
บรรณานุกรม.....	87
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	98
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือยินยอมสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	100
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	107
ภาคผนวก ง สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม.....	109
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	115
ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	123
ประวัติผู้เขียน.....	131



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สัดส่วนจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล .....	53
ตารางที่ 2 การปรับข้อความเดิมและข้อความใหม่ของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา	56
ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง (n=180).....	66
ตารางที่ 4 การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n= 180) .....	68
ตารางที่ 5 ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n= 180).....	69
ตารางที่ 6 ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n= 180).....	70
ตารางที่ 7 การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n= 180).....	71
ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และการใช้สารเสพติดอื่นร่วม กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient = rpb) ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient = r) (n=180) .....	72

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นปัญหาในระดับโลกที่ต้องได้รับการแก้ไข (World Health Organization, 2001) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) ได้คาดประมาณว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้นับถึง 350 ล้านคน มีอัตราการความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 2-10 ซึ่งโรคซึมเศร้าก็เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยเช่นกัน ดังผลการเก็บสถิติผู้มารับบริการของโรงพยาบาลในสังกัดของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั่วประเทศ จำนวน 284,399 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด คือ จำนวน 105,975 ราย รองลงมาคือ ภาคใต้ จำนวน 65,289 ราย ตามด้วยภาคเหนือ จำนวน 59,749 ราย ภาคกลาง จำนวน 34,133 ราย ภาคตะวันออก จำนวน 12,789 ราย และกรุงเทพมหานคร จำนวน 6,464 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2560)

โรคซึมเศร้านอกจากจะเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่พบได้บ่อยดังข้อมูลข้างต้นแล้ว โรคนี้อย่างเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ (อรพรรณ สือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ สือบุญธวัชชัย, 2553) ดังผลการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก Harvard School of Public Health และธนาคารโลก เพื่อคาดการณ์ภาระของโรค (burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี และคาดว่าโรคซึมเศร้าจะเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ค.ศ. 2020 (Markowitz and Weissman, 2004) อีกทั้ง จากการศึกษาของ มาโนช หล่อตระกูล (2554) พบว่าอาการของโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ รวมถึงการทำหน้าที่การทำงาน จนส่งผลให้ขาดรายได้ตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีกระบวนการคิดและตัดสินใจที่ไม่มั่นคง จึงมีโอกาสก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้ง่าย (Beck and Alford, 2009) นำไปสู่การเกิดปัญหาที่สำคัญระดับประเทศคือทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Preuss et al., 2002) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Sher et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 40 % ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงควรให้ความสนใจในการคัดกรองและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาและลดปัญหาแทรกซ้อนรวมทั้งผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจัดเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยจะพบว่ามีอารมณ์ผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้และรู้สึกทุกข์ทรมาน เช่น อาการเศร้า รู้สึกหมดหวัง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีปมด้อย ต่ำหนีดตัวเอง วิตกกังวล มีความคับแค้นใจ มองโลกในแง่ร้ายและเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD-10 ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจและสูญเสียความรู้สึกเพลิดเพลิน สนุกสนาน ผู้ป่วยรู้สึกว่าพลังกำลังกายลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก อาการอื่นๆ ที่เป็นร่วมในขณะอารมณ์ซึมเศร้า เช่น มีสมาธิและความใส่ใจลดลง ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง มีความคิดว่าตนเองผิดและคิดว่าตนเองไม่มีค่า อาการนี้เกิดขึ้นได้แม้อารมณ์ซึมเศร้าไม่รุนแรง รู้สึกเหงาและมองอนาคตอย่างแง่ร้าย มีความคิดหรือมีการกระทำที่เป็นการทำร้ายตนเองหรือเป็นการฆ่าตัวตาย มีการนอนที่ผิดปกติ และมีอาการไม่เจริญอาหาร เป็นต้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

สำหรับในประเทศไทยพบปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่นเดียวกับในต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2556) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการใช้สุราคิดเป็น ร้อยละ 14.9 และผลการศึกษาเพื่อสำรวจข้อมูลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตทั่วประเทศของคนไทยโดย วารุณี เมฆอารียะ (2559) พบว่าตลอดช่วงชีวิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 40 มีการใช้สุราร่วมด้วย ซึ่งการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านำไปสู่ปัญหาที่รุนแรงคือ อาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองตามมา ดังการศึกษาของ อรรถัญญา แพ้จู้ และนริญชญา ศรีบูรพา (2552) พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรามีประวัติการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นทุกปี ถึงแม้จะยังไม่มีการศึกษาโดยตรงถึงสถานการณ์ปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของภูมิภาคนี้ แต่จากสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก ดังเช่น จากรายงานประจำปี 2560 ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า มีผู้ป่วยทางจิตที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดในปี 2560 จำนวน 88,472 ราย ในขณะที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในจำนวน 5,339 ราย ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยนอกถึง 16.67 เท่า (รายงานประจำปีโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดในปีเดียวกันซึ่งพบว่ามีจำนวนสูงถึง 5,334 ราย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จึงมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และอาจมีความเสี่ยงต่อการดื่มสุราสูงมากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภูมิภาคอื่น ๆ เนื่องจากวิถีชีวิต และวัฒนธรรมแบบชนบทของประชากรทางเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเน้นการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ภูมิภาคนี้มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีค่าครองชีพที่ต่ำกว่า

และมีอาการลักลอบนำเข้าสุราจากประเทศเพื่อนบ้านโดยหลีกเลี่ยงการเสียภาษีที่ถูกต้องตามกฎหมายจึงทำให้สุราที่ลักลอบเข้ามานั้นมีราคาถูกกว่าสุราตามท้องตลาดหรือภูมิภาคอื่น จึงอาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ประชากรในภูมิภาคนี้มีการดื่มสุรามากกว่าภาคอื่นๆ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559) สอดคล้องกับผลการเก็บรวบรวมข้อมูลทางด้านสถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลในสังกัดของกรมสุขภาพจิต ซึ่งพบว่าผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศจำนวน 359,257 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด คือ จำนวน 174,787 ราย รองลงมาคือภาคเหนือ จำนวน 68,618 ราย ตามด้วยภาคใต้ จำนวน 59,749 ราย และภาคกลาง จำนวน 34,133 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ผลการศึกษาของ Canadian National Population Health Survey (NPHS) ที่ได้ทำการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลในปี 1996-1997 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพโสด หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ มีโอกาสหันไปใช้สุรามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือคู่ (Wang and El-Guebaly, 2004) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความโดดเดี่ยว ความอ้างว้าง ความเบื่อหน่าย รวมทั้งการขาดที่ปรึกษาซึ่งสามารถพูดคุยหรือไว้ใจได้ ทำให้ผู้ป่วยหาทางออกด้วยการหันไปดื่มสุราทดแทน เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้นในชีวิต (Brennan et al., 1986) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Ganz and Sher (2009) ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่นมีโอกาสจะดื่มสุรามากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นติดสุราได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุน้อยนั้น จะมีระยะเวลาที่นาน นำไปสู่ภาวะติดสุรา ทำให้พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นจะมีความรู้สึกอยากดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เริ่มดื่มสุราในวัยผู้ใหญ่ (Boschloo et al., 2012) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านบุคคล พบว่าลักษณะนิสัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักส่งผลต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะนิสัยชอบอยู่คนเดียว เก็บตัว เข้ากับผู้อื่นลำบาก มักจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยหันไปดื่มสุรา และประวัติการบาดเจ็บทางใจ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เคยสูญเสียบุคคลที่รักมากในอดีต หรือถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะมีการดื่มสุรามากขึ้น (Boschloo et al., 2012)

นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว Khantzian (1985) ได้เสนอทฤษฎี Self-Medication หรือทฤษฎีการบำบัดรักษาด้วยตนเอง โดยมีแนวความคิดมาจากการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยแรกเริ่มนั้น ทฤษฎีการบำบัดรักษาด้วยตนเองนี้มีการสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ใช้สารเสพติด โดยได้ใช้กับผู้ที่ใช้โคเคนและเฮโรอีน ต่อมาได้มีการพัฒนามาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและอื่นๆ ตามมา โดยทฤษฎี Self-Medication ได้กล่าวถึงลักษณะของการบำบัดรักษาด้วยตนเองไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมค้นหาแนวทางการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสูบบุหรี่ พบว่า สาเหตุหลักมักจะเกี่ยวข้องกับลักษณะอาการของ

ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยมีการสูบบุหรี่เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของตนเอง และช่วยลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่เพื่อบำบัดปัญหาสุขภาพของตนเอง หรือในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) พบว่ามีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น กัญชา บุหรี่ เฮโรอีน เป็นต้น โดยการศึกษาของ Khantzian (1985) พบว่าเมื่อมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการค้นหาวิธีการบำบัดรักษาด้วยตนเองก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจไปเข้ารับการรักษาพยาบาลตามระบบ โดยผู้ป่วยจะหันไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการใช้สารเสพติดสามารถลดอาการซึมเศร้าของตนได้ และยังมีเชื่อว่าการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเจ็บปวด หรือความรู้สึกไม่สบายใจได้ ผู้ป่วยจึงมีการดื่มสุรามากขึ้น เมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต โดยสรุป ทฤษฎีการบำบัดด้วยตนเองเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองได้ จึงมีความเครียดเกิดขึ้น และทำให้มีกลไกทางจิตในการค้นหาวิธีการบำบัดรักษาตนเอง ด้วยการหันไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพื่อรักษาอาการเหล่านั้น (Khantzian, 1985)

จากข้างต้นจะเห็นว่า Self-Medication เป็นทฤษฎีหลักที่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการดื่มสุรา ดังนั้นจึงพบว่าต่างประเทศมีการนำ ทฤษฎี Self-Medication ไปใช้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ที่มีภาวะของโรคซึมเศร้า โดยอธิบายว่า ในผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคซึมเศร้า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายขึ้น ไม่ว่าจะป็นอาการทางกาย หรือทางจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการคิดหาทางบำบัดรักษาตนเองขึ้น ก่อนที่จะมีการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลตามระบบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีอาการซึมเศร้ากำเริบ มีความเครียดหรือความวิตกกังวล มีความเหนื่อยล้า หรือความเจ็บปวดเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า ร้อยละ 70 มีการหันไปดื่มสุราเพื่อช่วยลดอาการไม่สุขสบายเหล่านั้น และช่วยลดอาการซึมเศร้าที่กำเริบขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อว่าสุราสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลหรือความเหนื่อยและเจ็บปวดได้ (Khantzian, 1989 Cited in Robinson., 2007) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดื่มสุราเพื่อบำบัดปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากสุรามีผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ได้แก่ สารสื่อประสาท Dopamine และ Serotonin ซึ่งจะออกฤทธิ์กระตุ้นสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีและสุขสบายขึ้น โดยจะทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล (Khantzian, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่การใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการเครียดและลดความเบื่อหน่าย (มธุรดา สุวรรณโพธิ์, 2551 อ้างถึงใน เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, 2556)

ในปัจจุบันรูปแบบการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ จำแนกเป็นการรักษาทางร่างกาย ได้แก่การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า อีกรูปแบบหนึ่งคือการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัดระยะสั้น การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตที่พบว่า ให้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้า และให้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยาต้านเศร้า (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; DeRubeis et al., 1999) โดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่เน้นการแก้ไขรูปแบบความคิดหลักในทางลบ 3 ประการตามแนวคิดของ Beck (1967) คือ 1) รูปแบบการแปลประสบการณ์ในทางลบ 2) รูปแบบการมองตนเองในทางลบ และ 3) รูปแบบการมองอนาคตในทางลบ การบำบัดคือ การค้นหาการสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิด และการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา (Beck et al., 1979; Rush & Beck, 2000)

จะเห็นได้ว่าการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากผลการสำรวจข้างต้นพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราเพิ่มขึ้นทุกปี อีกทั้งการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการดื่มสุรานี้ อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติกรพยาบาล คือ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นจนเป็นเหตุให้มีการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในอัตราที่มากขึ้น ปัญหาเหล่านี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล ซึ่งมีการกำหนดไว้ว่าการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพจะต้องเป็นการพยาบาลเพื่อให้อัตราการกลับเป็นซ้ำ และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดน้อยลง และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด (สำนักการพยาบาล, 2554) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราจึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการดื่มสุราของตนเองได้

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เห็นความสำคัญของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงสถานการณ์ปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่ามีมากน้อยเพียงใดและมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับปัญหานี้ โดยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดของกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 3 แห่ง เนื่องจากเป็นเขตที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงที่สุดในประเทศไทย ดังสถิติที่กล่าวข้างต้น ซึ่งความสำคัญของปัญหานี้สะท้อนได้จากการมีโรงพยาบาลเฉพาะทางในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ Excellence Center for Depressive Disorder คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งตั้งอยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีช่องว่าง คือ ขาดองค์ความรู้ในการดูแลเฉพาะแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลดังที่กล่าวข้างต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจทำการศึกษาเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อนำองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการใช้สุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหานี้ มาใช้ประโยชน์ในการออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งเพื่อการช่วยเหลือป้องกัน และลดปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. การติ่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร
2. สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มติ่มสุรา ประวัติการติ่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มติ่มสุรา ประวัติการติ่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การติ่มสุราเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีการติ่มสุราสูงถึง ร้อยละ 70 (Kessler et al., 1994) และในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการใช้สุรา ร้อยละ 14.9 (บุญสิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) อีกทั้งการศึกษาล่าสุดในประเทศไทยพบว่าตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สุราสูงถึง ร้อยละ 40 (วารุณี เมฆอริยะ, 2559) ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นภาคที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าภาคอื่นๆ ในประเทศไทย อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงปัญหาการติ่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคนี้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการติ่มสุราและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราของผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกศึกษาตัวแปรต่างๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามทฤษฎี Self-Medication (Khantzian, 1985; Robinson, 2007) เป็นหลัก ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ดังนี้

**1. การใช้สารเสพติดอื่นร่วม** การใช้สารเสพติดอื่นร่วมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามกลไกทางจิตในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะหาวิธีการบำบัดรักษาด้วยตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะทางร่างกายหรือทางจิตใจ (Pomerleau et al., 1993; Markou et al., 1998) โดยการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สังคมและสถานที่ที่ผู้ป่วยจะหาได้ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายเมื่อมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น อาจมีการสูบบุหรี่ มักพบว่า บุคคลในครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนมีการใช้บุหรี่ หรือสารเสพติดอื่นๆ ที่ผิดกฎหมายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหนึ่งคนอาจมีการใช้สารเสพติดร่วมมากกว่าหนึ่งชนิด เพื่อลดอาการซึมเศร้าของตน โดยมีความเชื่อว่าการใช้สารเสพติดเหล่านั้นสามารถลดอาการซึมเศร้าวางได้ ซึ่งสารเสพติดเหล่านั้นมีผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาท Dopamine ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลาย ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือหมดหวังแต่กลับทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากดื่มสุรามากขึ้น (Robinson, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hasin et al. (2007) โดยพบว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมเป็นอย่างมาก เช่น บุหรี่ ฝิ่น เฮโรอีน โคเคนหรือสารเสพติดชนิดอื่น โดยสารเสพติดเหล่านั้นมีผลต่อการหลั่ง Dopamine และ Serotonin ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากดื่มสุรามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Boschloo et al. (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการอยากดื่มสุรามากขึ้นหลังมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย

**2. ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า** ลักษณะการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยขณะนั้น โดยเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น มักจะมีปริมาณการดื่มสุราที่เพิ่มมากขึ้น ดื่มบ่อยขึ้น เพื่อลดอาการซึมเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย (Robinson, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hasin and Grant (2002) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีอาการซึมเศร้าวรุนแรงขึ้น ไม่เพียงแต่มีความอดทนต่อสิ่งเร้าในการดื่มสุราต่ำแต่อาการซึมเศร้านั้นยังนำไปสู่การอยากดื่มสุรามากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Hasin and Grant, 2002) และในการศึกษาของ Wells et al. (2008) อธิบายถึงความสัมพันธ์สองทางระหว่างอาการซึมเศร้าและการดื่มสุราว่า ผลของสุราทำให้ระดับสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine ในสมองต่ำลงจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าวรุนแรงขึ้นจะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีการใช้สุราเพื่อบรรเทาอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Hoff and Rosenheck, 1998)



**3. ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความเชื่อว่า การดื่มสุราสามารถทำให้ลดความตึงเครียด ลดอาการเหน็ดเหนื่อย ลดความเบื่อหน่ายและอาการซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมีการหันไปดื่มสุราเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เหล่านั้น (Khantzian, 1989) และตามแนวคิดของ Beck (1967) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต โดยพบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า มีการนับถือตนเองต่ำลง ประเมินสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ว่าเต็มไปด้วยอุปสรรค ดังนั้น เมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ใดๆ ก็จะแปลเหตุการณ์นั้นไปในทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ประเมินอนาคตว่ามีแต่ความทุกข์หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และมีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคตของตนเอง ทำให้หันไปพึ่งสุรา หรือใช้สุราเพราะมีความเชื่อว่าสุราสามารถบรรเทาภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ (Beck, 1967) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Daragon Na Ayuttaya (2009) พบว่าความเชื่อที่ถูกต้องต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มสุรา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการดื่มสุรา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุรา เนื่องจากยังเชื่อว่าสุราสามารถรักษาอาการทางจิตของตนได้

**4. เฝิชญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา** โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นความสามารถของบุคคลในการหาข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ระบุปัญหา โดยการแยกปัญหาจากการคิด วิเคราะห์ ตามการรับรู้ และหาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ซึ่งผู้ป่วยประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้อย่างเต็มที่ และเตรียมการเผชิญปัญหา กับสถานการณ์โดยมีการวางแผนก่อนล่วงหน้าที่จะกระทำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญปัญหาเหล่านั้นไปได้ และพบว่าหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาได้โดยไม่มีใช้สุรา (Khantzian, 1985)

**5. การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้วิธีการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม หรือวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น มีการดื่มสุราเพื่อคลายความเครียด ความวิตกกังวล หรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brennan et al. (1986) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่เพียงลำพังมักจะเกิดความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว อ่างว้าง แล้วส่งผลให้เกิดความเครียดได้ง่าย และเมื่อเกิดความเครียดขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงหันไปดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความเครียด หรืออาการไม่สุขสบายเหล่านั้น (Robinson, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มจรูดา สุวรรณโพธิ์ (2551) พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่การใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการเครียดลดความเบื่อหน่าย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักดื่มสุราเพื่อลดอาการ

ติงเครียดและเพื่อผ่อนคลาย เมื่อเกิดความรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใช้การเผชิญความเครียดในวิธีการที่ไม่เหมาะสมด้วยการดื่มสุราเพื่อลดปัญหาด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้น

นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังได้คัดเลือกปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมอีก 2 ปัจจัย ดังนี้

**6. สถานภาพสมรส** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหากมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ หดหวัง จะมีความต้องการกำลังใจจากบุคคลคนที่รักหรือใกล้ชิด ซึ่งหากไม่ได้รับกำลังใจนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกความโดดเดี่ยว ความอ้างว้าง หรือเบื่อหน่าย ขาดที่ปรึกษาหรือบุคคลที่สามารถพูดคุยหรือไวใจได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น (Robinson, 2007) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหรือคู่มักจะมีกิจกรรมร่วมกันบ่อยครั้ง และไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว มีที่ปรึกษาหรือระบายความรู้สึกออกมา มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลากับการไปดื่มสุราน้อยลง (Hasin and Grant, 2002; Boschloo et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลของ Canadian National Population Health Survey (NPHS) ในปี ค.ศ. 1996-1997 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพโสด หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ มีโอกาสหันไปใช้สุรามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือคู่ (Wang and El-Guebaly, 2004)

**7. ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว** ได้จากการทบทวนวรรณกรรมถึงประวัติการดื่มสุราในครอบครัวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่า หากบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการดื่มสุรา จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการอยากใช้สุรามากขึ้น และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีความอ่อนแอทางอารมณ์ขาดการยับยั้งชั่งใจในการหันไปดื่มสุรา และมีการดื่มสุรามากขึ้น (Boschloo et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ MCGue (1999) ที่พบว่า การที่มีคนในครอบครัวหรือผู้ที่สืบเชื้อสายกรรมพันธุ์เดียวกันเป็นโรคติดสุรา ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยพบว่ามีสารพันธุกรรมที่สามารถสืบทอดภาวะติดสุราจากพ่อหรือแม่ไปสู่ลูกได้ (MCGue, 1999) และได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคพิษสุรากับพันธุกรรมพบว่าเด็กที่พ่อแม่ติดสุราเกิดการเกิดอัตราการติดสุราสูงเช่นกัน โดยการที่มีพ่อหรือแม่ที่ติดสุราจะทำให้เด็กนั้นติดสุราได้มากกว่าเด็กที่มีพ่อหรือแม่บุญธรรมที่ติดสุรา เนื่องจากสารพันธุกรรมที่สืบทอดกันมา (Soyka et al., 1996) และยังมีการศึกษาของ สุกุม่า แสงเดือนฉาย (2547) ที่พบว่า การที่บุคคลใกล้ชิดมีการดื่มสุรา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมนั้น โดยไม่รู้ตัว และผู้ป่วยจะไม่กล้าปฏิเสธเมื่อสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่เคารพศรัทธา รวมถึงเพื่อนชักชวนให้ดื่ม โดยจะมีความเกรงใจและเป็นการรักษาน้ำใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะปฏิเสธ (เสาวณีวิกัน, 2548)

**8. อายุที่เริ่มติ่มสุรา** จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมของ Pilowsky et al. (2009) โดยพบว่า อายุที่เริ่มติ่มสุรามีความสัมพันธ์กับการติ่มสุรา โดยการที่ผู้ป่วยเริ่มติ่มสุราเมื่ออายุน้อย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการติดสุราและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากหากผู้ป่วยที่มีการเริ่มติ่มสุราเมื่ออายุน้อย ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาที่เหลือน้อยในการติ่มนาน และการติ่มสุราของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น (Glanz, 2002; Heinz and Wong, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Modesto-Lowe and Kranzier (1999) และการศึกษาของ Wang and El-Guebaly (2004) พบว่า อายุที่เริ่มติ่มสุรามีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### สมมติฐานการวิจัย

1. การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์ทางบวกกับการติ่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. อายุที่เริ่มติ่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุรา และการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาี่ความสัมพันธ์ทางลบกับการติ่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติดอื่นร่วม และประวัติการติ่มสุราในครอบครัวมี ความสัมพันธ์กับการติ่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มติ่มสุรา ประวัติการติ่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า Major Depressive Disorder (F32, F33) และมีการติ่มสุรา ที่มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Major Depressive Disorder (F32, F33) และมีการติ่มสุรา ที่เข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย 9 ตัวแปร

**ตัวแปรต้น** คือ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา

**ตัวแปรตาม** คือ การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การดื่มสุรา** หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับสุรา จำแนกตามปริมาณที่ดื่มประจำ ความถี่ในการดื่มหนัก ความสามารถในการควบคุมการดื่ม ปัญหาที่เกิดจากการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคณเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ประเมินโดยแบบประเมินระดับปัญหาจากการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ของกรมสุขภาพจิต (2548) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งการดื่มสุราออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อยหรือเสี่ยงระดับต่ำ หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มต่อวัน ซึ่งเทียบเท่าเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 60 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 1.5 กระป๋อง
2. กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง หมายถึง การดื่มมากกว่า 2 ดื่ม แต่ไม่เกิน 4 ดื่มต่อวัน ซึ่งเทียบเท่าเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 120 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 3 กระป๋อง ในส่วนนี้จะประเมินความสามารถในการควบคุมการดื่มหนัก ปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และการดื่มเพื่อถอนในตอนเช้า
3. กลุ่มดื่มแบบอันตรายหรือแบบติด หมายถึง การดื่มมากกว่า 4 ดื่มต่อวันขึ้นไป ซึ่งเทียบเท่าเหล้า 40 ดีกรี มากกว่า 120 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรงมากกว่า 3 กระป๋อง ซึ่งถือว่าเป็นการดื่มแบบหมกมุ่นเพื่อให้เกิดการเมา

**ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F32, F33) โดยมีอาการและอาการแสดง เช่น เศร้า วิดกกังวล เหนื่อยล้าตลอดเวลา เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอาการแสดงเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ โดยแสดงออกในด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ข้อมูลส่วนนี้จะอยู่ในแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่ลงบันทึกโดยจิตแพทย์

**สถานภาพสมรส** หมายถึง ความผูกพันในการเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา โดยแบ่งดังนี้

- โสต หมายถึง หย่า แยก คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราก็ยังไม่เคยสมรส หรือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราที่เคยอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแต่ปัจจุบันมิได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้ว

- คู่ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา ไม่ว่าจะได้ทำการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม

ประเมินได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราและลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**อายุที่เริ่มดื่มสุรา** หมายถึง อายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา มีหน่วยเป็นปี ประเมินได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราและลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว** หมายถึง การที่มีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา โดยแบ่งดังนี้

- มี คือ การที่มีบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง สามี ภรรยา รวมถึงบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา

- ไม่มี คือ การที่ในครอบครัวไม่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งดื่มสุรา

ประเมินได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราและลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**การใช้สารเสพติดอื่นร่วม** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรามีการใช้สารเสพติดทั้งที่ผิดกฎหมายและไม่ผิดกฎหมาย อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วย เช่น บุหรี่ กัญชา ยาบ้า เฮโรอีน หรืออื่นๆ นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

- มี คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรามีการใช้สารเสพติดทั้งที่ผิดกฎหมายและไม่ผิดกฎหมาย อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการรับประทาน ดม สูด ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย แล้วมีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

- ไม่มี คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราไม่มีการใช้สารเสพติดทั้งที่ผิดกฎหมายและไม่ผิดกฎหมาย อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการรับประทาน ดม สูด ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย แล้วมีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ประเมินได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราและลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า** หมายถึง ระดับภาวะอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการใช้สุรา ซึ่งแสดงออกในด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งความรุนแรงของโรคซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลางและระดับรุนแรง ได้มาจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงโรคซึมเศร้าของ Beck

(Beck Depression Inventory 1A [BDI -1A]) แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ

**ความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุรา** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ความรู้สึกเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการติ่มสุรา และผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดติ่มสุรา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุรา ประเมินได้จากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุราของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการเสพยาบ้าของ โยธิน ปอยสูงเนิน (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยค่าคะแนนรวมความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุราสูง หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติ่มสุราอยู่ในระดับสูง และหากคะแนนรวมความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุราต่ำ หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติ่มสุราอยู่ในระดับต่ำ

**การเผชิญความเครียด** หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาการติ่มสุราต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ รวมถึงการหาทางออก เพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยแบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1. **การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา** และมุ่งแก้ที่ตัวปัญหาเอง (Problem Coping Behavior) หรือปรับสิ่งแวดล้อม เป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่จะพยายามจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ซึ่งประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ว่าสามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเต็มที่และเพียงพอ (Lazarus & Folkman, 1984)

2. **การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์** (Emotion Coping Behavior) เป็นการใช้อารมณ์เป็นหลักในการแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด โดยไม่นึกถึงผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการจัดการ และไม่สามารถบอกได้ว่าการจัดการที่ได้กระทำไปแล้วนั้นจะดีหรือไม่ดี (Lazarus & Folkman, 1984)

โดยข้อมูลส่วนนี้ ประเมินได้จากแบบวัดการเผชิญความเครียด ซึ่งจากรูวรรณ จินตามงคล (2541) แปลมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราของบุคลากรที่มีสุขภาพ และเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราได้รับการดูแลที่เหมาะสมในการลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
3. เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องแนวคิด และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียด สถานภาพสมรส ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและการใช้สารเสพติดอื่นร่วมกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า
- 1.3 การจำแนกชนิดของโรคซึมเศร้า
- 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
- 1.6 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### 2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายและรูปแบบของการดื่มสุรา
- 2.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.3 ผลกระทบของการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.4 การประเมินการดื่มสุรา
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
- 2.6 ทฤษฎี Self-Medication

#### 3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา

#### 4. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย



## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง เป็นโรคที่พบบ่อยมากกว่าโรคจิตเภทถึง 10 เท่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) โรคซึมเศร้าพบได้ทุกเพศและทุกวัย โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20 ถึง 50 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นคือ 40 ปี การเริ่มเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกในวัยเด็กหรือในวัยผู้สูงอายุพบได้น้อยมาก แต่อย่างไรก็ตาม พบโรคซึมเศร้าในวัยเด็กเพิ่มมากขึ้น วัยรุ่นที่มีอาการต่างๆของ Major depression และวัยรุ่นที่ป่วยจนถึงขั้นเป็น Major depression แล้วมีความเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นปกติ 2-4 เท่า ต่อการป่วยเป็น Major depression เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า พอสรุปได้ดังนี้

Beck et al. (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีรวิทยา ได้แก่มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตนนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต ซึ่งมีลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไป คือการด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าว่า โรคซึมเศร้า คือ การป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และความคิด เป็นโรคที่ทำให้เกิดการป่วยทางอารมณ์ มีอารมณ์หดหู่ ไม่แจ่มใส ไม่อยากสนใจสิ่งต่างๆ ไม่อยากทำกิจกรรมที่ปกติเคยชอบทำ บางครั้งอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอยู่นานๆ โดยไม่มีท่าว่าจะดีขึ้น เป็นรุนแรง มีอาการต่างๆ ติดตามมา นอนหลับๆ ตื่นๆ เบื่ออาหารทุกอย่าง น้ำหนักลด หดความสนใจต่อโลกภายนอก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ทางการแพทย์จัดว่าเป็นภาวะผิดปกติซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การทำงาน พฤติกรรมการนอน และการกิน รวมทั้งสุขภาพโดยทั่วๆ ไปและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

สวูนีย์ เกียวกิงแก้ว (2543) ให้ความหมายของความซึมเศร้า คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกันมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรุนแรงของความเศร้ามีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ จะมีอารมณ์เศร้า บางครั้งหงุดหงิดง่ายมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาบางครั้งควบคุมไม่ได้ มีความรู้สึกหดหู่ เบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ บางรายมีอาการทางกายร่วมด้วย นอนหลับได้ยาก หรือบางรายนอนหลับ มากผิดปกติ

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ รวมไปถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ตามข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) กล่าวถึงความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้าว่า มีอาการ 5 อาการหรือมากกว่า ในจำนวนอาการทั้งหมด 9 อาการ โดยเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ และมีอาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อจากอาการต่อไปนี้ 1) อารมณ์ซึมเศร้า และ 2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข สำหรับรายละเอียดอาการ 9 ข้อได้แก่ 1) มีอารมณ์ ซึมเศร้าส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน ได้จากการบอกเล่า จากการสังเกต 2) มีความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลงเป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน 3) มีน้ำหนักลดโดยไม่ได้ควบคุม หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (เพิ่มมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวัน 5) มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น หรือมีการเคลื่อนไหวลดลงแทบทุกวัน 6) อ่อนเพลีย แทบทุกวัน 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป 8) สมาธิเสีย ความสามารถในการคิดลดลง หรือมีความลำบากในการตัดสินใจ 9) คิดเรื่องการตาย หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึงการที่บุคคลมีความเปราะบางด้านการคิดและการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่การเปราะบางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่นมี ความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

## 1.2 สาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยผสมผสานรวมกัน คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจและสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่บีบคั้น และเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) โดยปัจจัยแต่ละด้านมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม เป็นที่ยอมรับกันว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้าจากการศึกษาในลูกของพ่อหรือแม่ที่เป็นโรค Major depressive disorder จะมีความเสี่ยง 2-3 เท่าที่จะเป็นโรค Major depressive disorder เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดโรคของลูกที่ไม่มีพ่อหรือแม่ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบคู่แฝด พบว่าคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียว เมื่อแฝดป่วยเป็นโรค Major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 50 ที่จะเป็นโรคเดียวกัน ในขณะที่คู่แฝดชนิดไข่สองใบ เมื่อแฝดหนึ่งรายป่วยเป็นโรค Major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 10-25 (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547) การปรับระดับของฮอร์โมนในสมอง (neuroendocrine regulation) สมองส่วน hypothalamus เป็นศูนย์กลางในการควบคุมระดับฮอร์โมนหลายชนิด โดยเฉพาะในส่วน hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis และ hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับฮอร์โมน cortisol และ thyroid stimulating hormone (TSH) พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อให้ยา dexamethasone ไปยับยั้ง cortisol hormone แต่ระดับ cortisol กลับไม่ลดลง ซึ่งการทดสอบที่ให้ผลบวกนี้จะหายไปเมื่อผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ระดับ TSH ไม่สามารถถูกกระตุ้นได้เท่าที่ควรด้วย thyrotropin - releasing hormone ซึ่งแสดงว่าภาวะซึมเศร้าอาจเริ่มจากความผิดปกติของสมองส่วนตั้งแต่ระดับ hypothalamus ขึ้นไปโดยทำให้การปรับระดับฮอร์โมนเสียไป (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานที่สุดปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อน และสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

Cognitive Model ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามี cognition triad คือ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่างๆไปในทางไม่ดีและคิดว่าอนาคตไม่มีความหวังการบิดเบือนในความคิดนี้เกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสีย บิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในครั้งต่อไป ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

Behavioral Model มีแนวคิด 2 แบบคือ ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลว และผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่าและภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่ได้รับแรงเสริมที่

เหมาะสมหรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป หรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคม อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีก่อนป่วย เช่น การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี การมีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีมากกว่า 3 คนอยู่ที่บ้าน หรืออาจเป็นปัจจัยที่มากระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า (Wright et al., 2005) เช่น เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Brown and Tharris, 1978) อ้างถึงในสรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) มีรายงานว่า ปัจจัยความเครียดทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคม เช่น การตายของบุคคลที่รัก เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากการศึกษาติดตามในระยะยาว สามารถยืนยันได้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า และช่วยทำให้อาการของโรคซึมเศร้าบรรเทาลงได้ (Durand and Barlow, 2006) นอกจากนี้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูง แม้ได้รับยาเต็มที่ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

### 1.3 การจำแนกชนิดของโรคซึมเศร้า

ประเภทของโรคซึมเศร้าที่พบบ่อยๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> (DSM –IV-TR ) Criteria (2000) ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) (พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2549) แต่ในงานวิจัยฉบับนี้จะขกกล่าวถึงเพียงโรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder)

#### โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลัก อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

1. ต้องมีอาการประกอบด้วย 5 อาการขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาเดียวกันนาน 2 สัปดาห์ โดยอาการใน 5 ข้อดังกล่าว อย่างน้อย 1 ข้อ จะต้องเป็นอารมณ์เศร้าหรืออารมณ์ที่หมดความสนใจหรือความเพลิดเพลินไป

1.1 มีอารมณ์เศร้า ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น

1.2 มีความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมดลดลงอย่างมาก

1.3 น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน)/ เบื่ออาหารหรืออยากอาหาร

1.4 นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก

1.5 ทำอะไรช้า เคลื่อนไหวช้าลง หรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข

1.6 เหนื่อยอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง

1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป

1.8 สมาธิหรือความคิดอ่านลดลง

1.9 คิดถึงเรื่องการตายอยู่ซ้ำๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

2. อาการดังกล่าวต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของช่วงระยะอาการผสม

3. อาการดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์หรือการสูญเสียหน้าที่ทางสังคมที่สำคัญ

4. อาการดังกล่าวไม่ใช่อาการจากการสูญเสีย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

หากอาการนั้นเกิดขึ้นติดต่อกันเป็นเวลานานเกินกว่า 2 เดือน หรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างชัดเจน หรือมีความคิดหมกมุ่นจนผิดคิดว่าตนเองไร้ค่าหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีอาการของโรคจิตหรือมีการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า

#### 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ในปัจจุบันระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชที่นิยมใช้มีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการจำแนกขององค์การอนามัยโรคฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> หรือ ICD -10) และระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> หรือ DSM -IV-TR) ซึ่งในปัจจุบันทั้งสองระบบนี้มีแนวคิดส่วนใหญ่ที่คล้ายคลึงกัน แต่อย่างไรก็ตามการลงรหัสของแต่ละโรคยึดตามระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโรคเพื่อให้สามารถลงในใบรายงานสถิติในประเทศได้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และมานิช หล่อตระกูล, 2541)

การวินิจฉัย Major Depressive episode หรือ F32 ตามเกณฑ์ของ ICD-10 ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจและสูญเสียความรู้สึกเพลิดเพลิน สนุกสนาน ผู้ป่วยรู้สึกว่าการกำลังกายลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก อาการอื่นๆ ที่เป็นร่วมในขณะอารมณ์ซึมเศร้า (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) เช่น

ก. มีสมาธิและความใส่ใจลดลง

ข. ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง

ค. มีความคิดว่าตนเองผิดและคิดว่าตนเองไม่มีค่า อาการนี้เกิดขึ้นได้แม้อารมณ์ซึมเศร้าไม่รุนแรง

ง. รู้สึกเหงาและมองอนาคตอย่างแง่ร้าย

จ. มีความคิดหรือมีการกระทำที่เป็นการทำร้ายตนเองหรือเป็นการฆ่าตัวตาย

ฉ. มีการนอนที่ผิดปกติ

ช. มีอาการไม่เจริญอาหาร

ระยะเวลาที่ซึมเศร้าจนสามารถวินิจฉัยเป็น Major Depressive episode นั้นผู้ป่วยจะต้องซึมเศร้านานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ แต่ระยะเวลาอาจน้อยกว่านี้ก็ได้ถ้าเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นรุนแรงและเป็นเร็ว อารมณ์ซึมเศร้าจะเปลี่ยนแปลงน้อยวันต่อวัน อารมณ์ซึมเศร้าจะไม่เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ แต่สภาพอารมณ์ซึมเศร่ากลับแปรเปลี่ยนในวันหนึ่งๆ อารมณ์ซึมเศร้าอาจจะไม่เป็นไปตามแบบฉบับ โดยเฉพาะในวัยรุ่นกล่าวคือ แทนที่จะแสดงอาการอารมณ์ซึมเศร้าตรงๆ ผู้ป่วยกลับแสดงอาการต่อไปนี้เป็นการเด่นคือ วิตกกังวล ทุกข์ทรมานใจ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง นอกจากนี้อาจจะมีอาการหงุดหงิด ตี๋มสุรามากๆ มีพฤติกรรมแบบ histrionic อาการกลัวอย่างผิดธรรมดาหรืออาการย้ำคิดย้ำทำที่เคยเป็นกลับกำเริบ หรือมีอาการหมกมุ่นอยู่กับ hypochondriasis ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า อาจจะมีอาการ somatic symptoms ดังต่อไปนี้

- ก. ไม่สนใจใยดีหรือรู้สึกไม่ยินดี ไม่ดีใจในกิจกรรมที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข
- ข. ไม่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อม
- ค. ตื่นเช้ากว่าปกติ 2 ชั่วโมง หรือมากกว่า
- ง. สภาพอารมณ์ซึมเศร้าทรุดลงในตอนเช้า
- จ. จิตใจและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation) หรือการเคลื่อนไหวระส่ำระสาย (psychomotor agitation)
- ฉ. ไม่เจริญอาหารอย่างรุนแรง
- ช. น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5 หรือมากกว่านี้ในรอบเดือนที่ผ่านมา
- ซ. ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก

โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการข้างต้นอย่างน้อยที่สุด 4 อาการจึงจะวินิจฉัยได้ว่ามี somatic symptoms การแบ่งชนิดของ depressive episode ตามความรุนแรงของ ICD-10 จะอาศัยเกณฑ์ต่อไปนี้ในการแบ่งคือ จำนวนของอาการ ชนิดของอาการและความรุนแรงของแต่ละอาการ ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางอาชีพและทางสังคม

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR โดยในส่วนแรกจะกล่าวถึง Major Depressive Episode เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยโรค Depressive Disorders ดังนี้

Major Depressive Episode ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR มีอาการ ดังต่อไปนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อ ของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ:ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายหรือ mood-incongruent delusions หรือ hallucinations

(1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้าหรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

หมายเหตุ : ในเด็กหรือวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด

(2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆทั้งหมด หรือแทบทั้งหมด ลดลงอย่างมาก โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นมาจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก หมายเหตุ: ในเด็กดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มตามที่ควรจะเป็น

(4) นอนไม่หลับหรือหลับมากไปแทบทุกวัน

(5) จิตใจและการเคลื่อนไหว ไร้สาระส่ายหรือเชื่องช้า แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

(6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิด อ่าน ลดลงหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากจะทำร้ายตัวเอง โดยมิได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

C. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญบ่งชี้

D. อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

E. อาการเข้าไม่ได้กับความเศร้าโศก เป็นความรู้สึกอันเนื่องมาจากมรณกรรมของคนที่ผู้ป่วยรัก (Bereavement) ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บ่งชี้บ่งชี้มาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิตหรือ psychomotor retardation

การวินิจฉัย Major depressive disorder, single episode ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วย เกณฑ์ดังต่อไปนี้

A. มี Major Depressive Episode หนึ่งครั้ง

B. Major Depressive Episode นี้ไม่เข้าได้ดีกว่ากับ Schizoaffective Disorder และมีได้เกิดขึ้นซ้อนกับ Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder หรือ Psychotic Disorder Not Otherwise Specified ที่เป็นก่อนอยู่แล้ว

C. ไม่เคยมี Manic Episode, Mixed episode, หรือ Hypomanic Episode

หมายเหตุ: ยกเว้นว่า manic-like episode หรือ mixed-like episode หรือ hypomanic-like episode นั้นเกิดจากสารหรือการรักษาหรือเป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากความเจ็บป่วยทางกาย

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งภาวะของโรคซึมเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับเล็กน้อย ชอบเปรียบเทียบตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่า อารมณ์ไม่สดชื่น แจ่มใสเศร้าขึ้นๆลงๆ บางครั้งไม่สมเหตุสมผล ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความต้องการที่จะตาย ความอยากอาหารลดลง หลับยาก ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย หนึ่งอย่าง

2. ระดับปานกลาง คิดว่าตนเป็นคนล้มเหลว ขาดประสิทธิภาพ วิตกกังวลว่าร่างกายผิดปกติ มีอารมณ์เศร้ารุนแรงเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการหลังตื่นนอน สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ มีความคิดฆ่าตัวตาย รุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย ไม่อยากรับประทานอาหาร ลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท หนึ่งอย่างไม่ต้องทำกิจกรรมใดๆ

3. ระดับรุนแรง คิดว่าตนไร้ค่า ล้มเหลวทุกอย่าง สร้างภาระให้ผู้อื่น คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย เป็นที่รังเกียจของสังคม มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา ลึกลับ รู้สึกไม่มีค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมทุกชนิดแม้จะถูกกระตุ้น รู้สึกทุกข์ทรมานไม่สามารถทนอยู่ได้ ไม่รับประทานอาหาร น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วนอนต่อไม่ได้ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้ และมีความพยายามฆ่าตัวตายถี่ขึ้น

### 1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเกิดขึ้นได้ทุกเพศและทุกวัย โดยมีหลักฐานยืนยันว่าเด็กทารกอายุ 3 เดือน สามารถที่จะแสดงอาการซึมเศร้าได้ประมาณ 1 ใน 33 คน ในวัยเด็กและ 1 ใน 8 คน ในวัยรุ่น มีประสพการณ์ของการเป็นโรคซึมเศร้า (Greden, 2001) โดยการแสดงอารมณ์ซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ (Stein et al., 2006) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีลักษณะอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (episodic) เป็นๆ หายๆ (Rush et al. 2006) การดำเนินของโรคซึมเศร้ามี่ดังนี้

- Response คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร่าลดลงหลังได้รับการรักษา โดยติดตามได้จากอารมณ์ของผู้ป่วย การทำหน้าที่ในแต่ละวันและหรือความเจ็บปวด ความเศร้าโศก โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์



- Remission คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ หรือมีอาการของโรคซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยระหว่างการรักษาในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญเป็นอันดับแรกในทางคลินิก โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจ และมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major depressive episode เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ ในการศึกษาทางคลินิกต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 12-20 สัปดาห์ ในการประเมินอาการเพื่อให้เกิดการยอมรับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ remission อย่างแท้จริง

- Relapse คือ ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้น โดยเกิดหลังจาก remission แต่ก่อนระยะ recovery โดยอาการที่เกิดครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive episode ของ DSM-IV

- Recovery คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยมาระยะเวลาหนึ่งนั่นคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ภายหลังจากระยะเริ่มแรกของ remission

- Recurrence คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าอีก ภายหลังจากที่มี complete recovery นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะการเริ่มป่วย (onset) ที่แตกต่างกัน อาจใช้เวลาหลายวันจนถึงหลายสัปดาห์ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วหลังจากมีเหตุการณ์ หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรงและบางคนมีอาการอื่นนำมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆเดือน เช่น อาการ วิตกกังวล กลัว (phobia) ตื่นตระหนก (panic) ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ระยะเวลาที่ป่วยในแต่ละคนก็แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามักจะป่วยอยู่นานประมาณ 9 เดือน หากได้รับการรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายได้สนิท พฤติกรรมและความสามารถต่างๆจะกลับสู่ระดับเดิมก่อนป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสที่จะเกิดครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 5 - 10 ของผู้ป่วย Major depressive disorder, single episode พบเกิด manic episode ในครั้งต่อมา (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) อาการเริ่มป่วยที่รวดเร็วฉับพลัน (acute) อาการที่รุนแรง (severe) และไม่มีประวัติโรคซึมเศร้ามาก่อน ช่วยทำนายว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นได้ การทำนายโรคดี สิ่งที่ทำนายว่าจะมีอาการเรื้อรัง คือ (1) จำนวนครั้งที่ป่วยถ้าเคยป่วยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปจะมีอาการเรื้อรัง (2) ป่วยครั้งแรกเมื่ออายุมากจะมีอาการกำเริบได้เร็วและเรื้อรัง โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 20 - 35 ของผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง คือมีอาการหลงเหลือหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่บ้างในด้านสังคมไปนานกว่า 2 ปี อาจมีช่วงที่ปกติปราศจากอาการได้ แต่ไม่เกิน 2 เดือน (ดวงใจ กษานติกุล, 2536)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีข้อกำหนดช่วงระยะเวลาที่แน่นอนเกี่ยวกับการรักษาโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนกระทั่งเข้าสู่ระยะ recovery จากการศึกษา ACNP Task

Force (2006 cited in Rush et al., 2006) ได้กล่าวว่า ระยะ recovery เป็นช่วงเวลาของผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยระยะเวลาหนึ่ง นั่นคือมากกว่า หรือเท่ากับ 4 เดือน ภายหลังจากระยะเริ่มแรกของ remission โดยการ recovery นั้นไม่ได้หมายถึงการหายจากการเจ็บป่วย (illness) แต่มีอาการของโรคซึมเศร้าสงบลง ระยะ recovery สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาหรือหยุดการรักษาไปแล้วและจะสิ้นสุดลง เมื่อผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้า (recurrence) การศึกษาระยะเวลาของการรักษาโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จนกระทั่งเข้าสู่ระยะ recovery เพื่อที่จะช่วยวางแผนการรักษาให้กับผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและเข้าสู่ระยะ full remission ได้อย่างรวดเร็ว ลดอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และลดความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและการกลับเป็นซ้ำได้ (Kennedy et al., 2003)

