



# ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้า ในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับ การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

จุฑามาศ โกสียะกุล พ.บ.\*, อัมธิตา สายบุญศรี พ.บ.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

**วิธีการศึกษา** เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์, hospital-based เฉพาะพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ อายุระหว่าง 20-80 ปี จำนวน 105 รูป เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มศึกษาได้แก่ พระสงฆ์รูปใหม่ที่ได้รับรักษาในคลินิกจิตเวชด้วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย DSM-IV โดยจิตแพทย์ ตั้งแต่ตุลาคม 2549-กันยายน 2553 ซึ่งจะรวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคร่วมโรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง แต่ไม่รวมโรคจิตเวชอื่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย หรือผู้ป่วยโรคทางกายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย การศึกษานี้จะนำเอาเฉพาะเขียนมาเก็บข้อมูลพื้นฐานทั่วไป จะเก็บในรูปแบบ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าโดยใช้สถิติ logistic regression

**ผลการศึกษา** พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้า 105 รูป อายุเฉลี่ย 59.1±11.5 ปี จำนวนพรรษาบวชเฉลี่ย 13.8±8.0 พรรษา ที่อยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 58.1 อยู่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ร้อยละ 41.9 มีโรคทางกายร่วมด้วย ร้อยละ 63.8 ระยะเวลาที่ป่วยโรคทางกายเฉลี่ย 5.7±6.1 ปี ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ปัจจัยจากวัด ร้อยละ 45.7 ปัจจัยจากครอบครัว ร้อยละ 39 โดยปัจจัยจากวัดพบด้านสัมพันธ์กับพระ และชุมชนวัดสูงสุด ร้อยละ 52.7 รองลงมาคือด้านการบริหาร การปกครองในวัด ร้อยละ 40 ส่วนปัจจัยทางครอบครัวพบเรื่อง ญาติทอดทิ้งละเลยสูงสุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ในวัยเด็กกับบิดา/มารดาไม่ดี ครอบครัวแตกแยก ญาติขัดแย้งกัน การต้องมีภาระส่งเสียดูแลบุคคลที่เป็นที่รัก มีจำนวน 15.6%

**สรุป** พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ปัจจัยทางวัดเป็นด้านสัมพันธ์กับพระ ชุมชน และด้านการบริหาร การปกครองในวัด รองลงมาคือ ปัจจัยทางครอบครัวเกี่ยวกับญาติทอดทิ้งละเลย สูงสุด ดังนั้นในการวางแผนแก้ไข และป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์ ควรมีระบบคัดกรอง และประเมินโรคซึมเศร้าตลอดจนการให้ความรู้แก่พระสงฆ์รวมทั้งครอบครัว

**คำสำคัญ** โรคซึมเศร้า พระสงฆ์อาพาธ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(3): 267-276

\* กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสงฆ์

\*\* กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์



# Factors Associated with the Onset of Major Depression Disorder at Outpatient Department in Priest Hospital

*Jutamas Kosiyakul M.D.\*, Unticha saiboonsri RN.\*\**

## ABSTRACT

**Objective:** To study factors associated with the onset of major depression disorder among priests at outpatient department Priest hospital.

**Method:** A hospital-based descriptive study was conducted at outpatient department in Priest Hospital. Sample was 105 patients with aged 20- 80<sup>+</sup> years who have been treated from outpatient department, Priest hospital. The cases consist of new patients diagnosed with major depressive disorder by psychiatrist based on DSM-IV, old patients diagnosed between 1<sup>st</sup> October 2006 -30<sup>th</sup> September 2010. Patients with depression due to medical illness and severe physical illness were excluded from this study. Data analysis used percentage, mean and standard derivation, and tested for association factors by logistic regression.

**Results:** Of 105 patients average age had of 59.1±11.5 years old. The average duration of priest status was 13.7±8.1 years. Most of them lived in province temple (58.1%), the rest lived in Bangkok and the suburb (41.9%). There were 63.8% of them having comorbid physical illness. The average duration of comorbid physical illness was 5.7±6.1 years. Factors associated with major depression disorder were related to temple (45.7%) and family (39%). Temple factors were interpersonal conflicts with other priests and nearby community (52.72%), and managerial administration in the temple (40%). While family factors were being abandoned by relatives (33.33%), poor relationship with their parent during childhood, broken family, interpersonal conflicts and less support from family members (15.55%).

**Conclusion:** There are temple and family factors associated with the onset of major depressive disorder. It is important to prevent such circumstances by developing an effective depression screening and diagnostic test. Moreover, proper health education should be provided to priests and their families.

