



ความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

พูนศรี รังษิณี พบ.*, นิรมล พัจจนสุนทร พบ.*, หทัยวัน สนั่นเอื้อ พบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆ ได้แก่ dysthymic disorder โรคซึมเศร้าที่เป็นครั้งเดียว (single depressive disorders) หรือโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent depressive disorders) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุรา ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วัสดุและวิธีการ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางในโรงพยาบาลโดยการสัมภาษณ์คู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (structured interview) ด้วยแบบสอบถาม CIDI (Composite International Diagnostic Interview) section E ภาคภาษาไทย ซึ่งมี 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นการประเมินว่ามีโรคซึมเศร้าหรือไม่ และชุดที่ 2 ประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 จากนั้น รวบรวมข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Version 10.0 สถิติวิจัยใช้ descriptive statistic ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและจำนวนผู้ที่มีโรคซึมเศร้า โดยแยกผลลัพธ์เป็น dichotomous outcome ใช้ค่าร้อยละ และหาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ด้วย Pearson chi-square and Fisher's exact test

ผลการศึกษา มีคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุราสมัครใจให้สัมภาษณ์ทั้งสิ้น 48 คน พบว่ามีโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 85.42 ส่วนใหญ่เป็นภรรยาและได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent depressive disorders) มากที่สุดร้อยละ 20.8 เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.03$ (OR 9.5, 95%CI = 1.4-63.7)

สรุป จากการวิจัยพบว่าการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงในภรรยาของผู้ป่วยโรคจิตสุราและมักป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดกลับเป็นซ้ำ (recurrent depressive disorders) ซึ่งให้เห็นว่าปัญหาการดื่มสุรานอกจากมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ดื่มเองแล้ว ยังมีผลกระทบต่อคู่สมรส และครอบครัวด้วย ดังนั้น บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุรา ควรประเมินให้ครอบคลุมไปถึงปัญหาภายในครอบครัวด้วย เพื่อการดูแลแบบองค์รวมต่อไปในระยะยาว

คำสำคัญ คู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุรา โรคซึมเศร้า ความชุก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(3): 167-177.

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

** แผนกจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



The Prevalence of Depressive Disorders Among the Spouses of Patients with Alcohol Dependence at Srinagarind Hospital

Poonsri Rangseekajee MD.*, Niramol Patjanasontorn MD.* Hataiwan Sanun-ua MD.**

Abstract

Objective: To determine the prevalence and severity of depressive disorders among the spouses of patients with alcohol dependence in term of dysthymic disorder, single depressive disorder and recurrent depressive disorder and identify factors associated with depressive disorders

Material and Method: A descriptive cross-sectional hospital base study among the spouses of patients with alcohol dependence who were treated as out-patient or in-patient at psychiatric unit, Srinagarind Hospital using questionnaires as an assessment tool. The questionnaires consist of 2 parts: 1) demographic data of sample characteristics and associated factors for depressive disorders. 2) The structured interviewed CIDI (Composite International Diagnostic Interview) section E Thai version which consist of 2 parts: 1) to determine the presence of depressive disorders. 2) to justify the type and severity of depressive disorders according to ICD -10. Statistics used in this study were percentage and correlation (Pearson chi-square and Fisher's exact test).

Results: 48 spouses of patients with alcohol dependence were interviewed. The prevalence of depressive disorder was 85.42%, of whom wife were the majority of affected group. The highest type was recurrent depressive disorder (20.8%). Sex was the only statistically significant factor associated with depressive disorders [$p = 0.03$ (OR 9.5, 95%CI = 1.4-63.7)].

Conclusion: Wife of patients with alcohol dependence tended to have a high prevalence of depressive disorders especially the recurrent depressive type. Alcohol drinking problems have direct effect to both alcohol user and their spouses. For a holistic approach, the medical personnel who look after alcohol dependence patients should include family issue as one of the targets in the treatment too.

Keywords: Spouses of patients with alcohol dependence, Depressive disorders, Prevalence, Factors associated with depression.

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51(3): 167-177.