### 1.6 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ประมาณร้อยละ 20 – 40 ของการเกิดโรคซึมเศร้ามาจากพันธุกรรม ส่วนสาเหตุที่เหลือเป็นประสบการณ์ในชีวิต (Durand and Barlow, 2006) ซึ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันเน้นแนวการรักษาแบบองค์รวม ทั้งการรักษาทางด้านชีวภาพและจิตสังคมร่วมกัน (Holistic, biopsychosocial approach) จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) จิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy, CBT) จิตบำบัดทั้งสองประเภทนี้มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของโรคซึมเศร้ารุนแรงเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา และยังมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพร้อมกันทั้งการรักษาด้วยยาและจิตบำบัดจะให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด โดยพบว่าผลการตอบสนองต่อการรักษาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55-85 นอกจากนั้นแล้ว การให้จิตบำบัดในระยะต่อเนื่อง หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว สามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse and recurrent rate) ลงได้ (พีรพนธ์ ลีบุญฤทธิชัย, 2549) นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) ซึ่งใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แต่ ECT ไม่ได้ ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) การรักษาโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนี้

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ เมื่อผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการจนถึงหายจากอาการ คือเข้าสู่ระยะ remission ใช้ระยะเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือบางรายอาจใช้ระยะเวลานานกว่านี้

2. การรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดกลุ่มอาการที่หลงเหลือ (residual symptoms) และป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการให้การรักษาต่อเนื่องอีกประมาณ 4-9 เดือน ภายหลังจากระยะ remission ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recovery

3. Maintenance treatment มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของโรคซึมเศร้า ในระยะนี้ การให้ยาป้องกันอย่างน้อย 2-3 ปี บางรายอาจจะต้องได้รับยาตลอดชีวิต

ในปัจจุบันในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ Excellence Center for Depressive Disorder นั้นได้มีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยแพทย์ ซึ่งมี 2 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1. การพิจารณาหรือทบทวนอาการจากแบบประเมิน 9Q เพื่อประกอบการวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยแยกโรค ยืนยันการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ประเมินความรุนแรงของอาการ และลงรหัสการวินิจฉัย ว่าเป็น Major depressive disorder หรือเป็นโรคความผิดปกติทางด้านอารมณ์อื่นๆ หลังจากนั้นจึงให้การรักษาตามแผนการรักษาโรคซึมเศร้า

### 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การวางแผนการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดและจัดการตอบสนองทางอารมณ์ที่ผิดปกติ ฟุ้งฟ้ออาชีพและการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคม ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดการป่วยซ้ำและการกลับเป็นซ้ำ (Keller, 2003 cited in Stuart and Laraia, 2005) เนื่องจากปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้ามียุปัจจัยผสมผสานกันทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจและสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลจึงจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งในด้านชีววิทยา จิตใจและสังคม โดยแบ่งเป็นการพยาบาลด้านต่างๆ ดังนี้ (Boyd and Nihart, 1998)

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดรักษาทางด้านชีววิทยา (Biological interventions)

1.1 การพยาบาลด้านการบริหารการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Psychopharmacologic Management) การรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ความสำเร็จในการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้ามิตั้งแต่ 60-80% ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการใช้ยาและกระตุ้นให้เห็นข้อดีของการใช้ยา การปรับเปลี่ยนขนาดยาที่เหมาะสมและเกิดผลข้างเคียงของการใช้ยาน้อยที่สุด โดยมีการสังเกตอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านเศร้าเป็นระยะเวลานาน พยาบาลจะต้องติดตามผลลัพธ์ของการรักษาและผลข้างเคียงของการใช้ยาอย่างใกล้ชิด และปลอดภัยจาก

ผลข้างเคียงของการใช้ยาและได้รับขนาดยาอย่างเพียงพอ พยาบาลจะต้องมีความรอบรู้ในเรื่องการใช้ยา ขนาดยา ระดับยาในกระแสเลือดและผลข้างเคียงของการใช้ยา

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Psychological Interventions)

2.1 การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า (Nursing Interventions for Patient Undergoing ECT) บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในการรักษาด้วยไฟฟ้าจำเป็นต้องมีการให้สุขศึกษา ช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประเมินเตรียมผู้ป่วย ติดตามและประเมินผลต่อการตอบสนองในการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมถึงมีการดูแลร่วมกับทีมการรักษา

2.2 การดูแลตนเอง (Self-Care Management) พยาบาลจำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดี สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และสมาชิกในครอบครัวเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูและฟื้นฟูสภาพ โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น ซึ่งการสร้างแรงจูงใจเป็นการพัฒนาเมื่อบุคคลมองเห็นความแตกต่างระหว่างเหตุการณ์ปัจจุบันที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประสบอยู่ และความคาดหวังในอนาคต ซึ่งความแตกต่างระหว่างปัจจุบันและอนาคตเรียกว่า “motivating gap” โดยผู้ป่วยจะมีการวางเป้าหมาย มองเห็นทางเลือก และการเลือกกระทำที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง เพื่อให้เข้าสู่การฟื้นฟู

2.3 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า เป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่มีเป้าหมายในการแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าได้แก่ ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญ การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และการขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เมื่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้รับการแก้ไข อาการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น

3. การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดทางด้านสังคม (Social Interventions)

3.1 การปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family Education) พยาบาลจำเป็นที่จะต้องให้สุขภาพจิตศึกษา ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะปรับปรุงการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว ลดอาการของโรคซึมเศร้าโดยการเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง (Stuart and Laraia, 2005)

3.2 การปฏิบัติการพยาบาลด้านความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence) พยาบาลจำเป็นที่จะต้องเน้นถึงความสำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และ

ความจำเป็นของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความร่วมมือในการใช้ยาในระยะยาว เพื่อควบคุมอาการของโรค

3.3 การปฏิบัติการพยาบาลด้านการบำบัดคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว (Marital and Family Therapy) ปัญหาภายในครอบครัวและคู่สมรส เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า เพิ่มกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และขัดขวางการฟื้นฟูของโรคซึมเศร้า ซึ่งการบำบัดคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวจะช่วยลดกลุ่มอาการและการป่วยซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยพยาบาลจะต้องมุ่งเน้นการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

3.4 การปฏิบัติการพยาบาลด้านการบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) บทบาทของพยาบาลในด้านการบำบัดแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ ได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม ลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง และการแยกตัวจากสังคม เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง เกิดการยอมรับในปัญหาวิกฤตการณ์ของชีวิต และความเจ็บป่วยพร้อมทั้งสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

นอกจากนี้ยังมีแนวทางในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิของกรมสุขภาพจิต โดยเป็นขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์แล้ว โดยมี 4 ขั้นตอนดังนี้

#### **ขั้นตอนที่ 1** การประเมินอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประเมินปัญหาเฉพาะที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อเลือกวิธีบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า สามารถใช้ประเมินความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังนี้

1. The Nine-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการแนะนำให้ใช้เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าใน guideline depression for clinical care ของ University of Michigan เช่นเดียวกับการศึกษาของ Duffy และคณะ พบว่า PHQ-9 มี ประสิทธิภาพในการช่วยประเมินความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงการรักษา การนัด Follow up และช่วยเป็นตัวนำในการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้

2. Hamilton Rating scale (HAMD-17, HAMD-7) เป็นเครื่องมือที่ถือเป็น gold standard ในการมี หลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และประเมิน remission ใน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า

HAMD ถือเป็น gold standard ที่พัฒนามากว่า 40 ปี แม้จะมีค่าความเชื่อมั่นภายในสูง แต่มีข้อย่อยที่ใช้ในการประเมินหลายข้อที่มีจุดบกพร่อง ขาดการ inter-rater และ retest reliability

3. Thai Depression Inventory (TDI) แปลโดยมานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.858 และ Concurrent validity โดยใช้ Spearman-brown formula เท่ากับ 0.7189 ข้อดีคือ สะดวกแก่การนำไปใช้เข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้นไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

4. Zung Self Rating Depression Scale (SDS) แปลเป็นฉบับไทยโดยนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (affect disturbance) ด้านร่างกาย (physiological disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (psychological disturbance)

5. The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) จากการศึกษาเปรียบเทียบ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบระหว่าง MADRS กับ BDI และ HAMD พบว่า MADRS กับ BDI ได้รับการแนะนำให้ใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

6. The Beck Depression Inventory (BDI) version II นี้ได้รับการพัฒนาล่าสุดในปี 1996 โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินอาการซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM-IV ได้รับการแปลเพื่อใช้หลายภาษา พบว่า มีค่าความตรงและความเชื่อมั่นที่ดี แต่อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้เป็นลิขสิทธิ์ หากจะมีการนำมาใช้ต้องมีการขออนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ก่อน

7. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาขึ้นโดย ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณไพศาล, ณรงค์ มณีทองและคณะ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่ตรงกับบริบทของ ผู้ใช้จากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมโดยการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931 - 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะ สูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า 11.41 เท่า มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะสำหรับในการประเมินอาการของโรคนี้

การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ควรมีการสัมภาษณ์ประวัติเพิ่มเติมเพื่อประกอบการบำบัดทางสังคม จิตใจ ในเรื่องต่อไปนี้

1. อาการที่ปรากฏให้เห็น (presenting symptoms)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด (psychosocial stressors) เช่น ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
3. ประวัติทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social history and social support)
4. ปัญหาความบกพร่องทางสังคมและการประกอบอาชีพ (social and occupational impairment)
5. ประวัติการใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ (substance abuse or other psychiatric illnesses)
6. ประวัติการเกิดโรคอื่นที่มีผลต่อการห้ามออกกำลังกาย เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคถุงลมปอดโป่งพอง ระยะเวลารุนแรง โรคหัวใจล้มเหลว หัวใจทำงานผิดปกติ major stroke พิกการแขนขา และ ข้ออักเสบ

**ขั้นตอนที่ 2** การวางแผนเพื่อให้การบำบัดทางสังคมจิตใจจะพิจารณาตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

**ขั้นตอนที่ 3** การบำบัดทางสังคมจิตใจจะพิจารณาตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังนี้

**ระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate depression)** มีหลักฐานทางวิชาการที่พบว่า การบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ที่มีอาการในระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลางที่ได้ผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง หรือหายทุเลาดังนี้

1. Exercise Therapy (ET) ได้รับการแนะนำใน Clinical Practice Guideline; Management of Major depressive disorder ให้นำไปใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม mild to moderate depression สำหรับผู้ป่วยทุกวัยที่ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย แม้จะมีการศึกษา Exercise for depression (Review) ที่ผลพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ET มีข้อจำกัดเนื่องจากขนาดของประชากรและรูปแบบวิธีการดำเนินการวิจัยไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า ET สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาแบบ Systematic review ของ RCT ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบ aerobic นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยความหนัก 60-80% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์จะมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า

2. Problem Solving Therapy (PST) มีการศึกษาแบบ meta-analysis ที่พบว่า มีประสิทธิภาพในการลด อาการซึมเศร้ากลุ่ม mild to moderate depression และสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน primary care ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย โดยเป้าหมายของ PST มุ่งเน้นแก้ไข ปัญหาซึมเศร้าที่ เกี่ยวข้องกับความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาทางสังคม

**ระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe depression)** ในการบำบัดทางสังคมจิตใจ ในผู้ที่มีอาการในระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงที่ได้ผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลงหรือหายทุเลาดังนี้

1. Cognitive Behavioral Therapy; CBT เป็นการบำบัดที่ได้รับคำแนะนำจากแนวทางการรักษาคุณภาพสูงว่า มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย moderate to severe depression รวมทั้งมีคำแนะนำว่าการใช้ CBT ร่วมกับยา antidepressants เป็นสิ่งสมควรดำเนินการในกลุ่ม severe depressive disorder เนื่องจากจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น

2. Interpersonal Therapy; IPT มีการศึกษา systematic review ที่พบว่าเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาหลักในด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม moderate to severe อย่างมีนัยสำคัญมากกว่า CBT แต่จากการศึกษาแบบ RCT ที่เปรียบเทียบ IPT กับ CBT พบว่า CBT และ Interpersonal Psychotherapy มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย moderate to severe ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในผู้ป่วย severe depression CBT จะได้ผลดีกว่า

#### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ทางการบำบัด

การประเมินผลลัพธ์วัดที่ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลดลงด้วยการประเมินด้วยแบบประเมินโรค ซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) โดยการประเมินผลลัพธ์เมื่อดำเนินการครบขั้นตอนตามมาตรฐานของวิธีการบำบัด วัดผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

##### Primary Outcome

1. ระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าลดลง ประเมินด้วย 9Q มีคะแนน น้อยกว่า 7 คะแนน
2. อัตราการกลับเป็นซ้ำ ภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังจากที่อาการซึมเศร้าทุเลาหรือหาย  $\leq$  ร้อยละ 20

##### Secondary Outcome

1. แบบแผนความคิดทางลบเปลี่ยนแปลง ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
3. ทักษะในการแก้ไขปัญหาดีขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นลักษณะของการดูแล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และอาจต้องเกี่ยวข้องกับญาติผู้เจ็บป่วยร่วมด้วย โดยกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิด ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าใน



รูปแบบต่าง ๆ จากการประยุกต์องค์ความรู้ทางการแพทย์ ทฤษฎีทางการแพทย์ พยาธิสภาพของโรคซึมเศร้า และศาสตร์ความรู้สาขาต่างๆ อาทิ สรีรวิทยา เกสซ์วิทยา จิตวิทยาทั่วไป จิตเวชศาสตร์ จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นต้น จึงกลายเป็นรูปแบบของการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างดี ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมึองค์ความรู้ และความเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้าเสียก่อน เพื่อเกิดความตระหนักในการวางแผน ให้การพยาบาลที่เหมาะสม และครอบคลุมกับสภาพปัญหาที่เป็น ปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ หากบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านให้การดูแลอย่างดีที่สุดก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนด้านความคิด จิตใจ และพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิมได้อย่างมีความสุขต่อไป

## 2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### 2.1 ความหมายและรูปแบบของการดื่มสุรา

การดื่มหนักเป็นครั้งคราวหรือการดื่มจนเมาแบบหัวราน้ำ คือการดื่มที่มากเกินไป ถือเป็นปัญหาเชิงสาธารณสุขที่ทุกประเทศกำลังให้ความสำคัญ แม้ว่าผู้ดื่มจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆ โดยความเสี่ยงของการดื่มสุราจะมากขึ้นหรือขึ้นกับลักษณะการดื่มและปริมาณการดื่ม (Babor et al., 2001) โดยมีผู้ให้ความหมายของการดื่มสุราไว้ดังนี้

Community Health Science (2006) ให้ความหมายของการดื่มสุรา หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา รวมทั้งการดื่มสุราเพื่อสังคม

พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์และคณะ (2549) ให้ความหมายของการดื่มสุรา หมายถึง การที่บุคคลมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปริมาณ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายบุคคล เนื่องจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดแตกต่างกัน จึงใช้หน่วยเทียบเคียงเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน (Standard drinking)

ประภกิจ โพธิอาศน์ (2541) ให้ความหมายของการดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามเกณฑ์ดังนี้

1. ดื่มประจำ หมายถึง ปกตินิสัยในการดื่มสุราทุกประเภท และดื่มสม่ำเสมอเป็นประจำ (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. ดื่มนานๆครั้ง หมายถึง การดื่มสุราที่มีการดื่มไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้ (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
3. ไม่ดื่ม หมายถึง ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกประเภท

Babor et al. (2001) ได้ให้ความหมายของการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกที่มีการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณที่ดื่มประจำ ความถี่ในการดื่มหนัก การดื่มที่มีลักษณะต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นจากการไม่ดื่มเลยหรือดื่มน้อย ไปจนถึงดื่มหนัก และปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะมีตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลยไป จนถึงปัญหาหนักและปัญหารุนแรงเช่นกัน ซึ่งสามารถแบ่งการดื่มได้ตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปและความเสี่ยงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

การดื่มสุราในคนทั่วไปนั้นมีรูปแบบการดื่มที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่ดื่มเป็นครั้งคราวเพื่อเข้าสังคม ดื่มเพื่อเจริญอาหาร ดื่มเพื่อคลายเครียดเมื่อมีปัญหา ดื่มจนเป็นปัญหา หรือดื่มจนถึงขั้นติด จากการศึกษาวิจัยขององค์การอนามัยโลก ได้จัดประเภทของการดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

1. การดื่มแบบปลอดภัยหรือความเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinking) หมายถึงการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มต่อวัน ในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 60 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋อง หรือการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มต่อวันในผู้ชายซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 120 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง และมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ การดื่มลักษณะนี้อาจเรียก responsible drinking หรือ safe – limit drinking (Babor et al., 2001)

2. การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ Risky drinking) หมายถึง รูปแบบการดื่มในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม ทั้งต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่น โดยที่องค์การอนามัยโลกได้จัดว่าเป็นความผิดปกติชนิดหนึ่ง แม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใดๆ ซึ่งการดื่มแบบเสี่ยงเป็นการดื่มในผู้หญิงคือ การดื่มมากกว่า 2 ดื่ม แต่ไม่เกิน 4 ดื่ม ต่อวัน หรือการดื่มที่มากกว่า 7 ดื่มต่อสัปดาห์ ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 120 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง ในผู้ชายคือการดื่มมากกว่า 4 ดื่ม แต่ไม่เกิน 6 ดื่มต่อวัน หรือการดื่มที่มากกว่า 14 ดื่มต่อสัปดาห์ ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 180 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรง 4.5 กระป๋อง นอกจากนี้การดื่มมากแบบเมา หัวราน้ำ (binge drinking) ซึ่งหมายถึง การดื่มสุราในปริมาณที่มากติดต่อกันในระยะเวลาอันสั้น (ภายใน 2-3 ชั่วโมง) ในโอกาสหรือเหตุการณ์หรือครั้งเดียวกัน โดยเพศชายดื่ม 4 แก้วหรือมากกว่าต่อครั้งและเพศหญิงดื่ม 3 แก้วหรือมากกว่าต่อครั้ง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2545)

3. การดื่มแบบปัญหา (Harmful Use) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับผลเสียตามมา ซึ่งเป็นผลเสียต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต หน้าที่การงานและสัมพันธภาพกับคนอื่น ในผู้หญิงคือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มต่อวันขึ้นไป (เบียร์ชนิดร้ายแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี ¼ แบนขึ้นไป) ในผู้ชายคือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มต่อวันขึ้นไป (เบียร์ชนิดร้ายแรง 4.5 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 1/2 แบนขึ้นไป) ซึ่งการดื่มลักษณะนี้กำลังเพิ่มมากขึ้น

4. การดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) หมายถึง ผู้ที่ติดสุราจะหมกมุ่นกับการดื่มเพื่อให้มีเมเมา และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว บางคนดื่มทุกวันปริมาณไม่มากมักไม่ทราบว่าตนเองติด จนมีเหตุบางอย่างให้หยุดดื่มจึงทราบว่าติดสุรา ซึ่งทำให้เกิดอาการถอนพิษ (withdrawal) ขึ้น การวินิจฉัยการดื่มแบบติดต้องประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ข้อขึ้นไป ดังนี้ (1) ต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม มากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (Tolerance) (2) มีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (Withdrawal symptoms) (3) ควบคุมการดื่มไม่ได้ (Impaired control) (4) หมกมุ่นกับการดื่มหรือการหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม (Preoccupation with acquisition and/or use) (5) มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ (6) มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงานหรือการพักผ่อนหย่อนใจ (7) ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆที่มีผลเสียทั้งทางร่างกายหรือจิตใจเกิดขึ้นแล้ว

## 2.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การติดสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลหลากหลายปัจจัย ทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

**ปัจจัยด้านบุคคล** ที่มีความเกี่ยวข้องข้องกับการติดสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส จิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและอายุที่เริ่มติดสุรา ดังนี้

สถานภาพสมรส ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพโสด หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีโอกาสหันไปใช้สุรามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือคู่ (Brennan et al., 1986; Wang et al., 2004) โดยเมื่ออาศัยอยู่คนเดียวหรือขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเข้ามา มักจะขาดที่ปรึกษาหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจหรือพูดคุยได้ ทำให้มีความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความตึงเครียดมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าอยู่แล้ว ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้น และมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีที่จะลดอาการของความรู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้าเหล่านั้นโดยการหันไปติดสุรา (Hasin and Grant, 2002) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือคู่ มักจะมีกิจกรรมร่วมกันบ่อยครั้งและไม่เกิดความโดดเดี่ยว มีที่ปรึกษาหรือระบายความรู้สึกออกมา มีโอกาสทำให้ผ่อนคลายมากขึ้น ทำให้ไม่มีแรงจูงใจให้หันไปติดสุราและมีเวลาไปติดสุราน้อยลง (Boschloo et al., 2011)

ด้านจิตใจ ตามแนวคิดและทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) ของ Beck (1976) สามารถนำมาอธิบายการติดสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ว่า เกิดจากการมีความคิดหลักที่บิดเบือน คือ มองตนเองในทางลบ ไร้คุณค่า แปลประสบการณ์ปัจจุบันในทางลบ มองโลกไม่น่าอยู่ นำเอาประสบการณ์ในอดีตมาตัดสินปัจจุบัน และอนาคตต้องเจอประสบการณ์ที่ไม่ดีดังที่เคยพบและมองอนาคตในทางลบ คาดการณ์ถึงความยากลำบากและความทุกข์ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หันไปพึ่งสุรา

ซึ่งฤทธิ์ของสุรานั้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นได้ (Beck, 1967) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจที่อ่อนไหว และมีความเครียดเข้ามาได้ง่าย ผลของแอลกอฮอล์ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกผ่อนคลาย และมีความรู้สึกที่ชีวิตเป็นสิ่งดีดังดูใจให้ยังมีการดื่มสุรา เกิดการติดทางใจ (Psychological dependence) ซึ่งการติดทางใจมีความสำคัญ และเป็นปัญหาต่อการรักษามากกว่า การติดทางกาย (มาโนช หล่อตระกูลและปรามิทธิ์ สุคนิษฐ์, 2555) จากการสำรวจความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราพบว่า ร้อยละ 51.2 ของผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำมีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรงเมื่อเกิดปัญหาทางจิตใจขึ้น บุคคลส่วนหนึ่งจะใช้การดื่มสุราเป็นการจัดการกับปัญหาทางใจ เป็นการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ โดยใช้วิธีดื่มสุราเพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์ หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น โดยมีความเชื่อว่าสุราสามารถลดความตึงเครียดและทำให้ผ่อนคลายได้ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) ผู้ติดสุราส่วนใหญ่จะดื่มเพื่อลดความตึงเครียดได้แก่ การมีความขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีปัญหาในการทำงานหรือดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกผูกพัน การแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่เหมาะสมในครอบครัว ความโศกเศร้าเสียใจ ทำให้ผู้ป่วยใช้วิธีในการแก้ไขปัญหาชีวิตด้วยการดื่มสุราและสารเสพติดซึ่งจะเพิ่มปริมาณการใช้มากขึ้นเรื่อยๆ (มานิต ศรีสุรภานนท์และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542)

ด้านบุคลิกภาพ ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำซึ่งมีพฤติกรรมก้าวร้าว จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ มีความรู้สึกห่างเหินจากสังคม ไม่ยอมเปิดเผยตัวเองและแก้ไขปัญหาชีวิตด้วยการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) นอกจากนี้ยังมีบุคลิกภาพเฉพาะหลายๆ อย่างที่พบ เช่น บุคลิกภาพแบบพึ่งพา เกือบกด หมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความต้องการในอำนาจชื่อเสียง แต่ยังรู้สึกว่าตนเองยังด้อย จึงใช้การดื่มสุราเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น (สุภาภรณ์ สมพาน, 2546)

ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นไม่เพียงแต่มีความอดทนต่อสิ่งเร้าในการดื่มสุราต่ำแต่อาการซึมเศร้านั้นยังนำไปสู่การอยากดื่มสุรามากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Hasin and Grant, 2002) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วซึ่งมีกระบวนการคิดและตัดสินใจที่ไม่มั่นคง มีโอกาสก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและเกิดการทำร้ายผู้อื่นได้ง่าย (Beck and Alford, 2009) ผลของสุราทำให้ระดับ serotonin และ norepinephrine ในสมองต่ำลงซึ่งมีผลต่อการรักษาระดับอารมณ์ปกติของมนุษย์ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหรืออาการก้าวร้าวได้ ทำร้ายผู้อื่นได้เช่นกัน (Wells et al., 2008) นำไปสู่การใช้สุราเพื่อบรรเทาอารมณ์ที่ไม่สบายใจ ลดความวิตกกังวล ประหม่าในการเข้าสังคม และเป็นวิธีการแสวงหาความสุขสบายใจอย่างหนึ่ง (Hoff and Rosenheck, 1998)

อายุที่เริ่มดื่มสุรา จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ชาวญี่ปุ่นติดสุรา พบว่าปัจจัยหนึ่งเกิดจากการเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุเฉลี่ย 13.5 ปี (Suzuki et al., 2005) และบุคคลที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อย มี

โอกาสเป็นโรคติดสุรามากกว่าผู้ที่เริ่มดื่มเมื่ออายุมากกว่า ซึ่งพบว่า ผู้ที่เริ่มดื่มเมื่ออายุ 21 ปี มีโอกาสเป็นโรคติดสุรำน้อยกว่าผู้ที่เริ่มดื่มเมื่ออายุ 12 ปี (Komro and Toomey, 2000) และช่วงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรามากที่สุด คือ 28-37 ปี ซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ ต้องทำงานหนักในช่วงกลางวัน พอตกเย็นจึงชอบดื่มเพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน ประกอบกับวัยนี้มักจะมีการดื่มสังสรรค์บ่อย เนื่องจากมีเพื่อนและคนรู้จักมาก นอกจากนี้ ในระยะที่มีการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นไปสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีการปรับตัว มีการพัฒนาความคิดและอารมณ์ หากพัฒนาการในช่วงนี้ล้มเหลว จะทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีการดื่มสุรามากขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การเป็นโรคติดสุรา (White and Jackson, 2005)

**ปัจจัยด้านครอบครัว** ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเป็นมนุษย์ ตลอดจนสร้างค่านิยม เจตคติ อุปนิสัยและบุคลิกภาพของบุคคลในครอบครัวที่ทะเลาะกันจนถึงขั้นทำร้ายต่อกัน จะพบว่ามีอัตราการติดสุราของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 18.20 และครอบครัวที่ขัดแย้งกันบ่อยๆ มีอัตราการติดสุรา ร้อยละ 11.40 (ปริทรรศ ศิลปกิจและคณะ, 2542) และจากการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าสาเหตุหนึ่งของการตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาของผู้ติดสุรา เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวขอร้องให้เข้ารับรักษาตัว ทั้งๆ ที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่ได้ต้องการเลิกดื่มสุรา เพราะคิดว่าการดื่มของตนไม่ได้ทำให้เกิดปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา บุญญาภาส (2547) ที่พบว่าครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถ ลด ละ เลิกการดื่มสุราได้

**ปัจจัยด้านสังคม** สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความเชื่อ ทศนคติ ความคาดหวัง ค่านิยมและเจตคติ มีผลต่อการดื่มสุรา เช่น วัฒนธรรมของคนไทยมีเทศกาลสงกรานต์งานแต่งงาน เป็นต้น ซึ่งเทศกาลเหล่านี้สุรามิบทบาทสำคัญให้เกิดความสนุกสนานรื่นเริง (WHO, 2007) และสาเหตุส่วนใหญ่ของการดื่มสุราเกิดจากต้องการสนุกสนานสังสรรค์ เพื่อนชวน อยากรอง ส่วนเหตุผลของการดื่มอย่างต่อเนื่อง คือ ลดอาการหงุดหงิดทำให้หลับสบาย สนุกสนาน และเหตุผลของการกลับไปดื่มซ้ำเนื่องจากจิตใจไม่เข้มแข็ง ปฏิเสธเพื่อนไม่ได้ เครียด กลุ้มใจ ส่วนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสังคมคือ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ชักจูงให้ดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลมากกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ให้เลิกดื่มสุรา (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวณี วิกัน (2548) ที่พบว่า การอยู่ใกล้แหล่งจำหน่ายสุรา การอยู่ในแหล่งอบายมุขและสถานเริงรมย์ เป็นปัจจัยในการเสพสุราซ้ำ โดยการอยู่ในชุมชนหรือในสังคมที่มีสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นความคิดและความรู้สึก จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อสิ่งเร้าต่างๆได้และกลับไปมีการดื่มสุราในที่สุด (อัจฉราพร นิตสาสาร, 2548) และจากการศึกษาของ Daragon Na Ayuttaya (2009) พบว่า การเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเสพสุราซ้ำ โดยผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตสูงจะมีโอกาสในการกลับไปมีการดื่มสุรามากกว่าผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตในระดับปานกลางและระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีส่วนคล้ายคลึงกับผู้ป่วยติดสุราทั่วไป แต่จะมีความแตกต่างกันในด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งมีผลให้ระดับการดื่มที่รุนแรงเพิ่มขึ้น เพื่อเสริมแรงทางบวกจากการดื่ม เช่น ทำให้คลายจากอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม (Barlow and Durand, 2005) และตอบสนองต่อแรงกดดันในสังคม (Buckner et al., 2006) ทำให้อาการทางจิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มสุรารุนแรงมากขึ้น (Cargiulo, 2007) ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะโรค (Bagby et al., 2002) ซึ่งส่งผลให้การบำบัดรักษาภาวะติดสุรามีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้น (อรัญญา แพทย์และนฤชญา ศรีบูรพา, 2552) ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัย 7 ปัจจัยได้แก่ สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติดอื่นร่วม อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การเผชิญความเครียด ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า แต่ไม่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยด้านบุคลิกภาพเนื่องจากการศึกษาลักษณะนิสัยส่วนตัวของบุคคลจำเป็นต้องใช้เวลาในการศึกษานานพอสมควรเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพจนให้เกิดความไว้วางใจจนผู้ป่วยสามารถบอกเล่าหรือแสดงบุคลิกภาพที่เป็นตัวตนที่แท้จริงของผู้ป่วยออกมา

### 2.3 ผลกระทบของการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งในด้านสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอัตราการตายหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานการฆ่าตัวตายสูง อีกทั้งอาการของโรคซึมเศร้านั้นส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของบุคคล ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงก็จะเป็นอันตรายจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรงและทางอ้อม (Katz, 2000)

ผลกระทบทางตรง ผู้ที่มีภาวะของโรคซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา โดยพบว่า บุคคลที่มีภาวะของโรคซึมเศร้านักดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และคิดว่าการดื่มสุราจะทำให้ลืมปัญหาดังกล่าว แต่ในความเป็นจริงการดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Blumental, 1980 อ้างถึงใน ศิริลักษณ์ ปัญญา, 2556) และอาจฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งพบว่าอาการของโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่สามารถทำนายการฆ่าตัวตายได้ โดยมีการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายมักมีภาวะของโรคซึมเศร้าวร่วมด้วยเสมอ และพบว่า ความตึงเครียดทางร่างกายที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากความเข้มข้นของสารสื่อประสาทในสมอง คือ อะเซทิลโคลีน ซีโรโทนิน โดปามีน และนอร์อิพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดภาวะของโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคลดลง เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่

ประสบกับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคตามธรรมชาติ (Irwin et al., 1987 อ้างถึงใน ศิริลักษณ์ ปัญญา, 2556)

ผลกระทบทางอ้อม การขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในภาวะของโรคซึมเศร้า จะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่ง คือไม่ยอมรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้ขาดสารอาหารที่รุนแรง (Neese, 1991 อ้างถึงใน ศิริลักษณ์ ปัญญา, 2556) และเมื่อมีการดื่มสุราเข้าไปนั้นฤทธิ์ของสุราทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง (Davies, 1998) ในที่สุดทำให้เกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงตามมา และเกิดอาการทางร่างกายร่วมด้วยหลายอย่าง เช่น อุบัติเหตุ สภาพร่างกายทรุดโทรมลง และสูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (ศิริลักษณ์ ปัญญา, 2556)

#### 2.4 การประเมินการดื่มสุรา

การดื่มสุราที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ดื่มสุรามีหลายลักษณะ เช่น การดื่มหนักทุกวัน การดื่มจนเมาบ่อยๆ การดื่มจนเกิดปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตหรือดื่มจนติด ซึ่งการประเมินการดื่มสุรามีความสำคัญที่ในการค้นหาผู้ป่วย และประเมินช่วยให้บุคลากรตรวจพบว่าบุคคลนั้นๆ มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) รุนแรงระดับใด ตั้งแต่การดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย หรือการดื่มแบบมีปัญหา จนถึงภาวะเสพติดสุรา ซึ่งผลการรักษาขึ้นกับระดับการดื่มสุราของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการคัดกรอง และประเมินปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมินต่างๆ ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เช่น Quantity- frequency questionnaire, CAGE และ AUDIT (พันธุรัตนา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมิน Quantity- frequency questionnaire เป็นเครื่องมือประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ในการดื่มสุราโดยเฉลี่ย หรือลักษณะที่ดื่มเป็นประจำและปริมาณที่มากที่สุดในเดือนที่ผ่านมา ใช้คัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มจะมีความเสี่ยงหรือเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นแบบประเมินที่ทำได้รวดเร็ว เหมาะกับกรณีที่มีเวลาจำกัดมีข้อด้อยคือ อาจประเมินการดื่มได้ต่ำกว่าความเป็นจริง และขาดการประเมินการดื่มหนักในช่วงอื่น (พันธุรัตนา กิตติรัตน์ไพบูลย์และคณะ, 2549)

2. แบบประเมิน CAGE เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้คัดกรองการดื่มสุรา ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ โดยตัวย่อของคำถามแต่ละข้อประกอบกันเป็นชื่อแบบประเมิน คือ

CUT DOWM คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่

ANNOYED เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณโดยการกล่าวเตือน หรือตำหนิคุณเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่

GUILTY คุณเคยรู้สึกไม่ดี หรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่

EYE-OPENER คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นสิ่งแรกในตอนเช้าเลยหรือไม่เพื่อที่จะได้กำจัดอาการเมาค้างของคุณ

ซึ่งการประเมินด้วยเครื่องมือ CAGE มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่และรูปแบบในการดื่มสุรา ไม่สามารถแยกปัญหาการดื่มสุราในอดีตและปัจจุบันได้ จึงไม่เหมาะ ในการประเมินกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (พันธุรักษา กิตติรัตน์ไพบูลย์และคณะ, 2549)

3. แบบประเมิน AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) เป็นแบบ ประเมินที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ซึ่งมีแนวคิดหลัก ครอบคลุมถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การติดสุราและผลเสียจากการดื่มสุรา โดยให้กลุ่มนักวิจัย นานาชาติพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนความรู้จากแบบประเมินตนเอง วิธีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการและวิธีการทางคลินิกที่เคยปฏิบัติมาก่อน รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย การดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด ผลการดื่มต่อจิตใจ ปัญหาจากการดื่มและประวัติ การดื่มสุราในครอบครัว โดยพิจารณาความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มสุราต่อวัน ความถี่ของการดื่ม หนักที่ดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง และพิจารณาความตรง ความสอดคล้องทางคลินิกและ ความครอบคลุมตามแนวคิดหลัก เพื่อคัดกรองการดื่มสุราที่มากเกินไป และเพื่อช่วย ให้บุคลากร ทางด้านสุขภาพสามารถค้นหาผู้ที่จะได้รับประโยชน์หากลดหรือเลิกดื่มสุรา ที่ประกอบด้วยคำถามที่ เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 3 หัวข้อหลัก ได้แก่

1. การดื่มแบบเสี่ยง ประเมินปริมาณที่ดื่มประจำและความถี่ในการดื่มหนัก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2 และ 3
2. การดื่มแบบติด ประเมินความสามารถในการควบคุมการดื่มหนัก ปริมาณการดื่มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดการดื่มเพื่อถอนในตอนเช้าจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5 และ 6
3. การดื่มแบบอันตราย ประเมินความความรู้สึกผิดหลังจากดื่มสุรา การจำ เหตุการณ์ช่วงที่เมาสุรา การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุราและการมีคนเป็นห่วงถึงการดื่มสุราของตน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 9 และ 10 ส่วนการแปลผลการประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT จาก คะแนนรวมทั้งหมด โดยคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป บ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous) และดื่มแบบอันตราย (Harmful) จนถึงดื่มแบบติด (Dependence) ได้ ซึ่งสามารถแยกได้โดย คะแนนรวม 0- 7 คะแนน เป็นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ / ไม่ดื่ม (Low risk / abstinence) คะแนน ระหว่าง 8- 15 คะแนน เป็นการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous) คะแนนระหว่าง 16-19 คะแนนเป็นการ ดื่มแบบอันตราย (Harmful) และคะแนน 20-40 คะแนน เป็นการดื่มแบบติด (Dependence) (พันธุ รักษา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ของกรมสุขภาพจิต (2548) เนื่องจากเป็นแบบประเมินเป็นเครื่องมือที่



ได้รับความนิยมใช้ในปัจจุบันมากที่สุด เนื่องจากสามารถใช้ได้ง่าย ประหยัดเวลา เหมาะกับบริบทของสังคมไทย (สาวิตรี อัจฉนาภรณ์กรชัย, 2552) และเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐานระดับนานาชาติ สามารถจำแนกการดื่มเป็นการดื่มแบบมีความเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย หรือการดื่มแบบติด และมีความสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (Alcohol dependence) และภาวะติดสุราแบบอันตราย (Harmful alcohol use) ตามระบบการวินิจฉัยโรค ICD-10 โดยมีค่าความไวในการประเมินการดื่มแบบมีปัญหาที่ 0.95 และมีค่าความจำเพาะเฉลี่ยประมาณ 0.80 (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

## 2.5 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

กุสุมา แสงเดือนฉาย (2547) ให้ความหมายของการดื่มสุรา หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคล ที่ทำให้เป็นผู้ดื่มหรือติดสุรา ประกอบด้วยสาเหตุของการดื่ม ระยะเวลาการดื่ม ปริมาณและความถี่ในการดื่ม

พัชรินทร์ ชมเดช (2548) ให้ความหมายของการดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ จำแนกความถี่ของการดื่มสุราตามผลการสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนไทย

AUDIT (2001) ได้ให้ความหมายของการดื่มสุรา หมายถึง การที่บุคคลมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นจากการไม่ดื่มเลยหรือดื่มน้อย ไปจนถึงดื่มหนัก และปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะมีตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลยไป จนถึงปัญหามากและปัญหารุนแรงเช่นกัน ซึ่งสามารถแบ่งการดื่มได้ตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป และความเสี่ยงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า การดื่มสุรา หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ป่วยที่มีการดื่มสุรา จำแนกตามปริมาณที่ดื่มประจำ ความถี่ในการดื่มหนัก ความสามารถในการควบคุมการดื่ม การได้รับบาดเจ็บจากการดื่มสุรา การมีคณเป็นห่วงถึงการดื่มสุรา และปริมาณที่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ AUDIT (2001) การดื่มสุรา หมายถึง การที่บุคคลมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่มีลักษณะต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นจากการไม่ดื่มเลยหรือดื่มน้อย ไปจนถึงดื่มหนัก และปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะมีตั้งแต่ไม่มีปัญหาเลยไป จนถึงปัญหามากและปัญหารุนแรงเช่นกัน ซึ่งสามารถแบ่งการดื่มได้ตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปและความเสี่ยงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น แนวคิดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของ AUDIT (2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) โดยได้แบ่งรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ ไว้ดังนี้

1. การดื่มแบบปลอดภัยหรือความเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinking) หมายถึงการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มต่อวัน ในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 60 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋อง หรือการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มต่อวันในผู้ชายซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 120 ซีซี หรือ

เบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง และมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ การดื่มลักษณะนี้อาจเรียก responsible drinking หรือ safe – limit drinking (Babor et al., 2001)

2. การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking หรือ Risky drinking) หมายถึง รูปแบบการดื่มในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม ทั้งต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่น โดยที่องค์การอนามัยโลกได้จัดว่าเป็นความผิดปกติชนิดหนึ่ง แม้ว่าตัวผู้ดื่มจะยังไม่ป่วยด้วยโรคใดๆ ซึ่งการดื่มแบบเสี่ยงเป็นการดื่มในผู้หญิงคือ การดื่มมากกว่า 2 ดื่ม แต่ไม่เกิน 4 ดื่ม ต่อวัน หรือการดื่มที่มากกว่า 7 ดื่มต่อสัปดาห์ ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 120 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง ในผู้ชายคือการดื่มมากกว่า 4 ดื่ม แต่ไม่เกิน 6 ดื่มต่อวัน หรือการดื่มที่มากกว่า 14 ดื่มต่อสัปดาห์ ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 180 ซีซี หรือเบียร์ชนิดแรง 4.5 กระป๋อง นอกจากนี้การดื่มแบบเมาหัวราน้ำ (binge drinking) ซึ่งหมายถึงการดื่มสุราในปริมาณที่มากติดต่อกันในระยะเวลาอันสั้น (ภายใน 2-3 ชั่วโมง) ในโอกาสหรือเหตุการณ์หรือครั้งเดียวกัน โดยเพศชายดื่ม 4 แก้วหรือมากกว่าต่อครั้งและเพศหญิงดื่ม 3 แก้วหรือมากกว่าต่อครั้ง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2545)

3. การดื่มแบบปัญหา (Harmful Use) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับผลเสียตามมา ซึ่งเป็นผลเสียต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต หน้าที่การงานและสัมพันธภาพกับคนอื่น ในผู้หญิงคือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มต่อวันขึ้นไป (เบียร์ชนิดร้ายแรง 3 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี ¼ แบนขึ้นไป) ในผู้ชายคือการดื่มมากกว่า 6 ดื่มต่อวันขึ้นไป (เบียร์ชนิดร้ายแรง 4.5 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 1/2 แบนขึ้นไป) หรือการดื่มที่มากกว่า 16 ดื่มต่อสัปดาห์ ซึ่งเทียบเท่ากับเหล้า 40 ดีกรี 180 ซีซีขึ้นไป หรือเบียร์ชนิดแรง 4.5 กระป๋องขึ้นไป ซึ่งการดื่มลักษณะนี้กำลังเพิ่มมากขึ้น

4. การดื่มแบบติดสุรา (Alcohol Dependence) หมายถึง ผู้ที่ติดสุราจะหมกมุ่นกับการดื่มเพื่อให้มีเม้า และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกดื่ม ทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆ บกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว บางคนดื่มทุกวันปริมาณไม่มากมักไม่ทราบว่าตนเองติด จนมีเหตุบางอย่างให้หยุดดื่มจึงทราบว่าติดสุรา ซึ่งทำให้เกิดอาการถอนพิษ (withdrawal) ขึ้น การวินิจฉัยการดื่มแบบติดต้องประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ข้อขึ้นไป ดังนี้ (1) ต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม มากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (Tolerance) (2) มีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (Withdrawal symptoms) (3) ควบคุมการดื่มไม่ได้ (Impaired control) (4) หมกมุ่นกับการดื่มหรือการหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม (Preoccupation with acquisition and/or use) (5) มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ (6) มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงานหรือการพักผ่อนหย่อนใจ (7) ยังคงดื่มอยู่ทุกๆ ที่มีผลเสียทั้งทางร่างกายหรือจิตใจเกิดขึ้น

## 2.6 ทฤษฎี Self-Medication

ทฤษฎี Self-Medication หรือ ทฤษฎีการบำบัดรักษาด้วยตนเอง โดยมีแนวความคิดมาจากการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยแรกเริ่มนั้น ทฤษฎีการบำบัดรักษาด้วยตนเองนี้มีการสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ใช้สารเสพติด โดยได้ใช้กับผู้ใช้โคเคนและเฮโรอีน ต่อมาได้มีการพัฒนามาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และอื่นๆตามมา โดยทฤษฎี Self-Medication ได้กล่าวถึงลักษณะของการบำบัดรักษาด้วยตนเองไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมค้นหาแนวทางการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยจิตที่พบว่ามีการสูบบุหรี่ พบว่า สาเหตุหลักมักจะเกี่ยวข้องกับลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยมีการสูบบุหรี่เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของตนเอง และช่วยลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่เพื่อบำบัดปัญหาสุขภาพของตนเอง หรือในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ยังมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น กัญชา บุหรี่ เฮโรอีน เป็นต้น และเมื่อมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการค้นหาวิธีการบำบัดรักษาด้วยตนเองก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจไปเข้ารับการรักษาพยาบาลตามระบบ และมักพบว่า ผู้ป่วยจะหันไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Khantzian, 1985) จากการค้นหาวิธีการบำบัดรักษาด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่า การใช้สารเสพติดสามารถลดอาการซึมเศร้าของตนได้และยังมีความเชื่อว่า การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเจ็บปวด หรือความรู้สึกไม่สบายใจได้ ผู้ป่วยจึงการดื่มสุรามากขึ้น เมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะเผชิญปัญหาเหล่านั้นไปได้ จึงทำให้มีความเครียดเกิดขึ้น ทำให้มีกลไกทางจิตในการค้นหาวิธีการบำบัดรักษาตนเอง จึงมีการหันไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพื่อรักษาอาการเหล่านั้น (Khantzian, 1985)

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าและการดื่มสุราเป็นประเด็นหลักของ ทฤษฎี Self-Medication ในขณะที่นักวิจัยหลายคนได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นของการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช แต่ในทฤษฎี Self-Medication ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ที่มีภาวะของโรคซึมเศร้า ความรู้สึกของผู้ดื่ม อารมณ์ของผู้ดื่ม ลักษณะและปริมาณการดื่ม ในทฤษฎี Self-Medication ว่า ในผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคซึมเศร้า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายขึ้น ไม่ว่าจะ เป็นอาการทางกาย หรือทางจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการคิดหาทางบำบัดรักษาตนเองขึ้น ก่อนที่จะมีการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลตามระบบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีอาการซึมเศร้ากำเริบขึ้น มีความเครียดหรือความวิตกกังวล มีความเหนื่อยล้า หรือความเจ็บปวดเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า ร้อยละ 70 มีการหันไปดื่มสุราเพื่อช่วยลดอาการไม่สุขสบายเหล่านั้น และช่วยลดอาการซึมเศร้าที่กำเริบขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อว่าสุราสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลหรือความเหนื่อยและความเจ็บปวดได้ (Khantzian, 1989 Cited in Robinson., 2007) หรือ

กล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื่มสุราเพื่อบำบัดปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่า สุรามีผลต่อสารสื่อประสาท Dopamine และ Serotonin จะออกฤทธิ์กระตุ้นสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) ซึ่งมีผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีและสุขสบายขึ้น โดยจะทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล (Khantzian, 1985)

ยังมีอีกหลายแนวความคิดที่มาสสนับสนุนแนวความคิด Self-Medication ที่ได้กล่าวถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ได้แก่

Brennan (1986) ได้กล่าวไว้ว่า ปัญหาที่เกิดจากการดื่มอาจมาจากลักษณะและปริมาณการดื่มของบุคคลที่มีอยู่ไม่เท่ากัน เช่น บางคนดื่มมาก ดื่มน้อย และปัจจัยที่สำคัญคือ ขึ้นอยู่กับอาการรุนแรงของโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยจะมีการดื่มที่เพิ่มมากขึ้น และ Brennan (1986) ยังได้กล่าวอีกว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการดื่มสุรามากขึ้นอีกหนึ่งปัจจัยคือ สถานภาพสมรส โดยเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่เพียงลำพังหรือไร้คู่ครอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึก อ้างว้าง โดดเดี่ยว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น และหากไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องหาวิธีที่จะคลายความเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นโดยการดื่มสุรา เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อว่า การดื่มสุราสามารถขจัดอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้ (Robinson, 2007)