**Keywords:** major depressive disorder, depressed priests, associated factors.

J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(3): 267-276

\* Psychiatrist unit, Priest hospital

\*\* Educational health service, department of Priest Hospital

## บทนำ

โรคซึมเศร้าพบได้บ่อยมากในประชากรทั่วไป และพบว่าโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าร้อยละ 90<sup>1</sup> โรคซึมเศร้าพบได้ทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งจากผลการศึกษาแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ.2541-2545 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นในวัยผู้สูงอายุ<sup>2</sup> ลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าพบได้ทั้งอาการในระยะเฉียบพลัน หรือรุนแรง โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ มีอาการซึมเศร้าหรือความรู้สึกเบื่อ หดความสนใจในสิ่งต่างๆ ร่วมกับอาการสำคัญอื่นๆ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ซึ่งบางรายมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนถึงขั้นได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV - TR)<sup>3</sup> องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ทำนายว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด นั่นหมายความว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว<sup>4</sup> และเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพแบบใหม่ เรียกหน่วยวัดนี้ว่า “การสูญเสียปีสุขภาวะ” หรือ DALYS (disability adjusted life years)<sup>1</sup> ซึ่งเป็นค่าที่บ่งถึงจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด และจากการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ระหว่างปีพ.ศ. 2540 - 2549 พบว่าในกลุ่มเพศชายโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 15 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYS) ของโรคซึมเศร้า<sup>5</sup> มีค่าสูงสุด สำหรับสถานการณ์ภาวะซึม

เศร้าในพระสงฆ์ พบว่ามีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยพบว่าพระสงฆ์ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลสงฆ์และมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมีจำนวนมาก จากสถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์ในปีงบประมาณ 2549-2553 พบว่ามีพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 105 รูป และบางรายมีโรคซึมเศร้ารุนแรงจนถึงขั้นมีจิตหลอนหรือลงเอยด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดย Beck ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ประการแรกคือ บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต<sup>6</sup> เช่น การเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้น ต้องรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน และประการที่สองที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต กระบวนความคิดเกิดขึ้นเองไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาและเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าถึงระดับรุนแรง ทำให้บุคคลมีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง แยกตัวเองออกจากสังคม มองตนเองไม่มีคุณค่า หดความหวังในชีวิต ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด<sup>6</sup>

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าระหว่างปี ค.ศ. 2002-2006 พบปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการเกิดโรคซึมเศร้าที่สำคัญ ได้แก่ เหตุความเครียดในชีวิต<sup>7,8,9</sup> ประสบการณ์ในวัยเด็ก<sup>10</sup> และปัจจัยทางสภาพจิตสังคม<sup>10,11,12</sup> เป็นต้น

ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลสงฆ์ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการค้นพบรอยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อพระสงฆ์อาพาธจะได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่และต่อเนื่อง ซึ่งจะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น การฆ่าตัวตาย ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลสงฆ์ เป็นองค์กรที่มีหน้าที่ในการดูแลและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพกายและจิต

ของพระสงฆ์-สามเณรทั่วประเทศ และส่งเสริมให้พระสงฆ์-สามเณร รวมทั้งผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันดูแลสุขภาพจิตของตนเอง เพื่อให้พระสงฆ์-สามเณรมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นแบบอย่าง เป็นที่พึ่ง และเป็นศูนย์รวมจิตใจของพุทธศาสนิกชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธ
2. นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าและผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น การฆ่าตัวตายในพระสงฆ์อาพาธ

### วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในโรงพยาบาล (hospital-based) โดยการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2553 แล้วนำมากรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม ซึ่งโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลสงฆ์

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2553

#### 2. เกณฑ์ในการเข้าร่วมศึกษา (inclusion and exclusion criteria)

พระสงฆ์อาพาธด้วยภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า ที่ได้รับการประเมินโดยจิตแพทย์ โดยใช้ DSM-IV

รวมทั้งผู้ที่มีโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีโรคร่วมเป็น anxiety disorder, dysthymia, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเก่าที่มีอาการอีกครั้ง ซึ่งพระสงฆ์ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าก่อนบวช ส่วนพระสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคจิตเวชอื่นแล้วมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคทางกายและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (depression due to medical illness) จะถูกคัดออกจากการศึกษา

### 3. เครื่องมือในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษาที่บวชครั้งล่าสุด ที่อยู่โรคทางกายที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางกาย และแบบบันทึกปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้า

### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเบื้องต้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาล ลงในแบบบันทึกประวัติผู้ป่วย

### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

ตรวจสอบข้อมูลและนำมาบันทึกใส่โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 14 ข้อมูลที่เป็นปริมาณจะใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ logistic regression โดยผลการทดลองถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ เมื่อค่า  $p < 0.05$  เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้า

### ผลการศึกษา

จากกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาค้นจำนวน 105 รูป พบว่าพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 48.6 โดยมีอายุเฉลี่ย  $59.1 \pm 11.5$  ปี อายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 83 ปี จำนวนพรรษาที่บวชเฉลี่ย  $13.7 \pm 8.0$

พรรษา จำนวนพรรษาที่บวชต่ำสุด 1 พรรษา และสูงสุด 37 พรรษา ยังพบว่าพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ต่างจังหวัดมีมากกว่าในกรุงเทพฯ และปริมาตรคิดเป็น ร้อยละ 58.1, 41.9 ตามลำดับ กลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าพบว่าโรคทางกายร่วมด้วย ร้อยละ 63.8 และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 3-5 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย  $5.7 \pm 6.1$  ปี ระยะเวลาป่วยต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาป่วยสูงสุด 49 ปี (ตารางที่ 1)

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้า จะพบว่า ปัจจัยจากทางวัดสูงสุดร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ ปัจจัยจากทางครอบครัว ร้อยละ 39 โดยปัจจัยจากทางวัด พบว่ามีปัญหาทางด้านสัมพันธ์ภาพกับพระและ ชุมชนวัดสูงสุด ร้อยละ 52.7 รองลงมาคือ

การบริหาร การปกครองในวัด ร้อยละ 40 ส่วนปัจจัยจากทางครอบครัว จะพบว่าถูกญาติทะเลาะ ทอดทิ้งสูงสุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ในวัยเด็กกับบิดา/มารดาไม่ดี ครอบครัวแตกแยก ญาติขัดแย้งกัน การที่ต้องมีภาระส่งเสียดูแลบุคคลที่เป็นที่รัก ปัจจัยเหล่านี้มีถึง ร้อยละ 15.6 (ตารางที่ 2)

เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยจากทางวัด และจากทางครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.005$  (ตารางที่ 3)

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ < 20 ปี	-
21-40 ปี	6 (5.7)
41-60 ปี	51 (48.6)
61-80 ปี	44 (41.9)
> 81 ปี	4 (3.8)
พรรษาที่บวช < 5 พรรษา	11 (10.5)
6-10 พรรษา	30 (28.6)
11-15 พรรษา	35 (33.3)
16-20 พรรษา	8 (7.6)
21-25 พรรษา	8 (7.6)
26-30 พรรษา	7 (6.7)
> 31 พรรษา	4 (3.8)
ที่อยู่ของวัด กรุงเทพฯ และปริมาตร	44 (41.9)
ต่างจังหวัด	61 (58.1)
โรคทางกายที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วย	ไม่มี 38 (36.2)
	มี 67 (63.8)
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคทางกาย	< 2 ปี 12 (11.4)
	1-5 ปี 28 (26.7)
	1-8 ปี 20 (19.0)
	9-11 ปี 2 (1.9)
	> 12 ปี 2 (1.9)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้า

สาเหตุ	ร้อยละ
ปัจจัยทางวัด	45.7
ปัจจัยทางครอบครัว	39
ปัจจัยทางการเงิน	7
ปัจจัยทางการเรียน	2.9
อื่นๆ	5.4
ปัจจัยทางวัด	
- การบริหาร, การปกครองในวัด	40
- สัมพันธภาพกับพระ และชุมชนวัด	52.7
- มลภาวะที่อยู่อาศัย	7.3
ปัจจัยทางครอบครัว	
- การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก	11.1
- ความสัมพันธ์ในวัยเด็กกับบิดา /มารดาไม่ดี, ครอบครัวแตกแยก	15.6
- ญาติทอดทิ้ง	33.3
- ญาติทะเลาะกัน, ขัดแย้งผลประโยชน์	15.6
- บุคคลอันเป็นที่รักเจ็บป่วยขาดผู้ดูแล	6.7
- ต้องส่งเสียดูแลบุคคลที่เป็นที่รัก, ลูกหลาน	15.6

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวกับการเกิดโรคซึมเศร้าตามสถิติ logistic regression

