



ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รัชну วรธนา วทป.*, พีรพนธ์ ลีบุญฤทธิชัย พท.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวางจากกลุ่มตัวอย่างคือ ในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 843 คน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน-กันยายน 2557 โดยให้อาสาสมัครทุกคน ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามประวัติการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิตที่ผ่านมา หลังจากนั้น อาสาสมัครที่มีการสูญเสียให้ทำแบบสอบถามต่อทั้งหมดอีก 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินประสบการณ์การสูญเสีย 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (inventory of complicated grief - ICG) 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory-II - BDI-II) และ 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire) วิเคราะห์ทางสถิติหาค่าความชุกของการสูญเสียและอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียด้วยความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวน 843 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.6) มีอายุเฉลี่ย 41.33 ปี กว่าครึ่งเป็นโสด (ร้อยละ 53.0) เป็นผู้ป่วยด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) ร้อยละ 34.4 พบความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิตที่ผ่านมา ร้อยละ 63.5 พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด ร้อยละ 16.6 และร้อยละ 26.2 ของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การสูญเสีย ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การสูญเสีย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่คือบิดามารดา (ร้อยละ 56.6) พบภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.8 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 15 และ ซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 9.8 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.7) ปัจจัยที่ทำนายและเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ได้แก่ การเป็นเพศหญิง มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน ผู้ที่เสียชีวิตคือ บิดามารดา คู่ครองหรือบุตร การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ผูกพันกับผู้เสียชีวิต การต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต การสูญเสียที่ไม่ทันคาดคิด ไม่มีญาติช่วยเหลือ มีภาวะซึมเศร้า และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ($p < 0.05$)

สรุป อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียจะพบได้ ร้อยละ 16.6 ของผู้ป่วยนอกจิตเวช และร้อยละ 26.2 ของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การสูญเสีย พบได้มากในเพศหญิง การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ที่ไม่ได้เตรียมใจไว้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับประสบการณ์การสูญเสีย รวมถึงอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ที่มีความเกี่ยวข้องกัน

คำสำคัญ การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช ภาวะซึมเศร้า

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 60(2): 85-98

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Prevalence of Complicated Grief and Associated Factors in Psychiatric Outpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Ratchanoo Wanna B.Sc.*, Peeraphon Lueboonthavatchai M.D.*

ABSTRACT

Objectives : To study prevalence of significant loss, complicated grief and factors associated with complicated grief in psychiatric outpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Method : Eight hundred and forty-three patients were recruited from psychiatric outpatient department, King Chulalongkorn Memorial Hospital during June - September 2014. All samples completed demographic and significant loss experience questionnaires. Only the participants who had significant loss would complete further 4 questionnaires; 1) Loss Experience Questionnaires, 2) Thai version of inventory of complicated grief (ICG), 3) Thai version of Beck depression inventory-II (BDI-II), and 4) social support questionnaire. The prevalence of significant loss and complicated grief were presented by proportion and percentage. The associated factors were analyzed by chi-square test. Logistic regression was used to identify the predictors of complicated grief in psychiatric outpatients.

Results : In 843 psychiatric outpatients, most of them were female (62.6%) with the average age of 41.3 years. More than half (53%) were single. About one third was diagnosed with mood disorders (34.4%). The lifetime prevalence of significant loss was 63.5%. The prevalence of complicated grief was 16.6% and 26.6% in bereaved patients. About the history of significant loss, most of the deceased person was parents (56.6%) and 11.8% of patients had mild depression, 15% had moderate depression and 9.8% had severe depression. Most of psychiatric outpatient (69.7%) had moderate level of social support. The associated factors of complicated grief were being female, history of psychiatric hospitalization, loss of more than 1 persons, sudden death, overdependence with the deceased person, unexpected death, absence of relatives support, having depression and low level of social support ($p < 0.05$). Logistic regression showed that the remaining predictors of complicated grief were being female, loss of more than 1 persons, lifetime of significant loss was parents/spouse and child, sudden death, overdependence with the deceased person, unexpected death, absence of relatives support, having depression and low level of social support ($p < 0.05$).

Conclusion : Complicated grief was commonly found in psychiatric outpatients. In this study, the prevalence of complicated grief was 16.6% of psychiatric outpatients and 26.6% of bereaved patients. Complicated grief is usually found in female, sudden death, unexpected death, low level of social support and having depression. Therefore, significant loss and complicated grief should be focused to prevent psychiatric disorders, especially depressive disorders.

Keywords : significant loss, abnormal/ pathological/ complicated grief, psychiatric outpatients, depression

J Psychiatr Assoc Thailand 2015; 60(2): 85-98

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

บทนำ

การสูญเสียเป็นประสบการณ์ที่ทุกคนจะต้องประสบพบเจอในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต การตายจากของบุคคลอันเป็นที่รักในชีวิต ดังเช่น บิดา-มารดา สามี ภรรยา ลูก พี่น้อง หรือเพื่อนสนิท นอกจากจะนำมาซึ่งความเศร้าโศกเสียใจแล้ว ยังสามารถส่งผลกระทบต่อปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ด้วย จากสถิติที่ผ่านมาจะพบว่า ร้อยละ 10-15 ของผู้ที่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง¹⁻² แต่โดยทั่วไปแล้วการสูญเสียนับเป็นสิ่งที่หลายคนเคยประสบอย่างน้อยหนึ่งครั้งในตลอดช่วงชีวิตของตนเอง ดังนั้นอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสีย จึงถือเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนสามารถมีได้ ไม่ถือเป็นเรื่องผิดปกติ แต่หากอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นยาวนานเกิน 6 เดือน ขึ้นไป พร้อมความรุนแรงที่เกินกว่าปกติ บุคคลนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาทางอารมณ์การใช้ชีวิตประจำวัน การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต และทางร่างกาย³ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในจำนวนผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์สูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักประมาณร้อยละ 10-20 สามารถพัฒนาไปเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้⁴ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ดังเช่น การสนับสนุนทางสังคมที่พบว่า ในผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียนั้น จะรายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ⁵ อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียจะพบได้ในผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต⁶ มักพบร่วมกับโรคซึมเศร้าวิตกกังวล และการใช้แอลกอฮอล์⁷ และหากผู้ป่วยทางจิตเวชมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติร่วมด้วยนั้น จะยิ่งทำให้อาการของโรคทางจิตเวชมีความรุนแรงมากขึ้น ดังเช่นผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หากมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติร่วมด้วย จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติร่วมอยู่ด้วย⁸

ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่า อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย อาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยมีน้อยมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการทราบและเข้าใจถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ไปช่วยในการค้นหา ป้องกัน ดูแลรักษาและเยียวยาผู้ที่กำลังเผชิญกับการสูญเสียหรือผู้ที่กำลังมีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ

วิธีการศึกษา

ในการศึกษานี้ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 843 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์คัดออกได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการทำงานของสมองบกพร่องรุนแรง เช่น ไม่รู้เวลาสถานที่ หรือไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นให้เข้าใจได้ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่รุนแรง จนส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง จากการสัมภาษณ์ก่อนเข้าร่วมการศึกษา โดยการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่ขอความยินยอม โดยมีการให้ข้อมูลคำอธิบาย ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ รวมไปถึงตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจกระบวนการศึกษา ก่อนการลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบแบบสอบถามส่วนแรก คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามประวัติการสูญเสีย

บุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิต โดยผู้ที่ไม่มีการสูญเสียให้ถือว่าสิ้นสุดกระบวนการศึกษา ส่วนผู้ที่มีการสูญเสียจะทำแบบสอบถามที่เหลือในส่วนต่อไป อีก 4 ชุด ดังนี้

1) แบบประเมินประสบการณ์การสูญเสีย (significant loss experience questionnaire) มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ บุคคลที่เสียชีวิต ลักษณะการเสียชีวิต ระยะเวลาที่เสียชีวิต ความผูกพัน ระดับการพึ่งพา การเตรียมความพร้อม บุคคลที่ให้การสนับสนุน

2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (inventory of complicated grief-ICG) ฉบับภาษาไทย มีทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งแปลและพัฒนาโดย Yaiyong and Leuboonthavatchai โดยได้รับอนุญาตจาก Prigerson¹⁰ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบด้วยตนเอง ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97⁹ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck ฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory-II - BDI-II) มีจำนวน 21 ข้อ พัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี มี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II นี้กับ The Hamilton rating scale for depression (HRSD) เท่ากับ 0.71¹¹ โดย 0-13 คะแนน คือไม่มีภาวะซึมเศร้า 14-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 20-28 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 29-63 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer โดย Leuboonthavatchai และ Leuboonthavatchai¹² ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 7 ข้อ 2) ด้าน

ข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ 3) ด้านทรัพยากร 5 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ ในด้านอารมณ์เท่ากับ 0.91 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.88 และด้านทรัพยากรและวัตถุเท่ากับ 0.87 การแปลผลจะอาศัยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation-SD) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ สูงคือคะแนนมากกว่า 67.5 คะแนน ขึ้นไป ปานกลางคือคะแนนระหว่าง 42.3-67.5 คะแนน และต่ำคือคะแนนน้อยกว่า 42.3 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม Statistics Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows version 20 นำเสนอความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเป็นค่าสัดส่วนและร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square) หลังจากนั้นวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 843 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.6) มีอายุเฉลี่ย 41.33 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.8 ปี) กว่าครึ่งเป็นโสด (ร้อยละ 53.0) การศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 40.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 33.9 สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพ อาชีพส่วนใหญ่คือลูกจ้างหรือพนักงาน (ร้อยละ 27.0) มีรายได้ (ร้อยละ 69.2) โดยรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 23,133 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 20,806 บาท) เป็นผู้ป่วยด้วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) ร้อยละ 34.4 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย

(ร้อยละ 61.4) ซึ่งโรคทางกายที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคไข 11.6) ไม่ได้มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 79.8) และไม่สูบบุหรี่ มั่นในเลือดสูง (ร้อยละ 13.5) กลุ่มตัวอย่างมีประวัติ ร้อยละ 87.9 (ตารางที่ 1) การนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช 98 ราย (ร้อยละ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 843 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
		(n = 843)				(n = 843)	
เพศ	หญิง	528	62.6	โรคทางจิตเวช			
	ชาย	315	37.4	Mood disorders	290	34.4	
อายุ (ปี)	18-30	202	24.0	Anxiety disorders	265	31.4	
	31-40	229	27.2	Schizophrenia and other psychotic disorders	209	24.8	
	41-50	192	22.8	Adjustment disorders	36	4.4	
	51-60	135	16.0	Alcohol and substance use disorders	15	1.8	
	<61	85	10.0	Autistic and Asperger's syndrome	12	1.3	
Mean±SD = 41.33±13.75 ปี, Min = 18 ปี, Max = 86 ปี				Dementia	6	0.7	
สถานภาพสมรส				Personality disorders	6	0.7	
	โสด	447	53.0	Dissociative disorders	3	0.4	
	คู่อยู่ด้วยกัน	299	35.5	Eating disorders : Bulimia nervosa	1	0.1	
	คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	42	5.0	โรคประจำตัวทางกาย			
	หย่าร้าง	30	3.5	ไม่มี	518	61.4	
	หม้าย	25	3.0	มี	325	38.6	
ระดับการศึกษาสูงสุด				ส่วนใหญ่ได้แก่ 1. โรคไขมันในเลือดสูง			
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	373	44.2	2. โรคความดันโลหิตสูง			
	ปริญญาตรี	344	40.8	ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช			
	สูงกว่าปริญญาตรี	90	10.7	ไม่เคย			
	ไม่ได้รับการศึกษา	36	4.3	เคย			
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	286	33.9	การใช้แอลกอฮอล์			
	ลูกจ้าง พนักงาน	228	27.0	ไม่ใช้			
	ธุรกิจส่วนตัว	149	17.7	ใช้บางครั้ง			
	รับราชการ	95	11.3	ใช้เป็นประจำ			
	เกษียณอายุ	52	6.2	การสูบบุหรี่			
	รัฐวิสาหกิจ	18	2.1	ไม่ใช้			
	อาชีพอิสระ/รับจ้าง	15	1.8	ใช้บางครั้ง			
การมีรายได้	ไม่มีรายได้	260	30.8	ใช้เป็นประจำ			
	มีรายได้ (บาท)	583	69.2				
	> 5,000	47	8.1				
	5,001-10,000	117	20.0				
	10,001-20,000	193	33.1				
	< 20,001	226	38.8				
Mean±SD = 23,133.16 ± 20,806.64 บาท, Min = 700 บาท, Max = 250,000 บาท							

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิตที่ผ่านมา (lifetime significant loss) 535 ราย (ร้อยละ 63.5)

พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด 140 ราย (ร้อยละ 16.6) และร้อยละ 26.2 ในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การ

สูญเสีย ระยะเวลาของการเสียชีวิตที่ผ่านมาโดยเฉลี่ย 7 ปี 8 เดือน จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตในชั่วชีวิตที่ผ่านมาโดยเฉลี่ยคือ 2 คน ส่วนใหญ่ผู้ที่เสียชีวิตคือบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 56.6) สาเหตุของการเสียชีวิตได้แก่ เสียชีวิตตามอายุขัย (ร้อยละ 34.6) และผู้ป่วยมีความผูกพันกับ ผู้เสียชีวิตค่อนข้างมาก (ร้อยละ 68.6) ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เตรียมใจต่อการสูญเสียคิดเป็น ร้อยละ 38.7 ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคล

รอบข้างคิดเป็นร้อยละ 34 (ตารางที่ 2) บุคคลส่วนใหญ่ ที่ให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนคือ ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 55.9) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 63.4) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 11.8) ปานกลาง (ร้อยละ 15.0) และรุนแรง (ร้อยละ 9.8) ส่วนใหญ่ รายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.7) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความทุกข์ของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ จากการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2.1 ความทุกข์ของการสูญเสียและอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย	จำนวน	ร้อยละ
1) ความทุกข์ของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิตที่ผ่านมา (lifetime significant loss) ของผู้ป่วยนอกจิตเวช (n= 843)	535	63.5
2) ความทุกข์ของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวช (n= 843)	140	16.6
3) ความทุกข์ของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีการสูญเสีย (n=535)	140	26.2
2.2 ลักษณะของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักของผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีการสูญเสีย (n=535)		
1. ระยะเวลาของการเสียชีวิตที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
≤1 ปี	69	12.9
> 1 ปี	466	87.1
Mean±SD = 7.8 ±7.1 ปี, Min = 6 เดือน, Max = 47 ปี		
2. จำนวนบุคคลที่เสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
1 คน	234	43.7
มากกว่า 1 คน	301	56.3
Median = 2 คน Mode = 1 คน, Min = 1 คน, Max = 9 คน		
3. ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
พ่อแม่	303	56.6
ญาติพี่น้อง	184	34.4
คู่สมรส	22	4.1
เพื่อน	17	3.2
บุตร	9	1.7
4. สาเหตุของการเสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
เสียชีวิตตามอายุขัย	185	34.6
โรคเรื้อรัง	139	26.0
โรคเฉียบพลัน	133	24.9
อุบัติเหตุ	67	12.5
ฆ่าตัวตาย	5	0.9
ถูกทำร้าย	4	0.7
ภัยพิบัติ	2	0.4
5. ความผูกพันกับผู้เสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
มาก	367	68.6
ปานกลาง	143	26.7
น้อย	25	4.7
6. การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ต้องพึ่งพามาก	237	44.3
ต้องพึ่งพาน้อย	203	37.9
ไม่ต้องพึ่งพา	95	17.8
7. การเตรียมใจกับการสูญเสีย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทันคาดคิด	207	38.7
พอรับรู้ เตรียมใจ	186	34.8
ไว้บ้าง		
เตรียมใจไว้อยู่แล้ว	142	26.5
8. การได้รับความช่วยเหลือ/สนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง	จำนวน	ร้อยละ
มีตลอดเวลา	182	34
มีพอสมควร	169	31.6
มีบ้าง	143	26.7
ไม่มีเลย	41	7.7

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความชุกของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ จากการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

2.2 ลักษณะของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักของผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีการสูญเสีย (n=535)

9. บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือ/สนับสนุนเมื่อเผชิญการสูญเสีย (ตอบได้มากกว่า 1 คน)	จำนวน	ร้อยละ
ญาติพี่น้อง	299	55.9
พ่อแม่	209	39.1
เพื่อน	136	25.4
คู่สมรส	114	21.3
บุตรหลาน	86	16.1
ผู้รับจ้างดูแล	8	1.5
10. ภาวะซึมเศร้า (โดยแบบประเมิน Beck-II ฉบับภาษาไทย)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	339	63.4
เล็กน้อย	63	11.8
ปานกลาง	80	15.0
รุนแรง	53	9.8
11. การสนับสนุนทางสังคม		
ต่ำ	81	15.2
ปานกลาง	373	69.7
สูง	81	15.1

จากผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ได้แก่ การเป็นเพศหญิง การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน พี่งพาผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วน้อยถึงมาก ไม่ได้เตรียมใจต่อการสูญเสีย มีภาวะซึมเศร้า และมีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างต่ำ ($p < 0.01$) การมีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตในชั่วชีวิตที่ผ่านมา มากกว่า 1 คน ผู้ที่เสียชีวิตคือ บิดามารดา คู่สมรสหรือบุตร ผูกพันปานกลางถึงมากกับผู้เสียชีวิต และไม่มีญาติคอยช่วยเหลือเมื่อประสบกับการสูญเสีย ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3 และ 4)

จากผลการศึกษาปัจจัยที่ทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ได้แก่ การเป็นเพศหญิง ($OR=1.75, 95\%$

$CI=1.05-2.91$) มีจำนวนบุคคลที่เสียชีวิตในชั่วชีวิตที่ผ่านมา มากกว่า 1 คน ($OR=2.63, 95\% CI=1.62-4.27$) ผู้ที่เสียชีวิตคือ บิดามารดา คู่สมรสหรือบุตร ($OR=4.88, 95\% CI=2.86-8.32$) สาเหตุการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ($OR=2.08, 95\% CI=1.19-3.63$) พี่งพาผู้ที่เสียชีวิต ในขณะที่มีชีวิตอยู่เล็กน้อยถึงมาก ($OR=2.32, 95\% CI=1-5.37$) ไม่ได้เตรียมใจต่อการสูญเสีย ($OR=3.88, 95\% CI=2.22-6.8$) ไม่มีญาติคอยช่วยเหลือในขณะที่ประสบกับการสูญเสีย ($OR=2.47, 95\% CI=1.53-4$) มีภาวะซึมเศร้า ($OR=5.53, 95\% CI=3.19-9.56$) และมีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างต่ำ ($OR=2.13, 95\% CI=1.15-3.96$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยของโรคทางจิตเวช ปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสีย กับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ในผู้ป่วยนอกจิตเวช ที่มีประสบการณ์การสูญเสีย (n=535)

	ปัจจัย	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p - value
		ปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ	หญิง	232	68.8	105	31.2	11.731	< 0.001**
	ชาย	163	82.3	35	17.7		
อายุ	≤ 60 ปี	352	73.3	128	26.7	0.600	0.438
	61 ปี ขึ้นไป	43	78.2	12	21.8		
สถานภาพสมรส	คู่อยู่ด้วยกัน	138	70.8	57	29.2	1.490	0.222
	โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	257	75.6	83	24.4		
ระดับการศึกษาสูงสุด	ไม่ได้รับการศึกษา	13	72.2	5	27.8	0.025	8.874
	ได้รับการศึกษา	382	73.9	135	26.1		
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	140	74.5	48	25.5	0.061	0.805
	ประกอบอาชีพ	255	73.5	92	26.5		
รายได้	ไม่มีรายได้	113	74.3	39	25.7	0.029	0.866
	มีรายได้	282	73.6	101	26.4		
Mood disorders	เป็น	125	70.6	52	29.4	1.411	0.235
	ไม่เป็น	270	75.4	88	24.6		
ประวัติการนอน ร.พ. ด้วยโรคทางจิตเวช							
	ไม่เคย	364	75.7	117	24.3	8.386	0.004 [†]
	เคย	31	57.4	23	42.6		
จำนวนบุคคลที่เสียชีวิต	1 คน	183	78.2	51	21.8	4.117	0.042*
	มากกว่า 1 คน	212	70.4	89	29.6		
ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต							
	บิดา-มารดา บุตร คู่สมรส	232	69.5	102	30.5	8.790	0.003*
	ญาติพี่น้อง เพื่อน	163	81.1	38	18.9		
สาเหตุของการเสียชีวิต							
	เสียชีวิตตามอายุขัย/โรคเรื้อรัง	263	81.2	61	18.8	22.915	< 0.001**
	เสียชีวิตฉับพลัน กะทันหัน	132	62.6	79	37.4		
(ได้แก่ โรคเฉียบพลัน อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย ถูกทำร้าย ภัยพิบัติ)							
ระยะเวลาของการสูญเสียที่ผ่านมา							
	≤ 1 ปี	46	66.7	23	33.3	2.105	0.147
	> 1 ปี	349	74.9	117	25.1		

*p<0.05, **p<0.01

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวช ที่มีประสบการณ์การสูญเสีย (n=535)

ปัจจัย	อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย				χ^2	p - value		
	เป็นปกติ (n=395)		ผิดปกติ (n=140)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความผูกพันกับผู้เสียชีวิต	น้อย	23	92.0	2	8.0	4.481	0.03*	
	ปานกลางถึงมาก	372	72.9	138	27.1			
การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต	ไม่ต้องพึ่งพา	84	88.4	11	11.6	12.725	<0.001**	
	ต้องพึ่งพาน้อยถึงมาก	311	70.7	129	29.3			
การเตรียมใจกับสูญเสีย	เตรียมใจไว้บ้าง	272	82.9	56	17.1	36.295	<0.001**	
	ไม่ทันคาดคิด	123	59.4	84	40.6			
การได้รับความช่วยเหลือ/สนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง	ไม่มีเลย	31	75.6	10	24.4	0.073	0.788	
	มีตลอดเวลา/พอสมควร/มีบ้าง	364	73.7	130	26.3			
บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ/สนับสนุนเมื่อเผชิญการสูญเสีย	ญาติพี่น้อง	ไม่มีญาติช่วยเหลือ	162	68.6	74	31.4	5.882	0.015*
	มีญาติช่วยเหลือ	233	77.9	66	22.1			
พ่อแม่	ไม่มีพ่อแม่ช่วยเหลือ	244	74.8	82	25.2	0.445	0.505	
	มีพ่อแม่ช่วยเหลือ	151	72.2	58	27.8			
เพื่อน	ไม่มีเพื่อนช่วยเหลือ	296	74.2	103	25.8	0.102	0.750	
	มีเพื่อนช่วยเหลือ	99	72.8	37	27.2			
คู่สมรส	ไม่มีคู่สมรสช่วยเหลือ	316	75.1	105	24.9	1.541	0.214	
	มีคู่สมรสช่วยเหลือ	79	69.3	35	30.7			
บุตร	ไม่มีบุตรช่วยเหลือ	344	74.1	120	25.9	0.170	0.680	
	มีบุตรช่วยเหลือ	51	71.8	20	28.2			
ผู้รับจ้างดูแล	ไม่มีผู้รับจ้างดูแลช่วยเหลือ	391	74.2	136	25.8		0.216 ^a	
	มีผู้รับจ้างดูแลช่วยเหลือ	4	50.0	4	50.0			
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	294	86.7	45	13.3	79.625	<0.001**	
	มีภาวะซึมเศร้า	101	51.5	95	48.5			
การสนับสนุนทางสังคม	ต่ำ	42	51.9	39	48.1	23.868	<0.001**	
	ปานกลางถึงสูง	353	77.8	101	22.2			

*p<0.05, **p<0.01, a = Fisher's Exact

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัย	Adjusted odds ratio (OR)	95% CI of OR		p - value
		Lower	Upper	
1. ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศหญิง	1.745	1.047	2.910	0.033*
2. ปัจจัยของโรคทางจิตเวช				
มีประวัติการนอน ร.พ. ด้วยโรคทางจิตเวช	1.578	0.803	3.100	0.185
3. ปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสียภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม				
มีบุคคลที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน	2.634	1.622	4.278	<0.001**
ผู้ที่เสียชีวิตคือบิดามารดา/คู่ครองหรือบุตร	4.883	2.863	8.328	<0.001**
เสียชีวิตกะทันหัน	2.085	1.196	3.635	0.010*
ผูกพันกับผู้เสียชีวิตปานกลางถึงมาก	3.647	0.619	21.485	0.153
ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต	2.323	1.004	5.373	0.049*
การสูญเสียที่ไม่ทันคาดคิด	3.888	2.220	6.808	<0.001**
ไม่มีญาติที่น้องคอยช่วยเหลือ	2.475	1.531	4.001	<0.001**
มีภาวะซึมเศร้า	5.53	3.198	9.564	<0.001**
มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ	2.131	1.146	3.962	0.017*

*p<0.05, **p<0.01

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชั่วชีวิต ร้อยละ 63.5 และพบความชุกของของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวช อยู่ที่ร้อยละ 16.6 หรือร้อยละ 26.2 ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสีย มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Piper และคณะ¹³ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกจิตเวช ทั้งหมด 729 ราย พบความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก ร้อยละ 55.3 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติในผู้ป่วยนอกจิตเวช ร้อยละ 19 หรือร้อยละ 31 ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสีย โดยใช้แบบประเมินเดียวกัน (ICG) รวมถึงงานของ Prigerson และคณะ² ทำการศึกษาในผู้ป่วย

นอกแผนกจิตเวชที่มีการสูญเสีย 151 ราย ในประเทศปากีสถาน พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 34 โดยใช้แบบประเมิน inventory of complicated grief-revised (ICG-R)

ซึ่งความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ของผู้ป่วยนอกจิตเวชนี้ จะพบในอัตราที่สูงกว่า การศึกษาในประชากรทั่วไป ดังเช่น การศึกษาของ Kersting¹⁴ ที่ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชนของประเทศเยอรมนี จำนวน 2,520 ราย พบความชุกของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชั่วชีวิต ร้อยละ 57.3 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้น ประเมินโดยแบบประเมิน ICG-R และงานของ Fujisawa¹⁵ ทำการ

ศึกษากับประชากรในชุมชนของประเทศญี่ปุ่น จำนวน 1,970 ราย พบความชุกของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 49 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเพียง ร้อยละ 2.4 ประเมินโดยแบบประเมิน brief grief questionnaire (BGQ)

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จะพบว่ามีความชุกใกล้เคียงกับในผู้ปวยนอกจิตเวช ดังเช่นงานของ Ott¹⁶ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียคู่สมรส ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 141 ราย พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 10.6 ประเมินโดยแบบประเมิน ICG-R และในการศึกษาในประเทศไทยของYaiyong and Leuboonthavatchai⁹ ทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 16.2 ประเมินโดยแบบประเมิน ICG ฉบับภาษาไทย

ดังนั้นจะพบว่าความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของผู้ป่วยจะพบในอัตราที่สูงที่สุด รองลงมาคือ ประชากรผู้สูงอายุ และต่ำที่สุดคือในประชากรทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวช เมื่อเผชิญการสูญเสีย จะเพิ่มความเครียดที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติมากกว่าคนทั่วไป^{6,8} รวมถึงผู้ป่วยทางจิตเวชมักจะมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และขาดสัมพันธภาพกับคนรอบข้างหรือสังคม¹⁷ เมื่อผู้ป่วยเผชิญการสูญเสีย จึงมักปรับตัวได้ยากกว่าบุคคลทั่วไปหรือกลุ่มผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้แก่การเป็นเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้า มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวช จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตตลอดชั่วชีวิต มากกว่า 1 คน ผู้ที่เสียชีวิตคือ บิดามารดา คู่ครองและบุตร เสียชีวิตอย่างกะทันหัน ความผูกพันกับผู้ที่เสียชีวิต การที่ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต

การเสียชีวิตที่ไม่ทันคาดคิด ไม่มีญาติคอยช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kersting, Neria และSchulz^{14,18,19} ที่พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าจะพบได้มากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^{20,21} อันเป็นผลจากฮอร์โมน ตามช่วงวัยต่างๆ ความแตกต่างในเรื่องของเหตุการณ์ความเครียด การเผชิญและการปรับตัวต่อเหตุการณ์ความเครียดที่แตกต่างกัน โดยเพศชายมักจะเพิกเฉยกับปัญหาหรือจัดการปัญหาด้วยการมุ่งออกสู่ภายนอก (externalization) เช่นออกไปเล่นกีฬา ออกไปใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมากกว่าที่จะอยู่กับตนเอง ในขณะที่เพศหญิงมักจะจัดการปัญหาด้วยการเอาปัญหาเข้าสู่ตัวเอง (internalization) เช่น คิดหมกมุ่นเพียงคนเดียว เก็บตัว โทษหรือตำหนิตนเอง^{22,23} จนทำให้อาการแสดงออกของอารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจนกว่าในเพศชาย

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ หากผู้ที่สูญเสียไม่สามารถจัดการและผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกนั้นไปได้ จะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้าได้¹ ซึ่งจะมีลักษณะคือ การโทษหรือตำหนิตนเองอย่างมาก รู้สึกผิดอย่างรุนแรง สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคิดหรือความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย¹ ดังเช่นการศึกษาของ Sung⁵ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า¹³ รวมไปถึงการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางจิตเวชก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย แสดง

ให้เห็นถึงอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย
เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง

ปัจจัยด้านประสบการณ์การสูญเสียที่เกี่ยวข้อง
กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้แก่ การสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน การเสียชีวิตที่ไม่ทันคาดคิด มีบุคคล
ที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน และไม่มีญาติช่วยเหลือ ก็จะ
ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรง เนื่องจากบุคคลที่
สูญเสีย มักจะเข้าใจไม่ได้กับการสูญเสียที่จับพลัด
กะทันหัน รวมถึงการเผชิญกับการสูญเสียซ้ำๆ ทำให้
บุคคลปรับตัวได้ยาก เมื่อเกิดการสูญเสีย เมื่อบุคคล
เผชิญการสูญเสียหลายครั้งจึงทำให้บุคคลเผชิญกับ
เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซ้ำๆ มีโอกาสเกิด
อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มาก ดังเช่นผลการศึกษาที่
พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะประสบกับจำนวนเหตุการณ์
ความเครียดในชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีซึมเศร้า²⁴ รวมถึง
การผูกพันกับผู้เสียชีวิตมาก โดยผู้เสียชีวิตเป็นบุคคล
ใกล้ชิด เช่นบิดามารดา หรือบุตร และหากต้องพึ่งพา
ผู้ที่เสียชีวิตมาก ทั้งในด้านอารมณ์ (เช่น เป็นที่ประคับ
ประคองจิตใจยามเกิดปัญหา) ด้านความเป็นอยู่ (เช่น
ทางด้านการเงิน สุขภาพทางกาย) ก็จะมีส่งผลให้เกิด
อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มากขึ้นเท่านั้น เนื่องจาก
ผู้สูญเสียจะรู้สึกขาดที่พึ่ง หรือขาดความมั่นคงใน
ชีวิต²⁵ นอกจากนั้นแล้ว การสนับสนุนทางสังคม เป็น
สิ่งที่ช่วยบรรเทาความรู้สึกสูญเสีย เนื่องจากจะช่วยลด
ความเครียดและช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวหลังจาก
เกิดการสูญเสียได้²⁶ ดังนั้น การขาดการสนับสนุนทาง
สังคม จึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิด
ปกติจากการศึกษา

จากการศึกษานี้ปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่
ผิดปกติจากการสูญเสียได้แก่ การเป็นเพศหญิง มีบุคคล
ที่เสียชีวิตมากกว่า 1 คน ผู้ที่เสียชีวิตคือ บิดา-มารดา
คู่สมรส และบุตร การเสียชีวิตเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน
การสูญเสียที่ไม่ทันได้คาดคิด ต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต
ไม่มีญาติคอยช่วยเหลือในยามที่เกิดการสูญเสีย มีภาวะ

ซึมเศร้า และมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ปัจจัยเหล่านี้
ล้วนแล้วทำให้มีความเสี่ยงก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่
ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ป่วยนอกจิตเวช

โดยสรุป จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในการ
ศึกษานี้ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช จึงควรให้ความ
สำคัญกับประสบการณ์การสูญเสียของผู้ป่วยรวมถึง
อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ เนื่องจาก สามารถช่วยลด
โรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล
ที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้ โดย
ให้การประเมิน ช่วยให้ผู้คล้อยตามพันอารมณ์เศร้าโศก
จัดการกับความรู้สึกค้างคาที่มีต่อผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว
ให้มองและเข้าใจประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น
อย่างตรงไปตรงมา รวมถึงการช่วยให้บุคคลได้รับการ
สนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม ก็จะช่วยให้บรรเทาอารมณ์
เศร้าโศกที่ผิดปกติ และลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนก
จิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ลักษณะทั่วไปและ
ปัจจัยต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างนี้อาจจะส่งผลต่ออารมณ์
เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียที่พบในการศึกษานี้
ดังนั้นผู้ที่จะนำไปใช้ในการอ้างอิงอาจต้องพิจารณา
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนั้นๆ ด้วยว่ามีความเหมือน
หรือแตกต่างกันหรือไม่ นอกจากนั้นแล้ว การศึกษานี้
เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัย
ที่สัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย
เท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัย ที่เป็นสาเหตุของ
อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้ เนื่องจาก
ไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์ รวมถึงเครื่องมือที่ใช้
ประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ไม่มี
ค่าความไวและความจำเพาะ อาจทำให้ได้ผลลงทาง
บวกคือกลุ่มตัวอย่างที่แท้จริงแล้วไม่มีอารมณ์เศร้าโศก
ที่ผิดปกติกลับได้รับการประเมินว่ามีอารมณ์เศร้าโศก
ที่ผิดปกติ ซึ่งในการศึกษาต่อไปควรพัฒนาเครื่องมือ
ให้มีความเหมาะสมเพื่อใช้ทางคลินิกได้

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในผู้ป่วยนอกจิตเวช ร้อยละ 63.5 โดยมีความชุกของของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย อยู่ที่ร้อยละ 16.6 และร้อยละ 26.2 ในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การสูญเสีย และ ปัจจัยที่สัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายอาการเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ได้แก่ การเป็นเพศหญิง การมีภาวะซึมเศร้า การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยไม่ได้เตรียมใจไว้ล่วงหน้า การไม่มีญาติคอยให้ความช่วยเหลือ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Beck-depression inventory- BDI-II) รวมถึงคุณอรสา ไยยง ที่อนุเคราะห์ให้ใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (complicated grief inventory) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Lueboonthavatchai P. Grief and interpersonal psychotherapy: principle and management. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2007; 52:29-45.
2. Prigerson H, Ahmed I, Silverman GK, Saxena AK, Maciejewski PK, Jacobs SC, et al. Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. Death Studies 2002; 26:781-92.

3. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, 3rd, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. Am J Psychiatry 1997; 154:616-23.
4. Middleton W, Burnett P, Raphael B, Martinek N. The bereavement response: a cluster analysis. Br J Psychiatry 1996; 169:167-71.
5. Macias C, Jones D, Harvey J, Barreira P, Harding C, Rodican C. Bereavement in the context of serious mental illness. Psychiatr Serv 2004; 55:421-6.
6. Marques L, Bui E, LeBlanc N, Porter E, Robinaugh D, Dryman MT, et al. Complicated grief symptoms in anxiety disorders: prevalence and associated impairment. Depress Anxiety 2013; 30:1211-6.
7. Kim K, Jacobs S. Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. J Affect Disord 1991; 21:257-63.
8. Sung SC, Dryman MT, Marks E, Shear MK, Ghesquiere A, Fava M, et al. Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. J Affect Disord 2011; 134:453-8.
9. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and Grief of the Elderly at the Elderly Associate in Nonthaburi Province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2011; 56:117-28.
10. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Res 1995; 59:65-79.

11. Beck AT, Steer R.A, Brown G. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: TX: Psychological Corporation; 1996.
12. Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients caregivers. J Med Assoc Thai 2006; 89:13-9.
13. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Azim HF, Weideman R. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. Psychiatr Serv 2001; 52:1069-74.
14. Kersting A, Braehler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. J Affect Disord 2011; 131:339-43.
15. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. J Affect Disord 2010; 127:352-8.
16. Ott CH, Lueger RJ, Kelber ST, Prigerson HG. Spousal bereavement in older adults: common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. J New Ment Dis 2007; 195:332-41.
17. Kawachi I, Berkman L. Social ties and mental health. J Urban Health 2001; 78:458-67.
18. Neria Y, Gross R, Litz B, Maguen S, Insel B, Seirmarco G, et al. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. J Trauma Stress 2007; 20:251-62.
19. Schulz R, Boerner K, Shear K, Zhang S, Gitlin LN. Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. Am J Geriatr Psychiatry 2006; 14:650-8.
20. Tang TN, Tang CS. Gender Role Internalization, Multiple Roles, and Chinese Women's Mental Health. Psychol Women Q 2001; 25:181-96.
21. Rungreangkulkij S, Chirawatkul S, Kongsuk T, Sukavaha S, Leejongpermpoon J, Sutatho Y. Sex or Gender Leading to a High Risk of Depressive Disorder in Women. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2012; 57:61-74.
22. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; 252:201-9.
23. Nolen S. Gender Differences in Depression. Current Directions in Psychological Science 2001; 10:173-6.
24. Lueboonthavatchai P. Role of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder: a case-control study. J Med Assoc Thai 2009; 92:1240-9.
25. Prigerson HG, Shear MK, Frank E, Beery LC, Silberman R, Prigerson J, et al. Traumatic grief: a case of loss-induced trauma. Am J Psychiatry 1997; 154:1003-9.
26. Chiu YW, Huang CT, Yin SM, Huang YC, Chien CH, Chuang HY. Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. Support Care Cancer 2010; 18:1321-7.