Deykin (1987) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการหันไปใช้สุราเพื่อลดอาการตึงเครียด ลดความเหนื่อยล้าและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อว่าสุราสามารถลดอาการเจ็บปวด อาการเหน็ดเหนื่อย และอาการซึมเศร้าได้ (Robinson, 2007)

Curran et al. (2000) ได้กล่าวว่า จากการศึกษาประวัติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราพบว่า การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยมักจะมีการกลับไปดื่มสุราอยู่เรื่อยๆ ในระหว่างที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล จึงทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น (Robinson, 2007)

McKim (2003) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าและสุรามีความสัมพันธ์กันโดยตรง เนื่องจากความสัมพันธ์ของสารสื่อประสาท ซึ่งสุราส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ที่ดื่ม โดยสามารถแสดงออกได้ทั้งอารมณ์ทางด้านบวกและอารมณ์ทางด้านลบ (Robinson, 2007)

### 3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา

การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่สำคัญในการวางแผนการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรานั้น เพื่อลดและจัดการตอบสนองทางอารมณ์ที่ผิดปกติซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยหันไปดื่มสุรา ฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางด้านจิต สังคมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Keller, 2003 cited in Stuart and Laraia, 2005) ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการดื่มสุรา มีเครื่องมือที่ช่วยในการประยุกต์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและมีระบบต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมรายละเอียดของการพยาบาลผู้เสพสุราที่มีอาการซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ องค์ความรู้ ผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรานั้น สามารถนำองค์ความรู้ของการพยาบาลผู้เสพสุราที่มีอาการซึมเศร้า มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราอย่างเป็นระบบ โดยให้การพยาบาลตามระยะขั้นตอนในการบำบัดนั้น ดังนี้ (พิชชราวลัย กนกจรรยา, 2554)

1. การพยาบาลในระยะเตรียมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาจะมีความรู้สึกไม่มั่นใจว่าการเข้ารับการรักษาจะประสบความสำเร็จ บางครั้งเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกบีบบังคับ ถูกครอบครัวยุติกรรม การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง สังคมและอนาคตซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับความรู้สึกซึมเศร้ากิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขณะนี้ซึ่งส่งผลมาจากการดื่มสุรามาเป็นเวลานาน การกระตุ้นความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพร่างกายของตนเอง การให้กำลังใจ และให้แรงเสริมเพื่อให้เกิดความหวังในการเลิกดื่มสุราสำเร็จ การให้ทางเลือกในการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามที่ตนเองเลือก

2. การพยาบาลในระยะถอนพิษยา ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการจากการถอนพิษยา การรับรู้ความเป็นจริงมีน้อย บางครั้งคิดว่าตนเองถูกลงโทษเนื่องจากรู้สึกทุกข์ทรมาน มีอาการหลงผิด มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในระยะนี้เน้นการป้องกันการทำร้ายตนเอง เนื่องจากรู้สึกซึมเศร้ารุนแรง พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ปลอดภัยไม่มีอุปกรณ์อันอาจก่อให้เกิดอันตราย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือกิจวัตร เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3. การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น สามารถรับรู้สภาพความเป็นจริง ร่างกายสมบูรณ์มากขึ้น เป็นระยะที่เหมาะสมแก่การบำบัดรักษา สภาพจิตใจการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2) การประเมินภาวะซึมเศร้า 3) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อลดความโดดเดี่ยว 4) การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจการให้กำลังใจ 5) การให้เกียรติและเคารพในความเป็นตัวตนของผู้ป่วย 6)

ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง 7) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบเพื่อเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง 8) ส่งเสริมทักษะการเข้าสังคมและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 9) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 10) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 11) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัด 12) ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง 13) ประสานงานกับทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การพยาบาลในขั้นติดตามประเมินผลการรักษา เป็นการพยาบาลเมื่อมีการติดตามผู้ป่วยและญาติหลังผ่านกระบวนการบำบัดรักษา ในระยะนี้ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในสังคม จึงควรมีการติดตามและวางแผนการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลที่สำคัญได้แก่ 1) การประเมินภาวะซึมเศร้าและสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า 2) การวางแผนการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้า เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเป็นต้น 3) ส่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราในรายที่มีอาการซึมเศร้าในระดับมากถึงรุนแรงแก่จิตแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ทั้งนี้ นอกจากการพยาบาลข้างต้นแล้ว การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรานั้นยังขึ้นอยู่กับอาการรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยในแต่ละรายด้วย ซึ่งการให้การพยาบาลแบบเฉพาะด้านของแต่ละโรงพยาบาลนั้นมีขั้นตอนแตกต่างกันไป

#### 4. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยคัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ทฤษฎี Self-Medication (1985) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ดังนี้

**สถานภาพสมรส** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หากมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง จะมีความต้องการกำลังใจจากบุคคลคนที่รัก หรือใกล้ชิด ซึ่งหากไม่ได้รับกำลังใจนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกความโดดเดี่ยว ความอ้างว้าง หรือเบื่อหน่าย ขาดที่ปรึกษาหรือบุคคลที่สามารถพูดคุยหรือไว้ใจได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น (Robinson, 2007) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่สถานภาพสมรสหรือคู่มักจะมีกิจกรรมร่วมกันบ่อยครั้ง และไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว มีที่ปรึกษาหรือระบายความรู้สึกออกมา มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจให้หันไปดื่มสุราและมีเวลาไปดื่มสุราน้อยลง (Hasin and Grant, 2002; Boschloo et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับพบผลการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลของ Canadian National Population Health Survey (NPHS) จากปี 1996-1997 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพโสด หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีโอกาสหันไปใช้สุรามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือคู่ (Wang and El-Guebaly, 2004)

**การใช้สารเสพติดอื่นร่วม** การใช้สารเสพติดอื่นร่วมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่า ตามกลไกทางจิตในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะหาวิธีการบำบัดรักษาด้วยตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะทางร่างกายหรือทางจิตใจ (Pomerleau et al., 1993; Markou et al. (1998) โดยการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม สังคมและสถานที่ที่ผู้ป่วยจะหามาได้ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น อาจมีการใช้เฮโรอีน หรือบางรายอาจมีการสูบบุหรี่ หรือสารเสพติดอื่นๆ ที่ผิดกฎหมาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหนึ่งคนอาจมีการใช้สารเสพติดร่วมมากกว่าหนึ่งชนิด เพื่อลดอาการซึมเศร้าของตน โดยมีความเชื่อว่าการใช้สารเสพติดเหล่านั้นสามารถลดอาการซึมเศร้าวางได้ ซึ่งสารเสพติดเหล่านั้นมีผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาท Dopamine ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลาย ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือหมดหวัง แต่กลับทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากดื่มสุรามากขึ้น (Robinson, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hasin et al. (2007) โดยพบว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมเป็นอย่างมาก เช่น บุหรี่ กัญชา เฮโรอีน โคเคนหรือสารเสพติดชนิดอื่น โดยสารเสพติดเหล่านั้นมีผลต่อการหลั่ง Dopamine และ Serotonin ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากดื่มสุรามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Boschloo et al. (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการอยากดื่มสุรามากขึ้นหลังมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย

**ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า** ลักษณะการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยขณะนั้น โดยเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น มักจะมีปริมาณการดื่มสุราที่เพิ่มมากขึ้น ดื่มบ่อยขึ้น เพื่อลดอาการซึมเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย (Robinson, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hasin and Grant (2002) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีอาการซึมเศร้าวรุนแรงขึ้น ไม่เพียงแต่มีความอดทนต่อสิ่งเร้าในการดื่มสุราต่ำแต่อาการซึมเศร้านั้นยังนำไปสู่การอยากดื่มสุรามากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Hasin and Grant, 2002) และในการศึกษาของ Wells et al. (2008) อธิบายถึงความสัมพันธ์สองทางระหว่างอาการซึมเศร้าและการดื่มสุราว่า ผลของสุราทำให้ระดับ serotonin และ norepinephrine ในสมองต่ำลงจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าวรุนแรงขึ้นจะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีการใช้สุราเพื่อบรรเทาอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Hoff and Rosenheck, 1998)

**ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีความเชื่อว่าการดื่มสุราสามารถทำให้ลดความตึงเครียด ลดอาการเหน็ดเหนื่อย ลดความเบื่อหน่ายและอาการซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีการหันไปดื่มสุราเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เหล่านั้น (Khantzian, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Daragon Na Ayuttaya (2009) พบว่าความเชื่อต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดื่มสุรา ผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการดื่มสุรา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและ

สามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุรา เนื่องจากยังเชื่อว่าสุราสามารถรักษาอาการทางจิตของตนได้ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของความเชื่อไว้ดังนี้

Rokeach (1970) ให้ความหมายของความเชื่อ คือ ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคล ซึ่งสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบโต้ในรูปของการกระทำหรือพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้นโดยไม่รู้ตัว

นิศานาค เกิดโชค (2545) ให้ความหมายของความเชื่อ คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและการยอมรับข้อเท็จจริงของบุคคลต่อสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ทำให้เกิดแนวปฏิบัติตามแนวความคิดความเข้าใจนั้น

สรุปความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด เจตคติเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อมีการดื่ม สุรา การรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อว่า การดื่มสุรานั้นสามารถทำให้ลดความตึงเครียดลดอาการเหน็ดเหนื่อย ลดอาการซึมเศร้าได้ (Khantzian, 1985) ผู้ป่วยยังมีความเชื่อว่า สุราสามารถรักษาอาการซึมเศร้าที่กำลังกำเริบขึ้นได้ โดยทุกครั้งที่ผู้ป่วยดื่มสุราทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อาการซึมเศร้าน้อยลง ความเหนื่อยล้าลดลงและลดความเจ็บปวดลงได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อสารSerotoninและDopamineในสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยน้อยลงและผ่อนคลายมากขึ้น แต่อาการเหล่านั้นจะเกิดเพียงชั่วขณะแต่กลับส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการติดสุราและอยากใช้สุรามากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมักจะมีการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอาการซึมเศร้าหรือรู้สึกไม่สุขสบาย (Robinson, 2007)

**การเผชิญความเครียด** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักการใช้วิธีการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม หรือวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การดื่มสุราเพื่อคลายความเครียด ความวิตกกังวล หรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brennan et al. (1986) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่เพียงลำพังมักจะเกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง แล้วส่งผลให้เกิดความเครียดได้ง่าย และเมื่อเกิดความเครียดขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงหันไปดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความเครียด หรืออาการไม่สุขสบายเหล่านั้น (Brennan et al., 1986) และสอดคล้องกับงานวิจัยของมธุรดา สุวรรณโพธิ์ (2551) พบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่การใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการเครียดลดความเบื่อหน่าย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักดื่มสุราเพื่อลดอาการตึงเครียด และเพื่อผ่อนคลายเมื่อเกิดความรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจขึ้น (Robinson, 2007)

นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังได้คัดเลือกปัจจัยส่วนบุคคลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม อีก 2 ปัจจัย ดังนี้



**อายุที่เริ่มตีตมสุรา** จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมของ Pilowsky et al. (2009) โดยพบว่า อายุที่เริ่มตีตมสุรามีความสัมพันธ์กับการตีตมสุรา โดยการที่ผู้ป่วยเริ่มตีตมสุราเมื่ออายุน้อย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตีตมสุรา และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการเริ่มตีตมสุราเมื่ออายุน้อย ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาที่เหลือในการตีตมนาน และการตีตมสุราของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น (Glanz, 2002; Heinz and Wong, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Modesto-Lowe and Kranzier (1999) จากการศึกษาของ Wang and El-Guebalay (2004) พบว่า การตีตมสุราและโรคซึมเศร้ามามีความสัมพันธ์กับอายุที่เริ่มตีตมสุรา

**ประวัติการตีตมสุราในครอบครัว** ได้จากการทบทวนวรรณกรรมถึงประวัติการตีตมสุราในครอบครัวกับการตีตมสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าม่า หากบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าม่ามีการตีตมสุรา จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าม่ามีการอยากใช้สุรามากขึ้น และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าม่าซึ่งมีความอ่อนแอทางอารมณ์ขาดการยับยั้งชั่งใจในการหันไปตีตมสุรา และมีการตีตมสุรามากขึ้น (Boschloo et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ MCGue (1999) ที่พบว่า การที่มีคนในครอบครัวหรือผู้ที่สืบเชื้อสายกรรมพันธ์เดียวกันเป็นโรคตีตมสุรา ทำให้ผู้ป่วยกลับไปตีตมสุราได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยพบว่ามีสารพันธุกรรมที่สามารถสืบทอดภาวะตีตมสุราจากพ่อหรือแม่ไปสู่ลูกได้ (MCGue, 1999) และได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคพิษสุรากับพันธุกรรมพบว่าเด็กที่พ่อแม่ตีตมสุรามีการเกิดอัตราการตีตมสุราสูงเช่นกัน โดยการที่มีพ่อหรือแม่ที่ตีตมสุราจะทำให้เด็กนั้นตีตมสุราได้มากกว่าเด็กที่มีพ่อหรือแม่บุญธรรมที่ตีตมสุรา เนื่องจากสารพันธุกรรมที่สืบทอดกันมา (Soyka et al., 1996) และยังมีการศึกษาของ สุกุม่า แสงเดือนฉาย (2547) ที่พบว่า การที่บุคคลใกล้ชิดมีการตีตมสุรา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมนั้น โดยไม่รู้ตัว และผู้ป่วยจะไม่กล้าปฏิเสธเมื่อสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่เคารพศรัทธา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะปฏิเสธ (เสาวณี วิกัน, 2548)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการตีตมสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าม่า โดยมีรายละเอียดดังนี้

อรัญญา แพ้จ้อย และนรัญชญา ศรีบูรพา (2552) ได้ศึกษาภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ตีตมสุราเพื่อสำรวจความชุกของภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ตีตมสุราที่เข้ารับการรักษาการตีตมสุราแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ตีตมสุราที่เข้ารับการรักษาสุราแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ เป็นผู้ป่วยสุราที่ผ่านระยะการถอนพิษสุราแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์ จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้คือ เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini international

neuropsychiatric structure interview: M.I.N.I - Thai Version 5.0.0) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษามีความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) พบร้อยละ 18.3

Khantzian (1985) ผู้คิดค้นทฤษฎี Self-Medication หรือ ทฤษฎีการบำบัดรักษาด้วยตนเอง โดยมีแนวความคิดมาจากการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยทฤษฎี Self-Medication ได้กล่าวถึงลักษณะของการบำบัดรักษาด้วยตนเองไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมค้นหาแนวทางการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ที่มีการดื่มสุรา เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการค้นหาวิธีการบำบัดรักษาด้วยตนเองก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจไปเข้ารับการรักษาพยาบาลตามระบบ และมักพบว่าผู้ป่วยจะหันไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการดื่มสุราเป็นประเด็นหลัก ในขณะที่นักวิจัยหลายคนได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นของการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช แต่ในทฤษฎี Self-Medication ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ที่มีภาวะของโรคซึมเศร้า ความรู้สึกของผู้ดื่ม อารมณ์ของผู้ดื่ม ลักษณะ และปริมาณการดื่ม ในผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคซึมเศร้า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายขึ้น ไม่ว่าจะป็นอาการทางกาย หรือทางจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการคิดหาทางบำบัดรักษาตนเองขึ้น ก่อนที่จะมีการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลตามระบบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีอาการซึมเศร้ากำเริบขึ้น มีความเครียดหรือความวิตกกังวล มีความเหนื่อยล้า หรือความเจ็บปวดเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า ร้อยละ 70 มีการหันไปดื่มสุราเพื่อช่วยลดอาการไม่สุขสบายเหล่านั้น และช่วยลดอาการซึมเศร้าที่กำเริบขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อว่าสุราสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลหรือความเหนื่อยและความเจ็บปวดลงได้

Sher (2004) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะติดสุรา โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีการติดสุราในประเทศฝั่งตะวันตก เนื่องจากการศึกษาจากข้อมูลการสำรวจในผู้ที่ติดสุราในประเทศแถบตะวันตกมีจำนวนมาก และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งผลการศึกษา พบว่าชาวตะวันตก 90 % มีการดื่มสุราในช่วงของชีวิต และ 30 % พบว่ามีปัญหาสุขภาพหลังจากการดื่มสุรา โดยเฉพาะภาวะของโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ที่มีภาวะติดสุรามีโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ร่วมด้วย

Haynes et al. (2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาว มีระยะเวลาศึกษา 18 เดือน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลที่มีการดื่มสุรา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยทำการศึกษาจากข้อมูลของ National Psychiatric Morbidity Survey ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลที่มีการดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 55

Boscloo et al. (2011) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาจากฐานข้อมูลของ Netherland Study of Depression and Anxiety (NESDA) โดยศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 2,329 คน โดยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่ ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือการสูญเสียในวัยเด็ก ลักษณะนิสัยส่วนตัวของบุคคลที่มีการต่อต้านสังคม หรือขาดความมั่นใจ สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่หรือการใช้สารเสพติดอื่นร่วม และความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

Cranford et al. (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดร่วมกันของการดื่มสุรากับโรคซึมเศร้า โดยการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ดื่มสุรา (Alcohol use) และผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ที่มีอายุตั้ง 18 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาและโคลัมเบีย จากผลการศึกษาพบว่า โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดสุราเพศชายมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนวันของการดื่มสุรา โดยการดื่มสุราของกลุ่มผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) ทั้งเพศชายและหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา (Alcohol use)

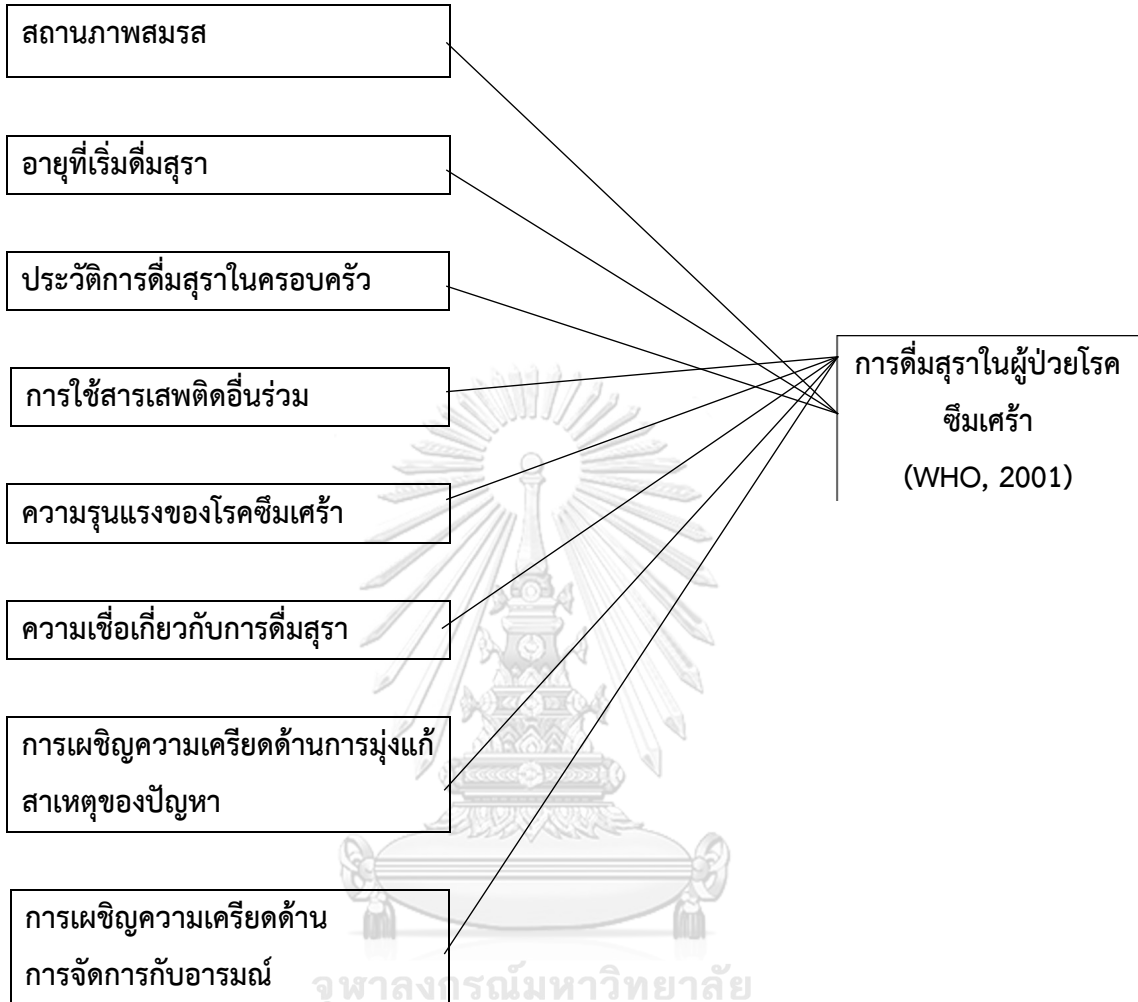
Young-Wolff et al. (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุรากับพฤติกรรมการจัดการปัญหาด้วยการดื่มสุรา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางพันธุกรรมหรือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินการจัดการอารมณ์ในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 19-59 ปี จำนวน 7,130 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่มีการเริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 28 ในเพศชายและ ร้อยละ 16 ในเพศหญิงซึ่งอายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากแบบจำลองคู่แข่งแฝดบ่งชี้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มดื่มสุราและพฤติกรรมการจัดการปัญหาด้วยการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เห็นความสำคัญของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และได้คัดสรรตัวแปรที่อาจส่งผลต่อการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติดอื่นร่วม อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราและความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะสามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ จำเป็นต้องทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดต่อนการจัดการกับอารมณ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### ประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Major Depressive disorder (F32, F33) และมีการดื่มสุรา ที่มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

#### กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและมีการดื่มสุรา ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978) อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552)  $N = 10k + 50$  ( $N$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง  $k$  = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่นำมาใช้ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ตัวแปร  $N = (9 \times 10) + 50 = 140$  คน

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 140 คน ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 28% ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Lemeshow et al., 1990) ได้กลุ่มตัวอย่าง 180 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Major Depressive disorder (F32, F33) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10
2. มีอายุ 20-59 ปี
3. มีการดื่มสุราในปัจจุบัน โดยมีการระบุไว้ชัดเจนในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

4. สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาไม่เอื้ออำนวยต่อการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามที่กำหนด

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาล จากโรงพยาบาลที่สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลที่ถูกสุ่มเลือกได้จำนวน 3 โรงพยาบาล โดยเลือกจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง ซึ่งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียงแห่งเดียว คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 600 เตียง โรงพยาบาลขนาดกลางซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 500 เตียง จำนวน 1 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลขนาดกลาง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลขนาดเล็กจำนวนซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง 1 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลขนาดเล็ก 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

2. ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนคาดการณ์จำนวนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ในปี 2560 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 สัดส่วนจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ขนาดของ โรงพยาบาล (เตียง)	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	600	22,171	62
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์	500	19,532	55
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	120	22,597	63
รวม		64,300	180

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด คือ 180 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้าง ขึ้นซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวและการใช้สารเสพติดอื่นร่วม มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ 4 ตัวแปร คือ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวและการใช้สารเสพติดอื่นร่วม

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory 1A [BDI -1A] แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ (เปรมฤทัย ไชยชนะิจ, 2555) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยการประเมินค่าคะแนนในแบบประเมิน มี 4 ตัวเลือก ซึ่งในข้อคำถามแต่ละข้อมีการให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อนั้นเป็น 0 1 2 และ 3 โดยกำหนดข้อรายละเอียดของลักษณะคำตอบในแต่ละข้อในแต่ละลำดับ การคำนวณนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อรวมกัน ซึ่งการแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน หลังจากนั้นได้มีการแปลผลโดยคะแนนที่สูงหมายถึง มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสูง โดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ (normal range)