ปัจจัย	B-value	P-value	Odd Ratio (95% CI)
ปัจจัยทางวัด	0.747	0.000*	1.155 (.759-1.758)
ปัจจัยทางครอบครัว	-1.504	0.000*	.819 (.485-1.382)
ปัจจัยทางการเงิน	-2.197	0.178	1.058 (.268-4.184)
ปัจจัยทางการเรียน	-2.890	0.421	.882 (.083-9.404)

\*P-value < 0.005

## วิจารณ์

จากการศึกษาแสดงให้เห็นชัดเจนว่าอายุเฉลี่ยของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคซึมเศร้านักจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>13,14</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดมากกว่าครึ่ง มักแสดงอาการครั้งแรกในช่วงอายุหลังวัยกลางคนขึ้นไป โดยพบว่ามีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มอายุที่

อ่อนกว่า และจากการศึกษาที่ผ่านมา<sup>15,16</sup> ยังพบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านความจำ การรับรู้ และอาการทางด้านร่างกายร่วมด้วย ซึ่งอาการดังกล่าวจะบดบังอาการซึมเศร้า และทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก สำหรับการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคทางกายมักพบว่าโรคซึมเศร้านำมาด้วยเป็นเปอร์เซ็นต์ที่สูง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคทางกาย

การเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขของวัดและชุมชน  
สงฆ์ยังไม่ทั่วถึง การขาดความรู้ ความเข้าใจ และ  
ไม่ปฏิบัติตามแนวทางรักษา ซึ่งจะส่งผลให้อาการ  
ทางกายและจิตรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดความบกพร่อง  
และเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านโรคทางกายและจิตใจ  
มากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มอัตราการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน  
มากขึ้น<sup>17,18</sup> และจากการศึกษาวิจัยพบว่าระยะเวลาที่บวช  
ตั้งแต่ 6-15 พรรษา จะพบว่าเมื่อเริ่มเกิดการเกิดโรค  
ซึมเศร้าสูง ซึ่งถ้าเทียบตามพรรษาแล้วพระสงฆ์อาพาธ  
กลุ่มนี้ก็จะจัดอยู่ในกลุ่มพระผู้ใหญ่ และมักจะได้รับ  
มอบหมายภารกิจอื่น ๆ เพิ่มเติมนอกจากการปฏิบัติ  
ตามกิจสงฆ์ได้แก่ งานบริหาร งานจัดหลักสูตรการเรียน  
การสอน เป็นต้น ซึ่งก็มีโอกาสเผชิญกับความตึงเครียด  
มากขึ้น และเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง  
เหตุการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตกับโรคซึมเศร้า  
ก็พบว่าโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลัก  
2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางวัด ได้แก่ ปัจจัยด้าน  
ความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์ด้วยกันและพระสงฆ์กับ  
ชุมชน ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการที่พระสงฆ์  
ที่มาอยู่ร่วมกันภายในวัดมีพื้นฐานครอบครัว  
ที่แตกต่างกัน รวมถึงการที่ไม่มีกฎระเบียบและแนวทาง  
ปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การอยู่ร่วมกันของพระสงฆ์ภายใน  
วัดมีลักษณะเป็นปัจเจกบุคคล และเมื่อเกิดกรณีปัญหา  
การเจ็บป่วยขึ้นก็ขาดผู้ดูแลใกล้ชิด เพราะทางวินัยสงฆ์  
ไม่อนุญาตให้นำพระสงฆ์อาพาธกลับไปพยาบาลที่  
บ้านได้ ส่วนปัจจัยด้านการบริหารงานและการปกครอง  
ในวัดก็มีผลทำให้เกิดความตึงเครียดมากขึ้น เพราะ  
การที่ได้รับความมอบหมายให้ทำงานภายในวัดและการรับ  
ผิดชอบงานที่อาจเกินกำลังความสามารถของพระสงฆ์  
จึงอาจทำให้เกิดความเครียดกับงานและทำให้เกิด  
โรคซึมเศร้าได้ 2) ปัจจัยทางครอบครัว ได้แก่ ถูกญาติ  
ทอดทิ้ง ความสัมพันธ์ในวัยเด็กกับบิดา/มารดาไม่ดี  
ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น และสัมพันธ์ภาพ

กับญาติพี่น้องไม่ดี ทะเลาะกัน/ขัดผลประโยชน์กัน  
รวมถึงความขัดสนของญาติ ทำให้ไม่มีญาติเข้ามาช่วย  
ดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่  
ต่อเนื่องและกระทบกระเทือนจิตใจของพระสงฆ์ จึงเป็น  
สาเหตุทำให้เกิดความเครียดและส่งผลให้เกิดโรค  
ซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>20-23</sup> ที่พบ  
ว่า ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลต่อการ  
เกิดโรคซึมเศร้า

เนื่องจากอาการระยะเริ่มแรกของโรคซึมเศร้า<sup>24-26</sup>  
อาจนำมาด้วยการแยกตัว ไม่อยากสูงส่งกับใคร ซึ่ง  
ความเข้าใจของคนทั่วไปอาจมองเป็นเรื่องปกติที่  
พระสงฆ์ท่านปลีกวิเวกและใช้เวลาในการปฏิบัติธรรม  
ฝึกฝนจิต สันโดษ ไม่ยุ่งเรื่องทางโลก แต่เมื่อมีอาการ  
มากขึ้น จนพบว่า เริ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรมสงฆ์ เช่น  
การทำวัตร ลงโบสถ์ ไม่รับกิจนิมนต์ และไม่สามารถนำ  
สวดหรือเทศน์ได้ จะส่งผลให้ญาติโยมเสื่อมศรัทธา  
รวมทั้งจากการมีปัญหาเรื่องสมาธิ ความจำ ซึ่งจากเดิม  
ที่เคยท่องบทสวดมนต์ได้ กลับทำไม่ได้ หรือบกพร่อง  
กว่าเดิม อีกประการหนึ่งอาจเป็นเพราะอุปนิสัยส่วนตัวที่  
ไม่สามารถอยู่ร่วมกับพระสงฆ์อื่นภายในวัด ทำให้  
เกิดการตำหนิ ถูกต่อว่า ถูกกดดันจากพระสงฆ์อื่น  
ภายในวัด สิ่งเหล่านี้ยิ่งทำให้เกิดความตึงเครียดทั้ง  
ด้านสัมพันธ์ภาพภายในวัด และชุมชนที่รุนแรงมากขึ้น  
ซึ่งกลับยิ่งตอกย้ำความรู้สึกผิด ความรู้สึกไร้ค่า เป็น  
ภาระของผู้อื่น และคิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ไม่เป็น  
ที่ต้องการของคนอื่นให้มากขึ้น ร่วมกับการขาด  
สัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว เพราะถือว่า  
อยู่ในสมณะเพศ อนาคตมี ตัดขาดจากทางโลกแล้ว  
จึงไม่สามารถระบายความรู้สึกหรือมีการให้กำลังใจ  
ซึ่งกันและกันจากสมาชิกในครอบครัวได้ ซ้ำร้ายกว่านั้น  
บางครอบครัวกลับจะนำปัญหาทางโลกมาปรึกษา  
มาปรับทุกข์ และขอความช่วยเหลือทางด้านการเงินจาก  
พระสงฆ์ โดยคาดหวังว่าพระสงฆ์จะช่วยแก้ปัญหาได้

เพราะเชื่อและศรัทธาในความเป็นพระ ในฐานะตัวแทน  
สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ยามมีทุกข์ ซึ่งจะทำให้อาการ  
ของโรคซึมเศร้าเด่นชัดและเพิ่มความรุนแรง รวมถึงมี  
ผลแทรกซ้อนมากขึ้น

## สรุป

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง  
กับโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์ ได้แก่ ปัญหาความตึงเครียด  
ภายในวัด ไม่ว่าจะเป็นการบริหารการปกครอง  
สัมพันธ์ภาพชุมชนในวัดและปัญหาครอบครัว ซึ่งรวมถึง  
การที่ญาติทอดทิ้งและปัญหาความสัมพันธ์ใน  
ครอบครัวไม่ดี ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือพระสงฆ์อาพาธ  
โรคซึมเศร้า จึงควรมีการส่งเสริมสัมพันธ์ที่ดี<sup>27</sup>  
ของพระสงฆ์อาพาธกับหมู่พระด้วยกัน มีการอุปัฏฐาก  
ซึ่งกันและกันยามเจ็บป่วย รวมทั้งให้สมาชิกใน  
ครอบครัว เข้าใจ เข้าถึง การให้การอุปัฏฐากทั้งร่างกาย  
และจิตใจแก่พระสงฆ์อาพาธ นอกจากนี้บุคลากร  
ทางการแพทย์ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเป็นอย่างดี  
เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และผลแทรกซ้อนที่อาจ  
จะเกิดขึ้น และควรมีการค้นหาตัวโรคตั้งแต่ระยะ  
เริ่มแรก<sup>28</sup> โดยให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะ  
ซึมเศร้าและแนวทางในการอยู่ร่วมกันของพระสงฆ์  
ภายในวัดและชุมชน ตลอดจนให้ความรู้และการดูแล  
ตนเองเบื้องต้นด้านสุขภาพจิตแก่พระสงฆ์ เพื่อให้  
พระสงฆ์สามารถกลับมาดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้  
สามารถปฏิบัติกิจสงฆ์ เป็นผู้นำทางศาสนา เป็นศูนย์รวม  
จิตวิญญาณของปวงชน และดำรงไว้ซึ่งสถาบันศาสนา  
ซึ่งเป็นหนึ่งในสถาบันหลักของชาติต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความอนุเคราะห์จากพระครู  
ไพบุลย์สรกิจ ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดเบญจมบพิตรดุสิต  
วนาราม เจ้าคณะแขวงดุสิต พระวินยาริการส่วนกลาง

แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
สงฆ์

## Reference

1. Pornthep Sirivanarungsun, Thoranin Kongsuk, Suwanna Arunpongpisal, et al. Prevalence of psychiatric disorder in Thailand 2003. Journal of Mental Health of Thailand 2004; 12:177-8.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DMS-IV-TR. 4ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2005.
3. Murray J L, Lopez A D, ed. The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive Assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factor in 1990 and projected to 2020. Cambridge, M A: Published by the Harvard School of public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press;1996.
4. Beck, A. T. Depression : Clinic, experimental and theoretical aspects. New York:Hoeber Medical Division; 1976.
5. Kendler K S, Karkowski L M, Prescott C A. Causal relationship between stressful life events and the Onset of major depression. Am J Psychiatry 1999; 156:837-41.
6. KendlerKS, HettemaJM, ButeraF, GardnerLD, Prescott C A, Prescott. Life event dimension of Loss, humiliation, entrapment, and danger in prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:789-96.



7. Kendler K S, Kuhn J W, Prescott C A. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychol Med* 2004; 34:1475-82.
8. Libby A M, Orton H D, Novins D K, Beals J, Manson S M, AL-SUPERPEP Team. Childhood physical and sexual abuse and subsequent depression and anxiety disorder for two American Indian tribes. *Psychol Med* 2005; 35:329-40.
9. Eaton W W, Addington A M, Bass J, Forman V, Gilbert s, Hayden K, et al. Risk factors for major mental disorder : a review of the epidemiologic literature. Available from <http://www.jhu.edu:2002>.
10. Fergusson D M, Woodward L J. Mental health, emotional, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:225-31.
11. Almeida OP, Alfonso H, Pirkis J, et al. A practical approach to assess depression risk and to guide risk reduction strategies in later life. *Int Psychogeriatr* 2010; 30:1-12.
12. Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, et al. From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *Br J Psychiatry* 2010; 196(5):365-71.
13. Dirmaier J, Krattenmacher T, Watzke B, et al. Evidence-based treatments in the rehabilitation of patients with depression--a literature review. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010; 60(3-4):83-97.
14. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5:363-89.
15. Hardy P.( Severe depression : morbidity - mortality and suicide). *Encephale* 2009; 35(Suppl 7): S269-71.
16. Holden L, Scuffham P, Hilton M, et al. Psychological distress is associated with a range of high-priority health conditions affecting working Australians. *Aust N Z J Public Health* 2010; 34(3):304-10.
17. Horesh N, Klomek AB, Apter A. Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry Res* 2008; 160(2):192-9.
18. Judd LL, Paulus MP, Wells KB, et al. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry* 1996; 153(11):1411-7.
19. JuddLL, SchettlerPJ, AkiskalHS. The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25(4):685-98.
20. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl):3-11.
21. Lester H, Howe A. Depression in primary care: three key challenges. *Postgrad Med J* 2008; 84(996):545-8.
22. 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(9): 1240-9.

23. Montano CB. Primary care issues relates to the treatment of depression in elderly patients. J Clin psychiatry 1999; 60(Suppl 20):45-51.
24. Muscatell KA., Slavich GM., Monroe SM, et al. Stressfull life events, chronic difficulties, and the Symptoms of clinical depression. J Nero Ment Dis 2009; 197(3):154-60.
25. Wålinder J, Rutz W. Male depression and suicide. Int Clin Psychopharmacol 2001; 16 (Suppl 2):S21-24.
26. You S, Conner KR. Stressful life events and depressive symptoms: influences of gender, event severity, and depression history. J Nerv Ment Dis 2009; 197(11):829-33.