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, KhonKaen 40002, Thailand

** Psychiatric Unit, Kalasin Hospital

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้เป็นโรคติดสุราที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ¹ ในประเทศไทยโรคติดสุราเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญรายงานของสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ พบว่ามีผู้ป่วยโรคติดสุรามารับการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-50 ปี เป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิงถึง 3 เท่า² แม้จะมีการรณรงค์และใช้กฎหมายควบคุมอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุราก็ยังเกิดขึ้นอยู่เรื่อยๆ การบำบัดรักษาผู้ติดสุราก็ยังไม่ได้ดี ผู้ติดสุราที่รักษาแล้วมักกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก จนเกิดเป็นภาวะเรื้อรัง³ ทำให้ผู้ดื่มมีปัญหาด้านสุขภาพ มีความบกพร่องในหน้าที่การงาน เกิดปัญหาอาชญากรรม ความรุนแรงและอุบัติเหตุ เกิดความเสียหายอย่างมาก ต่อชีวิตและทรัพย์สิน⁴

การดื่มสุราจนเกิดเป็นโรคติดสุรานั้น ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 5 - 10 ปี ขึ้นอยู่กับสุขภาพ ปริมาณ และความถี่ของการดื่ม¹ ระยะเวลาที่ยาวนานนี้มีผลต่อระบบประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และบุคคลที่ใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรสของผู้ป่วย และครอบครัวจะได้รับผลกระทบโดยตรง^{5,6} ความเครียดภายในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะสูงกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ที่เป็นโรคติดสุรา⁷ สมาชิกในครอบครัวจะได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์⁸ ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในด้านการควบคุม และการอบรมเลี้ยงดูจะเป็นไปในด้านลบ^{9,10} ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรามักมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง อาการเครียดได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หงุดหงิดง่าย มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล¹¹⁻¹³ บุคคลรอบข้างมักจะไม่ยอมรับตัวผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยมักแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่มสุรา เช่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ขาดความรับผิดชอบ¹⁴

การที่คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราได้รับความเครียดจากปัญหาการดื่มสุรา ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า คู่สมรสเกิดอาการซึมเศร้าหรือไม่ ในปัจจุบัน

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากเป็นอันดับ 4 ใน 10 อันดับแรกของปัญหาสุขภาพของประชาชนทั่วโลก และคาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า จะขึ้นมาเป็นอันดับ 2¹⁵ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า คือ เหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่กระทบต่อสุขภาพจิตอย่างเรื้อรัง เช่น ความเครียดในครอบครัว¹⁴ ปัญหาการดื่มสุราก็เป็นปัญหาหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราแล้วแต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า¹¹ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุรา ในเรื่องของความชุก ความรุนแรง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทาง ในการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราและครอบครัวแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ในโรงพยาบาล (Descriptive cross-sectional hospital base study) โดยศึกษาคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเดือนธันวาคม 2546 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2547 โดยต้องอยู่กินกับผู้ป่วยจนสามี ภรรยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมโครงการต้องสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์คู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ด้วยแบบสอบถาม ซึ่งมี 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามนี้ขึ้นมาเองตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบครอบครัว (family system) และได้รับการตรวจสอบและรับรองจากผู้ชำนาญแล้ว แบบสอบถามนี้มีคำถาม 24 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากรศาสตร์

ผลกระทบจากตัวผู้ป่วยต่อครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ ผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ หน้าที่การงาน การสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ของผู้ป่วย คู่สมรส บุตร และบุคคลอื่นรวมทั้งความรู้สึกและความคาดหวังของ คู่สมรส 2) แบบสอบถาม CIDI (Composite International Diagnostic Interview) section E version 1.1 ภาคภาษาไทย ซึ่งเป็นหมวดที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า แปลโดย ศ.นพ.สุชาติ พหลภาคย์ แบ่งเป็น 2 ชุด โดยชุดที่ 1 เป็นการประเมินว่ามีโรคซึมเศร้าหรือไม่ จากนั้นใช้ชุดที่ 2 ประเมินความรุนแรงของอาการทั้งการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและการกำหนดความรุนแรงจะใช้เกณฑ์ ICD-10 ซึ่งได้แก่ single or recurrent depressive disorders or dysthymic disorder การสัมภาษณ์ในส่วนนี้เป็นสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (structured interview) โดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว ซึ่งได้ทำการศึกษาวิธีการใช้และทำความเข้าใจจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้มาก่อนหน้านี้แล้ว โดย

ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30-60 นาทีต่อ 1 คน จากนั้นรวบรวมข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและหาค่าความชุกและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดยา แยกชนิดของโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดโรคซึมเศร้าด้วย Pearson chi-square and Fisher's exact test

ผลการศึกษา

คู่สมรสที่เข้าร่วมกับการวิจัยมี 48 คน อายุเฉลี่ย 46 ปี ตารางที่ 1 แสดงว่าคู่สมรสส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-65 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.5 ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 54.2 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีร้อยละ 77 มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 56.2 ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยนานประมาณ 11-20 ปี ร้อยละ 39.6 และไม่มีปัญหาด้านสุขภาพทางกายร้อยละ 66.7

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	42	87.5
	ชาย	6	12.5
อายุ (ปี)	20-40 ปี	14	29.2
	41-65 ปี	33	68.8
	มากกว่า 65 ปี	1	2
การศึกษา	ประถมศึกษา	8	16.67
	มัธยมศึกษา	17	35.42
	อนุปริญญา	12	25.00
	ปริญญาตรี	10	20.83
	ปริญญาโท	1	2.08
อาชีพ	ค้าขาย	13	27.1
	รับจ้าง	13	27.1
	รับราชการ	10	20.8
	เกษตรกร	2	4.2
	แม่บ้าน	10	20.8

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
รายได้	ไม่มีรายได้	9	18.8
	ต่อเดือน		
(บาท)	น้อยกว่า 5,000	9	18.8
	5,000 - 10,000	23	47.9
	10,001 - 20,000	5	10.4
	20,000 - 30,000	1	2.1
	มากกว่า 30,000	1	2.1
ระยะเวลา ที่อยู่กับ ผู้ป่วย (ปี)	น้อยกว่า 5 ปี	6	12.5
	5 - 10	8	16.7
ผู้ป่วย (ปี)	11- 20	19	39.6
	21 - 30	10	20.8
	มากกว่า 31	5	10.4
	โรค	ไม่มี	33
ประจำตัว	มีโรคประจำตัว	15	31.2

ผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้ป่วยมีดังนี้
ด้านพฤติกรรมทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่เมื่อเมาสุราแล้ว
จะมีการบ่น ตำ ว่าหรือตำหนิผู้อื่น ระวังคู่สมรส
ว่านอกใจและประสงคร้ายต่อผู้ป่วย มีการใช้จ่ายจนเกิด
หนี้สิน มีการใช้กำลังทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว
และขับขี่ยานพาหนะจนเกิดอุบัติเหตุ

ด้านหน้าที่การงาน การติดสุรามีผลทำให้ผู้ป่วย
ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่การงานขาดความน่าเชื่อถือ
ถูกตำหนิจากหัวหน้างานหรือรุนแรงจนถึงขั้นภาคทัณฑ์
ตัดเงินเดือนหรือไล่ออก

ด้านครอบครัว ส่วนใหญ่เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง
ภายในครอบครัว บางรายมีผลกระทบต่อพฤติกรรม
ของบุตรทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่เหมาะสม

ด้านคู่สมรส ส่วนใหญ่มีความไม่สบายใจต่อ
พฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยทำให้มีความท้อแท้เบื่อหน่าย
สงสารตนเองหรือโทษตัวเองที่ไม่สามารถดูแลครอบครัว
ได้ ขาดที่พึ่งทางใจ มีผลต่อสุขภาพกาย โรคประจำตัว
กำเริบหรือมีอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง แต่ก็ยังคาดหวังว่า
ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาเป็นผู้นำครอบครัวได้อีกครั้ง
หลังจากที่ได้รับการรักษา ในระหว่างที่ทำการรักษา
นี้ คู่สมรสมักจะได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง
อีกด้วย และทุกคนก็คาดหวังที่จะให้ผู้ป่วยสามารถ
หยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาด

ตารางที่ 2 แสดงความถี่ของโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆ ในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุรา

การวินิจฉัยโรค		เพศของคู่สมรส		รวม [คน (ร้อยละ)]
		ชาย[จำนวน (ร้อยละ)]	หญิง[จำนวน (ร้อยละ)]	
No depression		3 (6.3)	4 (8.3)	7 (4.6)
Dysthymic disorder		1 (2.1)	10 (20.8)	11 (22.9)
Single depressive disorder	total	2	8	10 (20.8)
	mild	2 (4.1)	2 (4.1)	4 (8.2)
	moderate	0	3 (6.3)	3 (6.3)
	severe	0	3 (6.3)	3 (6.3)
Recurrent depressive disorder	total	0	20	20 (41.7)
	mild	0	3 (6.3)	3 (6.3)
	moderate	0	10 (20.8)	10 (20.8)
	severe	0	7 (14.6)	7 (4.6)
รวม		6 (12.6)	42 (87.4)	48 (100)

การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม CIDI section E ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 แสดงข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่ามีโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 85.4 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรค

ซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent depressive disorders) มากที่สุดร้อยละ 20.8 และผู้ที่มีโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.1)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับปัจจัยอื่นๆ

ตัวแปร (Variable)		โรคซึมเศร้า		รวม	Odd Ratio	95% CI	ค่า p*
		มี	ไม่มี				
เพศ	ชาย	3	3	6	9.5	1.4 - 63.7	0.03
	หญิง	38	4	42			
อายุ	20-40 ปี	11	3	14	1.9	0.2-18.1	1.00
	41-65 ปี	29	4	33			
	มากกว่า 65 ปี	1	0	1			
การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	31	6	37	1.9	0.2-18.1	1.00
	ปริญญาตรีขึ้นไป	10	1	11			
รายได้	ไม่มีรายได้	7	2	9	1.9	0.2-18.1	1.00
	มีรายได้	34	5	39			
โรคประจำตัว	ไม่มี	27	6	33	3.1	0.3-28.4	0.41
	มี	14	1	15			

* ค่า p ได้จาก Pearson chi-square สำหรับอายุ และ Fisher's exact test สำหรับเพศ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วย และโรคประจำตัว

จากข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับ
ปัจจัยต่างๆ ในตารางที่ 3 คู่สมรสที่มีโรคซึมเศร้านักอยู่ใน
ในช่วงอายุ 41-65 ปี (ร้อยละ 60.4) มีการศึกษาระดับ
มัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.25) ประกอบอาชีพรับจ้าง
(ร้อยละ 22.9) ระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยประมาณ 11-20 ปี
(ร้อยละ 35.4) และไม่มีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย
(ร้อยละ 54.2) เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหา
ความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับปัจจัยต่างๆ ได้แก่
เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่อยู่กับ
ผู้ป่วยและสุขภาพทางกาย โดยใช้ Pearson chi-square
สำหรับกลุ่มอายุ และ Fisher's exact test สำหรับ
ปัจจัยอื่น พบว่ามีเพียงเรื่องความเป็นเพศหญิงที่มี
ความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าน่าสนใจสำคัญทางสถิติ
($p = < 0.03$) ปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

บทวิจารณ์

การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของภรรยาที่สามี
เป็นโรคติดสุราพบว่าภรรยาจะมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20⁷
จึงคาดว่าจำเป็นต้องกรกลุ่มตัวอย่างประมาณ 65 คน แต่
ในการวิจัยนี้มีจำนวนคู่สมรสเข้าศึกษาทั้งหมด 48 คน
ซึ่งน้อยกว่าที่ประมาณไว้ 17 คน แต่ก็ยังพบว่ามีโรค
ซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 85.42 โดยส่วนใหญ่เป็นภรรยา
การวิจัยยังได้ผลว่า เรื่องความเป็นเพศหญิงมีความ
สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าน่าสนใจสำคัญทางสถิติด้วย
อาจจะเป็นผลมาจากการที่ภรรยาต้องรับภาระของ
ครอบครัวหลายอย่าง รวมถึงบทบาทที่ต้องทำแทน
สามีด้วย เช่น การทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัว
การดูแลบุตรในบทบาทของความเป็นพ่อ การดูแลสามี
ในช่วงที่เมาและเจ็บป่วยทางกาย และยังคงต้องรับผิดชอบ
ในหน้าที่ของตนเองด้วยภาระดังกล่าวนี้ภรรยาไม่สามารถ
หาผู้อื่นมาช่วยได้ และไม่กล้าที่จะปรึกษาใคร⁸
นอกจากนี้ค่านิยมของวัฒนธรรมของไทยที่ภรรยาต้อง
มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวและควรเป็นการ

แต่งงานครั้งเดียว การหย่าร้าง หมายถึง ความล้มเหลว
ของชีวิตจึงนำมาสู่ความเครียดและเป็นโรคซึมเศร้า
ในที่สุด¹⁶ ในบางรายพบว่า แม้จะไม่หย่าร้างแต่ก็อยู่
กันด้วยความรู้สึกที่รักและเบื่อหน่าย ไม่ต้องการที่จะ
ดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป แต่ด้วยความรักและยังต้องพึ่งพิง
ผู้ป่วยในเรื่องของค่าใช้จ่ายในครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร
รวมถึงบทบาททางสังคมด้วย จึงเกิดความขัดแย้ง
ภายในจิตใจของภรรยาเกิดความโกรธแค้น แต่ไม่
สามารถระบายออกมาได้ ในที่สุดความรู้สึกนี้ จึง
สะท้อนกลับมาที่ตนเองทำให้รู้สึกผิดโกรธและลงโทษ
ตนเอง เกิดความรู้สึกซึมเศร้า¹⁷

ส่วนสามีที่มีภรรยาเป็นโรคติดสุรานั้นมีจำนวน
น้อย อาจมีสาเหตุมาจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย
ที่ยังไม่ยอมรับผู้หญิงที่ดื่มสุรา ดังนั้น จำนวนผู้หญิง
ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล
ต่างๆ จึงน้อย กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่ได้รับความ
สนใจหรือต้องหลบซ่อนไม่ให้ผู้อื่นรู้เพราะอาจจะมี
ผลกระทบต่อภาพพจน์ของครอบครัวได้ แต่จากผลการ
ศึกษาก็พบว่าโรคซึมเศร้าในสามีของผู้หญิงพบ
น้อยกว่าภรรยาของผู้ป่วยชาย เนื่องจากสามีที่ต้อง
ดูแลครอบครัวแทนภรณานั้น สามารถหาทางออกหรือ
ร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกครอบครัวได้
ง่ายกว่า เช่น บุตรสาว ญาติใกล้ชิด นอกจากนี้สามีส่วน
ใหญ่จะมีรายได้เป็นของตนเองจึงไม่มีปัญหาเรื่อง
ค่าใช้จ่ายต่างๆ อีกทั้งสามีอาจจะมองการดื่มของภรรยา
ในแบบที่ไม่คิดว่าเป็นปัญหา โดยคิดว่าการดื่มสุราเป็น
เรื่องปกติของสังคม และหลังจากที่ผู้หญิงดื่มสุราแล้ว
มักไม่ค่อยมีปัญหาพฤติกรรม เช่น เรื่องเพศ การใช้
กำลังทำร้ายร่างกาย การทำลายข้าวของความเครียดที่
เกิดแก่สามีจึงน้อยลงไปด้วยโอกาสที่จะเกิดโรคซึมเศร้า
จึงน้อยกว่า^{5,16}

นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อสามี
หรือภรรยาแล้ว การดื่มสุราของผู้ป่วยยังมีผลกระทบ
ต่อหน้าที่การงานและบทบาททางสังคมด้วย พบว่า

ผู้ป่วยสูญเสียความรับผิดชอบจนได้รับการตำหนิจากที่ทำงาน ถูกให้ออกหรือพักงาน ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม อีกทั้งบทบาทของการเป็นพ่อแม่ที่ลดลง มีผลต่อพฤติกรรมของบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่มีวัยรุ่นจะมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมมากที่สุด¹⁸ ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ไม่มั่นคง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยดื่มสุรามักมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงและทำร้ายร่างกาย¹⁹ การขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม อาจมีผลกระทบต่อการทำงานส่งผลต่อรายได้ของครอบครัวด้วย ทำให้สถานะภาพทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง เกิดความเครียดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสุขภายในบ้านและเกิดโรคซึมเศร้าในครอบครัวตามมา^{9,14}

ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะส่งผลเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้านั้น ถึงแม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีแนวโน้มที่น่าสนใจ คือ กลุ่มอายุที่พบว่า มีโรคซึมเศร้านั้นอยู่ในช่วงเดียวกับประชากรทั่วไป คือ อายุ 20-50 ปี เฉลี่ยคือ 40 ปี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในด้านของระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า ผู้ที่มีรายได้สูงเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลที่จะเกิดโรคซึมเศร้า เพราะเพศหญิงต้องประสบกับความเครียดหลายอย่างในชีวิต เช่น การตั้งครุฑและให้กำเนิดบุตร การเลี้ยงดูบุตร การเป็นแม่บ้าน และอาจจะเกิดจากฮอร์โมนเพศหญิงร่วมด้วย¹⁴ ในช่วงอายุ 20-50 ปี เป็นวัยของการสร้างรากฐานของชีวิต ความคาดหวังต่อการมีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง การมีรายได้สูงและมั่นคง จะช่วยลดความเครียดต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจได้ นอกจากนี้ระดับการศึกษาก็มีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ เพราะการศึกษาสูงจะมีส่วนช่วยให้มีแนวทางการคิดแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลับพบโรคซึมเศร้าในคนที่มีการศึกษาสูง ในอัตราส่วนที่สูง ซึ่งอาจจะอธิบายได้จากมีความกดดันจากการถูกคาดหวังของสังคม และบทบาทที่ถูกมองจากคนรอบข้าง จึง

ทำให้เกิดความเครียดและเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยก็มีผลด้วย กล่าวคือ ในช่วง 5 ปีแรกของการแต่งงานนั้นจะเป็นช่วงที่มีการปรับตัว ให้ถ้อยกันและกันมีความอดทน เพราะต่างก็มองว่าเป็นช่วงที่ต้องปรับตัว แต่หลังจาก 5 ปีไปแล้ว จะเป็นการอยู่แบบพึ่งพากันและเริ่มมีความคาดหวังจากกันและกันมากขึ้น ประกอบกับภาวะความรับผิดชอบต่อหน้าที่มากขึ้น เกิดการสะสมเป็นความเครียดในช่วงหลังของชีวิตสมรส จึงพบอัตราโรคซึมเศร้าสูงในคู่สมรสที่อยู่กันมานาน¹⁶

การมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จัดเป็นความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า แม้ว่าคู่สมรสที่เข้าร่วมวิจัยทั้งที่มี และไม่มีโรคประจำตัวมีการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูง แต่ในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เป็นอย่างมาก เป็นไปได้ว่าคนในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าสูงอยู่แล้ว

สรุป

การศึกษาคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุราโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าที่สร้างขึ้นเองร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (structured interview) CIDI (Composite International Diagnostic Interview) section E ฉบับภาษาไทย เพื่อศึกษาความชุกและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าพบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุรา ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภรรยาเท่ากับร้อยละ 85.42 โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ recurrent moderate depressive disorder มากที่สุด (ร้อยละ 20.80) ส่วนปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับการมีโรคซึมเศร้า คือ ความเป็นเพศหญิง

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลที่สั้นไป ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่คำนวณไว้จึงไม่สามารถบอกความแตกต่างหรือหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้อย่างชัดเจน หากทำการวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้ อีกทั้งผู้สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราที่วิจัยนี้ขาดความหลากหลาย เช่น เป็นผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ ไม่ครอบคลุมในทุกระดับการศึกษา อาชีพ หรือสถานะทางสังคม และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีมาก จึงไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ ควรมีการกระจายการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากกว่านี้

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พบข้อสังเกตที่น่าสนใจ และใคร่ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. โรคซึมเศร้าที่ตรวจพบในกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดจากการอยู่กับผู้ป่วยที่มีโรคติดสุราเพียงอย่างเดียว เพราะแบบสอบถาม CIDI ที่ใช้นั้นถามถึงโรคซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา ดังนั้นจึงอาจจะเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจจะมีโรคซึมเศร้ามาก่อนหน้าที่จะแต่งงาน หรืออาจจะเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น โรคเรื้อรังประจำตัว ภาวะความเครียดอื่นๆ พันธุกรรม ภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ที่ติดตัวมา หรืออาจสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในช่วงวัยทอง เป็นต้น ดังนั้น หากมีการศึกษาที่สามารถคัดกรองเอากลุ่มตัวอย่างที่ขจัดปัจจัยที่รบกวนดังกล่าวเหล่านี้ออกไปได้ จะทำให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มคู่สมรสของผู้ป่วยที่มีโรคติดสุราได้ชัดเจนขึ้น

2. จากการที่พบว่าคู่สมรสมีโรคซึมเศร้าสูง ดังนั้นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ควรทำการประเมินครอบครัวและคู่สมรส

ว่ามีโรคซึมเศร้าหรือไม่ให้ครอบคลุมไปถึงปัญหาภายในครอบครัวด้วย เพื่อการดูแลแบบองค์รวมในระยะยาว

3. ปัญหาการดื่มสุรานอกจากมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ดื่มแล้ว ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวอีกด้วย ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางสังคมอื่นๆ ตามมาได้ ดังนั้น จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ถึงโทษของสุราและส่งเสริมให้ลด หรือเลิกดื่มสุราด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Result from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19.
2. รายงานสถิติผู้ป่วยยาเสพติด ประเภทสุรา ปีงบประมาณ 2543-2547 สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จาก <http://www.thanyarak.go.th> (สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 มกราคม 2548)
3. ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล, สาวิตรี อักษรนงศ์กรชัย. เวชศาสตร์โรคติดยา. สงขลา : ลิมบราเดอส์; 2543.
4. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยและแนวทางการแก้ไขปัญหา. ใน: วิโรจน์ วีระชัย, บรรณานิการ. ตำราการบำบัดผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2544:40-55.
5. Velleman R, Bennett G, Miller T, Orford J, Rigby K, Tod A. The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. Addiction 1993; 88:1281-9.

6. Gillis CL, Highley BL, Robert BM, Martinson IM. Toward a science of family nursing. Menlo Park: Addison-Wesley; 1989: 124-45.
7. ศิริรัตน์ สุขวัลย์. การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวระหว่างครอบครัวที่มีกับไม่มีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในจังหวัดสระบุรี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 5;2539 ก.ย. 4-6 กรุงเทพฯ
8. Montgomery P, Johnson B. The stress of marriage to an alcoholic. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1992;30:12-6.
9. ปณินันท์ สกกุลทอง. สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง: ศึกษาเฉพาะกรณีบุตรทหารในเขตกรุงเทพมหานคร. เอกสารวิจัยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531.
10. Alexander DE, Gwyther RE. Alcoholism in adolescents and their Families. Pediatr Clin North Am 1995; 42: 217-34.
11. สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
12. Montgomery P, Craig D. Level of stress and health practices of wives of alcoholics. Can J Nurs Res 1990; 22: 60-70.
13. Bartek JK, Lindeman M, and Hawks JH. Clinical validation of characteristic of the alcoholic family. Nurs Diagn 1999; 10:158-68.
14. สุขชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางซึมตอนที่ 1 (Major depressive disorder) ความผิดปกติทางซึม. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น:ศิริภักษ์ออฟเซ็ท 2542: 15-105.
15. รายงานสภาวะสุขภาพจิตของประชากรโลก โดยองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2002 จาก <http://www.who.org> (สืบค้นเมื่อ วันที่ 20 พฤษภาคม 2546).
16. อูมาพร ตรังคสมบัติ. ทฤษฎีระบบและระบบครอบครัว. ในจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว 2544; 12-22.
17. สุขชาติ พหลภาคย์. โรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุจากปัญหาในชีวิตสมรสการวิเคราะห์ในคู่สมรส 115 คู่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2534; 36 : 81-7.
18. Murray BL. Perceptions of Adolescents Living with Parental Alcoholism. J Psychiatr Ment Health Nurs 1998; 5: 525-34.
19. อัจฉรา สกกุลตนิยม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายร่างกายคู่สมรส. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
20. Sadock BJ, Sadock VA. Major depression and bipolar disorder in Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. 9thed. Philadelphia:Lippincott Williams &Wilkins; 2002: 34-72.
21. รายงานอันดับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย 10 อันดับแรก ในด้าน YLD and DALYs จาก <http://www.dmph.go.th> (สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2546).
22. รายงานความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545 จาก <http://www.dmph.moph.go.th> (สืบค้นเมื่อเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม. 2546).

23. ศิริเพชร ศิริวัฒนา. ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีผลกระทบด้านสุขภาพจิต ในหญิงที่ถูกสามีทุบตีทำร้ายร่างกาย. เอกสารวิจัยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
24. จินตนา ศรีหาล้า. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาเอกสารวิจัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร; 2537.
25. Ratner PA. The incidence of wife abuser and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. Am J Public Health 1984; 74: 1231-8.
26. Composite International Diagnostic Interview [CIDI] section E, Interviewer's manual: World Health Organization 1993; 24-35.
27. Patten SB. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples. Chronic Dis Can 1997; 18(3):109-12.
28. Patton GC, Coffey C, Posterino M, Carlin JB, Wolfe R, Bowes G. A computerised screening instrument for adolescent depression: population-based validation and application to a two-phase case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34:166-72.