คะแนน 10 – 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)

คะแนน 20 – 29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression)

คะแนน 30 – 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงมากที่สุด จำนวน 30 ราย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค

(Cronbach's coefficient alpha) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ที่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 และกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตีผมสุรา ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตีผมสุรา ของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ที่พัฒนาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการเสพยาบ้าของโยธิน ปอยสูงเนิน (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเพื่อประเมินการรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อเสพยาสุรา และการรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดหรือหลีกเลี่ยงการเสพยาสุราซึ่ง มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ

1. ข้อคำถามด้านบวกมีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 3, 4 และ 5
2. ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 6, 7, 8, 9 และ 10

ลักษณะคำตอบของข้อคำถาม แบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลคะแนน พิจารณาจากระดับของค่าของผลรวมของคะแนนการรับรู้ในแต่ละด้าน ทั้ง 2 ด้านที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Pender (1996) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 10-16 หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตีผมสุราระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 17-33 หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตีผมสุราระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 34-50 หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตีผมสุราระดับสูง

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตีผมสุรานี้ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตีผมสุรา ของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ที่พัฒนาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการเสพยาบ้าของโยธิน ปอยสูงเนิน (2544) ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการใช้สุรา ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การปรับข้อความเดิมและข้อความใหม่ของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา

ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
2. การดื่มสุราเป็นครั้งคราวไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ	2. การดื่มสุราเป็นครั้งคราวไม่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า
3. เมื่อดื่มสุรามากๆทำให้เกิดอาการหูแว่วประสาทหลอนได้	3. เมื่อดื่มสุรามากๆทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ท้อแท้ หมดกำลังใจได้
4. การดื่มสุราทำให้เสียงาน	4. การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการคิดและตัดสินใจลดลง
6. การไม่ดื่มสุราทำให้เพื่อนไม่คบ	6. การดื่มสุราทำให้มีเพื่อนมากขึ้น
7. การดื่มสุราช่วยให้คลายความเครียด	7. การดื่มสุราช่วยให้คลายความเศร้าหมอง
8. การดื่มสุราทำให้กล้าแสดงออก	8. การดื่มสุราทำให้มีกำลังใจและกล้าแสดงออกมากขึ้น

หลังจากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบว่าแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรานี้สามารถวัดความตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน และจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .08 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 2006) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อความทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยค่านวนดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราได้เท่ากับ 1.0

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงมากที่สุด จำนวน 30 ราย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ที่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71 และกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

**ส่วนที่ 4** แบบวัดการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ที่แปลมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เนื้อหาของแบบประเมินครอบคลุมเกี่ยวกับวิถีจัดการความเครียด แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการมุ่งแก้สาเหตุปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 32, 33, 35, 36 และ 38

โดยเครื่องมือเป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .88 มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	เท่ากับ 0 คะแนน
ใช้วิธีนั้นนานๆครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ	เท่ากับ 3 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุปัญหา ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยจะแสดงถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุปัญหาของผู้ป่วย ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านการแก้สาเหตุปัญหามาก โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ (เปรมฤทัย ไชยชนะนิต, 2557) ดังนี้

มีคะแนน 0 คะแนน (0-0.99) หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านการแก้สาเหตุปัญหาน้อย

มีคะแนน 1 คะแนน (1-1.99) หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านการแก้สาเหตุปัญหาปานกลาง

มีคะแนน 2-3 คะแนน (2-3) หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านการแก้สาเหตุปัญหา  
มาก

2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34 และ 37

โดยเครื่องมือเป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้  
ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .88 มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	เท่ากับ 0 คะแนน
ใช้วิธีนั้นนานๆครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ	เท่ากับ 3 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการ  
จัดการกับอารมณ์ ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยจะแสดงถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดด้านการ  
จัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับ  
อารมณ์มาก โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ(เปรมฤทัย ไชยชนะนิต, 2557)  
ดังนี้

มีคะแนน 0 คะแนน (0-0.99) หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์  
น้อย

มีคะแนน 1 คะแนน (1-1.99) หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์  
ปานกลาง

มีคะแนน 2-3 คะแนน (2-3) หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์  
มาก

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือไป  
ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย  
ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วย  
นอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงมาก  
ที่สุด จำนวน 30 ราย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และนำข้อมูลที่ได้มา  
วิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค  
(Cronbach's coefficient alpha) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ที่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน  
อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 และกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยง  
เท่ากับ .84

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินการຕໍ່มสุร (AUDIT) ขององค้การอนามัยโลก (2001) แผลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ปรีทรศ ศิลปกิจและพันธุ้ณภ กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ใช้ประเมินการຕໍ່มสุร โดยประเมินระดับปัญหาของการຕໍ່มสุร ซึ่งมีลักษณะคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ การตอบคำถาม ผู้ตอบคำถามสามารถเลือกตามระดับการຕໍ່มสุรในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วย 3 หัวข้อหลักได้แก่

1. การຕໍ່มแบบเสี่ยง ประเมินปริมาณที่ຕໍ່มประจำและความถี่ในการຕໍ່มหนัก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2 และ 3

2. การຕໍ່มแบบติด ประเมินความสามารถในการควบคุมการຕໍ່มหนัก ปริมาณการຕໍ່มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การຕໍ່มเพื่อถอนในตอนเช้า จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5 และ 6

3. การຕໍ່มแบบอันตราย ประเมินความรู้สึกผิดหลังจากຕໍ່มสุร การจำเหตุการณ์ช่วงที่เมาสุร การได้รับบาดเจ็บจากการຕໍ່มสุรและการมีคนเป็นห่วงถึงการຕໍ່มสุรของตน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 9 และ 10 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ 0 คะแนน
เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	เท่ากับ 1 คะแนน
2-3 ครั้งต่อเดือน	เท่ากับ 2 คะแนน
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ 3 คะแนน
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ 4 คะแนน

การคิดคะแนน โดยคิดค่าคะแนนรวมที่ได้ มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

มีคะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน หมายถึง มีการຕໍ່มในระดับเสี่ยงน้อย

มีคะแนนระหว่าง 8-12 คะแนน หมายถึง มีการຕໍ່มในระดับเสี่ยงหรืออันตราย

มีคะแนนมากกว่า 13 คะแนน หมายถึง มีการຕໍ່มในระดับติด

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการຕໍ່มสุร ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการຕໍ່มสุรที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงมากที่สุด จำนวน 30 ราย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง ค่าที่ยอมรับได้อยู่ที่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .97 (รายละเอียดอยู่ที่ภาคผนวก ง)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด เป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม เพื่อชี้แจงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในวันที่ 17 สิงหาคม 2561 โดยผู้วิจัยได้เริ่มทำการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม 2561 ถึง วันที่ 21 กันยายน 2561 เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อที่จะใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในวันที่ 4 ธันวาคม 2561 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2562 โดยผู้วิจัยได้เริ่มทำการเก็บข้อมูลการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2561 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2562

4. หลังผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโดยศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยมีผู้คัดกรองจากเวชระเบียนให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก และต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ผู้ดูแลให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากมีประเด็นเรื่องความรุนแรงของโรค

5. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบถามหรือรายละเอียดของแบบประเมินต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ยินดีเข้าร่วมการวิจัย พัทธ์ศาสติผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยรับทราบเอกสารชี้แจงข้อมูลเช่นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

7. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจรายละเอียดการทำวิจัยพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ผู้วิจัยจะทำการวิจัยโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

8. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำ เช่น พบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าทำกิจกรรมดังกล่าวก่อนและขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมนั้นเรียบร้อยแล้ว

9. เมื่อได้รับแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูล

10. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

11. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

12. ดำเนินการตามข้อ 3-10 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด 180 คน จึงนำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังขั้นตอนที่ผู้วิจัยเสนอโครงร่างผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ให้เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบอกถึงข้อมูลความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่กลุ่มตัวอย่างอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด โปรดอย่าลบลายมือชื่อของกลุ่มตัวอย่างในเอกสารนี้จนกว่าจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และนอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างยังจะได้รับทราบข้อมูลดังต่อไปนี้ ได้แก่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการตีตราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มตีตรา ประวัติการตีตราในครอบครัว การใช้สารเสพติดร่วม ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการตีตรา และการเผชิญความเครียด กับการตีตราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**วิธีการวิจัย** โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 85 ข้อ เพียงครั้งเดียว ตามความเป็นจริง หากข้อใดกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจตอบ หรือทำนองต้องการหยุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ถือเป็นอันเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโครงการวิจัย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตีตรา ด้วยแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตีตรา และประเมินการเผชิญความเครียด ด้วยแบบประเมินความเครียด โดยผู้วิจัย
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการตระหนักรู้ในสถานะความรุนแรงของโรคเพื่อให้ความเข้าใจในแนวทางการรักษามากขึ้น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการตีตรากลุ่มตัวอย่างอื่นได้รับการดูแลที่เหมาะสมในการลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลพยาบาลได้นำไปใช้
4. เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการตีตราของบุคลากรทีมสุขภาพทั่วประเทศ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการตีตราต่อไปในภายภาคหน้า

**ระยะเวลาที่ใช้** กลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลา 30-45 นาที ในการตอบแบบสอบถาม

**หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้** กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ขณะดำเนินการหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกลำบากใจ กังวล เครียด มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือความรู้สึกไม่ติดต่อการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างด้วยการประเมินอาการทางจิต ให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้วิจัย หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลเจ้าของไข้ หรือแพทย์ผู้ดูแลท่าน พร้อมรายละเอียดอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

**ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง** ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลจริง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลการบำบัด และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยแยกเก็บในตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจล็อกไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิดแต่เพียงผู้เดียว จะไม่มีการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ชื่อของกลุ่มตัวอย่างในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยก็สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา หากตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบตามความต้องการแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) ตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), ค่ามัธยฐาน(Median) และค่าสูงสุด ต่ำสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$ 
  - วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติดร่วม และประวัติการดื่มสุราในครอบครัวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient  $r = rpb$ )
  - วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient =  $r$ )



ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  $r$  ใช้เกณฑ์ดังนี้ (Hinkle D. E. 1998, p.118)

ค่า $r$	ระดับของความสัมพันธ์
.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
.70 - .90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.50 - .70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
.30 - .50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
.00 - .30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

เครื่องหมาย  $+$ ,  $-$  หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะบอกถึงทิศทางของความสัมพันธ์ โดยที่หาก  $r$  มีเครื่องหมาย  $+$  หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน(ตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง อีกตัวหนึ่งจะมีค่าสูงไปด้วย)  $r$  มีเครื่องหมาย  $-$  หมายถึง การมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงกันข้าม (ตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งจะมีค่าต่ำ)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และหาความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 180 คน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 62 คน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 55 คน และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จำนวน 63 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยตารางประกอบคำบรรยาย เป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติดอื่นร่วม อายุที่เริ่มดื่มสุรา และประวัติการดื่มสุราในครอบครัว โดยใช้สถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ศึกษาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4 – 7

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 8

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา  
ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง (n=180)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	102	56.7
หญิง	78	43.3
อายุ (ปี)		
<30	20	11.1
30-39	52	28.9
40-49	50	27.8
50-59	58	32.2
Mean±S.D. (min – max)	42.67±10.55	(20-59)
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	132	73.3
คู่	48	26.7
การใช้สารเสพติดอื่นร่วม		
ไม่ใช้	67	37.2
ใช้	113	62.8
อายุที่เริ่มดื่มสุรา		
≤15	83	46.1
16-20	70	38.9
21-25	6	3.3
26-30	13	7.2
>30	8	4.4
Mean±S.D. (min – max)	17.35±5.96	(11-40)
ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว		
ไม่มี	26	14.4
มี	154	85.6

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
พ่อ	89	49.4
แม่	5	2.8
พี่น้อง	25	13.9
คู่ครอง	19	10.6
ลูก/หลาน	37	20.6
ญาติ	7	3.9

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 42.67 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30 – 59 ปี จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 อายุที่เริ่มดื่มสุราส่วนใหญ่อยู่ที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 และส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6

**ตอนที่ 2 ศึกษาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

ผลการศึกษาดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ใน ตารางที่ 4 - 7

**ตารางที่ 4** การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n= 180)

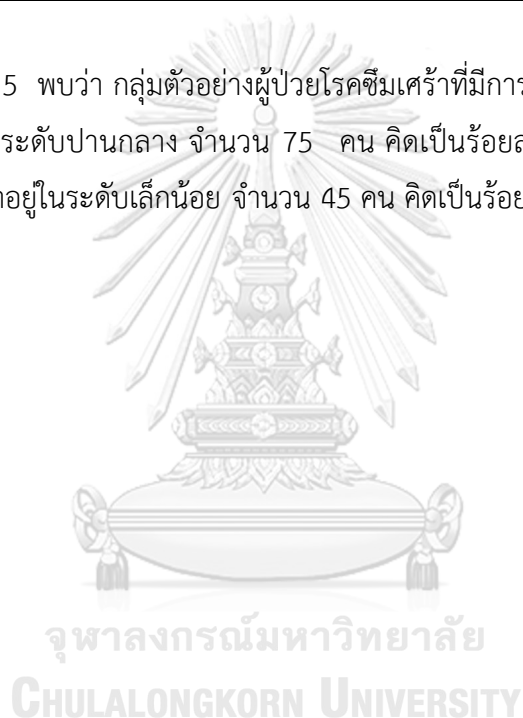
ปัญหาการดื่มสุรา	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	Min	Max
มีระดับเสี่ยงน้อย	0-7	13	7.2	4.46	1.13	2	6
มีระดับเสี่ยงหรืออันตราย	8-12	10	5.6	10.10	1.52	8	12
มีระดับติด	>13	157	87.2	26.32	7.83	13	40
<b>รวม</b>		<b>180</b>	<b>100.0</b>	<b>23.84</b>	<b>9.84</b>	<b>2</b>	<b>40</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราส่วนใหญ่มีการดื่มสุรา อยู่ในระดับติด จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 รองลงมาเป็นการดื่มสุราอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 7.2

ตารางที่ 5 ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n= 180)

ความรุนแรงของ โรคซึมเศร้า	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	Min	Max
อารมณ์ปกติ	0-9	17	9.4	7.18	1.38	4	9
ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	10-19	45	25.0	15.02	3.00	10	19
ซึมเศร้าระดับปานกลาง	20-29	75	41.7	24.43	3.04	20	29
ซึมเศร้าระดับรุนแรง	30-63	43	23.9	33.88	5.06	30	60
<b>รวม</b>		<b>180</b>	<b>100.0</b>	<b>22.71</b>	<b>9.01</b>	<b>4</b>	<b>60</b>

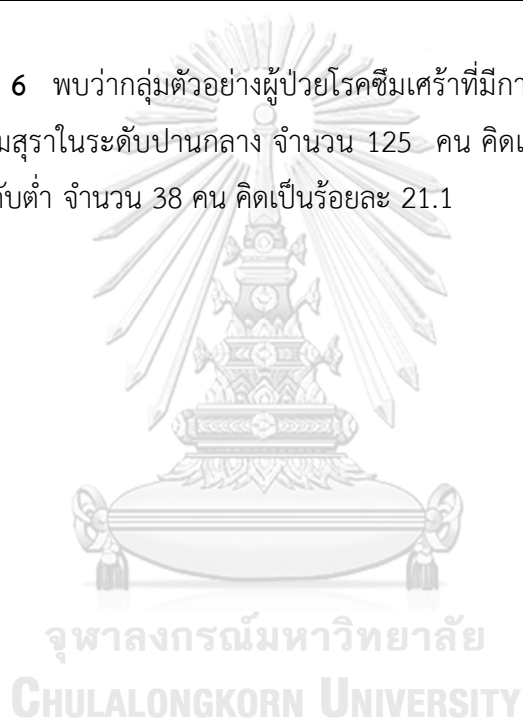
จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0



ตารางที่ 6 ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n= 180)

ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	Min	Max
ความเชื่อที่ถูกต้องระดับต่ำ	10-16	38	21.1	15.26	0.76	13	16
ความเชื่อที่ถูกต้องระดับปานกลาง	17-33	125	69.4	24.39	4.64	17	33
ความเชื่อที่ถูกต้องระดับสูง	34-50	17	9.4	39.47	8.56	34	70
<b>รวม</b>		<b>180</b>	<b>100.0</b>	<b>23.89</b>	<b>7.79</b>	<b>13</b>	<b>70</b>

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุราในระดับปานกลาง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 69.4 รองลงมาคือความเชื่อที่ถูกต้องระดับต่ำ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1



ตารางที่ 7 การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n= 180)

การเผชิญความเครียด	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	Min	Max
<b>ด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา</b>							
ระดับน้อย	0-0.99	39	21.7	0.69	0.13	0.43	0.93
ระดับปานกลาง	1-1.99	126	70.0	1.34	0.24	1.00	1.93
ระดับมาก	2-3	15	8.3	2.24	0.22	2.00	2.57
<b>รวม</b>		<b>180</b>	<b>100.0</b>	<b>1.28</b>	<b>0.45</b>	<b>0.43</b>	<b>2.57</b>
<b>ด้านการจัดการกับอารมณ์</b>							
ระดับน้อย	0-0.99	0	0	0	0	0	0
ระดับปานกลาง	1-1.99	147	81.7	1.64	0.21	1.00	1.96
ระดับมาก	2-3	33	18.3	2.16	0.14	2.00	2.50
<b>รวม</b>		<b>180</b>	<b>100.0</b>	<b>1.73</b>	<b>0.28</b>	<b>1.00</b>	<b>2.50</b>

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรามีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรามีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 147 คิดเป็นร้อยละ 81.7



ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และการใช้สารเสพติดอื่นร่วม กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient =  $r_{pb}$ ) ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient =  $r$ ) ( $n=180$ )

ปัจจัยคัดสรร	การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	p-value	ระดับความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส (1=โสด, 2=คู่)	$r_{pb}$ - .378	<.001	ระดับต่ำ
อายุที่เริ่มดื่มสุรา	$r$ - .449	<.001	ระดับต่ำ
ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว (1=ไม่มี, 2=มี)	$r_{pb}$ .130	.081	ไม่สัมพันธ์
การใช้สารเสพติดอื่นร่วม (1=ไม่ใช้, 2=ใช้)	$r_{pb}$ .561	<.001	ปานกลาง
ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	$r$ .492	<.001	ระดับต่ำ
ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา	$r$ - .452	<.001	ระดับต่ำ
การเผชิญความเครียด			
ด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา	$r$ - .376	<.001	ระดับต่ำ
การเผชิญความเครียด			
ด้านการจัดการกับอารมณ์	$r$ .133	.075	ไม่สัมพันธ์

### จากตารางที่ 8 พบว่า

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = -0.378$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีสถานภาพโสด จะมีแนวโน้มหันไปดื่มสุรามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่

อายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = -0.444$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ( $r = .130$ )

การใช้สารเสพติดอื่นร่วมมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับปานกลาง ( $r = .454$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม มีแนวโน้มหันไปดื่มสุรามากกว่าผู้ที่ไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม

ความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์ทางบวกกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .451$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .451$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .409$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ( $r = .077$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### สมมติฐานทางการวิจัย

1. การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. อายุที่เริ่มดื่มสุรา ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติดอื่นร่วม และประวัติการดื่มสุราในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า Major Depressive Disorder (F32, F33) และมีการดื่มสุรา ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD - 10) ที่มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและมีการดื่มสุรา สามารถพูดคุยสื่อสารได้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ ถ้ามองรับรู้เรื่อง มีการรับรู้ดี และยินดีให้ความร่วมมือ

ในการตอบแบบสอบถาม ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 62 คน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 55 คน และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จำนวน 63 คน ในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2562

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติดอื่นร่วม อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก และประวัติการดื่มสุราในครอบครัว

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory 1A [BDI -1A] แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยการประเมินค่าคะแนนในแบบประเมิน มี 4 ตัวเลือก ซึ่งในข้อคำถามแต่ละข้อมีการให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อนั้นเป็น 0 1 2 และ 3 โดยกำหนดข้อรายละเอียดของลักษณะคำตอบในแต่ละข้อในแต่ละลำดับ การคำนวณนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ รวมกัน ซึ่งการแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน หลังจากนั้นได้มีการแปลผลโดยคะแนนที่สูงหมายถึง มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสูง โดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ของ Daragon Na Ayuttaya (2009) ที่พัฒนาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการเสพยาบ้าของโยธิน ปอยสูงเนิน (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเพื่อประเมินการรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อเสพยาสุรา และการรับรู้ถึงผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดหรือหลีกเลี่ยงการเสพยาสุรา มีข้อคำถามทั้งด้านบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 3, 4 และ 5 ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 6, 7, 8, 9 และ 10

**ส่วนที่ 4** แบบวัดการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ที่แปลมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เนื้อหาของแบบประเมินครอบคลุมเกี่ยวกับวิถีจัดการความเครียด แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการมุ่งแก้สาเหตุปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 32, 33, 35, 36 และ 38

2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34 และ 37

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินการตีมูลค่า (AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก (2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ปรีทรรศ ศิลปกิจและพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552) ใช้ประเมินการตีมูลค่า โดยประเมินระดับปัญหาของการตีมูลค่า ซึ่งมีลักษณะคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ การตอบคำถาม ผู้ตอบคำถามสามารถเลือกตามระดับการตีมูลค่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

### คุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินส่วนที่ 3 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตีมูลค่า ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 1.0 แล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการตีมูลค่า ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการตีมูลค่าที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงมากที่สุด จำนวน 30 ราย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ที่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.89

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด เป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม เพื่อชี้แจงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ที่เข้ารับ บริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการ อนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในวันที่ 17 สิงหาคม 2561 โดยผู้วิจัยได้เริ่มทำการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม 2561 ถึง วันที่ 21 กันยายน 2561 เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ที่เข้า รับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัย นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อที่จะใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวช นครพนม และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล จิตเวชนครพนม ในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในวันที่ 4 ธันวาคม 2561 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2562 โดยผู้วิจัยได้เริ่มทำการ เก็บข้อมูลการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2561 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2562

4. หลังผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโดยศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม โดยคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยมีผู้คัด กรองจากเวชระเบียนให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก และต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ ผู้ดูแลให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากมีประเด็นเรื่องความรุนแรงของโรค

5. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบ สอบถามหรือรายละเอียดของแบบประเมินต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการ ทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรา ยินดีเข้าร่วมการวิจัย พึงกษัตริ ผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยรับทราบเอกสารชี้แจงข้อมูลเช่นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

7. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจรายละเอียดการทำวิจัยพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ผู้วิจัยจะทำการวิจัยโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

8. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำ เช่น พบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าทำกิจกรรมดังกล่าวก่อนและขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมนั้นเรียบร้อยแล้ว

9. เมื่อได้รับแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูล

10. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

11. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

12. ดำเนินการตามข้อ 3-10 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด 180 คน จึงนำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน เป็นเพศชายจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 42.67 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30 – 59 ปี จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดร่วม จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 อายุที่เริ่มดื่มสุรานั้นส่วนใหญ่อยู่ที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 และส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มสุราในครอบครัว จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6

2. **การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** ส่วนใหญ่มีการดื่มสุราอยู่ในระดับติด จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา ส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราในระดับปานกลาง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 69.4 การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 147 คิดเป็นร้อยละ 81.7

3. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า**

3.1 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = -0.378$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีสถานภาพโสด จะมีแนวโน้มหันไปดื่มสุรามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่

3.2 อายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = -0.444$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ( $r = .130$ )

3.4 การใช้สารเสพติดอื่นร่วมมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับปานกลาง ( $r = .454$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม มีแนวโน้มหันไปดื่มสุรามากกว่าผู้ที่ไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม

3.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .451$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.6 ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .451$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.7 การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .409$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.8 การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ( $r = .077$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยเป็นลำดับดังนี้

#### การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับติดถึงร้อยละ 87.2 รองลงมาคือ การดื่มที่มีระดับเสียงน้อยร้อยละ 7.2 และการดื่มที่มีระดับเสียงหรืออันตรายอยู่ที่ร้อยละ 5.6 ดังที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุไว้ว่าการมีโรคซึมเศร้ามี่ร่วมกับการใช้สุราเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น (World Health Organization, 2001; World Health Organization, 2003) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาหลายเรื่องในต่างประเทศที่สนับสนุนถึงปัญหานี้ เช่น Kessler et al. (1994) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หันไปใช้สุรามีมากถึงร้อยละ 70 และมีแนวโน้มจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วน Burns and Teesson (2002) พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และวิตกกังวลมีการใช้สุราร่วมด้วย สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจของแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศแคนาดาพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี่มีการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 30.5 (Sher, 2004) และผลการศึกษาของ Wang and El-Guebaly (2004) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้ามี่มีการใช้สุราร่วมด้วย และล่าสุดผลการศึกษาของ วารุณี เมฆอารียะ (2559) ที่ได้จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตทั่วประเทศของคนไทย พบว่าตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี่มีการใช้สุราสูงถึง ร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด และยังพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรค



ซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรามีประวัติการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง (อรัญญา แพจุ้ย และนรัญชญา ศรีบูรพา, 2552)

จากผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้นของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงเป็นข้อบ่งชี้ให้พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความต้องการการดูแลเฉพาะด้าน และเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราร่วมด้วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**สถานภาพสมรส** จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .378$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่า คะแนนการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่โสด และกลุ่มที่มีคู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพโสด หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ มีการดื่มสุรามากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพสมรส ทั้งนี้พบว่าเนื่องจากความโดดเดี่ยว ความอ้างว้าง ความเบื่อหน่าย รวมทั้งการขาดที่ปรึกษาซึ่งสามารถพูดคุยหรือไว้ใจได้ ทำให้ผู้ป่วยหาทางออกด้วยการหันไปดื่มสุราทดแทน เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้นในชีวิต (Brennan et al., 1986) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหากมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ หหมดหวัง จะมีความต้องการกำลังใจจากบุคคลคนที่รัก หรือใกล้ชิด ซึ่งหากไม่ได้รับกำลังใจนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกความโดดเดี่ยว ความอ้างว้าง หรือเบื่อหน่าย ขาดที่ปรึกษาหรือบุคคลที่สามารถพูดคุยหรือไว้ใจได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น (Robinson, 2007) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่สถานภาพสมรสหรือคู่มีกิจกรรมร่วมกันบ่อยครั้ง และไม่เกิดความโดดเดี่ยว มีที่ปรึกษาหรือระบายความรู้สึกออกมา มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจให้หันไปดื่มสุราและมีเวลาไปดื่มสุราน้อยลง (Hasin and Grant, 2002; Boschloo et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับพบผลการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลของ Canadian National Population Health Survey (NPHS) จากปี 1996-1997 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพโสด หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีโอกาสหันไปใช้สุรามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือคู่ (Wang and El-Guebaly, 2004)

**การใช้สารเสพติดอื่นร่วม** จากการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดอื่นร่วมมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับปานกลาง ( $r = .454$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่า คะแนนการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดร่วม และกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติดร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การใช้สารเสพติดอื่นร่วมความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดร่วม จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 และสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นบุหรี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 74.33 และที่เหลือเป็นสารเสพติดชนิดอื่นๆ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 25.66 อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการใช้สารเสพติดร่วมจะมีการติ่มสุรามากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีการใช้สารเสพติดร่วม โดยพบว่าตามกลไกทางจิตในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะหาวิธีการบำบัด รักษาด้วยตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะทางร่างกายหรือทางจิตใจ (Pomerleau et al., 1993; Markou et al., 1998) โดยการใช้ สารเสพติดแต่ละชนิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สังคมและสถานที่ที่ผู้ป่วยจะหามาได้ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น อาจมีการสูบบุหรี มักพบว่า บุคคลในครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนมีการใช้บุหรี หรือสารเสพติดอื่นๆ ที่ผิดกฎหมาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหนึ่งคนอาจมีการใช้สารเสพติดร่วมมากกว่าหนึ่งชนิด เพื่อลดอาการซึมเศร้าของตน โดยมีความเชื่อว่า การใช้สารเสพติดเหล่านั้นสามารถลดอาการซึมเศร่าลงได้ ซึ่งสารเสพติดเหล่านั้นมีผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาท Dopamine ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลาย ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือหมดหวังแต่กลับทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากติ่มสุรามากขึ้น (Robinson, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hasin et al. (2007) โดยพบว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมเป็นอย่างมาก เช่น บุหรี กัญชา เฮโรอีน โคเคนหรือสารเสพติดชนิดอื่น โดยสารเสพติดเหล่านั้นมีผลต่อการหลั่ง Dopamine และ Serotonin ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากติ่มสุรามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Boschloo et al. (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการอยากติ่มสุรามากขึ้นหลังมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย

**ประวัติการติ่มสุราในครอบครัว** จากการศึกษาพบว่า ประวัติการติ่มสุราในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ( $r = .130$ ) ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยว่า ประวัติการติ่มสุราในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการติ่มสุราในครอบครัว จำนวน 154 คน จาก 180 คิดเป็นร้อยละ 85. ทำให้ไม่มีการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา ซึ่งนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแล้วส่งผลให้ประวัติการติ่มสุราในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Boschloo et al. (2011) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประวัติการติ่มสุราในครอบครัวกับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลของในประเทศเนเธอร์แลนด์ว่า หากบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีการติ่มสุรา จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีการอยากใช้สุรามากขึ้น และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าซึ่งมีความอ่อนแอทางอารมณ์ขาดการยับยั้ง

ช่างใจในการหันไปดื่มสุรา และมีการดื่มสุรามากขึ้น และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ MCGue (1999) ที่พบว่า การที่มีคนในครอบครัวหรือผู้ที่สืบเชื้อสายกรรมพันธุ์เดียวกันเป็นโรคติดสุรา ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยพบว่ามีการพันธุกรรมที่สามารถสืบทอดภาวะติดสุราจากพ่อหรือแม่ไปสู่ลูกได้ และนอกจากนี้ Soyka et al., (1996) ยังได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคพิษสุรากับพันธุกรรม พบว่าเด็กที่พ่อแม่ติดสุราจะมีการเกิดอัตราการติดสุราสูงเช่นกัน โดยการที่มีพ่อหรือแม่ที่ติดสุราจะทำให้เด็กนั้นติดสุราได้มากกว่าเด็กที่มีพ่อหรือแม่บุญธรรมที่ติดสุรา เนื่องจากสารพันธุกรรมที่สืบทอดกันมา และยังมีการศึกษาของ สุกุม่า แสงเดือนฉาย (2547) ที่พบว่า การที่บุคคลใกล้ชิดมีการดื่มสุรา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมนั้น โดยไม่รู้ตัว และผู้ป่วยจะไม่กล้าปฏิเสธเมื่อสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่เคารพศรัทธา รวมถึงเพื่อน ชักชวนให้ดื่ม โดยจะมีความเกรงใจและเป็นการรักษาน้ำใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะปฏิเสธ (เสาวณี วิกัน, 2548) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอาจมีบริบทการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษา อาชีพ วัฒนธรรม หรือประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาข้างต้น ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการศึกษาที่พบว่า ประวัติการดื่มสุราในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้

**การเผชิญความเครียด ด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา** จากการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบ กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .409$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 70 อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาที่ดีจะมีการดื่มสุราน้อยกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุได้ไม่ดี โดยจากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่เพียงลำพังมักจะเกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง แล้วส่งผลให้เกิดความเครียดได้ง่าย และเมื่อเกิดความเครียดขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงหันไปดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความเครียด หรืออาการไม่สบายเหล่านั้น (Brennan et al., 1986 Cited in Robinson, 2007) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ มรรดา สุวรรณโพธิ์ (2551) พบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่การใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการเครียดลดความเบื่อหน่าย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักดื่มสุราเพื่อลดอาการตึงเครียด และเพื่อผ่อนคลายเมื่อเกิดความรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจขึ้น

**การเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์** จากการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ( $r = .077$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 (ตาราง ที่ 7) ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเกิดจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงคะแนนการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางถึง 147 คน ทำให้ไม่มีการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาในแต่ละระดับของการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแล้วส่งผลให้การเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Brennan et al. (1986) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่เพียงลำพังมักจะเกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง แล้วส่งผลให้เกิดความเครียดได้ง่าย และเมื่อเกิดความเครียดขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงหันไปดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงความเครียด หรืออาการไม่สุขสบายเหล่านั้น และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ มจรดา สุวรรณโพธิ์ (2551) พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่การใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการเครียดลดความเบื่อหน่าย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักดื่มสุราเพื่อลดอาการตึงเครียดและเพื่อผ่อนคลาย เมื่อเกิดความรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใช้การเผชิญความเครียดในวิธีการที่ไม่เหมาะสมด้วยการดื่มสุราเพื่อลดปัญหาด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอาจมีบริบทการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษา อาชีพ วัฒนธรรม หรือประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาข้างต้น ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการศึกษาที่พบว่า การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้

**ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า** จากการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้านี้อาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .451$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้านี้อาจมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงของโรคซึมเศร้าสูงจะมีการดื่มสุรามากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงของโรคซึมเศร้าต่ำ โดยพบว่าลักษณะการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยขณะนั้น โดยเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น มักจะมีปริมาณการดื่มสุราที่เพิ่มมากขึ้น ดื่มบ่อยขึ้น เพื่อลดอาการซึมเศร้าที่ทำ

ให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย (Robinson, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hasin and Grant (2002) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น ไม่เพียงแต่มีความอดทนต่อสิ่งเร้าในการดื่มสุราต่ำแต่ อาการซึมเศร้านั้นยังนำไปสู่การอยากดื่มสุรามากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Hasin and Grant, 2002) และในการศึกษาของ Wells et al. (2008) อธิบายถึงความสัมพันธ์สองทางระหว่างอาการซึมเศร้าและการดื่มสุราว่า ผลของสุราทำให้ระดับสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine ในสมองต่ำลงจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นจะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีการใช้สุราเพื่อบรรเทาอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Hoff and Rosenheck, 1998)

**ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา** จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .451$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราในระดับปานกลาง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 69.4 อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ไม่ถูกต้องจะมีการดื่มสุรามากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ถูกต้อง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความเชื่อว่า การดื่มสุราสามารถช่วยลดความตึงเครียดลดอาการเหน็ดเหนื่อย ลดความเบื่อหน่ายและอาการซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมีการหันไปดื่มสุราเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เหล่านั้น (Khantzian, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Daragon Na Ayuttaya (2009) พบว่าความเชื่อต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดื่มสุรา ผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการดื่มสุรา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุราได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มสุรา เนื่องจากยังเชื่อว่าสุราสามารถรักษาอาการทางจิตของตนได้

**อายุที่เริ่มดื่มสุรา** จากการศึกษาพบว่า อายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระดับต่ำ ( $r = .444$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า อายุที่เริ่มดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และจากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุที่เริ่มดื่มสุราอยู่ที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 มีการดื่มสุราในระดับติดถึงร้อยละ 87.2 อภิปรายได้ว่า การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีการดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุน้อยจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดสุรามากขึ้น การเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยกว่า 17 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ซึ่งอายุของการเริ่มดื่มสุราเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ดื่มสุรมีพฤติกรรมการดื่มแบบติด (Fortinash & Holoday-Worret, 2012) และผู้ที่เริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยจะทำให้มีโอกาสติดสุราได้รวดเร็ว เรื้อรัง และมีการกลับมาติดซ้ำได้สูง (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pilowsky et al. (2009) โดยพบว่า

อายุที่เริ่มติ่มสุรามีความสัมพันธ์กับการติ่มสุรา โดยการที่ผู้ป่วยเริ่มติ่มสุราเมื่ออายุน้อย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการติ่มสุรา และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการเริ่มติ่มสุราเมื่ออายุน้อย ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาที่เหลือในการติ่มนาน และการติ่มสุราของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น (Glanz, 2002; Heinz and Wong, 2003) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Modesto-Lowe and Kranzier (1999) จากการศึกษาของ Wang and El-Guebal (2004) พบว่า การติ่มสุราและโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอายุที่เริ่มติ่มสุรา

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุรา ควรต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากผลการวิจัยซึ่งพบว่า สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มติ่มสุรา การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุรา การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหา มีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุรามีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม ซึ่งพบว่าสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการซักประวัติการใช้สารเสพติดอื่นร่วม และควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรวมถึงบุคคลทั่วไปเรื่องความสำคัญของอันตรายจากบุหรี่ที่ส่งผลต่อโรคทางกายและโรคทางจิตเวช

2. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุรามีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาในระดับสูงจะมีการติ่มสุราน้อยกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุรามีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้สาเหตุของปัญหาที่ในระดับต่ำ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการจัดกิจกรรมกลุ่ม สร้างสถานการณ์จำลอง โดยเน้นการปฏิบัติการเผชิญความเครียดด้วยการใช้วิธีการจัดการกับปัญหาให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุราใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลง

3. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงของโรคซึมเศร่าสูงจะมีการติ่มสุราอยู่ในระดับติด ดังนั้นพยาบาลควรมี การดูแลอย่างใกล้ชิด การเฝ้าระวังอาการรุนแรงของโรคซึมเศร่า และให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร่า แก่ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด

4. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่มีการติ่มสุรายังมีความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุราที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโทษของสุราที่ส่งผลต่อโรคทางกายและทางจิตเวช

5. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการเริ่มติ่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุน้อย จะมีการติ่มสุราอยู่ในระดับติด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรวมถึงบุคคลทั่วไปถึงความสำคัญของการเริ่มติ่มสุราตั้งแต่อายุน้อยซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคทางกายและโรคทางจิตเวชในอนาคต

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุรา ซึ่งถือเป็นโรคร่วมที่มีความซับซ้อน

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุรา เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุรา ได้อย่างครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

## 3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการนำผลการวิจัย โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มติ่มสุรา ประวัติการติ่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการติ่มสุราและการเผชิญความเครียด ไปศึกษาในลักษณะการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.2 ควรมีการนำผลการวิจัยไปศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อลดการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยสามารถนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติ่มสุราให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2548). **คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์** ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2557**. อุบลราชธานี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2560**. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2562, แหล่งที่มา: <https://dmh.go.th/report/datacenter/map/>
- กลุ่มงานเวชระเบียนและสถิติ. (2560). **รายงานประจำปีโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2560**. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2562, แหล่งที่มา: <http://www.prasri.go.th/kpi/60/2560.pdf>
- จรรววรรณ จินตามงคล. (2541). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิตา บุญญาภาส. (2547). **การดูแลผู้ที่ติดสุราในจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้ารักษาให้หายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ**. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูลและสาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. (2545). **จิตวิทยาการศึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิตานาถ โชคเกิด. (2545). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรจง สืบสมาน. (2536). **โรคติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง: เกษมตันติผลาชีวะบรรณาธิการตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: 619
- บุญศิริ จันศิริมงคล, หทัยชนนี บุญเจริญ, สรสรรพ จวงษ์, สาวิตรี สุริยฉาย, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง และนจิตร คุณารักษ์. (2556). **โรคร่วมจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา**. **วารสารกรมสุขภาพจิต**, 21(2): 76-87.
- ประกิจ โพธิอาสน์. (2541). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและ



- พฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจและพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). **แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ**. กรุงเทพมหานคร: ทานตะวันเปเปอร์.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ, พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2542). **รายงานการวิจัยเรื่อง ความชุกและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.
- เปรมฤทัย ไชยชนะนิจและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม**. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 57(28): 105-120.
- พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. **จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล: จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงสำหรับโรค ซึมเศร้าในปัจจุบัน**. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*. (2549): 109-119.
- พัชชราวัลย์ กนกจรรยา. (2554). **ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้าง แรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรม การเสพยาในผู้เสพยาติดสุรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต เวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ ชมเดช. (2548). **พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยกลุ่มวัย ทำงานที่ประสบอุบัติเหตุจราจร ที่มารับบริการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, หทัยชนก บุญเจริญและสุนทรี ศรีไสย. (2549). **แนวเวชปฏิบัติการ ให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล ชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ไอแอมอออกเานเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). **คู่มือสำหรับผู้ประกอบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับ บุคลากรสุขภาพ**. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุษยา. (2556). **ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช**. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1): 1-15.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2542). **โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด**. ใน มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชศาสตร์: Textbook of Psychiatry*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามาศิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 3.

- ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.  
กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- โยธิน ปอยสูงเนิน. (2544). **ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้ากลับซ้ำของนักเรียนที่เข้ารับการรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลธัญญารักษ์จังหวัดปทุมธานี.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท (สาธารณสุขศาสตร์). สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการแพทย์ทางจิตเวช: หลักการและระเบียบวิธีวิจัย.** กรุงเทพฯ.  
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารุณี เมฆอริยะ. (2559). **โรคซึมเศร้าที่พบร่วมกับโรคจิตสารเสพติด.** [online]. Available from:  
<http://www.cifs.moj.go.th/cifskm/index.php/topic,94.0.html#msg100>.
- วิชัย โปษยะจินดาและอาภา ศิริวงศ์ ณ ออยุธยา. (บรรณาธิการ). (2545). **สุราในสังคมไทย.**  
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้าและวารารณ เสถียรนพแก้ว.(2559).  
รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี:  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2559. [online]. Available from:  
<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4626>
- วีรวรรณ เล็กสกุลไชยและจินตนา เทพทรงสัจจะ. (2545). การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
ของคนไทย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข.** 11(6): 812-818.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา. (2556). **ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ วาสิกานนท์. **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.** นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การ  
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2547.
- สมนึก หลิมศิริรัตน์. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่มารักษาใน  
โรงพยาบาลราชบุรี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 53(2):143-150.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์.** (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร:  
เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร:  
เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช.** กรุงเทพฯ:

เรือนแก้วการพิมพ์.

- สชาติตรี อัจฉนวงศ์กรชัย. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา: Review of Alcohol Screening.** เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). **รายงานวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา.** ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์.** ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์.
- สุภาภรณ์ สมพาน. (2546). **การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา.** การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช.** พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- เสาวณี วิกัน. (2548). **ประสบการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรค ซึมเศร้า.** สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัทวี.พี.พี. (1991) จำกัด.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2550). **การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา)
- อรัญญา แพทย์และนรณชญา ศรีบูรพา. (2552). **ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54(1): 63-74.**
- อุจน์จิตร คุณารักษ์. (2554). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 25(1): 42-52.**
- อัจฉราพร นัตสาสาร. (2548). **สาเหตุของการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่.** การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (4<sup>th</sup> ed.). Text revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Babor T.F, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG (2001) **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care**. (2nd edn.)
- Bagby, R.M., Ryder, A.G., Cristi, C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. **Journal of Psychiatry and Neuroscience**. 27: 250-257.
- Barlow, D. H. and Durand, V. M. (2005). **Abnormal psychology an integrative approach**. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Beck, A. T. (1967). **Depression: Clinical experimental and theoretical aspects**. New York: Harper Row.
- Beck, A. T., and Alford, B. A. (2009). **Depression: Causes and treatment** (2<sup>nd</sup> ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Borges G, Walters EE, Kessler RC. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. **American Journal of Epidemiology**, 51, 781-9.
- Bos, E.H., et al. Cognitive, Physiological, and personality correlates of recurrence of depression. **Journal of Affective Disorder** 87(2005): 221-229.
- Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, Van den Brink W, Veltman DJ and Beekman AT. (2011). **Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)**. *J Affect Disord*; 131: 233–42.
- Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, Van den Brink W, Smit JH, Veltman DJ, Beekman AT and Penninx BW. (2012). Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders. **The British Journal of Psychiatry**; 200:476-484.
- Boyd, M.A., and Nihart, M.A. **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. New York: Lippincott - Raven, 1998.
- Buckner, J.D., Eggleston, A.M., Schmidt, N.B., (2006). **Social Anxiety and Problematic Alcohol Consumption: The Mediating Role of Drinking Motives and**

- Situations.** Behavior. Ther. 37: 381391.
- Burns L, Teesson M. (2002). **Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being.** Drug Alcohol Depend. 68: 299–307.
- Cargiulo, T. (2007). **Understanding the health impact of alcohol dependence.** American Society of Health -System Pharmacists. 64(Supplement): 5-11.
- Community Health Sciences. **Primary Care Electronic Library (PCEL) - MeSH Directory: Drinking Behavior.** [Online]. (2006). Available from: <http://pcel@sgul.ac.uk>. [2011, May 11]
- Cranford, J. A., Nolen-Hoeksema, S., Zucker, R. A. (2011). **Alcohol involvement as of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.** Drug & Alcohol Dependence. 117(2-3): 145-151.
- Daragon Na Ayuttaya, P. (2009). **Factors influencing alcohol dependence relapse behavior in psychiatric patients with comorbid alcohol dependence at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric.** The Degree of Master of Arts (Addictionology), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Durand, V., M, and Barlow, D.H. **Essentials of Abnormal Psychology.** 4<sup>th</sup> ed. USA. : Thomson Learning, 2006.
- Fortinash, K.M. and Holoday-Worret, P. A. (2012). **Psychiatric-mental health nursing.** (5<sup>th</sup> ed.). Mosby: affiliate of Elsevier.
- Furukawa, T.A., Fujita, A., Yoshimura, R., Kitamura, T., and Takahashi, K. **Definitions of recovery and outcomes of major depression: results from a 10-year follow-up.** Acta Psychiatr Scand 117(2008): 35-40.
- Ganz, D. and Sher, L. (2009). **Suicidal behavior in adolescents with co-morbid depression and alcohol abuse.** Minerva Pediatric, 61(3), 333-47.
- Glanz, J., Grant, B., Monteiro, M., Tabakoff, B. (2002). **WHO/ISBRA study on state and trait markers of alcohol use and dependence: analysis of demographic, behavioral, physiologic, and drinking variables that contribute to dependence and seeking treatment.** Alcoholism. 26(7): 1047-61.
- Greden, J.F. **The Burden of recurrent Depression: Cause, Consequences, and Future**

- Prospects. *Journal Clin Psychiatry* 62(2001): 5-9
- Hammen, C. **Social stress and women's risk for recurrent depression.** *Arch Womens Ment Health* 6(2003): 9-13.
- Hasin, D.S., Grant, B.F. (2002). **Major Depression in 6050 former drinkers.** *Arch. Gen. Psychiatry.* (59); 794-800.
- Hasin, D.S., Stinson, F.S., Ogburn, E., Grant, B.F. (2007). **Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.** *Arch. Gen. Psychiatry* 64, 830–842.
- Haynes, Jonathan C., Farrell, M., Singleton, N., Meltzer, H., Araya, R., Lewis, G. and Wiles, N.J. (2005). Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression. **British Journal Psychiatry.** (187); 544-551.
- Hingson R. W., Heeren T., Winter M.R. (2006). Age of Alcohol-Dependence Onset: Association with Severity of Dependence and Seeking Treatment. **Pediatrics.** 118: 755-763.
- Hoff, R.A., and Rosenheck, R.A. (1998). **Long term patterns of service use and cost among patients with both psychiatric and substance abuse disorders.** *Medical Care*, 36, 835 - 843.
- Kandel, D.B., Huang, F.Y., Davies, M. (2001). **Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes.** *Drug and alcohol dependence*, 64, 233-241.
- Katz, E. C., Fromme, K., & D'Amico, E. J. (2000). **Effects of outcome expectancies and personality on young adult's illicit drug use, heavy drinking, and risky sexual behavior.** *Cognitive Therapy and Research*, 24 (1), 1-22.
- Kennedy, N., Abbott, R., and Paykel, E.S. **Remission and recurrence of depression in the maintenance era: long-term outcome in a Cambridge cohort.** *Psychological Medicine.* 33(2003): 827-838.
- Keller, M.B. Long-term treatment of recurrent and chronic depression. **Journal Clin Psychiatry.** (1999): 41-45.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). **Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders**

- in the United States: Results from the National Comorbidity Survey.**  
Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of affective disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. **American Journal of Psychiatry**, 142, 1259, 1286.
- Komro, A. K., and Toomey, L. T. **Strategies to prevent underage drinking.** [Online]. (2000). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/5-14.html>. [2011, December 18]
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. (1984). **Stress appraisal and coping.** New York: Springer.
- Markowitz J.C., & Weissman M.M. (2004). **Interpersonal psychotherapy: principles and applications.** World Psychiatry. Vol (3)3. : 136-139.
- Marlatt, G. A. (1996). **Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol Relapse Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model.** *Addiction* 91 (Supplement): 37-49.
- Modesto-Lowe, V., & Kranzier, H. R. (1999). **Diagnosis and treatment of alcohol dependence patients with comorbid psychiatric Disorder.** *Alcohol Research and health*, 23(2), 144-149.
- MCGue, M. **The behavioral genetics of alcoholism.** *Current Directions in Psychological Science* 8:109– 115, 1999.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). **Early Drinking Linked to Higher Lifetime Alcoholism Risk.** (Online). (2006). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa64/aa64.htm>. (2011, December 18)
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. **American Journal of Public Health**, 99, 258-63.
- Polsongkram, W. (2008). **Factors Effecting Relapse in Alcohol Dependence Patients in Thanyaruk Institute, Thailand.** The Degree of Master of Arts (Addictionology), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Preuss, U. W., Koller, G. Barnow, S., Eikmeier, M., and Soyka, M. (2006). **Suicidal Behavior in alcohol dependent subjects: The role of personality disorders.** *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 30(5), 866-877.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L. (2002). **Comparison of 3190 alcohol-**

- dependent individuals with and without suicide attempts.** *Alcohol Clin Exp Res.* 26: 471-477.
- Robinson, R.J. (2007). **Comorbidity of alcohol abuse and depression: exploring the self-medication hypothesis.** *Retrospective Theses and Dissertations.* Paper 15548.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). **Alcohol and public health: A review lancet 365.** *Alcohol and Public Health,* 5, 519-30.
- Rush, A.J., et al. **Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder.** *Neuropsychopharmacology* 31(2006): 1841-1853.
- Sher, L. (2004). **Depression and Alcoholism.** *QJ Med,* 97(4), 237-240.
- Skinner, H. A., & Allen, B. A. (1982). Alcohol Dependence Syndrome: Measurement and Validation. *Journal of Abnormal Psychology,* 91(3), 199-209.
- Solomon, D.A., et al. **Psychosocial Impairment and Recurrence of Major Depression.** *Comprehensive Psychiatry* 45(2004): 423-430.
- Soyka, M., Hollweg, M. and Naber, D. (1996). Alcohol dependence and depression. Classification, co-morbidity, genetic and neurobiological aspects. ***Nervenarzt journal,*** 67 (11), 896-904
- Statistic information (Database on the internet). **World Health Organization.** News target network. (Cited January 14, 2017) Available from: <http://cas.or.th/wp-content/uploads/2016/04/Alc-consumption-statistics-Thailand-10y.pdf>.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005) **Principles and Practice of Psychiatric Nursing.** 8<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Inc.
- Suzuki, K., Takeda, A., & Matsushita, S. **Factor promoting Japanese adolescent problem drinking in a cohort study over 5 years.** [Online]. (2005). Available from: <http://www.ncbi.nlm.gov/sites/entrez=pubmed&Cmd=ShowDetail&View=View&Ter>.
- Thorndike, R.M. **Correlational procedures for research.** New York: Gardner press, Inc, 1978.
- Wang, J., & El-Guebaly, N. (2004). Sociodemo- graphic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population. ***Canadian Journal of Psychiatric.***



Wells, S., Mihic, L., Tremblay, P.F., Graham, K., Demers, A. (2008): **Where, With Whom, and How Much Alcohol Is Consumed on Drinking Events Involving Aggression? Event- Level Associations in a Canadian National Survey of University Students.** *Alcoholism*, 32(3), 555-533.

White, R.H., and Jackson, K. **Social and psychological influences on emerging adult Drinking behavior.** [Online]. (2005). Available from:  
<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/182-190.html>.

World Health Organization. **The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope.** WHO, 2001.

World Health Organization. **The World Health Report 2003: Shaping the Future.** WHO, 2003.

World Health Organization [WHO]. **Mental health and substance abuse.** [Online]. (2007). Available from: [http://www.searo.who.int/EN/Section 1174/ Section 1199/ Section 2278 \\_12023. htm](http://www.searo.who.int/EN/Section1174/Section1199/Section2278_12023.htm).

World Health Organization [WHO]. **World Health Statistics 2015.** [Online]. Available from:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf)



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นางวิมาลา วัฒนชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางสุทธนันท์ กัลลกะ	อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
นางสาววีตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือยินยอมสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information Sheet )

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการตีสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันที่ชี้แจง.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ให้ทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนใน เอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

### โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาระดับโลกที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยองค์การอนามัยโลก ได้คาดประมาณว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้สูงถึง 350 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 คาดว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั่วประเทศ จำนวน 1,431,555 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด คือ จำนวน 479,687 ราย รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร จำนวน 243,326 ราย ตามด้วยภาคเหนือ จำนวน 233,592 ราย ภาคกลาง จำนวน 204,072 ราย ภาคใต้ จำนวน 164,049 ราย และภาคตะวันออก จำนวน 112,514 ราย ตามสถิติข้างต้นนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นอกจากโรคซึมเศร้าจะเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่พบได้บ่อยดังข้อมูลข้างต้นแล้วยังเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ จากการศึกษาพบว่าอาการของโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติการกิจต่างๆ รวมถึงการทำหน้าที่การงาน จนส่งผลให้ขาดรายได้ตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีกระบวนการคิดและตัดสินใจที่ไม่มั่นคง จึงมีโอกาสก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและเกิดการทำร้ายผู้อื่นได้ง่าย ปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ การใช้สารเสพติดร่วม โดยเฉพาะการดื่มสุรา โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่า การมีโรคซึมเศร้าร่วมกับการใช้สุราเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หันไปใช้สุรามีมากถึงร้อยละ 70 และมีแนวโน้มจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ และยิ่งพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลมีการใช้สุราร่วมด้วย สำหรับในประเทศไทยก็พบปัญหาเช่นเดียวกับในต่างประเทศ โดยล่าสุดผลการศึกษาที่ได้จากผลการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตทั่วประเทศของคนไทย พบว่าตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สุราสูงถึง ร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด และยังพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดื่มสุรามีประวัติการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เห็นความสำคัญของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และได้คัดสรรตัวแปรที่อาจส่งผลต่อการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติดอื่นร่วม อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การเผชิญความเครียด ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราและความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะสามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ จำเป็นต้องทราบว่ามียปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและในประเทศไทย ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่มสุรา ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว การใช้สารเสพติดร่วม ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการเผชิญความเครียด กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. มีการดื่มสุราในปัจจุบัน หรือมีการระบุไว้ชัดเจนในแฟ้มประวัติผู้ป่วย
3. สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้

#### 4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

##### ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย หรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง ระหว่างการดำเนินการวิจัย

##### จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ทำการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 62 คน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 55 คน และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จำนวน 63 คน รวมทั้งหมด 180 คน

##### ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นี่

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยให้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 85 ข้อ เพียงครั้งเดียว ตามความเป็นจริง หากข้อใดท่านไม่สมัครใจตอบ หรือท่านต้องการหยุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที และเมื่อท่านตอบคำถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ถือว่าเป็นอันเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโครงการวิจัย

##### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. ท่านจะได้รับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตีตรา ด้วยแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตีตรา และประเมินการเผชิญความเครียด ด้วยแบบประเมินความเครียด โดยผู้วิจัย

2. เพื่อให้ท่านได้มีการตระหนักรู้ในสภาวะความรุนแรงของโรคเพื่อให้มีความเข้าใจในแนวทางการรักษามากขึ้น

3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการตีตราท่านอื่นได้รับการดูแลที่เหมาะสมในการลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตรา เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลพยาบาลได้นำไปใช้

4. เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยของบุคลากรที่มีสุขภาพทั่วประเทศ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการตีตราต่อไปในภายภาคหน้า

##### ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ

(ถ้ามี)

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และจะไม่ได้ได้รับความเสียหายใดๆเนื่องจากการให้ข้อมูลซึ่งเป็นตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว



## คำตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

### (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับคำตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึก คือ กระเป๋าผ้ามูลค่า 50 บาท ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยนี้

### หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านยังได้รับการบริการตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย ที่อยู่ 22 หมู่ 1 ตำบลโพนเมือง อำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด 45160 โทรศัพท์ (มือถือ) 086 - 3930374 ขณะดำเนินการหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกลำบากใจ กังวล เครียด มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือความรู้สึกไม่ดีต่อการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินการกิจกรรมเพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วยการประเมินอาการทางจิต ให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้วิจัย หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลเจ้าของไข้ หรือแพทย์ผู้ดูแลท่าน พร้อมรายละเอียดอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาและสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

### หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร

นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย ที่อยู่ 22 หมู่ 1 ตำบลโพนเมือง อำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด 45160 โทรศัพท์ (มือถือ) 086 - 3930374

### หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 1 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

### ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้

#### ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่าน

เป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ข้อมูลการบำบัด และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดยแยกเก็บในตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจล็อกไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด-ปิดแต่เพียงผู้เดียว จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ **ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่**

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยทันที

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

#### ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันที่ลงนาม .....เดือน.....พ.ศ.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ
- 

ลงชื่อ ..... ผู้เข้าร่วมวิจัย  
( ..... ชื่อ-นามสกุล)

ลงชื่อ ..... ผู้ดำเนินการวิจัย  
(นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย)

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... ชื่อ-นามสกุล)



### การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา

$$CVI = \frac{10}{10} = 1.0$$



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม

## แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation
ซึมเศร้า1	21.47	79.982	.358
ซึมเศร้า2	21.40	77.766	.420
ซึมเศร้า3	21.10	78.645	.342
ซึมเศร้า4	21.27	81.926	.180
ซึมเศร้า5	21.43	79.495	.359
ซึมเศร้า6	21.23	79.909	.328
ซึมเศร้า7	21.40	77.421	.461
ซึมเศร้า8	21.23	80.254	.325
ซึมเศร้า9	21.40	79.007	.427
ซึมเศร้า10	21.60	78.869	.375
ซึมเศร้า11	21.33	77.609	.503
ซึมเศร้า12	21.53	76.533	.518
ซึมเศร้า13	21.80	77.269	.485
ซึมเศร้า14	21.57	84.392	.028
ซึมเศร้า15	21.53	78.464	.378
ซึมเศร้า16	21.40	76.524	.423
ซึมเศร้า17	21.17	77.454	.384
ซึมเศร้า18	21.20	76.303	.509
ซึมเศร้า19	21.50	79.155	.328
ซึมเศร้า20	21.47	78.326	.403
ซึมเศร้า21	21.30	77.321	.514

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Item
.818	21

## แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation
ความเชื่อ1	18.10	33.541	.843
ความเชื่อ2	19.67	43.885	.453
ความเชื่อ3	17.97	35.895	.663
ความเชื่อ4	17.77	35.495	.697
ความเชื่อ5	17.70	36.976	.759
ความเชื่อ6	19.63	42.930	.327
ความเชื่อ7	19.70	39.734	.753
ความเชื่อ8	19.67	40.023	.715
ความเชื่อ9	19.70	40.493	.719
ความเชื่อ10	19.70	41.045	.568

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Item
.892	10



## แบบวัดการเผชิญความเครียด

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation
เผชิญความเครียด1	57.53	150.051	-.298
เผชิญความเครียด2	58.37	142.723	.115
เผชิญความเครียด3	59.33	136.437	.465
เผชิญความเครียด4	58.90	135.197	.475
เผชิญความเครียด5	58.97	137.206	.456
เผชิญความเครียด6	59.03	138.723	.410
เผชิญความเครียด7	57.80	153.821	-.444
เผชิญความเครียด8	57.50	144.190	.104
เผชิญความเครียด9	58.87	134.326	.492
เผชิญความเครียด10	58.03	151.551	-.291
เผชิญความเครียด11	58.20	148.166	-.143
เผชิญความเครียด12	58.00	140.207	.268
เผชิญความเครียด13	59.50	132.810	.669
เผชิญความเครียด14	59.23	129.495	.691
เผชิญความเครียด15	58.27	145.306	.003
เผชิญความเครียด16	58.70	136.907	.498
เผชิญความเครียด17	59.50	134.328	.584
เผชิญความเครียด18	59.53	134.464	.567
เผชิญความเครียด19	59.57	135.082	.596
เผชิญความเครียด20	58.27	141.926	.220
เผชิญความเครียด21	58.30	143.597	.121
เผชิญความเครียด22	58.53	136.395	.298
เผชิญความเครียด23	57.83	154.213	-.410
เผชิญความเครียด24	58.17	143.661	.086
เผชิญความเครียด25	59.23	135.289	.583
เผชิญความเครียด26	57.60	145.145	.019

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation
เผชิญความเครียด27	57.70	146.976	-.095
เผชิญความเครียด28	57.67	139.678	.364
เผชิญความเครียด29	59.03	135.068	.558
เผชิญความเครียด30	59.73	136.271	.577
เผชิญความเครียด31	59.47	131.085	.700
เผชิญความเครียด32	59.40	131.903	.649
เผชิญความเครียด33	59.33	130.161	.773
เผชิญความเครียด34	59.40	129.903	.719
เผชิญความเครียด35	58.33	139.126	.233
เผชิญความเครียด36	59.43	137.220	.475
เผชิญความเครียด37	59.37	128.999	.687
เผชิญความเครียด38	59.47	129.154	.766

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Item
.849	38

## แบบประเมินการดื่มสุรา

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation
AUDIT1	26.13	75.706	.661
AUDIT2	26.07	73.513	.811
AUDIT3	26.33	70.161	.878
AUDIT4	26.13	71.430	.928
AUDIT5	26.20	70.166	.910
AUDIT6	26.33	68.851	.843
AUDIT7	26.20	67.269	.935
AUDIT8	26.13	66.671	.934
AUDIT9	25.73	68.961	.874
AUDIT10	25.73	68.961	.874

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Item
.970	10



### ตัวอย่างแบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 85 ข้อ รายละเอียดมีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	จำนวน 21 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญความเครียด	จำนวน 38 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)	จำนวน 10 ข้อ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน

3. กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อ/นามสกุล ลงไปในแบบสอบถามชุดนี้

4. ท่านไม่จำเป็นต้องตอบแบบสอบถามในข้อคำถามที่ท่านไม่ยอมตอบ และสามารถยุติการตอบคำถามได้ทุกเมื่อ

5. ข้อมูลทั้งหมดรวมถึงเรื่องการใช้สารเสพติดทุกชนิดจะถือเป็นความลับ และใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY  
พยาบาลวิชาชีพ

### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี
3. สถานภาพสมรส  
 โสด/หม้าย/หย่า/แยก  คู่
4. เริ่มดื่มสุรารั้งแรกอายุ ..... ปี
5. ตั้งแต่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ท่านมีการใช้สารเสพติดหรือไม่  
 ไม่ใช้สารเสพติด  
 ใช้สารเสพติด (เช่น บุหรี่ กัญชา ยาบ้า เฮโรอีน กระท่อมหรืออื่นๆ)
6. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการดื่มสุราหรือไม่  
 ไม่มี  
 มี ระบุ.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI -1A])

**คำชี้แจง :** ต่อไปนี้เป็นกลุ่มข้อความต่างๆที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่านโปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วเขียน ○ รอบตัวเลขคะแนนในแต่ละข้อเพียงคะแนนเดียวเท่านั้นที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาให้แน่ใจว่าท่านได้อ่านข้อความทุกข้อในแต่ละข้อก่อนที่จะเลือกตอบ ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ข้อที่	ข้อความ	คะแนน
1	ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า ฉันรู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถหยุดมันได้ ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว	0 1 2 3
2	-	
3	-	
4	-	
5	-	
6	-	
7	-	
8	-	
9	-	
21	ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ ฉันสนใจเรื่องทางเพศลดลงกว่าปกติเล็กน้อย ฉันสนใจเรื่องทางเพศลดลงอย่างมาก ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย	
	<b>รวม</b>	

### การแปลค่าคะแนน

คะแนน 0 – 9	หมายถึง	มีภาวะอารมณ์ปกติ (normal range)
คะแนน 10 – 19	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)
คะแนน 20 – 29	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression)

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุรา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มสุรา และผลดีหรือประโยชน์ของการหยุดดื่มสุรา ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยอย่างมากที่สุดในข้อความของประโยคนั้นๆ

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยพอสมควรในข้อความของประโยคนั้นๆ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความของประโยคนั้นๆ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยในข้อความของประโยคนั้นๆ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุดในข้อความของประโยคนั้นๆ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. สุราเป็นอันตรายทำให้ร่างกายและสมองเสื่อมโทรม					
2. การดื่มสุราเป็นครั้งคราวไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
10. คนที่ดื่มสุราจะได้รับการยอมรับจากเพื่อนที่ดื่มสุรามากกว่าคนที่ไม่ดื่ม					



#### ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญความเครียด

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านใช้การเผชิญความเครียดอย่างไร ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วใส่เครื่องหมาย

( / ) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย หรือท่านไม่เคยใช้วิธีนั้นในการจัดการความเครียด

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย หรือท่านเคยใช้วิธีนั้นนานๆครั้งในการจัดการความเครียด

เป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านครั้งหนึ่ง หรือท่านเคยใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้งในการจัดการความเครียด

บ่อยๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก หรือท่านเคยใช้วิธีนั้นบ่อยๆในการจัดการความเครียด

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆครั้ง
1. กังวลใจ				
2. ร้องไห้				
3. ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย				
4. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
38. ยอมรับสิ่งที่ดีรองลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริงๆ				

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินการดื่มสุรา ของ AUDIT (2001)

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงปัญหาการดื่มสุราของท่าน คำตอบของท่านจะเป็นความลับ ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยเลือกตอบและทำเครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม

ข้อความ	0	1	2	3	4
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละ 1 ครั้งหรือ น้อยกว่า	2-3 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว - เวลาที่คุณดื่มสุร่าโดยทั่วไปแล้ว คุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1 - 2 ดื่มมาตรฐาน	3 - 4 ดื่มมาตรฐาน	5 - 6 ดื่มมาตรฐาน	7 - 9 ดื่มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป
- ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สិងท์ ไฮเนเกน ลีโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1 - 1.5 กระจกบอง หรือ 1/2- 3/4 ขวด	2 - 3 กระจกบอง หรือ 1-1.5 ขวด	3.5 - 4 กระจกบอง หรือ 2 ขวด	4.5 - 7 กระจกบอง หรือ 3-4 ขวด	7 กระจกบอง หรือ 4 ขวดขึ้นไป
- ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	2 - 3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระจกบองขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้วมีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุได้เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
5. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติเพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุร่าเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

ข้อความ	0	1	2	3	4
6.ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
7.ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำอะไรบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุรา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
8.ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
9.ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว
10.เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณ	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว





เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
รหัสโครงการ : 001/2562  
หัวหน้าโครงการ : นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย  
หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลพญาไท 1  
เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง : 4 กุมภาพันธ์ 2562  
วันที่หมดอายุ : 4 กุมภาพันธ์ 2563

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการ  
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยใน  
ขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

หนังสือออกวันที่ 4 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

(นางชนิษฐา สนเทห์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 257/2561

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 232.1/61 : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวปรีดิตร วันทะชัย  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม... ศ.ดร. นพ. ปรีดิตร วันทะชัย ... ลงนาม... นันทิ์ ชัยชนะวงศาโรจน์  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดิตร ทักษณประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ์ ชัยชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 2 พฤศจิกายน 2561 วันหมดอายุ : 1 พฤศจิกายน 2562

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยก่อนได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลหรือขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัย ไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด  
Research and Research Ethics Committee of Roi-et Hospital

สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 111 ถนนชัยชาญยุทธ ค. ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000  
Research Office Roi-et Hospital 111 Ronnachaichanyut Road, Tambon Naimaung, Amper Maung., Roi-et., 45000, Thailand. Tel : (043)518-200 #2216

เลขที่ใบรับรอง RE002/256

เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
ผู้วิจัย : นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย  
หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration Helsinki's) โดยให้ดำเนินการวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอดังต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในกรณีที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
4. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
5. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

(นายณรงค์ชัย สังชา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

(นายชัชวาทย์ หลาวทอง)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร. 0-2218-3202  
 ที่ จว 1215/2561 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2561  
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ ๗๘๘๒
ว.ค.ป. ๖ พ.ย.
10.06น

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
แผนกสารบรรณ
เลขที่รับ ๑/๐๘๖
วันที่ 6 พ.ย. 61
เวลา 10.43.46

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 232.1/61 เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรค ซึม เศร้า (SELECTED FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION IN PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER) ของ นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
 กรรมการและเลขานุการ  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 022/2561



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข  
ที่อยู่เลขที่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000  
โทร. 045 352506

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เลขที่โครงการวิจัย : 022/2561

ผู้วิจัย : นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย และคณะ

สังกัดหน่วยงาน : นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก

ความก้าวหน้า : ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

- เอกสารรับรอง
1. แบบเสนอโครงการวิจัย รวมทั้งเครื่องมือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง Version 2 วันที่ 12 พฤศจิกายน 2561
  2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร Version 3 วันที่ 4 ธันวาคม 2561
  3. หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3 วันที่ 4 ธันวาคม 2561
  4. แบบประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย Version 3 วันที่ 4 ธันวาคม 2561

ลงนาม .....

(นางพันธิพย์ โกศลวิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....

(นางทษย์รัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 4 ธันวาคม 2561

วันหมดอายุ : 4 ธันวาคม 2562



ที่ สธ ๐๘๓๑/๔๐๓๔

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์  
๒๑๒ ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง  
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

๔ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอส่งหนังสืออนุมัติการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์เพื่อเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย และคณะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตามที่ ท่านขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณาอนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัยโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นเรียบร้อยแล้ว และได้ส่งเอกสารรับรองโครงการวิจัย ตามรายละเอียด ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประภาส อุครานันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๐๖

โทรสาร ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๑๕

ที่ สธ ๐๘๓๙.๒๐๑/ ๒๑๓๐



โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์  
๒๑๐ ถ.นครพนม-ท่าอุเทน ต.อาจสามารถ  
อ.เมือง จ.นครพนม ๔๘๐๐๐

ม/ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย

อ้างถึง หนังสือคณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๗๗๖ ลงวันที่ ๒๓  
กรกฎาคม ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองเลขที่ NPRPHEC ๒๕๖๑-๐๑๔ จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดส่งโครงการวิจัย  
เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม  
การวิจัยในมนุษย์ จากหน่วยงาน นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
ในมนุษย์ ได้ประชุมพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โครงการวิจัยฯ ดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอแจ้งผลการ  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายกิตต์กวี โพธิ์โน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โทรศัพท์ ๐ ๔๒๕๓ ๙๐๐๐ ต่อ ๖๗๐๒๙

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวปาริฉัตร วันทะชัย
วัน เดือน ปี เกิด	วันเสาร์ที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2530
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี กรุงเทพมหานคร เมื่อปี 2553



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY