



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

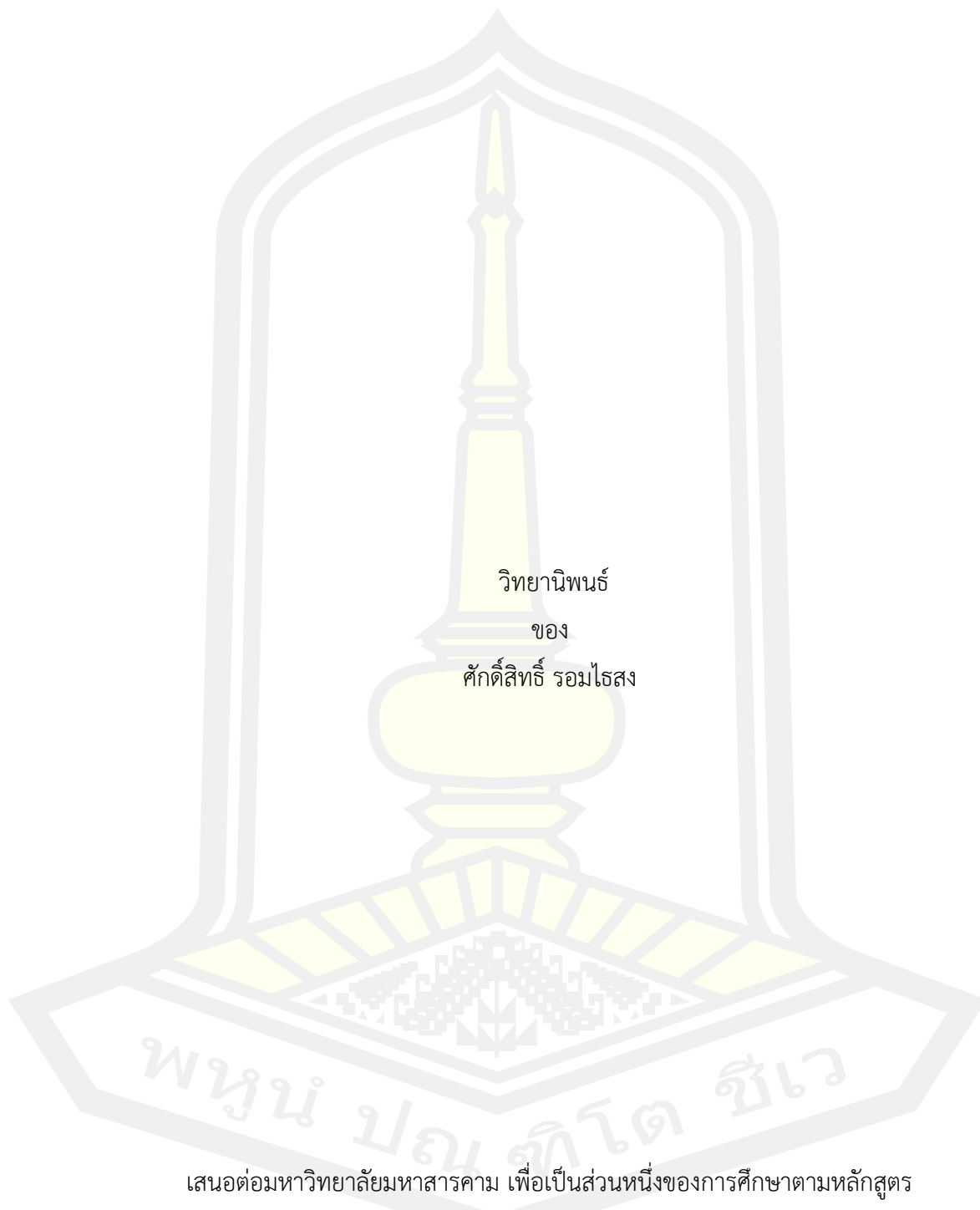
วิทยานิพนธ์
ของ
ศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน



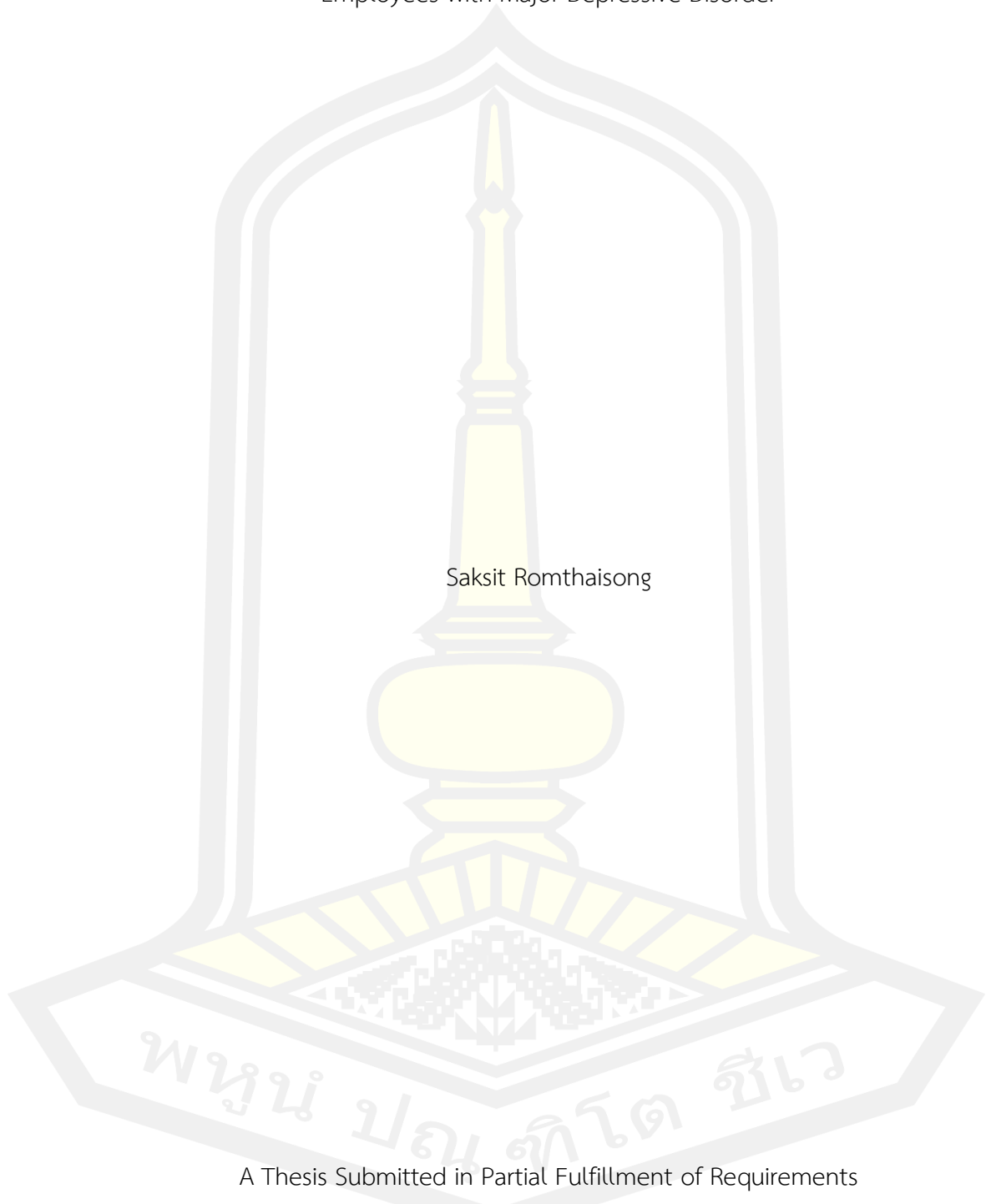
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Relationships Between Personal Factors, Depression, and Adaptation Among
Employees with Major Depressive Disorder

Saksit Romthaisong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

May 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์)

..... กรรมการ

(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กฤตยา แสวงเจริญ)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

| | | | |
|-------------------------|---|-------------------|-----------------------------|
| ชื่อเรื่อง | ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน | | |
| ผู้วิจัย | ศักดิ์สิทธิ์ รอมโรสง | | |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | รองศาสตราจารย์ ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์ | | |
| ปริญญา | พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต | สาขาวิชา | การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต |
| มหาวิทยาลัย | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม | ปีที่พิมพ์ | 2566 |

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานที่มารับบริการในคลินิกโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มจำนวน 138 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการปรับตัว ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบสอบถามการปรับตัว ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ 0.83 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแคว์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{x} = 6.99, SD = .56$) การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.31, SD = .58$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.607, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ($r = -.638, r = -.666, r = -.549, r = -.636, p < .01$) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นชัดว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ทั้งด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้นำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและหากิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวที่ดีในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยทำงาน

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, การปรับตัว, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

| | | | |
|-------------------|---|--------------|--|
| TITLE | The Relationships Between Personal Factors, Depression, and Adaptation Among Employees with Major Depressive Disorder | | |
| AUTHOR | Saksit Romthaisong | | |
| ADVISORS | Associate Professor Narisa Wongpanarak , Ph.D. | | |
| DEGREE | Master of Nursing Science | MAJOR | Psychiatric and Mental Health Nursing |
| UNIVERSITY | Maharakham University | YEAR | 2023 |

ABSTRACT

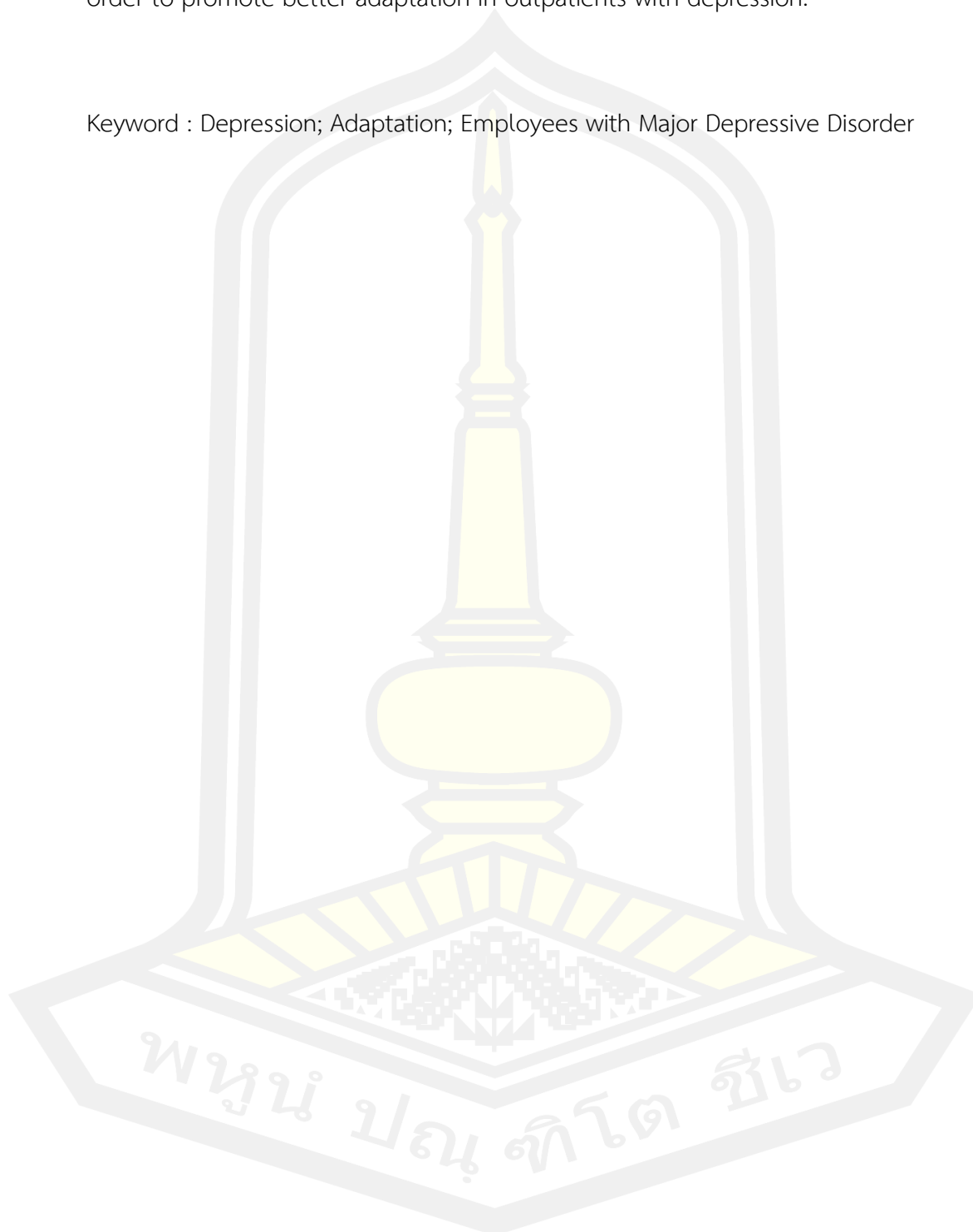
This research aimed to study the relationships between personal factors, depression, and adaptation in outpatients with depression. The participants consisted of 138 randomly sampled outpatients with major depressive disorder at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra. The research instruments included a demographic data questionnaire, the patient health questionnaire (PHQ-9), and the adaptation questionnaire. Cronbach alpha coefficients to assess the reliability of the patient health questionnaire (PHQ-9) and the adaptation questionnaire were 0.83 and 0.84 respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, Chi-square, and Pearson's correlation coefficients.

The finding revealed that the participants had mean scores of depressions at a mild level ($\bar{x} = 2.31$, $SD = .58$) and adaptation at a moderate level ($\bar{x} = 2.31$, $SD = .58$). Depression was negatively and significantly related to adaptation ($r = -.607$, $p < .01$) and was negatively and significantly related to physiological mode, self-concept mode, role function mode, and interdependence mode ($r = -.638$, $r = -.666$, $r = -.549$, $r = -.636$, $p < .01$, respectively).

The results clearly showed the relationships between depression and the four modes of adaptation. The results provide important information that psychiatric

and mental health nurses to operate appropriate nursing practices and activities in order to promote better adaptation in outpatients with depression.

Keyword : Depression; Adaptation; Employees with Major Depressive Disorder



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ดรุณี รุจกรกานต์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ร่วมกับ รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา แสงวงเจริญ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำให้ความรู้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่คอยช่วยเหลือ แนะนำ ให้ทั้งความรู้ เทคนิค กระบวนการในการทำวิทยานิพนธ์และเสียสละเวลา ความเอาใจใส่แก่ข้าพเจ้าอย่างมากจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในการศึกษา และคุณกัญญภัทร สอสมิง งานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ช่วยเหลือเรื่องเอกสาร และดำเนินการในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ กลุ่มภารกิจการพยาบาล เจ้าหน้าที่ตึกทรงจิต และตึกชัยพฤกษ์ ที่อำนวยความสะดวก และช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ลุล่วง

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณตนเองเข้มแข็ง อดทน ต่อสู้ บริหารจัดการชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพต่อการศึกษาระดับปริญญาโท ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว น้ำ หลาน มิตรสหายทุกท่านที่ให้ความรัก กำลังใจ และคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่ปู่ย่าตายายบิดามารดา ครูอาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ช |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ญ |
| สารบัญรูปภาพ..... | ฎ |
| บทที่ 1 | 1 |
| บทนำ..... | 1 |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 4 |
| 1.3 สมมติฐานการวิจัย | 4 |
| 1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 4 |
| 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 5 |
| 1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ | 5 |
| บทที่ 2 | 1 |
| การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 1 |
| 2.1 แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย..... | 8 |
| 2.2 แนวคิดโรคซึมเศร้า..... | 19 |
| 2.3 วัยทำงาน | 41 |
| 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 45 |
| บทที่ 3 | 8 |

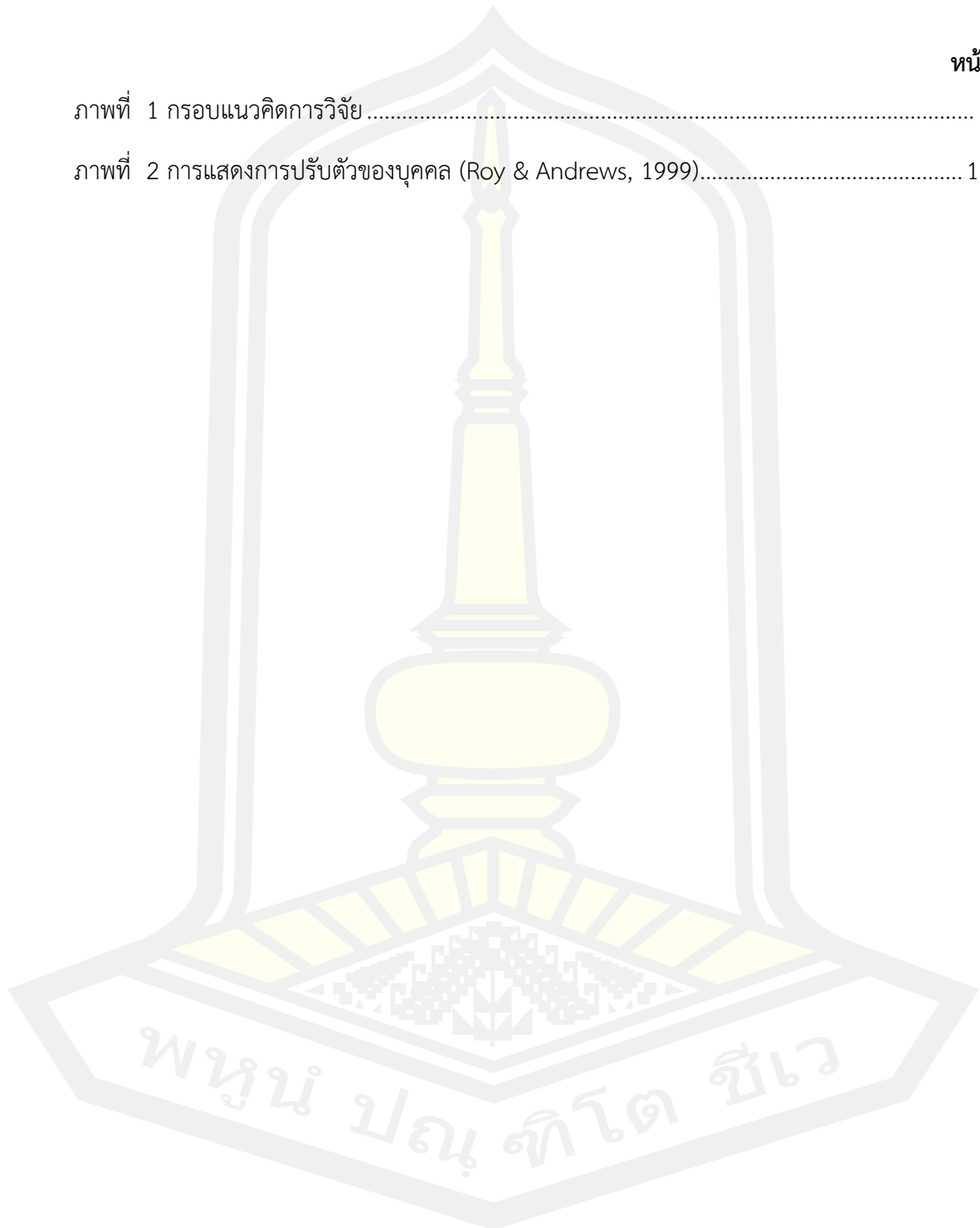
| | |
|---|-----|
| วิธีดำเนินการวิจัย | 8 |
| 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 8 |
| 3.2 เครื่องมือวิจัย | 53 |
| 3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย | 54 |
| 3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง..... | 55 |
| 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล | 55 |
| 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล | 57 |
| บทที่ 4 | 58 |
| ผลการวิจัย | 58 |
| 4.1 ข้อมูลทั่วไป | 58 |
| 2.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน..... | 62 |
| 2.3 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน..... | 63 |
| 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน..... | 67 |
| 2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร่ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน..... | 68 |
| บทที่ 5 | 71 |
| สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 71 |
| 5.1 สรุปผลการวิจัย..... | 71 |
| 5.2 อภิปรายผล | 72 |
| 5.3 ข้อเสนอแนะ | 76 |
| บรรณานุกรม..... | 77 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 103 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|---|------|
| ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป (n = 138)..... | 58 |
| ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะซีมเศร้า (n=138)..... | 62 |
| ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อ (n=138)..... | 62 |
| ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าวัยทำงาน (n=138)..... | 63 |
| ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการปรับตัวรายด้านของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าวัยทำงาน (n=138)..... | 64 |
| ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปรับตัวรายข้อของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าวัยทำงาน (n=138)..... | 65 |
| ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าวัยทำงาน (n=138)..... | 68 |
| ตารางที่ 8 การแจกแจงสถิติของข้อมูล Kolmogorov-Smirnov test..... | 69 |
| ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าวัยทำงาน (n=138)..... | 69 |
| ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าวัยทำงาน ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (n=138)..... | 70 |

สารบัญรูปภาพ

| | หน้า |
|---|------|
| ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย | 5 |
| ภาพที่ 2 การแสดงการปรับตัวของบุคคล (Roy & Andrews, 1999)..... | 16 |



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญในประชากรวัยแรงงาน ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ (คันธรส สุขกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562; นันทกัคนะพันธ์, 2563) โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญอันดับ 2 ของโลก โดยพบประชากรมากกว่า 280 ล้านคนป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2023) จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย 4 ปีซ้อนหลังในปี พ.ศ.2562 ถึง 2565 พบคนไทยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 905,286 คน, 1,092,113 คน, 1,181,986 คน และ 1,287,080 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และจำนวนมากถึงร้อยละ 62 เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (กรมสุขภาพจิต, 2562) ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ช่วง 4 ปี ในปีพ.ศ. 2562 ถึง 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 12,734 คน, 13,406 คน, 13,681 คน และ 17,825 คน เมื่อเฉลี่ยต่อเดือนพบว่ามียอดการเข้ารับบริการจำนวน 1,061 คน, 1,117 คน, 1,140 คน และ 1,485 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์, 2566) จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จึงนับเป็นปัญหาสำคัญ เพราะวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ

วัยทำงานมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศทั้งปัจจุบันและอนาคต จึงเป็นช่วงวัยสำคัญที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมากต่อการเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงรอบด้าน จากสถิติจำนวนประชากรวัยทำงานในปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีจำนวนมากถึง 40,368,845 คน (กลุ่มพัฒนาระบบข้อมูล กองแผนงาน กรมอนามัย, 2566) วัยทำงาน อายุระหว่าง 15-59 ปี แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ วัยทำงานตอนต้นอายุ 15-29 ปี วัยทำงานตอนกลาง อายุ 30-44 ปี และวัยทำงานตอนปลาย อายุ 45-59 ปี (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2565) วัยทำงานจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ บทบาทหน้าที่ทางสังคม และส่งผลต่อเศรษฐกิจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่องจากวัยรุ่นจนถึงผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยสามารถอธิบายตามแนวคิดลำดับขั้นพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสัน พบว่าวัยทำงานอยู่ในช่วง ขั้นที่ 5 ถึงขั้นที่ 7 คือ ตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงผู้ใหญ่ตอนปลาย (Erikson, 1964) และจำเป็นต้องมีการปรับตัวที่ดี จึงจะสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ซึ่งมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการประกอบอาชีพและการทำงาน (คันธรส สุขกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562) ประกอบกับ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้วัยทำงานต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการคาดการณ์ประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง 2573 พบอัตราส่วนพึ่งพิงต่อวัยทำงาน 100 คน ดูแลวัยเด็ก 30 คน วัยสูงอายุ 18 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) วัยทำงานต้องแบกรับภาระครอบครัว การเรียน การทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเองและบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ การมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมถึงการมีภาระหนี้สิน จึงอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้วัยแรงงานเกิดความเครียด เกิดอารมณ์เศร้า มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า อันส่งผลกระทบต่อวัยทำงานทำให้การทําทบหาหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป (คันธรส สุขกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562; ฉัตรสุตา มาทา, ชลธิชา อินปิ่น, ภัทรนัย ไชยพรม, พลอยดาว พรมชาติ, และอัญชลา รัตนธนากร, 2565)

โดยปกติแล้วการปรับตัวเกิดขึ้นอยู่เสมอ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอย่างมากมายของวัยทำงาน ทำให้วัยทำงานมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ค่อนข้างสูง (คันธรส สุขกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562) และหากวัยทำงานไม่สามารถปรับตัวได้ดี วัยทำงานก็อาจมีโอกาสให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้มากขึ้น (ลินเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, และ วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2559) เมื่อวัยทำงานต้องเกิดการเจ็บป่วยด้วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้ว การเจ็บป่วยนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อวัยทำงานทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้วัยทำงานที่เป็นโรคซึมเศร้า มักมีอาการอ่อนเพลีย ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา เกิดความพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร และมีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรอบข้างและในครอบครัวอาจลดลง รวมถึงการทำหน้าที่ในสังคมลดลงหรืออาจไม่สามารถเรียนหรือทำงานได้เหมือนเดิม ส่งผลให้วัยทำงานเกิดความเครียด อาจเกิดปัญหาครอบครัว การหย่าร้าง การว่างงาน และอื่น ๆ ตามมา (นันทกัค ชนะพันธ์, 2563)

การปรับตัวที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยซึมเศร้าวัยทำงาน การปรับตัวเป็นความพยายามของบุคคลเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตที่กำลังประสบในชีวิต (Roy & Andrews, 1999) เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ภาวะซึมเศร้านี้จัดเป็นสิ่งเร้าตรงซึ่งความรุนแรงของอาการหรือระดับภาวะซึมเศร้าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น ระดับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นที่อาจจะไปรบกวนการแก้ปัญหา ซึ่งวัยทำงานพยายามจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ผ่านกระบวนการปรับตัว (Control process) ซึ่งตามแนวคิดการปรับตัวของ Roy (1991) จะมี 2 กลไก คือ กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ทำให้เกิดการแสดงออกพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาหว่ากัน นั่นคือ ผลลัพธ์ของการปรับตัวนั่นเอง ซึ่งหากมีการปรับตัวที่ดีหรือมีประสิทธิภาพก็สามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

ทำบทบาทและหน้าที่ของตนได้ดี ในทางตรงข้ามหากมีการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้ดี และยังส่งผลกระทบต่อการทำบทบาทและหน้าที่ที่ไม่ดีด้วย แม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานจะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัดและยังคงมารับการติดตามการรักษาต่อเนื่องตามนัดของโรงพยาบาลอยู่เสมอ แต่ในช่วงระหว่างการบำบัดรักษาอาจมีสิ่งเร้าตรงคือ ภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าร่วม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้งสิ่งเร้าแฝงเกิดขึ้นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานเกิดกระบวนการในการปรับตัวตลอดเวลา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่หลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว การวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่อนข้างจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ายังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาโดยตรงในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน แต่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคน (วราพร ศรีภิรมย์, โสภิณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ วรภัทร รัตอาภา, 2563) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (อรพิน คำโต และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557) นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาการปรับตัวในผู้ป่วยโรคทางกายและในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค ได้แก่ การปรับตัวในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (ชิตชวรรณ คงเกษม, สุนีย์ ลำกำป็น และ ปิยะธิดา จึงสมาน, 2560) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (นุชนาถ สุวรรณประทีป, 2558) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Ghanbari-Afra & Ghanbari-Afra, 2022) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (King, Shade-Zeldow, Carlson, Feldman, & Philip, 2002) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (Fiskin, Kaydirak, & Oskay, 2017) ผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการมองเห็น (ณัฐสุดา แสงบุญ, มุกดา เดชประพันธ์ และ สุปรีดา มั่นคง, 2562)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน โดยศึกษาเฉพาะสิ่งเร้าตรง และสิ่งเร้าร่วม แต่ไม่ได้นำสิ่งเร้าแฝง ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ และบุคลิกภาพของบุคคล มาใช้เป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ โดยตัวแปรที่เป็นสิ่งเร้าตรงของการศึกษาครั้งนี้ คือ ภาวะซึมเศร้า (อรพิน คำโต และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557; วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ, 2563) ตัวแปรที่เป็นสิ่งเร้าร่วม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ (อรพิน คำโต และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557; วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ 2563; รพีพรรณ สารสมักร, 2565) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (รพีพรรณ สารสมักร, 2565; นุชนาถ สุวรรณประทีป, 2558) ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย (รพีพรรณ สารสมักร, 2565) ผู้วิจัยเชื่อว่า สิ่งเร้าตรงและสิ่งเร้าร่วมเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างมาก ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูล

สำคัญที่สร้างความตระหนักแก่พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตและบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์หรือเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือลดภาวะซึมเศร้าลง เพื่อให้ผู้ป่วยซึมเศร้าวัยทำงานสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุขอย่างเต็มศักยภาพ

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

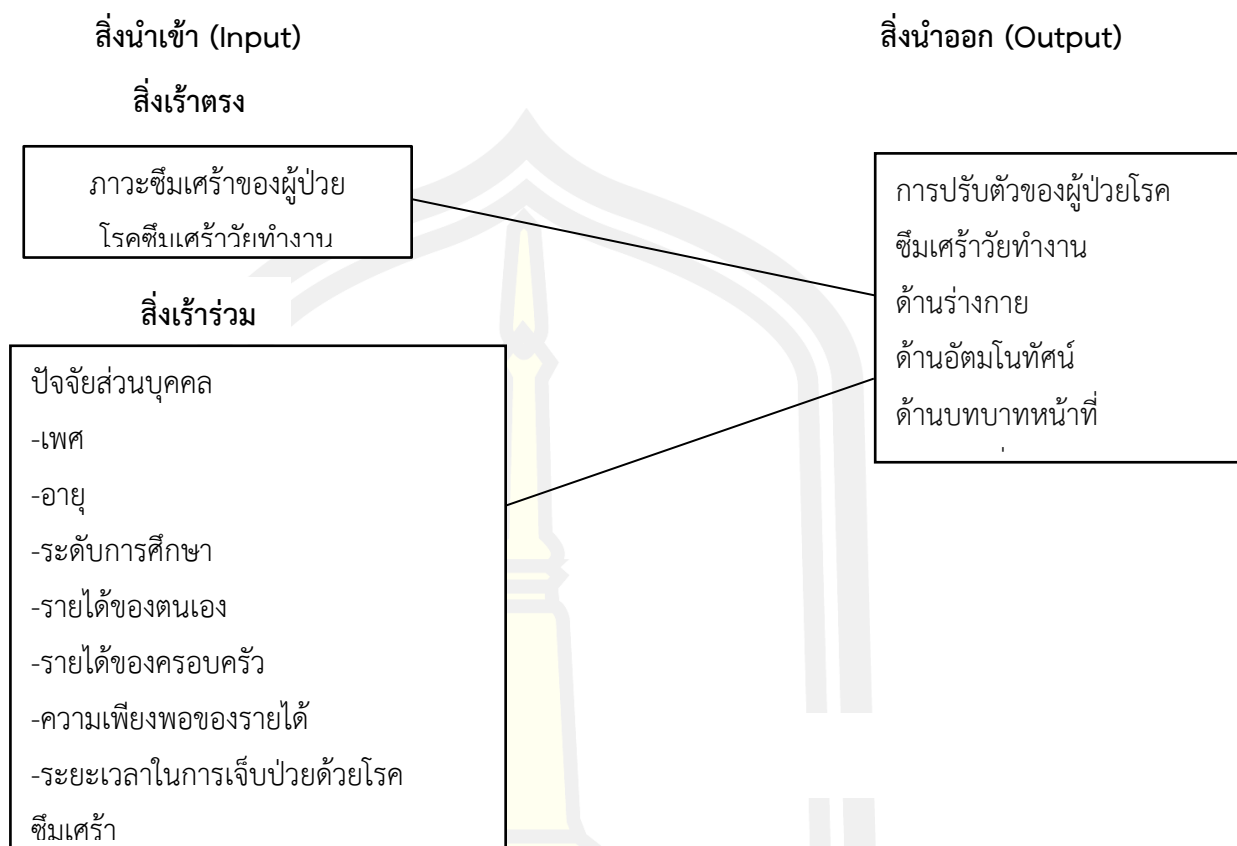
1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการปรับตัวของ Roy (1991) ที่อธิบายว่า บุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม มีการรวมกันเป็นระบบเปิด มีการปรับตัวตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์กับทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความสมดุลของชีวิต ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) สิ่งเร้า (stimuli) 3 ชนิด ประกอบด้วย สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) คือ ภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย สิ่งนำเข้าจะผ่านเข้าสู่กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) หรือกระบวนการปรับตัว (Control process) ที่ประกอบด้วย 2 กลไก คือ กลไกการควบคุม (Regulator subsystem) และกลไกการคิดรู้ (Cognition subsystem) สิ่งนำออก (Output) คือ การแสดงออกพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน ทำให้เกิดการปรับตัวของบุคคลที่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพ (Roy & Andrews, 1999) ระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลมีความเฉพาะตัวและมีขอบเขตจำกัด หากระดับการปรับตัวนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลสะท้อนกลับ (Feedback) เข้าสู่การปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคลนั้นอยู่ในสมดุล ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มากรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตและบุคลากรด้านสุขภาพ ได้ทราบข้อมูลสำคัญในการนำไปใช้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
2. พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตและบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปสร้างความตระหนัก ในการหาแนวทางลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

วัยทำงาน (Employees) หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ยังประกอบอาชีพและมีรายได้

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (Employees Major Depressive Disorder) หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ยังประกอบอาชีพและมีรายได้ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลัก DSM-V รหัสโรคด้วย ICD-10 คือ F32.00 - F32.19 มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง มีอารมณ์เศร้าที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น มีความสนใจหรือความเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก มีน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ทำอะไรช้าลง หรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข รู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง ยังมีความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป มีสมาธิหรือความคิดลดลง คิดถึงเรื่องการตายซ้ำ ๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผน มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 อาการ เกิดขึ้นแทบทั้งวัน เป็นเกือบทุกวัน ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ และทำให้เสียหน้าที่การทำงานการสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2554) ซึ่งประเมินได้จาก แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550)

การปรับตัว (Adaptation) หมายถึง กระบวนการและการแสดงออกของความรู้สึก ความคิด การกระทำของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นสิ่งนำเข้า ผ่านเข้าสู่กระบวนการปรับตัว ประกอบด้วย 2 กลไก คือ กลไกการควบคุม และกลไกการคิดรู้ และสิ่งนำออก คือ การแสดงออก พฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ทำให้เกิดการปรับตัวขึ้น (อรพิน คำโต และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557) ซึ่งประเมินได้จาก แบบประเมินการปรับตัวของ อรพิน คำโต และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, (2557)



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซีมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าวัยทำงาน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

- 2.1.1 วิวัฒนาการของทฤษฎี
- 2.1.2 มโนคติหลักของทฤษฎี
- 2.1.3 แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย
- 2.1.4 การปรับตัวในผู้ป่วยโรคซีมเศร้าวัยทำงาน
- 2.1.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าวัยทำงาน

2.2 แนวคิดโรคซีมเศร้า

- 2.2.1 ความหมายของโรคซีมเศร้า
- 2.2.2 อาการและอาการแสดงของโรคซีมเศร้า
- 2.2.3 การวินิจฉัยโรคซีมเศร้า
- 2.2.4 ทฤษฎีการเกิดโรคซีมเศร้า
- 2.2.5 แบบประเมินภาวะซีมเศร้า
- 2.2.6 การบำบัดรักษาโรคซีมเศร้า
- 2.2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและการปรับตัว

2.3 วัยทำงาน

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยขออธิบายทฤษฎีการปรับตัวของรอย ประกอบไปด้วยหัวข้อวิวัฒนาการของทฤษฎี มโนคติหลักของทฤษฎี แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย การปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.1 วิวัฒนาการของทฤษฎี

การปรับตัวของ Roy (1991) มีการพัฒนาทฤษฎีการปรับตัวขึ้นมาในปี ค.ศ. 1964 ขณะที่กำลังศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาในวิชาของ ดร. โดโรธี อี. จอห์นสัน มีแนวคิดในการพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ มีความเชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถตั้งแต่กำเนิด โดยทฤษฎีการปรับตัวของรอยเกิดจากทฤษฎีการปรับตัวของ Helson's มีสิ่งเร้า 3 ชนิดมีผลต่อการปรับตัว คือ สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) ร่วมกับทฤษฎีระบบที่บุคคลมีการปรับตัวเป็นระบบเปิด ที่ทำงานร่วมกับหน่วยย่อย ๆ ต่าง ๆ ทฤษฎีความเครียด ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ ทฤษฎีความต้องการ และทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanistic approach) บุคคลมีจุดหมายที่ทำให้ตนเองมีพลังสร้างสรรค์อย่างเป็นองค์รวม บุคคลมีความหมาย มีคุณค่าในตนเอง

ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1991) อธิบายว่า บุคคลเป็นสิ่งมีชีวิต ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม มีการรวมกันเป็นระบบเปิดมีการปรับตัวตลอดเวลา (Adaptive system) มีปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา และจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความสมดุลของชีวิต โดยที่ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) ผ่านเข้าสู่กระบวนการปรับตัว (Control process) และนำออก (Output) ระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลมีความเฉพาะตัว และมีขอบเขตจำกัด หากระดับการปรับตัวยังไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลสะท้อนกลับ (Feedback) เข้าสู่การปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคลนั้นอยู่ในสมดุลทางกายจิตสังคม (Alligood, 2018)

2.1.2 มโนคติหลักของทฤษฎี

การปรับตัวตามแนวคิดของรอย ประกอบด้วยมโนคติหลัก 4 ประการ คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล มีรายละเอียดแสดงดังต่อไปนี้

2.1.2.1 บุคคล หมายถึง คนหรือมนุษย์ที่เป็นผู้รับบริการ เป็นสิ่งมีชีวิตประกอบด้วยชีว-จิตใจ-สังคมมีการปรับตัวเป็นองค์รวม มีลักษณะเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การปรับตัวของบุคคลต้องใช้กลไกการปรับตัวต่อสิ่งเร้า เพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551)

2.1.2.2 สิ่งแวดล้อม หมายถึง เหตุการณ์ สถานการณ์ อิทธิพล สิ่งแวดล้อม ที่อยู่รอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอก มีผลกระทบต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งรอยได้เรียกสิ่งแวดล้อมว่าเป็นสิ่งเร้าของระบบเป็นสิ่งเร้าภายในและสิ่งเร้าภายนอก มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีปฏิสัมพันธ์สม่ำเสมอต่อบุคคล (สุธีกาญจน์ ไชยลาภ, 2565)

2.1.2.3 ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะและกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความมั่นคง สมบูรณ์ภาวะสุขภาพ เป็นผลจากการมีปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม (Alligood & Marriner-Tomey, 2006) ซึ่งบุคคลเป็นระบบที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง สุขภาพของบุคคลจะสะท้อนให้เห็นจากพฤติกรรมปรับตัว การปรับตัวที่ดีก็จะนำไปสู่ชีวิต การเจริญเติบโต การสืบทอดเผ่าพันธุ์และการเอาชนะอุปสรรค ดังนั้น จึงเป็นภาวะและกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความมั่นคง และมีความเป็นบูรณาภาพ ซึ่งแสดงถึงบรรลุเป้าหมายในชีวิต (กัญญาณีญา เวียดโธสง, สุรชาติ สิทธิปกรณ์, และสุพัตรา บัวที, 2558)

2.1.2.4 การพยาบาล หมายถึง การช่วยเหลือที่ให้กับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยมีเป้าหมายส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมของบุคคล และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุเพื่อบรรลุซึ่งสภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี (สุธีกาญจน์ ไชยลาภ, 2565) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมการปรับตัวทั้งในสถานการณ์ปกติและเจ็บป่วย โดยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Roy & Andrews, 1999) พยาบาลจะประเมิน ให้การวินิจฉัย กำหนดเป้าหมาย ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนด และประเมินการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551)

2.1.3 แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1991) อธิบายว่า บุคคลมีการดำรงชีวิตประจำวันที่ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดกับบุคคลทั้งภายในหรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว มีการเจ็บป่วยเข้ามากระทบส่งผลกระทบต่อภาวะสมดุลของบุคคล ทำให้บุคคลเสียสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1991) อธิบาย การปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากบุคคล ความคิด ความรู้สึก และการตระหนักรู้ทางปัญญา มีการสร้างสรรค์ในการบูรณาการที่เกิดจากบุคคลกับสิ่งแวดล้อมให้เกิดการกลมกลืน โดย Roy (1991) เชื่อว่า บุคคลมีระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic adaptive system) ประกอบด้วยร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม มีการสื่อสารที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (Input) สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว หรือภายในบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบทำให้เกิดกระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) มีผลต่อการเกิดผลลัพธ์ สิ่งนำออก (Output) มีการตอบสนอง (Response) เรียกว่า การปรับตัวที่แสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลในลักษณะต่าง ๆ และพฤติกรรมปรับตัวเป็นตัวป้อนกลับ (Feedback process) เพื่อเข้าระบบอีกครั้ง จะทำให้แต่ละส่วนทำงานสัมพันธ์กัน เพราะบุคคลเป็น

ระบบเปิดมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เมื่อสิ่งเร้าเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในหรือภายนอกบุคคลมากระตุ้นให้ตอบสนองเกิดการปรับตัวต่อสิ่งเร้า เกิดผลกระทบทำให้บุคคลเกิดกระบวนการปรับตัวมีผลลัพธ์ทำให้เกิดพฤติกรรม 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ทำให้เกิดการปรับตัวขึ้น (Roy, Whetsell, & Frederickson, 2009)

สิ่งเร้า (Stimuli) ตามแนวคิดของรอย มี 3 ชนิด ดังนี้ (Roy, 1991)

1. สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าภายในหรือภายนอกทำให้บุคคลเผชิญอยู่ในขณะนั้น เป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นมีการตอบสนองทำให้บุคคลเกิดความสนใจและใช้พลังงานในการจัดการกับสิ่งเร้าทันที
2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้น มีอิทธิพลในการเพิ่มหรือลดกระทบของสิ่งเร้าตรง
3. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล มีลักษณะเฉพาะตัว มาจากประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ และบุคลิกภาพของบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวบุคคล

ระดับความสามารถในการปรับตัว (Adaptation level) คือ ระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีขอบเขตจำกัดไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่อยู่ในขอบเขตระดับความสามารถในการปรับตัว การปรับตัวของบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสมและ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้าที่อยู่ในขอบเขตความสามารถในการปรับตัว ทำให้บุคคลมีการตอบสนองในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าอย่างไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่สามารปรับตัวได้ โดยมีระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไป 3 ระดับ ดังนี้ (Roy & Andrews, 1999)

1. ระดับปกติ (Integrated level) เป็นโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายที่ทำงานแบบองค์รวม มีการตอบสนองความต้องการของบุคคลได้อย่างเหมาะสม
2. ระดับชดเชย (Compensatory level) เป็นกระบวนการชีวิตถูกรบกวนจากภาวะหรือกลไกการควบคุม และการรับรู้ระบบถูกกระตุ้นให้ทำงาน จัดการกับสิ่งเร้า
3. ระดับบกพร่อง (Compromised level) เป็นกระบวนการปรับตัวระดับปกติ และระดับชดเชยการทำงานไม่เพียงพอที่จัดการกับสิ่งเร้าได้ ก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัว

กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) หรือกระบวนการปรับตัว (Control process) เป็นกระบวนการควบคุมระบบการปรับตัวของบุคคล มีวิธีการปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงโดยเกิดขึ้นเองอัตโนมัติหรือมีการเรียนรู้ ตามทฤษฎีของรอย จัดหมวดหมู่ของกระบวนการเผชิญปัญหาเป็นระบบย่อย 2 กลไก ดังนี้ (Roy & Zhan, 2006)

1. กลไกการควบคุม (Regulator subsystem) เป็นกระบวนการอัตโนมัติที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลไม่รู้ตัว เกิดจากการทำงานร่วมกับของสารเคมีและระบบประสาท มีระบบต่อมไร้ท่อ มีสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกนำสู่ระบบประสาท ผลต่อสมดุลของน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ กรดต่าง ระบบต่อมไร้ท่อ เกิดกลไกการควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายเพื่อให้อยู่ภาวะปกติ

2. กลไกการคิดรู้ (Cognition subsystem) เป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านทางระบบประสาทแห่งการรับรู้ และการแสดงอารมณ์ 4 กระบวนการ คือ กระบวนการรับรู้และถ่ายทอดข้อมูล การเรียนรู้ การตัดสินใจ การตอบสนองทางอารมณ์ พบว่าสิ่งเร้ากลไกการรับรู้ประกอบด้วยปัจจัยที่มีผลต่อจิตใจ สังคม กายภาพและสรีรวิทยา เป็นผลมาจากกลไกการควบคุม ผ่านเข้าสู่กระบวนการรับรู้และถ่ายทอดข้อมูล เพื่อให้บุคคลตัดสินใจหาวิธีแก้ไขปัญหา มีกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้มีการทำงานควบคู่กันเสมอเพื่อให้เกิดสมดุลของการปรับตัวของบุคคล

พฤติกรรมกรรมการปรับตัว ผลมาจากการปรับตัวที่มาจากการทำงานกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 4 ด้าน ดังนี้ (Roy, 1991)

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) หมายถึง การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกาย ต่อพฤติกรรมกรรมการตอบสนอง ในการทำหน้าที่ของสรีระต่อระบบอวัยวะ การทำหน้าที่ของเซลล์ เนื้อเยื่อ และระบบต่าง ๆ ในร่างกายบุคคล เพื่อตอบสนองพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiological integrity) ได้แก่ อากาศ น้ำ ภาวะโภชนาการ ออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย ที่ทำหน้าที่กลไกการควบคุม คือ การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ เพื่อมีเป้าหมายในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลของร่างกาย

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self- concept mode) หมายถึง การปรับตัวด้านพฤติกรรมกรรมการตอบสนองของบุคคล เพื่อความมั่นคงทางจิตใจ และจิตวิญญาณ ที่รับรู้ตัวตนคือใคร ทำอะไร ได้มีคุณค่า หรือมีความหมายสำหรับใคร มีเป้าหมายในการปรับตัว อัตมโนทัศน์ โดยมีความเชื่อและความคิด ความรู้สึกของบุคคล มีต่อตนเองในเวลาช่วงหนึ่ง ๆ มีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) คือ การปรับตัวต่อความรู้สึกของบุคคลต่อร่างกายและรูปร่างของตนเอง ในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางเพศ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย เป็น 2 ส่วน คือ

2.1.1 การรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation) คือ การปรับตัวต่อความรู้สึกของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ การทำงานของสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ และสมรรถภาพทางเพศของตนต่อการเปลี่ยนแปลง อาจมีสิ่งเร้าที่บุคคลมีการปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อ

พฤติกรรมที่จะแสดงออก เมื่อการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ คือ ความบกพร่องทางเพศ ความรู้สึกสูญเสีย เป็นต้น

2.1.2 ภาพลักษณ์ (Body image) คือ การยอมรับสภาพ ทั้งการมอง การรับรู้ที่ปรากฏของตน เช่น รูปร่าง ขนาด ท่าทาง ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ของตน เช่น มีความพิการด้านร่างกาย มีการปรับตัวต่อปัญหา คือ มีการรับรู้ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงในด้านลบของตนเอง หรือไม่ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเองได้

2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (Personal self) คือ ความรู้สึกของตนเองที่มีความหวัง ค่านิยม อุดมคติ การให้คุณค่า ปณิธานที่ยึดถือของตนเอง แบ่งได้ดังนี้ (Roy, 1991; สุธีกาญจน์ ไชยลาภ, 2565)

2.2.1 ความมั่นคงในตนเอง (Self-consistency) คือ ความรู้สึกของบุคคลที่ไม่เปลี่ยนแปลงต้องมั่นคงเหนียวแน่น คงไว้ซึ่งลักษณะคุณภาพของตนเอง เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกคุกคามทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในความมั่นคงของตนเองเกิดความกลัวและวิตกกังวล

2.2.2 อุดมคติแห่งตน (Self-idea) คือ บุคคลมีความมุ่งหวัง หรือจะทำให้เป็นพื้นฐานของบุคคลในการแสดงออกพฤติกรรม เพื่อเป้าหมายตามที่ตนเองหวัง ถ้าไม่ได้ตามเป้าหมายที่หวังไว้ มีการแสดงอาการทางพฤติกรรมต่อการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ ความรู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกตนเองสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ล้มหวังหรือหมดกำลังใจతోแท้

2.2.3 ศีลธรรม จรรยา และจิตวิญญาณแห่งตน (Moral-ethical-spiritual self) คือ มีความเชื่อด้านศีลธรรม จรรยา ศาสนา และค่านิยมของบุคคล จะต้องใช้การประเมินการกระทำของตน หรือสิ่งรอบตัวด้วยความถูกต้องหรือผิด ส่งผลต่อพฤติกรรมปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ คือ รู้สึกผิด ต่ำหนີหรือโทษตนเอง

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) หมายถึง การปรับตัวต่อพฤติกรรม การตอบสนองของบุคคลเพื่อความมั่นคงทางสังคม ในส่วนที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ตนเอง และดำรงอยู่สู่การปฏิบัติ หรือการกระทำที่แสดงออกที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม ทั้งที่กำหนด ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในองค์กร หรือหน่วยงาน ที่ได้กำหนดเป็นความรับผิดชอบ ของบุคคลที่ต้องดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ขององค์กร หรือที่ไม่ได้แสดงเป็นลายลักษณ์อักษร แต่เป็นความเข้าใจตรงกันของสังคมใดสังคมหนึ่ง บทบาทที่บุคคลครองอยู่แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ (Roy, 1991; สุธีกาญจน์ ไชยลาภ, 2565)

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทที่ต้องเป็นไปตามการเจริญเติบโตของบุคคล หรือการพัฒนาการแต่ละวัย เช่น บทบาทในวัยเรียน บทบาทในวัยทำงาน

บทบาทในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบทบาทที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ของชีวิต

3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวกับภาระหน้าที่ที่จะต้องกระทำทั้งหมดของบุคคลตามพัฒนาการ และในบทบาทปฐมภูมิ เช่น บุคคลมีบทบาทหน้าที่เป็นบิดาและสามี ในขณะที่เดียวกัน มีบทบาทหน้าที่ตามตำแหน่งในที่ทำงาน คือ เป็นครู เป็นต้น บทบาททุติยภูมิเป็นบทบาทหน้าที่คงที่ถาวร และมีความสำคัญต่อบุคคล เพราะบุคคลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิต เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทนี้ และเป็นการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ของบุคคลด้วย

3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทหน้าที่ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ที่บุคคลเลือกตามความสมัครใจ หรือเป็นบทบาทหน้าที่ที่ครองไว้ชั่วคราว ส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการทำงาน หรือบทบาทหน้าที่ในองค์กร ที่บุคคลเลือกจะแสดงบทบาท หรือยกเลิกบทบาทนั้นได้ เช่น การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเอง หรือการทำกิจกรรมบางอย่างที่เป็นงานอดิเรก บทบาทตติยภูมิที่เป็นบทบาทชั่วคราวที่ได้มาโดยธรรมชาติ เช่น บทบาทการเป็นผู้ป่วย เป็นต้น

การที่แสดงออกพฤติกรรมตามบทบาทของบุคคลมี 2 ประเภท คือ บุคคลกระทำพฤติกรรมตามบทบาทที่ได้ไปตามความคาดหวังของสังคม (Instrumental behavior) และ บุคคลกระทำพฤติกรรมแสดงออกตามความรู้สึก และเจตคติต่อบทบาทหน้าที่ดำรงอยู่ของตน (Expressive behavior) โดยการแสดงออกพฤติกรรมถึงการปรับตัวที่เหมาะสม ประกอบไปด้วยพฤติกรรมทั้ง 2 ส่วน ขึ้นอยู่สถานการณ์หากบุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมได้ จะมีปัญหาในการปรับตัว ดังนี้ (Roy, 1991; สุธีกาญจน์ ไชยลาภ, 2565)

1) การไม่สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective role transition) บุคคลมีภาวะต้องรับบทบาทใหม่ในชีวิต โดยที่บุคคลต้องแสดงพฤติกรรมถึงเจตคติที่ดีต่อบทบาทใหม่ แต่ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมการกระทำตามบทบาทใหม่ได้ เนื่องจาก ขาดความรู้ ขาดทักษะการฝึกหัด ขาดแบบอย่างในบทบาทนั้น

2) การห่างในบทบาท (Role distance) บุคคลแสดงภาวะพฤติกรรมการกระทำตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม แต่บางบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองได้

3) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) บุคคลไม่สามารถแสดงภาวะการกระทำตามบทบาท หรือแสดงความรู้สึกที่เหมาะสมกับบทบาทได้ มี 2 สาเหตุ คือ มีความขัดแย้งในบทบาทเดียวกัน เนื่องจากบุคคลหรือตนเอง คาดหวังต่อบทบาทนั้นไม่ตรงกันกับสังคมต้องการ (Intrarole conflict) มีความขัดแย้งในบทบาท เนื่องจากบุคคลมีความคาดหวังในบทบาทขัดแย้งกับอีกหนึ่งบทบาทของตนเอง (Interole conflict)

4) ความล้มเหลวในบทบาท (Role failure) บุคคลที่มีภาวะไม่สามารถแสดงบทบาทใด ๆ ของตนเองได้

4. การปรับตัวด้านพึ่งพาหะหว่างกัน (Interdependence mode) (Roy, 2008; สุธีกาญจน์ ไชยลาภ, 2565) หมายถึง การปรับตัวทางสังคมต่อพฤติกรรมการตอบสนองระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน ในด้านสัมพันธ์กัน โดยมุ่งประเด็นการปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้และการได้รับความรักความนับถือ การยกย่องซึ่งกันและกันอย่างเต็มที่ และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันของบุคคลที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกัน หรือบุคคลที่มีความหมายสำหรับบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือเพื่อน ซึ่งบุคคลสำคัญนี้อาจจะมีได้หลายคน โดยบุคคลนั้นเท่านั้นที่จะระบุได้ว่าใครเป็นบุคคลใกล้ชิดของเขา เพื่อให้บรรลุความรู้สึกมั่นคงในความสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งบุคคลสามารถปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน (Interdependence) ตามความสมดุลระหว่างการพึ่งพาตนเอง (Independence) ได้อย่างเหมาะสม และการพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) โดยต้องมีพฤติกรรมทั้งการเป็นผู้ให้ (contributive behaviors) และพฤติกรรมการเป็นผู้รับ (Receiving behaviors) ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้บุคคลดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

4.1 บุคคลที่มีความสำคัญ (Significant others) คือ เป็นบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิตของบุคคลนั้นมากที่สุด จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร เป็นต้น บุคคลมีความสัมพันธ์กับการให้ความรัก ความเคารพนับถือ และการยกย่องกันและกันมากกว่าความสัมพันธ์กับบุคคลกลุ่มอื่นในสังคมได้

4.2 ระบบสนับสนุน (Support systems) บุคคลอื่น ๆ ที่ประกอบด้วยกลุ่มคน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ทำให้บรรลุเป้าหมายการพึ่งพาหะหว่างกันของบุคคลมีระดับความสัมพันธ์น้อยกว่าบุคคลที่มีความสำคัญ ปัญหาที่เกิดจากการปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกันไม่เหมาะสม ได้แก่

- ความวิตกกังวลจากคนรักถูกแยกจากกัน (Separation anxiety) ความรู้สึกไม่สบายใจ ปวดร้าวที่ถูกแยกจากบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น คู่สามีภรรยาจำต้องแยกกันชั่วคราว เกิดความรู้สึกเซื่องซึมไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

- ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Loneliness) โดยบุคคลมีความรู้สึกแปลกแยก (Alienation) เป็นความรู้สึกห่างเหินหรือถูกแบ่งแยกตนเองจากบุคคลอื่น ทำให้ไม่เกิดความผูกพันต่อกัน มีการคาดหวังกับความสัมพันธ์ระหว่างตนกับบุคคลอื่น อาจจะไม่สอดคล้องกันทำให้เกิดความรู้สึกได้ความรักไม่เพียงพอ ไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แต่บุคคลจะมีความรู้สึกไม่ตอบสนองในเรื่องความต้องการความนับถือ หรือมีคุณค่าจากบุคคลอื่น เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวขึ้น

- ความก้าวร้าว (Aggression) เกิดจากการที่บุคคลพึ่งพาตนเอง (Independency) มากเกินไปทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้น (Aggressive behavior) บุคคลอาจจะต่อต้านผู้อื่นด้วยการแสดงออกทางกาย วาจา และมีการต่อต้านอย่างเจ็บ ๆ เช่น ไม่ร่วมมือในการรักษา หรือไม่ยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคล มีการวางตัวเหนืออำนาจเหนือผู้อื่น มีการแสดงวาจาหมิ่นประมาทผู้อื่นได้

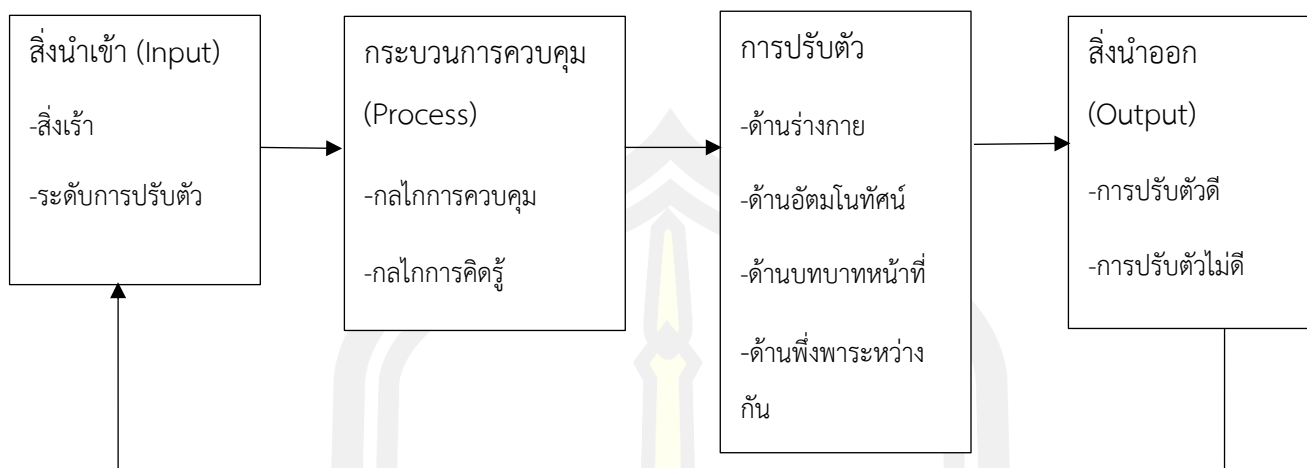
สรุปได้ว่า การปรับตัวตามแนวคิดของรอย บุคคลคือระบบเปิด มีสิ่งเร้าเข้ามากระทบ จะมีการใช้กระบวนการเผชิญปัญหา 2 กลไก คือ กลไกการควบคุม และกลไกการคิดรู้ เพื่อให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้ายบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ให้เกิดความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความสามารถในการปรับตัวแตกต่างกัน

ความสามารถของระบบการปรับตัว

ความสามารถของระบบการปรับตัว ตามแนวคิดของรอย แบ่งเป็น 2 ระบบ ดังนี้ (Roy, 1991)

1. การปรับตัวสำเร็จ (Adaptive response) เพื่อแสดงพฤติกรรมตอบสนองในด้านบวก คือ ผลลัพธ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งของบุคคล มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายของการปรับตัว คือ การมีชีวิตรอด (Survival) การเจริญเติบโต (Growth) การดำรงคงอยู่ของชีวิต เพื่อความก้าวหน้า และสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามที่ต้องการได้ (Mastery) ถ้าหากพิจารณาผลลัพธ์ของการปรับตัว พบว่าการปรับตัวสำเร็จหรือไม่ ต้องเปรียบเทียบกับเป้าหมายของการปรับตัวด้วย

2. การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective response) เพื่อแสดงพฤติกรรมที่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในรูปแบบที่ไม่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในระบบ ที่ไม่สามารถให้บุคคลบรรลุเป้าหมายของการปรับตัวอย่างหนึ่งอย่างใดได้ คือ ไม่ช่วยให้ชีวิตอยู่รอด มั่นคง ไม่มีการเจริญเติบโต ไม่ดำรงอยู่ ซึ่งสืบเผ่าพันธุ์ให้คงอยู่ ไม่มีความก้าวหน้า หรือไม่สามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเป็นไปตามความต้องการได้ใหม่เพิ่มเติม ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การแสดงการปรับตัวของบุคคล (Roy & Andrews, 1999)

จากทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1991) เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนเป็นสิ่งมีชีวิต มีระบบการปรับตัว เป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาทั้งภายในและภายนอก จึงทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง โดยใช้กลไกการปรับตัวที่ประกอบด้วย กลไกการควบคุม (Regulator mechanism) เป็นกลไกอัตโนมัติ มีส่วนในการปรับตัวทางด้านสรีระ และกลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism) เป็นการทำงานที่สัมพันธ์กับจิตใจและสังคม มาจากประสบการณ์ที่เกิดการเรียนรู้ เมื่อสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบ บุคคลผ่านกระบวนการรับรู้ข่าวสาร มีการเรียนรู้และตัดสินใจหาวิธีแก้ปัญหา ทำให้เกิดการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึงพาระหว่างกัน มีผลให้เกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (Adaptive response) หรืออาจเกิดพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective response) บุคคลจะปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ที่แสดงออกทางพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึงพาระหว่างกัน มีผลให้เกิดการปรับตัวไม่ดีและการปรับตัวดี

2.1.4 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

วัยทำงานมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศทั้งในปัจจุบันและในอนาคต วัยทำงาน เป็นผู้ดูแลประชากรกลุ่มต่าง ๆ และต้องแบกรับภาระหลายด้าน ในการดูแลกลุ่มวัยอื่น วัยทำงานต้องประกอบอาชีพ มีงานที่มีรายได้เพื่อเลี้ยงดูทั้งตนเองและบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ การที่วัยทำงานมีภาระและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรืออาจมีภาระหนี้สินเพิ่ม ปัญหาดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อวัยทำงาน ซึ่งอาจทำให้วัยทำงานเกิดความเครียด ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า การปรับตัวเกิดขึ้นตลอดเวลาแต่เมื่อวัยทำงานเป็นโรคซึมเศร้า ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งเร้าตรงที่กระทบวัยทำงาน ถ้าปรับตัวได้ดีจะสามารถดำรงชีวิตที่สมดุล

หากปรับตัวไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน กระทบถึงความรับผิดชอบในงานหรือประสิทธิภาพของงานลดลง ตามแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1991) เมื่อวัยทำงานเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า สามารถอธิบายการปรับตัวเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อร่างกายทำให้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำกิจวัตร ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงเกิดการปรับตัว เพื่อการรักษาสมดุลของร่างกาย (สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2558ก)

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่งผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ส่งผลทำให้มีความรู้สึกเป็นทุกข์ มีการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง มองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ ไม่รับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่รวมมือในการรักษา ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามองตนเองไร้ค่า ไร้พลัง เป็นภาระพึ่งพาครอบครัว ส่งผลต่อการไม่ยอมมีชีวิตอยู่หรือทำร้ายตนเองได้ (วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ, 2563)

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่การดำเนินชีวิต ทำให้มีความรู้สึกด้อยสมรรถภาพต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว ส่งผลต่อความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้าได้ จนทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติหรือบทบาทใหม่ได้ ต้องเปลี่ยนงาน การปรับตัวไม่ดีส่งผลให้บทบาทที่ได้รับมอบหมายหรือคาดหวังไม่สามารถคงไว้ได้ บุคคลจะรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ ล้มเหลวในบทบาทจนไม่สามารถดำรงบทบาทได้ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, และอภิญา เพียรพิจารณา, 2553)

4. การปรับตัวด้านพึงพาระหว่างกัน เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า แต่หากยังอายุน้อย มีสุขภาพที่แข็งแรงอยู่ ยังมีความกระฉับกระเฉง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้เกือบทุกด้าน ผู้ที่มีร่างกายและสุขภาพแข็งแรงยอมทำบทบาทหน้าที่ได้ดี ทำงานได้ มีรายได้ เป็นที่พึ่งให้แก่บุคคลในครอบครัวและผู้อื่น ต่างจากผู้สูงอายุที่สุขภาพเริ่มเสื่อมถอย มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุจึงมีการปรับตัวอย่างมากในการลดบทบาทลงและต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น (อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557)

2.1.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

การปรับตัวมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน การศึกษาผ่านมาพบว่า มีหลากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว สามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว เพศมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและปรับตัวด้านจิตใจ ดังนั้น เพศจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557; รพีพรรณ สารสมักร, 2565)

อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการปรับตัว ดังนั้น อายุจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557; ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ, 2552; ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, 2550; กัญจนนิชา เขียดไธสง และคณะ, 2558)

รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว รายได้ ไม่ว่าจะเป็นรายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้ เป็นตัวบ่งบอกที่สำคัญเกี่ยวกับสถานภาพเศรษฐกิจและสังคม และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินชีวิต การมีรายได้มากย่อมทำให้สามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข ดังนั้นรายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้ จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557; ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, 2550; รุ่งทิพย์ กาศักดิ์, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และยุพา จิวพัฒนกุล, 2558; อภिरดา สร้อยสน, 2553)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว การศึกษาช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจต่อสิ่งที่เรียนรู้ได้มากขึ้น มีการตัดสินใจที่ดี สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557; ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, 2550; รุ่งทิพย์ กาศักดิ์ และคณะ, 2558; รพีพรรณ สารสมักร, 2565)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัว หากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะเกิดกระบวนการในการปรับตัวเพื่อคงสมดุล และธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยเวลาในการปรับตัว หากเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานก็อาจส่งผลต่อการปรับตัวที่ดีหรือไม่ดีได้ ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (รพีพรรณ สารสมักร, 2565; นุชนารถ สุวรรณประทีป, 2558; อภिरดา สร้อยสน, 2553)

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทำให้สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ต้องมีกระบวนการในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก และเพื่อคงความสมดุลของชีวิตไว้ ดังนั้น การเจ็บโรคทางกายเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ, 2552; นุชนารถ สุวรรณประทีป, 2558; รพีพรรณ สารสมักร, 2565)

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่ลดลง ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ อารมณ์ มีการให้ความหมายในด้านลบ การใช้ความคิด สติปัญหาในการตัดสินใจ ความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ภาวะซึมเศร้านี้จัดเป็นสิ่งเร้าตรง ระดับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นที่อาจจะไปรบกวนการแก้ปัญหา ซึ่งบุคคลเผชิญอยู่ผ่านกระบวนการปรับตัว (Control process) ตามกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ผลลัพธ์ของการปรับตัว คือการแสดงออกพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน หากมีการปรับตัวที่ดีหรือมีประสิทธิภาพก็สามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ทำบทบาทและหน้าที่ของตนได้ดี ในทางตรงข้ามหากมีการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้ดี และยังส่งผลกระทบต่อการทำบทบาทและหน้าที่ไม่ดีด้วย (Roy, 1991) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557; วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ, 2563)

สรุปได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำสิ่งเร้าร่วม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติโรคทางกาย และสิ่งเร้าตรง คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

2.2 แนวคิดโรคซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออธิบายแนวคิดโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบไปด้วย ความหมายของโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ทฤษฎีการเกิดโรคซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปรับตัว

2.2.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่ส่งผลกับผู้ป่วยทั้งอาการของโรค ความบกพร่องการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมาย อารมณ์เศร้า ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล (2558ก) ให้ความหมาย อารมณ์เศร้า (Depressive mood) คือ สภาวะอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว สามารถเกิดกับคนทั่วไปทุกเพศทุกวัย ที่ต้องเผชิญกับการสูญเสีย ผิดหวัง หรืออึดอัดทุกข์ทรมาน ในภาษาอังกฤษใช้คือ sad, blue, upset, despair

และ disappointed ในคนไทยใช้คำว่า หดหู่ ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ เซ็ง เบื่อ จิตใจท้อ ใจถอย ออกอึ้ง หงอยซึม บ่เป็นตาอยู่ บ่สนใจหยิ่ง บ่ม่วนชื่น มีอาการแสดงคือ นั่งลึ้ม คิดลึ้ม บ่สนใจผู้ใด ท้อใจ หมดหวัง

กรมสุขภาพจิต (2554) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า (Depression) ว่า มีอารมณ์เศร้า ที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น มีความสนใจหรือความเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก มีน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ทำอะไรช้าลง หรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข รู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง ยังมีความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด มากเกินควร มีสมาธิหรือความคิดลดลง คิดถึงเรื่องการตายซ้ำ ๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผน มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 อาการ เกิดขึ้นแทบทุกวัน เป็นเกือบทุกวัน ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ และทำให้เสียหน้าที่การงานการสังคม

สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล (2558ก) ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้า คือ การที่บุคคลมี ภาวะจิตวิญญาณตกต่ำลง เพราะทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ในปัจจุบันภาวะซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับ ปฏิกริยาทางอารมณ์ต่อการสูญเสียทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipatory grief) และความเสียใจความผิดหวังที่เกิดจากการไม่สมหวัง หรือจากการเปลี่ยนแปลงของโชคชะตาที่ก่อให้เกิด ความสับสนในชีวิต

Beck (1967) ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นอาการตอบสนองของบุคคล ต่อจิตใจทำให้เกิดภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง มีการแสดงออกในรูปของความ เบี่ยงเบนอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ ส่วนทางด้านร่างกาย และพฤติกรรมมีการแสดงออกที่ ผิดปกติไปจากเดิม แต่ละด้านมีลักษณะสำคัญ เช่น ทางด้านอารมณ์ ได้แก่ เศร้า หดหู่ เสียใจ สิ้นหวัง อ้างว้าง เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ อยากตาย และ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่าง ๆ ร้องไห้ ส่วนด้าน ความคิดและการรับรู้ได้แก่ มีอัตมโนทัศน์ในด้านลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต มีความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ พฤติกรรมถดถอย มีความคิดพึ่งพาผู้อื่น ความคิดช้า สูญเสียแรงขับทางเพศ และทางด้านร่างกาย การแสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนี เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป นอนไม่หลับ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เชื่องช้าลง

दारारวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2556) ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้าที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในทางจิต สรีระ แบ่งเป็น ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง อาการและอาการแสดงจะเริ่มส่งผลกระทบต่อบุคคลได้มากกว่า อารมณ์เศร้าปกติ ทำให้มีความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และ กิจกรรมต่าง ๆ

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2556) ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยเพลีย หดหู่ใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ และทำร้ายตนเองในที่สุด

วาทีณี สุขมาก (2556) ให้ความหมายโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder/ Major Depressive episode) ว่าเป็นอาการซึมเศร้าต่อเนื่องและมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ขาดสมาธิ รู้สึกผิด

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่า หรือ หงุดหงิด ร่วมกับมีอาการทางกาย หรือการเปลี่ยนแปลงของความคิดส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล (2558ก) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง เป็นความผิดปกติด้านอารมณ์ หรือภาวะด้านอารมณ์ เช่น ความเศร้าหมอง หม่นหมองใจ หดหู่ เชื่องซึม ท้อแท้ใจ เป็นต้น ด้านร่างกายที่ผิดปกติ ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ทางเพศลดลง ยังแสดงออกด้านพฤติกรรม แยกตัว การทำกิจวัตรประจำวันลดลง คิดซ้ำ ตอบซ้ำ ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองในแง่ลบ ไม่ภูมิใจในตนเอง มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรม และการสูญเสียความรู้สึกได้

มานิช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิตา ลีสุวรรณ (2559) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย เป็นติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด บางรายอาจนอนมากขึ้น หรือกินจุขึ้น อ่อนเพลีย พุดน้อยลง เคลื่อนไหวช้าลงกว่าปกติ สมาธิความจำสั้นลง หลงลืมง่ายขึ้น มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

สายฝน เอกวารงกูร และอุจน์จิตร คุณารักษ์ (2561) ให้ความหมายโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder/ Major Depressive episode) มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำและมีอาการแสดงที่เด่นชัดที่สุด เกิดร่วมกับอาการอื่น ได้แก่ สิ้นหวัง สิ้นพลัง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไร้อารมณ์ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป อาจจะมีหลุดออกจากโลกความเป็นจริง (out of reality) ได้แก่ ประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) การรับรู้สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าผิด (illusion) การรู้จักตนเองลดลงหรือหายไป (poor insight) ความสามารถในการคิดตัดสินใจลดลง (poor judgment) อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นเป็นครั้ง ๆ แล้วหายไป แต่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อย ๆ มีผลรบกวนการทำงานและดำเนินชีวิต

กรมสุขภาพจิต (2562) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง โรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ไม่ใช่แค่ความเศร้าเสียใจธรรมดาที่เป็นอยู่ในระยะสั้น ๆ แล้วดีขึ้น แต่ความรู้สึกเศร้ามีความรุนแรงและเนิ่นนานมากกว่า 2 สัปดาห์ ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาทางการแพทย์ ก็ไม่สามารถหายจากโรคนี้ได้

สรุปได้ว่า อารมณ์ซึมเศร้า จากสภาวะทางอารมณ์ ที่เกิดขึ้นครั้งคราว มีความผิดหวัง สูญเสีย หรือทุกข์ทรมาน ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์เศร้าพบได้ปกติและผิดปกติ แต่สามารถประเมินด้วยแบบสอบถามทางจิตวิทยาและบอกระดับความรุนแรงได้ โรคซึมเศร้าเป็นโรคชนิดหนึ่งที่มีสาเหตุทาง การแพทย์ มีอาการซึมเศร้าและบกพร่องทางด้านหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ต้องได้รับการรักษา ด้วยยาและบำบัดทางจิตสังคม อาการถึงจะดีขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

2.2.2 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

1. อารมณ์เศร้า (Depressed mood) โดยส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเกือบทุกวัน ผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกความรู้สึกนี้ด้วยตนเอง (เช่น ฉันรู้สึกเศร้าหรือรู้สึกอ้างว้าง) หรือเป็นอาการที่ บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ (เช่นสังเกตเห็นว่าพนักผู้ป่วยร้องไห้บ่อยมาก) เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึก ไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือจิตใจเศร้าหมอง เป็นต้น ถ้ามีอาการมากจะส่งผลต่ออารมณ์เศร้าที่มีอยู่ เกือบตลอดเวลา ส่วนมากจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้าของวัน และจะมีอาการดีขึ้นในตอนเย็น หรือค่ำของวัน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เศร้าตามเวลาเช่นนี้ อาจเกิดอารมณ์เศร้าเป็นอาการทาง ลบที่เกิดขึ้นได้ง่าย มีความไวกับสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ในชีวิต ถ้าเกิดต่อเนื่องยากต่อการปรับตัว บ่งบอกถึงความสำคัญของโรคซึมเศร้าได้

2. ความสนใจใฝ่ดีและความรู้สึกดีใจสนุกสนานลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือ เกือบทุกกิจกรรม (Loss of Interest or pleasure, anhedonia) อาการส่วนใหญ่ของแต่ละวันเป็น เกือบทุกวัน โดยผู้ป่วยเป็นผู้บอกอาการนี้ด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ (ความสนใจ ใฝ่ดีและมีความสนุกสนานเป็นอารมณ์ทางบวกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะหายไป)

อาการร่วม 7 อาการ ประกอบด้วย (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558ก)

1. น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการตั้งใจลด หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ น้ำหนัก เปลี่ยนแปลงนั้นต้องมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน อาการในข้อนี้อาจจะ เป็นอาการความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นก็ได้โดยเกือบทุกวัน

2. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปทุกวัน

3. จิตใจและการเคลื่อนไหว (Psychomotor) กระสับกระส่าย (Agitation) หรือ เชื่องช้า(Retardation) โดยเป็นเกือบทุกวัน บุคคลอื่นจะสังเกตเห็นได้ด้วยมิใช่เพียงแต่ผู้ป่วยรู้สึก ว่าตนเองกระสับกระส่ายหรือทำอะไรช้าลงเท่านั้น

4. อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง (Loss of energy) โดยเป็นเกือบทุกวัน

5. รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (Worthlessness) หรือรู้สึกผิดที่ตนเองผิด (Guilt) อย่างมาก หรือรู้สึกผิดที่ตนเองผิดทั้งที่ไม่สมควรจะต้องรู้สึกอย่างนั้น (Inappropriate guilt) ซึ่งอาจจะรุนแรงถึง ขั้นหลงผิดก็ได้โดยเกือบทุกวันอาการในข้อนี้จะต้องไม่ใช่เพียงการตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดที่ตนเอง ป่วยเท่านั้น

6. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิ (Concentration) ลดลงหรือไม่สามารถ
 ตัดสินใจ โดยเป็นเกือบทุกวัน ผู้ป่วยเป็นผู้บอกอาการนี้ด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นสังเกตพบอาการนี้ได้

7. มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความตายแต่ไม่ใช่เป็นเพียงอาการกลัวตายเท่านั้น
 อาจจะเป็นความคิดวนเวียนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยไม่มีแผนการที่เฉพาะ หรือมีการพยายามจะฆ่าตัว
 ตาย หรือมีการวางแผนการอย่างเจาะจงเพื่อให้การฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดต้องมี 5 อาการโดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 1 ข้อ
 ในอาการหลัก อาการไม่สบายนี้จะต้องเป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD- 10 ประกอบด้วยอาการหลัก มี 3 อาการ
 (สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558ก) อธิบายได้ดังนี้

1. อารมณ์เศร้า (Depressed mood) โดยส่วนใหญ่ของแต่ละวัน และเกือบ
 ทุกวันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

2. ความสนใจใฝ่ดีและความรู้สึกดีใจสนุกสนานลดลงอย่างมากในทุก
 กิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม (Loss of Interest or pleasure, Anhedonia) อาการส่วนใหญ่ของ
 แต่ละวันเป็นเกือบทุกวัน

3. อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง (Loss of energy) โดยเป็นเกือบทุกวัน
 อาการร่วม มีอยู่ 7 อาการประกอบด้วย

1. ความมั่นใจลดลง
2. โทษตัวเองอย่างไม่มีเหตุผลสมควรหรือรู้สึกผิดมากเกินไป
3. มีความคิดเรื่องความตาย การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย
4. สมาธิ (Concentrate) ลดลงหรือไม่สามารถตัดสินใจได้
5. จิตใจและการเคลื่อนไหว (Psychomotor) กระสับกระส่าย (Agitation)
6. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปเกือบทุกวัน
7. ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นก็ได้โดยเป็นเกือบทุกวัน

อาการทางกาย มีอยู่ 8 อาการ ประกอบด้วย

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

8. ความต้องการทางเพศลดลง

ผู้ป่วยมีอย่างน้อยที่สุด 4 อาการ โดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 2 ข้อในอาการหลัก อาการไม่สบายนี้ ต้องเป็นมานานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ สามารถแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558ก) ดังนี้

- ระดับเล็กน้อย (Mild depressive episode) ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 4 อาการ โดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 2 ข้อในอาการหลัก

- ระดับปานกลาง (Moderate depressive episode) ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 6 อาการ โดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการ 2 ข้อในอาการหลัก

- ระดับรุนแรง (Severe depressive episode) ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมี 8 อาการ โดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีอาการอาการ ประกอบทั้ง 3 ข้อของอาการหลัก

2.2.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ในปัจจุบัน สามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคระบบใดระบบหนึ่ง จาก 2 ระบบคือ ระบบ ICD (International Classification of Diseases and Health related Problems) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) เกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองระบบในปัจจุบันพัฒนาจนเกณฑ์การวินิจฉัยใกล้เคียงกันมากคือ ICD-10 และ DSM-5-TR ดังนี้ (Beck, 1967; Videbeck & Miller, 2020; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2564; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558ข)

การวินิจฉัย Major Depressive episode ตามเกณฑ์ของ DSM-5-TR ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้

A. มีอาการที่กล่าวมาต่อไปนี้ 5 ใน 9 ข้อ หรือมากกว่า อาการทั้งหมดที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นระยะเวลาเดียวกันนาน 2 สัปดาห์ติดต่อกัน จะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปอาการที่เป็น 5 ข้อหรือมากกว่าดังกล่าวแล้วอย่างน้อยที่สุด 1 ข้อ จะต้องเป็นอาการอารมณ์เศร้า (depressed mood) หรือขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมที่เคยชอบปฏิบัติ (loss of interest) หรือไม่ยินดี ดีใจ ไม่ร่าเริงสนุกสนานใด ๆ (loss of pleasure) ก็ได้ ทั้งนี้จะต้องไม่นับอาการที่เกิดขึ้นจากโรคทางกายและอาการที่เกิดจากการหลงผิดที่ไม่สอดคล้องกับสภาพอารมณ์ (mood-incongruent delusion) หรือ ประสาทหลอนที่ไม่เข้ากับสภาพอารมณ์ (mood-incongruent hallucination)

อาการต่าง ๆ ที่นับรวมกันเพื่อเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยมีดังต่อไปนี้

1. อารมณ์เศร้าโดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวัน และเกือบทุกวัน โดยผู้ป่วยจะบอกความรู้สึกนี้ด้วยตนเอง (เช่นฉันรู้สึกเศร้าหรือรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวอ้างว้าง) หรือบุคคลอื่นสังเกตพบ

(เช่น สังเกตพบว่าพนักนี้ผู้ป่วยร้องไห้บ่อยมาก หงอยเหงาเศร้าซึม) ก็ได้ ถ้าเป็นผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่น อาการในข้อนี้อาจจะเป็นเพียงอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายก็ได้

2. ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมที่เคยชอบปฏิบัติ และความรู้สึกยินดี ตีใจ ร่าเริงสนุกสนานลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม อาการส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่บอกอาการนี้ด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นสังเกตพบอาการนี้ก็ได้

3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจจะลดน้ำหนัก หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงนั้นต้องมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในระยะเวลา 1 เดือน อาการในข้อนี้อาจจะเป็นอาการความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นก็ได้ โดยเกือบทุกวัน ในผู้ป่วยเด็กอาจจะเป็นน้ำหนักตัวไม่เพิ่มตามวัยหรือตามที่คาดว่าจะต้องเพิ่ม

4. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปเกือบทุกวัน

5. การเคลื่อนไหวตามการควบคุมของจิตใจ (Psychomotor activity) มากขึ้นหรือน้อยลงกว่าปกติ เช่น ภาวะกระสับกระส่าย (Agitation) หรือเชื่องช้า (Retardation) โดยเป็นเกือบทุกวัน บุคคลอื่นจะสังเกตอาการนี้ได้ด้วยมิใช่ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองกระสับกระส่ายหรือทำอะไรเชื่องช้าลงเท่านั้น

6. อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง (Fatigue or loss of energy) โดยเป็นเกือบทุกวัน

7. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (Worthlessness) หรือรู้สึกผิดที่ตนเองผิด (Guilt) อย่างมาก หรือรู้สึกผิดที่ตนเองผิดทั้งที่ไม่สมควรจะต้องรู้สึกอย่างนั้น (Inappropriate guilt) หรือตำหนิหรือโทษตัวเอง (Self-blame) ซึ่งอาจจะรุนแรงถึงขั้นหลงผิดก็ได้ โดยเกือบทุกวันอาการในข้อนี้จะต้องไม่ใช่เพียงการตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดที่ตนเองป่วยเท่านั้น

8. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง (Poor concentration) หรือตัดสินใจลำบากแม้แต่เรื่องง่าย ๆ (Indecisiveness) โดยเป็นเกือบทุกวัน ผู้ป่วยเป็นผู้บอกอาการนี้ด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นสังเกตพบอาการนี้ได้

9. มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความตาย อาจจะเป็นความคิดวนเวียนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยไม่มีแผนการที่เฉพาะ หรือมีการพยายามจะฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนการอย่างเจาะจง เพื่อให้การฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ไม่ใช่เป็นเพียงอาการกลัวตายเท่านั้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2564)

B. อาการต่าง ๆ จะไม่ต้องเข้าเกณฑ์วินิจฉัย mixed episode

C. อาการต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกหรือกระทบกระเทือนต่อหน้าที่ทางสังคม ทางอาชีพหรือหน้าที่ด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ

D. อาการต่าง ๆ ไม่ได้เกิดจากฤทธิ์โดยตรงทางสรีรวิทยาของสาร (เช่น ยาและสารเสพติดบางชนิด)

E. อาการต่าง ๆ ไม่ได้เกิดจากความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากการตายของคนที่คุณเองรัก (bereavement) ภาวะความเศร้าโศกเศร้าแบบนี้จะต้องหายไปภายใน 2 เดือน หรืออาการต่าง ๆ มีความรุนแรงมากจนกระทบกระเทือนการทำหน้าที่ หรือผู้ป่วยมีอาการหมกหมุ่นจนถึงเป็นพยาธิสภาพ โดยการหมกหมุ่นว่ารู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า หมกหมุ่นเกี่ยวกับความคิดจะฆ่าตัวตาย หรือมีอาการของโรคจิต หรือมีอาการทั้งจิตใจ และเคลื่อนไหวเชิงช้าไปหมด (psychomotor retardation) เช่นนี้จะ เป็น major depressive episode

การวินิจฉัย Major Depressive episode ตามเกณฑ์ของ ICD-10 รหัสโรค F 32
(สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558ข)

การวินิจฉัย Depressive episode ตามเกณฑ์ของ ICD- 10 ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ก. ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์เศร้า สูญเสียความสนใจและสูญเสียความรู้สึกเพลิดเพลินสนุกสนาน ผู้ป่วยรู้สึกว่าพลังกำลังกายลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยรู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก

ข. อาการอื่น ๆ ที่ร่วมในขณะอารมณ์เศร้าได้แก่

- a) สมาธิและความใส่ใจลดลง
- b) ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง
- c) มีความคิดว่าตนเองผิดและมีความคิดว่าตนเองไม่มีค่าอาการนี้เกิดขึ้นได้ แม้อารมณ์เศร้าจะไม่รุนแรง
- d) รู้สึกเหงาและมองอนาคตในแง่ร้ายหรือสิ่งเลวร้ายในชีวิต
- e) มีความคิดหรือมีการกระทำที่เป็นการทำร้ายตนเองหรือเป็นการฆ่าตัวตาย
- f) มีการนอนที่ผิดปกติ
- g) มีอาการไม่เจริญอาหาร

ระยะเวลาที่เศร้าจนสามารถวินิจฉัยเป็น Depressive episode นั้นผู้ป่วยจะต้องเศร้านานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ แต่ระยะอาจจะน้อยกว่านี้ได้ถ้าเป็นอารมณ์เศร้าที่รุนแรงและเป็นเร็ว

ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าอาจมีอาการ somatic symptoms (อาจจะเรียกว่า melan-cholic symptoms หรือ vital symptoms หรือ endogenomorphic symptoms ก็ได้) ดังต่อไปนี้ (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558ข)

1. ไม่สนใจใยดีหรือรู้สึกไม่ยินดีไม่ดีใจไม่สนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข
2. ไม่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข
3. ตื่นเช้ามากกว่าปกติ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่านี้

4. สภาพอารมณ์เศร้าทรุดลงในตอนเช้า
5. จิตใจและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation) หรือจิตใจและการเคลื่อนไหวระส่ำระสาย (psychomotor agitation) อาการในข้อนี้จะต้องเป็นอาการที่สังเกตได้ (objective)
6. ไม่เจริญอาหารอย่างรุนแรง
7. น้ำหนักลดลงร้อยละ 5 หรือมากกว่านี้ในรอบเดือนที่ผ่านมา
8. ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก

จะต้องมีอาการข้างต้นอย่างน้อย 4 ใน 8 อาการจึงจะวินิจฉัยว่ามี somatic symptoms ได้

การแบ่งชนิดของ depressive episode ตามความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของ ICD-10 นั้นจะต้องอาศัยเกณฑ์ต่อไปนี้ในการแบ่ง คือจำนวนอาการ ชนิดของอาการ และความรุนแรงของแต่ละอาการ ผลกระทบต่อการทำหน้าที่อาชีพและสังคม อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมดูจะไม่ตรงไปตรงมานัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรม

เมื่อแบ่ง Depressive episode ตามความรุนแรงของ ICD-10 อาจแบ่งได้ดังนี้ (Videbeck & Miller, 2020; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558ข)

การวินิจฉัย Mild depressive episode ตามเกณฑ์ของ ICD-10 รหัสโรค F32.0 ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยมีอาการตามแบบฉบับของอาการซึมเศร้าคือมีอาการเศร้า สูญเสียความสนใจและความเพลินเพลินสนุกสนานรู้สึกอ่อนเพลียเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะต้องมีอาการข้างต้นนี้อย่างน้อยที่สุด 2 อาการโดยอาการทั้ง 2 ชนิดนั้นจะต้องเป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ

2. มีอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการเศร้า อาการเหล่านี้ได้บรรยายไว้ในเกณฑ์วินิจฉัย depressive episode ตามเกณฑ์ของ ICD-10 แล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการในข้อ ข. นี้อย่างน้อยที่สุด 2 อาการโดยอาการที่ว่าจะต้องเป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ

3. อาการตามข้อที่ 1. และ ข้อที่ 2. ไม่ต้องรุนแรงแต่เป็นอย่างน้อย 2 สัปดาห์

ข้อสังเกตคือ ผู้ป่วย Mild depressive episode มักรู้สึกทุกข์ทรมานใจกับอาการที่เป็นและรู้สึกสิ้นใจบ้างเมื่อต้องปฏิบัติหน้าที่การงานและสังคมตามปกติแต่ก็มักจะไม่หยุดปฏิบัติหน้าที่โดยสิ้นเชิง

คำระบุให้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นว่าไม่มี อาการ somatic symptoms ร่วมด้วย จะหมายความว่าผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย Mild depressive episode และมี somatic

symptoms รวมด้วย 4 อาการหรือมากกว่าหรือถ้ามี somatic symptoms เพียง 2 หรือ 3 อาการ แต่ว่าแต่ละอาการมีความรุนแรงมาก ๆ เช่นนี้สามารถวินิจฉัยว่ามี somatic symptoms รวมด้วยได้

การวินิจฉัย Moderate depressive episode ตามเกณฑ์ของ ICD-10 รหัสโรค F32.1 ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2558ข)

1. ผู้ป่วยมีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์เศร้าตามที่กล่าวไว้ใน mild depressive episode อย่างน้อยที่สุด 2 อาการ

2. มีอาการอื่น ๆ ที่เกิดร่วมกับอารมณ์ เศร้า อาการเหล่านี้ได้กล่าวไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัย depressive episode ตามเกณฑ์ของ ICD-10 ผู้ป่วยจะต้องมีอาการในข้อ ข. น้อยอย่างน้อยที่สุด 3 อาการ (โดยมากมักจะมี 4 อาการ) หลายอาการจะมีความรุนแรงแต่สิ่งนี้ไม่ใช่เงื่อนไขที่จำเป็น ถ้าผู้ป่วยมีอาการในข้อนี้หลายๆ อาการ

3. อาการตามข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ต้องเป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์

ข้อสังเกตคือผู้ป่วย moderate depressive episode มักจะรู้สึกที่ตนเองต้องฝืนใจพอสมควรในการทำหน้าที่ทางการทำงาน การสังคมและในการทำงานบ้านให้เป็นไปตามปกติคำที่ระบุให้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นว่ามีอาการ somatic symptoms รวมด้วยจะหมายความว่าผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย moderate depressive episode และมีอาการ somatic symptoms รวมด้วย 4 อาการหรือมากกว่านี้หรือถ้ามี somatic symptom เพียง 2 หรือ 3 อาการแต่ละอาการจะต้องมีความรุนแรงมาก

สรุปได้ว่า เกณฑ์การวินิจฉัย depressive episode ตามเกณฑ์ของ ICD-10 รหัสโรค F32.0, 32.1 คือ Mild depressive episode และ moderate depressive episode ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และมีอาการเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

2.2.4 ทฤษฎีการเกิดโรคซึมเศร้า

มีหลายทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยทฤษฎี 3 กลุ่ม คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคม ดังต่อไปนี้ (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.ทฤษฎีทางชีววิทยา

1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า มีระบบการทำงานของสารชีวเคมีในสมอง เปลี่ยนแปลงไปจากปกติกับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมองกลุ่มแคททีโคลามีน (Catecholamines) ได้แก่ นอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) โดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) โดยเฉพาะนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) สาเหตุการลดของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีคอลเอมีนนั้น อาจจะเนื่องมาจากพันธุกรรม องค์กรประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ

นอร์อิพิเนพรีน (Norepinephrine) มีการแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับ หรือถูกเผาผลาญไปก่อน โดยสารกลุ่มนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น สำหรับฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ โดยฮอร์โมนนี้จะหลั่งออกมาเมื่อมีภาวะเครียด อธิบายได้ว่าโรคซึมเศร้า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมองคือ สารอะซิติลโคลีน สารซีโรโทนิน สารนอร์อิพิเนพรีน โดปามีนลดลง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของอารมณ์ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวจะเสียสมดุล ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป และยาต้านเศร้า ส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทเหล่านี้ มีผลทำให้ระดับสารสื่อประสาทในสมองเกิดความสมดุลสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดี การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter factor) สารสื่อประสาทที่สำคัญในกลุ่มสารสื่อประสาทโมโนเอมีน (Monoamine neurotransmitters) 3 ตัว คือ 5 เฮสที (5-hydroxytryptamine : 5HT) นอร์อะดรีนาลีน (Noradrenalin) และโดปามีน (Dopamine) ผลการศึกษาพบว่า ถ้าสารสื่อประสาทชื่อ 5 เฮสที (5HT) ซีนอร์อะดรีนาลีน (Noradrenalin) ในสมองมีการทำหน้าที่ หรือปริมาณลดลง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดซึมเศร้า เช่นเดียวกับสารสื่อประสาท ผู้ป่วยซึมเศร้ามีนอร์อิพิเนพรีน (Norepinephrine) ซีโรโทนิน (Serotonin) ต่ำลง (สุกัญญา ศิรินันทศักดิ์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

1.2 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ และฮอร์โมน โดยมีการทำงานของไฮโปทาลามัส พิทูอิทารี อซิส (Hypothalamic Pituitary axis: HPA axis) มีการทำงานมากขึ้นกว่าปกติ มีการปรับ glucocorticoid ที่อยู่ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อสารสื่อประสาท serotonin, noradrenalin, dopamine ลดลงตามมา ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ เกิดการความผิดปกติของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) และในสมองส่วนลิมบิก (limbic system) ทำให้พยาธิสภาพในสมอง มีการลดจำนวนและความหนาแน่นของ เซลล์เกลีย (glial cells) และเซลล์ประสาท รวมถึง dendritic arborization การลดลงของ synaptic connectivity บริเวณสมองส่วนหน้า พบได้ที่ dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC), anterior cingulate cortex (ACC), ventral striatum ส่วนมากพบบริเวณ nucleus accubens (NAc) และในส่วน hippocampus ส่งผลให้เซลล์ในสมองส่วนนี้ฝ่อ หรือตายลง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) และมีการทำงานลดลง ในส่วน hypothalamus pituitary adrenal axis (HPA) กลับมีการทำงานเพิ่มมากขึ้นผิดปกติความไม่สมดุลของการทำงานในสมอง ทำให้เกิดอาการ และการแสดงอาการของโรคซึมเศร้า

1.3 ทฤษฎียีน หรือพันธุกรรม (Genetic theory) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม มีการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เช่น โรคซึมเศร้าชนิด 2 ขั้ว (Manic-depressive psychosis) เป็นโรคทำให้เกิดความสุข และอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรง เกิดสลับกันได้ และมีการศึกษาพบว่า ถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน ต้องมีแฝดอีกคน

หนึ่งที่จะเกิดเป็นโรคซึมเศร้า และมีโอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้สูงถึงร้อยละ 50 แต่ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบ จะมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 20 (Dubovsky & Dubovsky, 2004) การที่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียืนที่คล้ายกัน จึงพบอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น จึงแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า โดยในครอบครัวที่เกิดเป็นโรคซึมเศร้า บุคคลในครอบครัว จะมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2.8 เท่า แต่การถ่ายทอดทางพันธุกรรมพบได้ประมาณ 50 % (Stahl, 2000) ดังนั้น ถ้าพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าลูกก็ไม่ได้เป็นกันทุกคน ยังมีสาเหตุ และปัจจัยอื่น ๆ ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ นอกจากนี้พันธุกรรมยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกรณีของอาการซึมเศร่ากลับเป็นซ้ำ (recurrent depression) จากการศึกษาในลูกของพ่อ หรือแม่ที่เป็นโรคความผิดปกติไบโพลาร์ I (Bipolar I disorder) พบว่ามีความเสี่ยง 2-10 เท่าที่จะเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder: MDD) (พิชัย อธิฐสกุล และศิริชัย หงส์สงวนศรี, 2558) แต่ถ้าบิดา หรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2.8 เท่า แต่ถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 3 เท่า (โพรยทิพย์ สันตะพันธ์, ศิริณูพร บุสหงษ์ และเชาวลิต ศรีเสริม, 2562)

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories of depression) ประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีทางด้านความคิด ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) โดย Freud (1957) เชื่อว่า เกิดจากปัจจัยภายในจิตใจ หรือพลวัตทางจิต สาเหตุของอาการซึมเศร้า เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflicts) โดยมีแรงขับที่จิตไร้สำนึก และประสบการณ์ในอดีต (ยูพาพัคตร์ รักมณีวงศ์, 2556) และโรคซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่งพา ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดหลังการเจ็บป่วยล้มเหลว หรือโดดเดี่ยว โดยทฤษฎีนี้ให้ความสนใจองค์ประกอบ ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต การแสดงออกผลต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เป็นเหตุแห่งความไม่สมหวังในชีวิต (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์มนุษย์เกิดได้จากประสบการณ์ตั้งแต่เด็กในเชิงลบ ก่อให้เกิดกลไกในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมจนไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาต่อมา ได้แก่ อารมณ์ตำหนิตนเอง (Self-blame) อารมณ์โกรธ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ตฤติลา จำปาวัลย์, 2560)

2.2 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) โดย Beck (1967) เป็นผู้พัฒนาทฤษฎีปัญญานิยม มีแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ภาวะซึมเศร้า เกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ 1) ผู้มีภาวะซึมเศร้า มีจิตใจพื้นฐานที่ส่งผลมาจากประสบการณ์วัยเด็ก ที่ทำให้เกิดความคิดในด้านลบ 2) การที่บุคคลคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง มีผลทำให้เกิดความผิดพลาดในกระบวนการคิด โดยกระบวนการคิดด้านลบจะแสดงออกมาเมื่อถูกกระตุ้นจากความเครียด

มีการเชื่อมโยงองค์ประกอบด้านความคิด 3 ด้าน คือ 1) ด้านความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) หมายถึง บุคคลมีความคิดต่อตนเองในด้านลบ (negative view of self) มีความคิดด้านลบต่อเหตุการณ์ที่เจอ (negative view of ongoing experiences) และมีความคิดอนาคตข้างหน้าเป็นลบ (negative view of the future) 2) โครงสร้างความคิด (schema) หมายถึง บุคคลมีการประเมินค่า และให้ความหมายเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีลักษณะเฉพาะตัว ในรูปแบบของความคิดที่ซับซ้อน จะถูกสร้างจากประสบการณ์ในวัยเด็ก โดยขึ้นอยู่กับการเล่นดู และได้รับการดูแลเอาใจใส่มีการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด โดยโครงสร้างความคิด มีทั้งปกติ (adaptive) หรือการบิดเบือน (maladaptive) ในทางบวก และทางลบ ในบุคคลภาวะซึมเศร้าจะมีการสูญเสียสมดุลโครงสร้างทางความคิด ก่อให้เกิดโครงสร้างความคิดบิดเบือนในทางลบ 3) โครงสร้างความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) ทำให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดบิดเบือนไม่ตรงกับความจริงได้ และส่งผลต่อความผิดปกติในกระบวนการใช้เหตุผล (ตฎิลา จำปาวัลย์, 2560)

2.3 ทฤษฎีด้านความคิดและการรับรู้ (Cognitive Theory) ทฤษฎีอธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการมีแนวความคิด และการรับรู้ในทางลบของตนเอง ในอดีตและอนาคต Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความคิด ทักษะคติเกี่ยวกับตนเอง และสังคม มาจากการได้รับการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กโดยแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองทางลบ เช่น ความรู้สึกมีปมด้อย รู้สึกไร้ค่า ไม่มั่นคง และจะตีความเรื่องต่าง ๆ ในลักษณะของความพ่ายแพ้ นอนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ ดังกล่าวเป็นความเจ็บปวด และคับข้องใจเป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกผิดและไร้ค่า ซึ่งการตีความที่บิดเบือนจากความเป็นจริงนั้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม

โรคซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม มีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดความเครียดในแต่ละช่วงวัยของชีวิต (stressful life events) บางเหตุการณ์ก่อให้เกิดความสะเทือนใจ (traumatic events) ปัญหาความรัก การสูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การเรียน การเงิน การปรับตัวกับเพื่อน ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ลักษณะปัญหาในที่ทำงาน การเจ็บป่วย ประสบความสำเร็จในชีวิต ถูกตีตราจากสังคม (Social Stigma) ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น การคุกคามสถานะสมมูลแห่งชีวิตของบุคคลและทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (Escalona, Tupler, Saur, Krishnan, & Davidson, 1997; สุธิกาญจน์ ไชยลาภ, 2565) มีการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าผู้ชายและผู้หญิงนั้น มีการอบรมสั่งสอนปลูกฝังตามค่านิยม ความคาดหวังของสังคมที่มีบทบาทหน้าที่ต่างกัน โดยคาดหวังว่าผู้ชายจะต้องเป็นผู้ดูแล และเป็นผู้หารายได้ให้กับครอบครัว ผู้ชายจะแสดงความอ่อนแอให้ผู้อื่นเห็นไม่ได้ เช่นเดียวกันกับผู้หญิงที่ดี ประกอบด้วย เรือนสามน้ำสี่ หมายความว่า ผู้หญิงต้องจัดการงานบ้านให้เป็นระเบียบ

เรียบร้อย แม้ว่าตนเองจะป่วย ผู้หญิงยังคงดำเนินบทบาทเดิมต่อไปในฐานะ แม่ เมีย ลูกสาว หรือลูกสะใภ้ ด้วยบทบาทดังกล่าว ส่งผลกระทบ ต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจจนทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (จรรยาศรี มีหนองหว้า, 2556)

2.2.5 แบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีการประเมินโดยใช้แบบประเมินที่มีผู้สร้างเครื่องมือไว้หลายแบบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ แบบวัดที่ใช้ประเมินโดยผู้อื่น และแบบประเมินด้วยตนเองมีรายละเอียดดังนี้

ประเภทที่ 1 แบบวัดที่ใช้ประเมินโดยผู้อื่น (Objective Rating Scale) ซึ่งแบบวัดนี้มีประโยชน์สำหรับแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ในการประเมินระยะของอาการในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในการรักษา ได้แก่

1. Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) พัฒนาโดย Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปีค.ศ. 1960 และปรับปรุงในปีค.ศ. 1967 (Hamilton, 1982) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ความก้าวหน้าการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า และการประเมินอาการด้านอารมณ์ ทางด้านร่างกาย ด้านการรับรู้ และความสามารถในการทำงาน โดยในแบบวัดจะให้คะแนนความรุนแรงอยู่ด้วย (Bagby, Ryder, Schuller & Marshall, 2004) แบบวัดนี้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดยมานอช หล่อตระกูล และคณะใน ปี พ.ศ. 2539 เพื่อใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยและติดตามผลการรักษา เป็นแบบประเมินประเภท Clinical rating scale โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ในแต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 มี 8 ข้อ และ 0-4 มี 9 ข้อ คะแนนรวม มีตั้งแต่ 0-52 คะแนน และยังแบ่งความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ เช่นเดียวกัน ถ้ามีค่าคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป จะมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า และถ้าพบว่ารุนแรงมากจะมีค่าคะแนนมากกว่า 30 คะแนน พบว่า ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบวัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในกลุ่ม depressive disorders จำนวน 50 ราย ผลความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74 ความตรงของแบบวัด เมื่อเทียบกับ Global Assessment Scale เท่ากับ 0.82 (P=0.0001) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี จึงเป็นแบบวัดที่สามารถใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ (มานอช หล่อตระกูล และคณะ, 2559)

2. Montgomery-asberg Depression Rating Scale (MADRS) พัฒนาขึ้นโดย Montgomery & Asberg (1979) เพื่อใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของอาการ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาต้านเศร้า เป็นการใช้แบบประเมินที่มีความไวและความเที่ยงตรงสูง ในการวัดอาการที่จะเปลี่ยนแปลงของความ

รุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า จึงมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งนี้แบบประเมินนี้มีเพียง 10 ข้อ ซึ่งไม่มากและใช้กับการประเมินอาการภาวะซึมเศร้าโดยตรง แต่ละข้อแบ่งการให้คะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0, 2, 4, 6 โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน ใช้แบบประเมินนี้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย โรจนนิรันดร์กิจ และอุไร บุรณเชษฐ (2546) มีการหาค่าความเชื่อมั่นของทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 แบบประเมินนี้มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ สั้น กระชับ และง่าย เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้ ยังสามารถประเมินได้โดยบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่จิตแพทย์ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยได้

ประเภทที่ 2 แบบประเมินด้วยตนเอง (Self-report) แบบวัดนี้ใช้ประเมินระดับภาวะซึมเศร้า โดยที่ให้ผู้ป่วย หรือผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ซึ่งการประเมินนี้สะดวกและนิยมใช้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายสะดวกในด้านการสำรวจประกอบด้วย

1. Beck Depression Inventory (BDI) พัฒนาโดย Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh (1961) มีการปรับปรุง 2 ครั้งในปี ค. ศ. 1978 และปี ค.ศ. 1993 โดยใช้ในการบำบัดทางปัญญา เพื่อใช้แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และในปีค.ศ.1996 ได้มีการประเมินฉบับใหม่ ชื่อ BDI- II เป็นการปรับปรุงตามเกณฑ์ เพื่อให้สอดคล้องต่อการวินิจฉัยโรคของ DSM - IV โดยใช้แบบ ประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายกับพฤติกรรม ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ โดยแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3โดย 15 ข้อแรกคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต และ 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย มีการสอบถามความรู้สึกย้อนหลังภายใน 1 สัปดาห์ แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 5 ระดับ ในช่วงคนปกติภาวะซึมเศร้ายกระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้ายกระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้ายกระดับมาก และภาวะซึมเศร้ายกระดับรุนแรงซึ่ง ธวัชชัย พลละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรัชนิกร อุปเสน (2560) ได้ทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES - D) พัฒนาโดย Ridloff (1977) เพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่โดยเฉพาะในการสำรวจในชุมชนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา โดยเน้นการประเมินใน 4 ด้านคือ ด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก (behavioral manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (somatic ance) แบบประเมินนี้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั่นดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรง หรือความถี่ของ

อาการมี 4 ระดับ คือไม่เลย (คะแนน 0) บางครั้ง (คะแนน 1) บ่อย ๆ (คะแนน 2) และตลอดเวลา (คะแนน 3) โดยคะแนนรวม มีค่าตั้งแต่ 0-60 คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า มีการนำไปใช้ผู้ป่วยกลุ่มปกติ และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า พบว่าคุณภาพของเครื่องมือ มีความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91 (วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540)

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในคนไทย มีการประเมินจากอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สร้างคำถามโดยอิงจาก Beck Depression Inventory (Btimontgomery-Asderg Depression Rating scale (MaDRS), Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) และ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) การศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) เป็นแบบประเมินชนิด self-report มีข้อความคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-60 คะแนนได้แบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ถ้าน้อยกว่า 21 คะแนน พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าคะแนน 21 -25 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ถ้าคะแนน 26-34 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ถ้าคะแนน 35 -40 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ถ้ามีคะแนนมากกว่า 40 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก โดยผู้ตอบแบบประเมินจะต้องสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้เลือกตอบข้อที่ตรงกับตัวเองมากที่สุด มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า มีความสอดคล้องของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาร์ค เท่ากับ 0.86 สามารถนำไปใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542, อ้างถึงใน วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ, 2563) และได้นำทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคน จำนวน 86 คน (วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ, 2563) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข (2550) เป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกอบด้วยข้อความคำถาม 9 ข้อ ที่เกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยรวมถึงวันที่ตอบแบบประเมิน ในแต่ละข้อจะมีคำตอบ และเกณฑ์ที่ให้คะแนน มีตั้งแต่เป็นทุกวัน (3 คะแนน) เป็นบ่อย มากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) เป็นบางวันคือ 1-7 วัน (1 คะแนน) จนถึงไม่มีอาการอะไรเลย (0 คะแนน) มีค่าคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่

0-27 คะแนน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 มีค่าจุดตัด (cut point) ที่มากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป เพื่อจำแนกผู้ป่วย และผู้ที่ไม่ป่วย มีการวิเคราะห์หาค่ามาตรฐาน (gold standard) มีค่าความไวสูง (sensitivity) ร้อยละ 75.68 มีค่าจำเพาะสูง (specificity) ร้อยละ 92.85 และเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มีค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า 11.41 เท่า แบบประเมินนี้มีความแม่นยำตรงและเหมาะสมกับบริบทคนไทยสามารถนำมาใช้ได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558) นอกจากนี้ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2556) ได้นำแบบทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยมีการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .8 มีการแปลผลแบบประเมินดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ หรือมีอาการน้อยมาก 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมากกว่า 19 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2558)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ที่เกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยรวมถึงวันที่ตอบแบบประเมิน จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานในครั้งนี้

2.2.6 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ประกอบด้วย การบำบัดด้านร่างกายและการบำบัดด้านจิตสังคม ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. การบำบัดด้านร่างกาย (Physical therapy) ประกอบด้วย

1.1 การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant drugs) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะเฉียบพลัน ได้ยาในการรักษามีประสิทธิภาพเกือบร้อยละ 70-80 และการเกิดโรคซึ่งยาในกลุ่มนี้มีผลโดยตรงกับกระบวนการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง แต่ระยะเวลาในการตอบสนองช้า จึงทำให้ต้องใช้เวลาเป็นระยะเวลานาน จำเป็นต้องสังเกตผลของการรักษา และผลข้างเคียงจากการใช้ยาร่วมด้วย (อัจฉราพร สิริรัฐวงศ์, ประภา ยุทธไทร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย, 2557) และควรมีการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยให้ยาต่อเนื่อง 2-3 ปี โดยยาต้านเศร้าตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (สุกัญญา ศิริสินทศศักดิ์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.1.1 กลุ่มซีโรโทนิน สเปซิฟิค และรีอัพเทค อินฮิบิเตอร์ (Serotonin-specific reuptake inhibitors (SSRIs) ประกอบด้วย Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline, Citalopram ยาในกลุ่มนี้มีการออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน (Serotonin) นิยม

ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า เพราะมีความปลอดภัยสูง มีผลข้างเคียงเล็กน้อย (อาภรณ์ ศรีชัย, ทิวาพร พู่เฟื่อง และพิมพ์มาตา พชรปกรณ์ศิลป์, 2564)

1.1.2 ยาซีโรโทนิน-นอร์อิพิเนฟริน และรีอัพเทค อินฮิบิเตอร์ (Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SSRIs)) จะมีการยับยั้งการดูดกลับซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน โดยรักษาโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว ส่งผลต่อการรักษา ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ หรือมีเร็วกว่ายาในกลุ่มอื่น แต่อาจมีผลข้างเคียง เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า ส่งผลต่อสมรรถนะทางเพศลดลงตามไปด้วย

1.1.3 ยานอร์อะดรีเนอร์จิก และสเปซิฟิค ซีโรโทเนอร์จิก (Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants (NaSSAs)) ยาในกลุ่มนี้ ประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า และยังมีฤทธิ์คลายความวิตกกังวล ช่วยในการนอนหลับง่าย และช่วยให้รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม แต่ไม่มีผลต่อสมรรถภาพทางเพศ ยาในกลุ่มนี้มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อย ยังปลอดภัยกับผู้สูงอายุ

1.1.4 ยาไตรไซคลิก (Tricyclic antidepressants (TCAs)) ยาในกลุ่มนี้ ประกอบด้วย Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine และ Doxepin เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า แต่ปัจจุบันนิยมใช้ยาในกลุ่มใหม่ เพราะยาในกลุ่มนี้ส่งผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยาก่อนข้างมาก เช่น ความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น แน่นหน้าอก ง่วงซึม ลดลง ปากแห้ง ตาพร่ามัว ปัสสาวะไม่ออก กดการหายใจ และมีผลต่อหัวใจทำให้เกิดความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้

1.2 การจำกัดพฤติกรรม (Limit setting) จะเกิดขึ้นกรณีที่มีภาวะซึมเศร้า รุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อทำร้ายตนเอง อาจทำโดยวิธีการให้เข้าห้อง แยก หรือการผูกมัด ก่อนจำกัดพฤติกรรมต้องอธิบายให้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงนั้นทราบถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรมก่อน ถ้ามีอาการสงบจะเลิกจำกัดพฤติกรรมทันที (สายฝน เอกวารงกูร และอุจน์จิตร คุณารักษ์, 2561)

1.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; พงนา เปลี่ยนเกิด, 2557) โดยการปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมอง โดยใช้กระแสไฟฟ้าที่พอเหมาะ เพื่อทำให้เกิดความสมดุลระหว่างสารสื่อประสาทในระดับ presynaptic และ postsynaptic ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีฤทธิ์ข้างเคียงจากยา หรือมีความรุนแรงตัวในการรักษา เช่น มีอาการ catatonia หรือพฤติกรรมแยกตัว มีโอกาสฆ่าตัวตายสูง มีอาการซึมเศร้ารุนแรงการรักษาด้วยไฟฟ้าในกรณีที่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล ถ้ามีอาการดีขึ้นจะพิจารณารักษาด้วยยาต่อ (พิชัย อภิภูสกุล และศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2558)

2. การบำบัดด้านจิตสังคม (Psychotherapy) เป็นกระบวนการช่วยเหลือทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ บุคคลเข้าใจสาเหตุ และปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งควรทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือวิธีการอื่น ๆ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (สาวิตรี สิงหาต, 2559) การบำบัดด้วยจิตสังคมประกอบไปด้วย

2.1 การให้คำปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group counseling emphasizing cognitive behavior) เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้บุคคลเข้าใจตนเอง และปัญหา โดยมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ มุ่งเน้นความไว้วางใจ ความเข้าอกเข้าใจ การยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขเป็นการบำบัดที่ทำในภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (อังคณา ช่วยคำชู, 2554)

2.2 การบำบัดทางปัญญาหรือด้านการคิดรู้ (Cognitive therapy) เป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นด้านการปรับความคิดที่บิดเบือน มีการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วยความคิดไม่ตรงตามความเป็นจริงมีความคิดบิดเบือนไปทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต บำบัดโดยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบตามความจริง แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม ภาวะซึมเศร้ามลดลง (Beck, 1976)

2.3 การบำบัดโดยการฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive rehabilitation therapy) เป็นกระบวนการที่กระตุ้นการรู้คิด โดยใช้เทคนิคในกระตุ้นการรู้คิดที่หลากหลายพร้อม ๆ กัน เพื่อฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านรู้คิด ความจำ และลดอาการทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น มีการจัดรูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยเป็นราย ๆ การบำบัดโดยการฟื้นฟูการรู้คิดมีการบำบัดในหลายรูปแบบ เช่น การฝึกการรู้คิด การกระตุ้นการรู้คิด และการฟื้นฟูการรู้คิด และส่งเสริมการทำหน้าที่ ด้านการรู้คิด ความจำปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่งเสริมความหวังและการรับรู้ ความสามารถในตนเองได้ดีขึ้น (Choi & Twamley, 2013)

2.4 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) หรือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม หลักการผู้ป่วยมีความผิดพลาด (Cognitive distortion) เช่น ความคิดด้านลบ เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนความคิดในแง่ลบไปในทางที่ดีขึ้น มองสิ่งต่าง ๆ รอบข้างในแง่ดีขึ้นตรงความเป็นจริง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ การบำบัดเน้นที่ตัวปัญหา การเพิ่มทักษะ และการจัดการกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นปัญหา หลักการบำบัด คือการสะท้อนให้มองเห็นความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เมื่อใดที่สามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ พฤติกรรมจะปรับเปลี่ยนได้ตามความคิด (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556)

2.5 การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเลือกประเด็นและ

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา ค้นหาแนวทางช่วยกัน เพื่อลดการขัดแย้ง และปรับตัวซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้มีการเชื่อมโยง ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อนำไปสู่ การลดภาวะซึมเศร้าได้ (ศิริลักษณ์ ปัญญา และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558)

2.6 การบำบัดโดยการระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) การบำบัดที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุ มีความเข้าใจอัตมโนทัศน์คุณค่าที่สำคัญของชีวิตที่ผ่านมาในอดีต เพื่อเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ (วาสนา วรรณเกษม และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554)

2.7 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ที่เกิดจากความเชื่อว่า โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับกระบวนการแก้ไขปัญหา ถ้ามีการช่วยเหลือจะทำให้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามองเห็นสาเหตุของปัญหา และความรุนแรงของปัญหา เกิดการร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม โดยมีการฝึกทักษะการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการบำบัดนี้เป็นการบำบัดผู้ที่มีอาการซึมเศร้าวระดับเล็กน้อย (วรรณา เรื่องประยูร, อทิตยา พรชัยเขต, โอว ยอง และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2557)

2.8 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) คือการจัดสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร ปลอดภัย และเอื้อต่อการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ป้องกันการแยกตัว ช่วยให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดที่เหมาะสม ช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จะกลับมาในการรักษาอีกครั้ง ไม่ให้หมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต สำหรับคุณลักษณะของผู้บำบัดจะต้องมีความจริงใจ มีความรัก มีความเป็นมิตร มีความสม่ำเสมอ มีการเปิดใจยอมรับฟังความคิดเห็น และมีการเข้าอกเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (สายฝน เอกวารงกูร และอุจน์จิตร คุณารักษ์, 2561)

2.9 การทำจิตบำบัดพลวัตระยะสั้น (Short-term Psychodynamic therapy) เป็นการบำบัดรักษาตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ นำมาประยุกต์ให้เหมาะสม และสามารถใช้ได้ง่ายกับปัจจุบัน โดยมีการใช้หลักการขจัดความขัดแย้งในจิตใจของผู้ป่วยผ่านการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทางวาจา และอวัจนภาษาของผู้บำบัดเอง ที่เป็นแนวทางในการบำบัดจิตบำบัดพลวัตระยะสั้น เพื่อลดค่ารักษาพยาบาลและค่ารักษาทางการแพทย์ได้ค่อนข้างมาก (Citak, Avci, & Kahraman, 2021)

2.10 การทำจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ มีความเชื่อว่าบุคลิกภาพเกิดจาก ความขัดแย้งระหว่างพลังงานทางจิต 3 ส่วน ได้แก่ อิด อีโก้ และซูเปอร์อีโก้ ซึ่งอยู่ในจิต 3 ระดับ ได้แก่ จิตสำนึก จิตกึ่งสำนึก จิตใต้สำนึก โดยการนำทฤษฎีของ

พรอยด์ ที่มีการระลึกถึงในปัจจุบัน หมายถึง การมีสติ การกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ต้องอยู่ในระดับจิตสำนึก คือ การรับรู้เหตุการณ์ที่ตรงกับสภาพการณ์ปัจจุบันจริง จึงจะไม่เกิดการเก็บกด ความไม่พึงพอใจไปอยู่ระดับจิตสำนึก และเกิดการใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ อาจเกิดการรักษาสภาวะสมดุลระหว่าง อิด อีโก ซุปเปอร์อีโก มีผลทำให้การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ไม่ให้เกิดการติดตรึงของระยะพัฒนาการ ส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่หรือวัยทำงานที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป (Alan, 2018)

2.11 การดูแลตนเอง (Self-care management) เป็นการจัดการดูแลโดยมีการเชื่อมโยงระหว่างการประชุม การวางแผน การดูแล การประสานงาน อย่างเป็นระบบ เพื่อการจัดการดูแลแบบที่มีประโยชน์ (Lim et al., 2022)

2.12 การบำบัดด้วยความรู้ความเข้าใจตามสติ (Mindfulness based on cognitive therapy: MBCT) พัฒนามาจาก CBT ของ Beck et al. (1979) และ Segal, Williams & Teasdale (2002) เพื่อการบำบัดและป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้า เป็นโปรแกรม จำนวน 8 สัปดาห์ ผสมผสานการลดความเครียดตามสติ (MBSR) ของ Kabat-Zinn เข้ากับการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) ของ Beck ใช้เทคนิคบำบัดปัญญานิยม (CBT) ผสมผสานการเจริญสติ (Mindfulness) การบำบัดแบบ Mindfulness based on cognitive therapy (MBCT) จะสอนให้ผู้ป่วยยอมรับต่อความคิด (Accept) และอารมณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ตัดสินถูกผิด (Non-judgmental) โดยการถอยออกมาและเปลี่ยนบทบาทจากผู้สังเกตเป็นคนไปคิดและรู้สึก (มาริสสา อุทยาพงษ์, 2560)

2.13 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การบำบัดแบบสัมพันธ์ภาพบำบัด (Interpersonal psychotherapy) เพื่อปรับปรุงสัมพันธ์ภาพในครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา มีครอบครัวที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าที่เกิดผลกระทบหรือมีความขัดแย้งภายในครอบครัว ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย (Hayne, 2010; สุธิกาญจน์ ไชยลาภ, 2565)

โดยสรุป การรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ประกอบด้วย การบำบัดด้านร่างกายและการบำบัดด้านจิตสังคม หากต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดควบคู่กันไป วัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการที่ดีขึ้น ได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิต และสังคม ให้สามารถดำรงชีวิตโดยใช้ศักยภาพของตน และสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัว และปรับตัวได้เหมาะสม

2.2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์เศร้าพบได้ปกติและผิดปกติ สามารถประเมินด้วยแบบสอบถามทางจิตวิทยาและบอกระดับความรุนแรงได้ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depressive episode) ระดับปานกลาง (Moderate depressive episode) และระดับรุนแรง (Severe depressive episode) จะได้รับการช่วยเหลือและบำบัดรักษาแตกต่างกันตาม

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า หากปล่อยให้อาการเป็นอยู่นานหรือเป็นมากขึ้น อาจส่งผลต่อการเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาจบกพร่องทางด้านหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและบำบัดทางจิตสังคมอาการจึงค่อยดีขึ้น

การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อผู้ป่วยซึมเศร้าวัยทำงาน การปรับตัวเป็นความพยายามที่จะเผชิญภาวะวิกฤตที่กำลังประสบในชีวิต (Roy & Andrews, 1999) เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสิ่งเร้าตรงของบุคคล ซึ่งความรุนแรงของอาการหรือระดับภาวะซึมเศร้า อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนั้น ระดับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นอาจรบกวนการแก้ปัญหาที่วัยทำงานกำลังพยายามจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ผ่านกระบวนการปรับตัว (Control process) หรือกระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) 2 กลไก คือ กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ทำให้เกิดการแสดงออกพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ที่เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว Roy (1991) หากมีการปรับตัวที่ดีหรือมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานก็สามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ทำบทบาทและหน้าที่ของตนได้ดี ในทางตรงข้ามหากมีการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานก็จะไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้ดี และยังส่งผลกระทบต่อการทำบทบาทและหน้าที่ไม่ดีด้วย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานเกิดกระบวนการในการปรับตัวตลอดเวลา

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาหลายการศึกษา ดังเช่น

อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557) ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($r = -0.304$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

Miller (2001) ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

นุชนาด สุวรรณประทีป (2558) ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ (2563) ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้วิจัยได้นำภาวะซึมเศร้ามาใช้เป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

2.3 วัยทำงาน

วัยทำงาน เป็นช่วงที่บุคคลต้องมีการพัฒนา เพื่อเตรียมความพร้อมกับการทำงานหรือหาความมั่นคงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการเรียนและสำเร็จในหน้าที่การงานของตน มีความรัก มีการประนีประนอม เสียสละ มีการไว้วางใจความสัมพันธ์และเข้าสังคม มีการเรียนรู้ความสัมพันธ์สิ่งรอบข้าง การเลือกคู่ครองและมีบุตร ดูแลเอาใจใส่ครอบครัว มีการพัฒนาด้านสติปัญญา อารมณ์ และสังคม ต้องมีความรับผิดชอบต่องาน ครอบครัวและสังคม เป็นวัยทำงานที่ต้องดูแลเด็กและผู้สูงอายุ วัยทำงานที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ อาจขัดแย้งกับบทบาทตนเองที่ทำอยู่ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ แต่ถ้าพัฒนาวัยทำงานล้มเหลว ทำให้เกิดพฤติกรรมการแยกตัวจากสังคม ไม่สามารถยอมรับความแตกต่างหรือสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ (ภคณัฐ รัตนบ้านกรวย, 2563: เกษร เกษมสุข และบังอร ฤทธิอุดม, 2566)

บทบาทวัยทำงาน

วัยทำงาน อายุอยู่ในช่วง 15-59 ปี (กองกิจการทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2565) วัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นกลไกขับเคลื่อนผลผลิตของเศรษฐกิจ และเป็นที่พักของคนในครอบครัว (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และอุบล จันท์เพชร, 2562) วัยทำงานจำเป็นต้องพึ่งตัวเองให้ได้มากที่สุด และเป็นภาระต่อสังคมให้น้อยที่สุด ยังต้องมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบครอบครัว การงาน และเศรษฐกิจ จำเป็นต้องทำงานหนัก เพราะในปัจจุบัน มีการแข่งขันสูง เกิดปัญหาเศรษฐกิจ การเงิน ครอบครัว และการว่างงาน วัยทำงานยังต้องเผชิญปัญหาและแบกรับภาระมากมายทำให้เกิดความเครียดสูงกว่าวัยอื่น (สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์, ปิยะทิพย์ ประดุงพรม และปริญญา เรืองทิพย์, 2564) และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เสียชีวิตเพิ่มขึ้นได้ (ไพบรียทิพย์ สันตะพันธ์, บุปผา ใจมั่น และวิจิตรา จิตรักษ์, 2563)

ทฤษฎีพัฒนาการบุคลิกภาพของมนุษย์

ตามแนวคิดของอีริกสัน (Erikson, 1964) กล่าวว่า ทฤษฎีพัฒนาการบุคลิกภาพของมนุษย์ (Psychosocial Stage) แบ่งชีวิตมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็น 8 ชั้น คำว่า ชั้นตอน (Stage) มนุษย์มีกระบวนการพัฒนาการเป็นขั้น ๆ จากหนึ่งไปสู่อีกลำดับหนึ่งเปรียบเสมือนการขึ้นบันได ไม่มีการกระโดดข้ามขั้น การพัฒนาการลำดับต้นมีผลกระทบต่อพัฒนาการลำดับต่อ ๆ ไป โดยอีริกสัน เน้น สัมพันธภาพบุคคลกับกลุ่มบุคคลต่าง ๆ เช่น พ่อ แม่ เพื่อน สามี ภรรยา และข้อขัดแย้งทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Crises) จุดกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมและพัฒนาบุคลิกภาพในรูปแบบต่าง ๆ ตามลำดับ ตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยสูงอายุ อีริกสันเน้นกระบวนการทางสังคมว่าเป็นจุดกระตุ้นหล่อหลอมบุคลิกภาพ

ทฤษฎีอิริคสัน เชื่อว่า พัฒนาการด้านบุคลิกภาพของบุคคลเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต จะดีหรือไม่ดี อยู่ที่ว่าแต่ละช่วงของชีวิตประสบความสำเร็จในการพัฒนางานบางอย่างเกิดในช่วงนั้น ๆ ได้หรือไม่ หากได้รับการพัฒนาสมบูรณ์ จะไม่เกิดปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์และความคิด ความรู้สึกต่อบุคคล หากแต่พัฒนาประสบปัญหาในแต่ละขั้นมีผลต่อการพัฒนาในขั้นถัดไป ซึ่งแต่ละช่วงของพัฒนาการนั้น ๆ มีวิกฤตทางสังคมแตกต่างกันออกไป หากมีการพัฒนาในแต่ละช่วงมีปัญหา จะทำให้พฤติกรรมที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งผลมาจากพัฒนาที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการของบุคคลนั่นเอง

ลักษณะความขัดแย้งทางสังคมจิตใจ 8 ขั้นตอน (Psychosocial Crises) ตามแนวคิดของ Erikson (1964) สรุปได้ว่า ความขัดแย้งนี้เกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่เป็นศูนย์กลางความผูกพัน ถ้าบุคคลสามารถแก้ไขภาวะวิกฤตและข้อขัดแย้งได้ด้วยดีจะทำให้เกิดลักษณะพฤติกรรมและลักษณะบุคลิกภาพที่พึงประสงค์เรื่อยไปตามลำดับขั้น มีผลต่อโครงสร้างบุคลิกภาพที่มั่นคง หากไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งได้ก่อให้เกิดปัญหาบุคลิกภาพอย่างใดอย่างหนึ่งตามความรุนแรงของข้อขัดแย้งที่แก้ไม่ตก มีลักษณะแย้งกันเป็น คู่ ๆ ทั้ง 8 ขั้นตอนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ เพื่อพัฒนาให้พึงมีพึงเป็นของบุคลิกภาพอย่างสมดุลกัน บุคคลจะมีโครงสร้างบุคลิกภาพอย่างมั่นคง ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ซึ่งมีพัฒนาการทางจิตสังคมของอิริคสัน อยู่ในขั้นที่ 5 ถึงขั้นที่ 7 (Erikson, 1964; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2562) ผู้วิจัยขออธิบายพัฒนาการตั้งแต่ขั้นที่ 1-8 ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 1 ปี อยู่ในขั้นความไว้วางใจและไม่ไว้วางใจ (Trust & Mistrust) เนื่องจากเด็กเล็กมาก ไม่สามารถในการดูแลตนเองได้ต่ออาศัยบิดามารดา ถ้าได้รับความรัก ความใกล้ชิด จะเกิดการไว้วางใจ หากไม่ได้รับเด็กจะไม่ไว้วางใจต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นอุปสรรคต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้

ขั้นที่ 2 อายุ 1-3 ปี เด็กอยู่ในช่วงการเจริญเติบโตมีความแข็งแรง อยู่ในขั้นความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (Autonomy & Shame and Doubt) เริ่มมีความสามารถจะทำอะไรบางอย่างเพื่อตนเอง มีความอยากรู้อยากเห็นสิ่งต่าง ๆ ซึ่งทำให้เด็กต้องการความอิสระ ถ้าได้รับจากบิดามารดาในด้านนี้ เด็กจะมีพัฒนาในขั้นดี หากบิดามารดาไม่เปิดโอกาสหรือทะนุถนอมมากเกินไป เด็กจะมีความรู้สึกอับอายและสงสัย ขาดความสามารถต่อการเรียนรู้ทักษะเบื้องต้นได้

ขั้นที่ 3 อายุ 4-5 ปี อยู่ในขั้นความคิดริเริ่มแย้งกับความรู้สึกผิด (Initiative & Guilt) เด็กมีความเจริญเติบโตมากขึ้น เริ่มมีความคิดจินตนาการชัดเจน มีความต้องการความเป็นจริงและแปลกใหม่ ลอกเลียนแบบผู้ใหญ่ ว่าตนเองจะแสดงบทบาทอย่างไร หากได้รับตำหนิติเตียนหรือลงโทษ จะมีความรู้สึกผิดเกิดขึ้น ส่งผลต่อมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง เฉื่อยชา ขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ เพราะกลัวการติเตียนหรือลงโทษ

ขั้นที่ 4 อายุ 6-11 ปี อยู่ในขั้นระยะเอาการเอางานแข่งกับปมด้อย (Industry & Inferiority) เด็กจะเจริญเติบโตและมีความสำคัญบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่เพื่อความสำเร็จในกิจกรรมต่าง ๆ เกิดจากความหมั่นเพียรและลงมือทำจริง ๆ มีความคิดฝันและเล่นในทางที่เหมาะสม หากการเล่นหรือลงมือทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่ำต้อย จะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่เก่ง เกิดความท้อแท้ หลบเลี่ยงการแข่งขัน มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า

ขั้นที่ 5 อายุ 13-20 ปี อยู่ในขั้นการพัฒนาอัตลักษณ์แห่งตนแข่งกับการไม่เข้าใจตนเอง (identity vs identity diffusion) กลุ่มลักษณะที่เป็นความผูกพัน เป็นเพื่อนรุ่นเดียวกัน เพื่อนต่างกลุ่ม ผู้ที่ตนถือเป็นแบบอย่าง มีลักษณะความขัดแย้งทางจิตใจ (Psychosocial Crises) ลักษณะพัฒนาการบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ (Strong Ego) มีความผูกพันกับผู้อื่นด้วยใจบริสุทธิ์และจงรักภักดี ส่วนลักษณะพัฒนาการที่ไม่พึงประสงค์ (Weak Ego) ขี้อาย ไม่ชอบสังคม ต่อต้านสังคม อัตลักษณ์สับสน เหนงาหงอย สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางบวก เพื่อนร่วมรุ่น ผู้ที่ยึดถือเป็นแบบอย่าง (Hero) แรกกดดันจากสังคม ลักษณะเด่นของพัฒนาการประจำขั้น การเป็นตัวของตัวเอง (หรือการไม่เป็นตัวของตัวเอง) การพ้นจากพันธะผูกพัน การยอมรับผู้อื่น การเลือกบทบาทของตนเอง

ขั้นที่ 6 อายุ 20-40 ปี อยู่ในขั้นความสนิทสนมหาความร่วมมือแข่งกับความเปล่าเปลี่ยว อ้างว้าง (intimacy and solidarity vs isolation) กลุ่มลักษณะที่เป็นความผูกพัน คู่ชีวิต มิตรรัก ผู้ร่วมงาน คู่แข่ง มีลักษณะความขัดแย้งทางจิตใจ (Psychosocial Crises) ลักษณะพัฒนาการบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ (Strong Ego) สร้างไมตรี มีความรัก มีความสนิทสนม ส่วนลักษณะพัฒนาการที่ไม่พึงประสงค์ (Weak Ego) ไม่อยากผูกมัดตนเอง คิดถึงเฉพาะตนหรือพรรคพวกตนเท่านั้น หลงตนเอง โดดเดี่ยว สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางบวก คู่ชีวิต เพื่อนร่วมงาน ผู้ที่เป็นที่ปรึกษา กลุ่มสังคมของตนเอง และลักษณะเด่นของพัฒนาการประจำขั้น เป็นตัวเองเด็ดเดี่ยว รู้จักละตนเองเพื่อผูกพันกับผู้อื่น พัฒนาความสัมพันธ์ที่สนิทสนม (intimacy) แท้จริง รู้จักรักเพศตรงข้ามเพื่อแต่งงาน เป็นต้น

ขั้นที่ 7 อายุ 40- 60 ปี อยู่ในขั้นการส่งเสริมผู้อื่นแข่งกับการพะวงเฉพาะตน (generativity vs self-absorption) กลุ่มลักษณะที่เป็นความผูกพัน เพื่อนร่วมงาน สมาชิกในบ้าน มีลักษณะความขัดแย้งทางจิตใจ (Psychosocial Crises) ลักษณะพัฒนาการบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ (Strong Ego) มีผลงานสร้างสรรค์ ให้อุ่นเคาระห์บุคคลอื่น มุ่งมั่นพัฒนาสังคมในอนาคต ส่วนลักษณะพัฒนาการที่ไม่พึงประสงค์ (Weak Ego) เห็นคนอื่นไม่น่าคบหา เห็นแก่ตัว ทะนงตัว ลำพอง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางบวก คู่ครอง ลูก เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ชุมชนสังคม และลักษณะเด่นของพัฒนาการประจำขั้น ทำงานลุล่วง บำรุงส่งเสริมผู้อื่น รับผิดชอบต่อสังคม ให้อื่นในสิ่งที่มีคุณค่า เป็นต้น

ขั้นที่ 8 อายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในขั้นความมั่นคงทางใจแข่งกับความสิ้นหวัง (Integrity & Despair) หากพัฒนาการจนดำเนินการมาด้วยดีโดยตลอด จะเกิดความรู้สึกที่ชีวิตตนเองมีความ

สมบูรณ์ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ หากล้มเหลวในขั้นตอนทั้ง 7 จะมีความรู้สึกอดีตที่ผ่านมาเป็นความหมองทึบ ไม่เป็นที่พึงพอใจ และเกิดความชิงชังตนเอง ขาดความสุขในบั้นปลายของชีวิต

สรุป พัฒนาการด้านบุคลิกภาพของบุคคล ตามแนวคิดของอีริกสัน เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต พัฒนาการของแต่ละช่วงวัยมีการเชื่อมโยงวิฤตพัฒนาการและพัฒนาการที่เหมาะสม เมื่อขาดขั้นใดขั้นหนึ่งของช่วงวัย มีผลต่อขั้นต่อไปได้ ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ซึ่งอยู่ในพัฒนาการด้านบุคลิกภาพของบุคคล ขั้นที่ 5 ถึง 7 (Erikson, 1964; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2562) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยทำงาน เป็นระยะบุคคลมีครอบครัว มีบุตร และเลี้ยงดูแลบุตร เอาใจใส่ครอบครัว วัยทำงานซึ่งปรับตัวทางสังคมได้จะเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นหัวหน้างาน และเป็นหัวหน้าครอบครัว อบรมเลี้ยงดูเอาใจใส่ ให้การศึกษา ส่งเสริมอาชีพ และมีความรับผิดชอบต่อตนเองและพลเมืองที่ดี ส่วนผู้ที่ปรับตัวไม่ได้จะมีอัตลักษณ์ไม่มั่นคง ส่งผลให้หลีกเลี่ยงสังคม อยู่คนเดียวโดดเดี่ยวไร้สัมพันธ เกิดความเห็นแก่ตัว บกพร่องในขั้นต่าง ๆ เกิดสภาวะเชิงลบต่าง ๆ มีโอกาสเกิดวิฤตพัฒนาการได้ และอาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา

เนื่องจากประชากรวัยแรงงานมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาสำคัญในประชากรวัยแรงงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านการประกอบอาชีพและการทำงาน โดยเฉพาะปัจจัยทางจิตใจ ที่ประกอบด้วยในปัจจุบัน ประชากร วัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง จึงต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความเครียด และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เช่น การใช้ยา การรักษา ด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิตใจ (คันธรส สุขกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562) ดังนั้น วัยแรงงานเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ต้องมีการปรับตัวอย่างมากต่อบทบาทหน้าที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการที่ต้องเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในชีวิตขณะป่วย ประกอบกับภาวะซึมเศร้า ทำให้ต้องปรับตัวอย่างมากเพื่อคงความสมดุลและคงความสามารถในการเผชิญกับปัญหา ผู้วิจัยในฐานะที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงเป็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน เพื่อได้ผลการวิจัยมาและได้ข้อมูลสำคัญมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในรูปแบบที่เหมาะสม ส่งเสริมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยแรงงานได้

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปรานทิพย์ ฉายพุทธ (2550) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย การศึกษานี้ เปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วย 2 กลุ่มจำนวน 480 คน จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แบ่งเป็นผู้ป่วยศัลยกรรม 250 คน และผู้ป่วยอายุรกรรม 230 คน ผลการวิจัยพบว่า วิธีการปรับแบบตัวเดียวกันนั้น ผู้ป่วยอายุรกรรมจะใช้เสมอ แต่ผู้ป่วยศัลยกรรมไม่ใช้หรือใช้บางครั้ง ทำให้คะแนนโดยรวมของผู้ป่วยอายุรกรรมสูงกว่าผู้ป่วยศัลยกรรม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม พบว่า คะแนนโดยรวมแต่ละมิติย่อยมีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งประเภทของผู้ป่วยและรายได้เท่านั้นที่ทำนายคะแนนการปรับตัวได้ โดยสามารถอธิบายได้ 21% จากทฤษฎีการปรับตัวของรอยอธิบายได้ว่า แม้สิ่งเร้าตรงเป็นชนิดเดียวกัน แต่บุคคลรับรู้และมีกระบวนการปรับตัวที่ซับซ้อนและหลากหลาย จึงเลือกวิธีการปรับตัวที่เหมาะสมกับตนเอง ตอบสนองเป็นพฤติกรรมที่ต่างกันทำให้ผู้ป่วย 2 กลุ่มมีคะแนนแตกต่างกัน ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งนำไปใช้ในการเรียนการสอนและวิจัยต่อไป

ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ (2552) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวหลังเกษียณอายุของผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง จำนวน 300 ราย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปรับตัวด้านสรีรวิทยา ได้แก่ อายุ สถานภาพทางสุขภาพ และระยะเวลาหลังเกษียณอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทักษะคิดต่อการเกษียณอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ได้แก่ สถานภาพทางสุขภาพ ระดับตำแหน่งก่อนการเกษียณอายุ ทักษะคิดต่อการเกษียณอายุ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวหลังเกษียณอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ สถานภาพทางสุขภาพ และทักษะคิดต่อการเกษียณ อายุ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวหลังเกษียณอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปรับตัวด้านพึงพาระหว่างกัน ได้แก่ ทักษะคิดต่อการเกษียณอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเตรียม ปัจจัยด้านการเข้ารับกิจกรรมทางสังคม และปัจจัยทักษะคิดต่อการเกษียณอายุสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวหลังเกษียณอายุ ได้ร้อยละ 23

อภิรดา สร้อยสน (2553) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าบางประการกับการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างศึกษาคือ ผู้ป่วยหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่มาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจจอร์โรปีติกส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 87 คน ผลการวิจัยพบว่า พบว่า ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.52, 0.25, 0.63, p < .05$) ส่วน เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีการปรับตัวอยู่ในระดับกำลังปรับตัวและมีแนวโน้มไปในทางการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ และพบว่าการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้นควรให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงบทบาทได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ โดยคำนึงถึงสิ่งเร้าที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

อรพิน คำโต และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 165 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.5 และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบ และทางบวก โดยพบว่า อายุ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการศึกษา สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

นุชนาถ สุวรรณประทีป (2558) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 126 ราย ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น จากผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มาตรวจรักษาที่คลินิก โรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด มีการปรับตัวอยู่ในระดับที่เหมาะสมโดยมีคะแนนเฉลี่ย 183.56 (S.D. = 16.71) นอกจากนี้ยังพบว่า การปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโรคร่วมและภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($r = -.322, -.360$) และยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูง ($r = .946$ และ $r = .824$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพ ควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด โดยเพิ่ม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ลดภาวะซึมเศร้า และเฝ้าระวังภาวะโรคร่วม

กัญจนฉนิชา เยียดไธสง และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเจ็บป่วย 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง 110 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า พบว่า อายุ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านร่างกาย ($r = -0.3 -0.387$ และ -0.267) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รุ่งทิพย์ กาศักดิ์ และคณะ (2558) ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการปรับตัวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก อายุระหว่าง 10-19 ปี ที่อาศัยอยู่กับสามี มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 145 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติอัตรา สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปรับตัวในชีวิตสมรสอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในชีวิตสมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ทั้งนี้ อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในชีวิตสมรส 3) ปัจจัยทำนายการปรับตัวในชีวิตสมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว 4) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวในชีวิตสมรสในสตรีตั้งครรภ์ ได้ ร้อยละ 26.8 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สรุป ปัจจัยทำนายการปรับตัวในชีวิตสมรสในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว โดยทำนายได้ ร้อยละ 26.8 ดังนั้น จึงควรจัดโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง จัดหาหรือแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปรับตัวในชีวิตสมรสได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนียรนิภา บุญอ้วน (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อายุครรภ์ การวางแผนการมีบุตร ลักษณะครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ อายุไม่เกิน 19 ปีบริบูรณ์ ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 130 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน เมษายน 2561 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16-19 ปี (ร้อยละ 75.4) ค่าเฉลี่ยที่ 17.50 ปี จบการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 40.8) รายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 54.0) เป็นผู้ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 74.6) อายุครรภ์

31-40 สัปดาห์ (ร้อยละ 37.7) ไม่ได้ตั้งใจและไม่มีแผนการตั้งครุภัณฑ์ล่วงหน้า (ร้อยละ 67.7) และเมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวด้าน บทบาทหน้าที่ของ สตรีวัยรุ่นตั้งครุภัณฑ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ระดับการศึกษา ซึ่งจากผลการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปถ่ายทอดแก่สถานศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้อง หรือจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติมารดาวัยรุ่น หรือวัยใส เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ บทบาท การเป็นมารดาในระยะตั้งครุภัณฑ์ รวมทั้งวิธีการส่งเสริมการ สนับสนุนทางสังคมของสามีหรือ มารดา เพื่อให้สตรีตั้งครุภัณฑ์ วัยรุ่นที่มีต่อบทบาทมารดา ในระยะตั้งครุภัณฑ์ได้อย่าง เหมาะสม

ณัฐสุดา แสงบุญ และคณะ (2561) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้แนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึงพาระหว่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จำนวน 50 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์การคัดเลือก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแบบบรรยาย และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีสายตาเลือนลาง กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) การปรับตัวด้านร่างกาย สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง แต่ยังคงมีความยาก ลำบากในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและที่ซับซ้อน 2) ด้านอัตมโนทัศน์ ใช้การปรับวิธีคิด ในการตอบสนองต่อความบกพร่องทางการมองเห็น โดยการยอมรับความจริงและทำใจยอมรับกับสิ่งที่ เป็นอยู่ และคิดว่าเป็นผลของเวรกรรมที่เคยทำมา 3) ด้านบทบาทหน้าที่ สามารถดูแลตนเองและ บุคคลในครอบครัวได้ แต่ยังคงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในบางกิจกรรม และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 4) ด้านพึงพาระหว่างกัน มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว โดยได้รับความรัก ความห่วงใย ความเคารพนับถือ กำลังใจ รวมถึงได้รับการดูแล ผลการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม การปรับตัวให้กับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น เพื่อช่วยส่งเสริมให้มีการปรับตัวในชีวิต ประจำวันและสังคมได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อ พัฒนาการบริการแก่ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นในชุมชนต่อไป

นิลญา อารมณ์กุล และ ศิริลักษณ์ ศุภพิติพร (2561) ศึกษาการปรับตัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 284 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient, Independent samples t-test, One way analysis of variance และ multiple regression analysis ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 150

ราย (ร้อยละ 52.8) และเป็นเพศหญิง 134 ราย (ร้อยละ 47.2) มีอายุเฉลี่ย 19 ปี ส่วนใหญ่มีปัญหาการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.93 จากคะแนนเต็ม 3) มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ในด้านรวม อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายปัญหาการปรับตัว คือ ความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 36.7 สรุป นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ส่วนใหญ่มีปัญหาในการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ และเป็นปัจจัยทำนายปัญหาการปรับตัว

วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคน เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดประยุกต์จากทฤษฎีการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจโรคจิตเวช ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร คัดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 86 คน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวอยู่ในระดับดี และปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในหญิงวัยกลางคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิต ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะซึมเศร้ามีค่าขนาดความสัมพันธ์มากที่สุด ดังนั้นผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลที่สำคัญไปใช้ในการเสริมสร้างการปรับตัวในหญิงวัยกลางคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

รพีพรรณ สารสมัคร (2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนกทา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนกทา จำนวน 140 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ สถิติ Biserial และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค

เรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ($= 1.91$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาวางแผนการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุให้ สามารถเผชิญและปรับตัวมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข และมีอายุยืนยาวขึ้น

Miller (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาพลักษณ์ ขนาดของร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าตนเอง ระดับภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยสูงอายุที่ถูกตัดแขนหรือขา โดยใช้การแจกแบบสอบถามไปยังภูมิภาคต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ความแปรปรวนและสถิติสหสัมพันธ์ ผลการวิจัย พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

King et al. (2002) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าของผู้รอดชีวิตและผู้ดูแล การศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า สุขภาพกาย และแผนการดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 53 คน เก็บรวบรวมข้อมูล 4 ครั้งตั้งแต่การฟื้นฟูเฉียบพลัน จนถึง 2 ปีหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า การปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับไม่ดี ทำให้ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Fiskin et al. (2017) ศึกษาการปรับตัวทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาระดับการปรับตัวทางสังคมและภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 122 คน ใช้แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อระดับการเจ็บป่วย และวัดภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมิน CESD ผลการวิจัย พบว่า 47% มีการปรับตัวทางจิตสังคมได้ไม่ดี และ 57% มีภาวะซึมเศร้า เมื่อดูความสัมพันธ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงหากมีการปรับตัวที่ดี คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าจะน้อยกว่ากลุ่มที่ปรับตัวไม่ดี

Mustikasari Pratiwi Yani Syuhaimie Hamid and Fadhillah (2018) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการปรับตัวทางจิตวิทยาของพยาบาลที่รอดชีวิตหลังแผ่นดินไหว มีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 42 คน ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่เข้าโปรแกรม Post-Traumatic Stress Syndrome (PTSS) มีความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น การตระหนักรู้ในตนเอง การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ และกลไกการเผชิญปัญหา ยังพบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเกิด Post-Traumatic Stress Syndrome (PTSS) มากกว่าผู้ชาย ผลการศึกษา สรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมนี้สามารถไปใช้

ในการพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลในการดูแลตนเองและผู้อื่นแม้เกิดภัยพิบัติที่คล้ายคลึงกันได้อีกด้วย

Aghakhani Hazrati Marangaloo Vahabzadeh and Tayyar (2019) ศึกษาแผนการดูแลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Urmia จำนวน 30 คน ใช้แบบประเมินการปรับตัวของรอย และแบบวัดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดของกลุ่มทดลอง เมื่อใช้แบบการปรับตัวของรอย มีค่าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม สรุปได้ว่า แบบจำลองการปรับตัวของรอยตามแนวคิดทฤษฎีของรอยช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดได้

Joo Byun and Lee (2021) การศึกษาระดับการปรับตัวต่อการรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาใหม่ที่ได้ศึกษาในมหาวิทยาลัย จำนวน 2,088 คน มีตัวแปร คือ เพศ อายุ วิชาเอก ประเภทของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า อายุ วิชาเอก ประเภทครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวเข้ากับชีวิตในมหาวิทยาลัย ส่วนการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวเข้ากับชีวิตในมหาวิทยาลัย สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวเมื่อเข้าสู่ชีวิตมหาวิทยาลัย คือการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า อายุ วิชาเอก ประเภทครอบครัว ดังนั้น ควรส่งเสริมพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ ที่จะช่วยให้นักศึกษาปรับตัวได้ดี

Ghanbari-Afra and Ghanbari-Afra (2022) ศึกษากระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รักษาตัวในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประเทศอิหร่าน โดยนำกระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอน ผ่านทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีตัวแปรคือ การปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึงพาระหว่างกัน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อให้การพยาบาลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย พฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมส่งผลต่อความดันโลหิตสูงลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการศึกษารั้งนี้ โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย และภาวะซึมเศร้า เป็นตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือวิจัย
- 3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
- 3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ที่ยังคงประกอบอาชีพ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลัก DSM-V และลงในระบบการดูแลด้วยโรคซึมเศร้าตามระบบ ICD-10 คือ F32.00 - F32.19 เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 60 คน ต่อเดือน 1,320 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power ผู้วิจัย กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .30 (อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557) ค่ากำลังทดสอบ (power) เท่ากับ .95 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 โดยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ที่ยังคงประกอบอาชีพ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามหลัก DSM-V ลงระบบ ICD-10 คือ F32.00- F32.19 และไม่มีอาการวินิจฉัยโรคทางจิตอื่นร่วม เช่น โรควิตกกังวล โรคจิตเภท โรคติดสารเสพติดโรคติดสุรา
3. สามารถสื่อสารได้และยินดียินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขณะสัมภาษณ์ คือ มีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) มากกว่า 19 คะแนนขึ้นไป

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสจะถูกเลือกเท่า ๆ กัน ใช้ตารางเลขสุ่มโดยมีเลขกำกับหน่วยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้ารับบริการในวันที่เก็บข้อมูล

3.2 เครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม 1 ชุด รวมทั้งสิ้น 51 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา ชั่วโมงการทำงานต่อวัน รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช จำนวนครั้งที่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติโรคทางกาย ประวัติการดื่มสุรา/ยาเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัวจำนวน 26 ข้อ โดยเครื่องมือการปรับตัวของ ออร์พิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557) ตามแนวคิดของ Roy (1991) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ข้อคำถามเชิงบวก (Positive) 14 ข้อ ได้แก่

4, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 26

ข้อคำถามเชิงลบ (Negative) 12 ข้อ ได้แก่

1, 2, 3, 5, 6, 10, 11, 14, 18, 23, 24, 25

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามความคิดเห็นแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

3 ระดับ ดังนี้

มาก หมายถึง สามารถปฏิบัติ ทั้งความคิด/ความรู้สึก/การกระทำตามข้อนี้เป็นประจำ

ปานกลาง หมายถึง สามารถปฏิบัติ ทั้งความคิด/ความรู้สึก/การกระทำตามข้อนี้เป็นบางครั้ง

น้อย หมายถึง สามารถปฏิบัติ ทั้งความคิด/ความรู้สึก/การกระทำตามข้อนี้นาน ๆ ครั้ง หรือไม่ปฏิบัติเลย

โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

| ความคิดเห็นในการปรับตัว | คะแนน |
|-------------------------|-------|
| มาก | 3 |
| ปานกลาง | 2 |
| น้อย | 1 |

การแปลผล มีการคิดค่าคะแนนความคิดเห็นในการปรับตัว เป็น 3,2,1 โดยลักษณะคำถามตรงกันข้ามกันจะให้คะแนนกลับกัน โดยรวมคะแนนจากกลุ่มตัวอย่าง แปลความหมายคะแนนความคิดเห็นในการปรับตัวใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง การปรับตัวไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง การปรับตัวปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง การปรับตัวดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดย ธรณินทร์ กองสุข (2550) ในแต่ละข้อจะมีคำตอบและเกณฑ์ที่ให้คะแนนมีตั้งแต่เป็นทุกวัน (3 คะแนน) เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) เป็นบางวันคือ 1-7 วัน (1 คะแนน) จนถึงไม่มีอาการอะไรเลย (0 คะแนน) มีค่าคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-27 คะแนน

| คะแนนรวม | การแปลผล |
|----------|---|
| 0 - 6 | ไม่มีอาการ หรือมีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อยมาก |
| 7 - 12 | มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย |
| 13-18 | มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง |
| ≥19 | มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง |

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการปรับตัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) มาแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือโดยไม่ได้มีการดัดแปลง ผู้วิจัยจึงไม่จำเป็นต้องทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบสอบถามการปรับตัว เท่ากับ 0.84 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.83 จึงนับว่าทุกเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งกำหนดไว้ที่ 0.7 ขึ้นไป (Kline, 2023)

3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติตามหนังสือรับรองเลขที่ 323-275/2565 ลงวันที่ 23 กันยายน 2565 และยื่นต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์ กรมสุขภาพจิต ที่ สธ.0833/2705 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565 จากนั้น ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ผลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความเครียดหรือกังวลใจ ไม่สบายใจ หรือมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง คณะกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) มีค่า >19 คณะกรรมการผู้วิจัยประสานแผนกจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษาตามระบบของทางโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์ต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ซักถาม พร้อมตอบคำถามทุกข้อสงสัยในทุกประเด็นคำถาม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจดีแล้ว ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2565 การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พร้อมกับทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อยื่นจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลและขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยได้ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำคลินิกโรคซึมเศร้า เพื่อแนะนำตัว และขออนุญาตดำเนินการวิจัย โดยชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัย

3. เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอข้อมูลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในคลินิกโรคซึมเศร้าในวันและเวลา ที่ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อจัดทำทะเบียนรายชื่อของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน และทำการการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้จัดทำไว้ก่อนหน้าเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

4. โทรศัพท์ติดตามร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคซึมเศร้า ซึ่งโดยปกติในคลินิกจะมีการโทรศัพท์ติดตามและแจ้งเตือนผู้ป่วย ก่อนถึงวันนัดล่วงหน้า 3 วันเพื่อยืนยันการนัดและทราบจำนวนของผู้ป่วยล่วงหน้า ผู้วิจัยจึงขออนุญาต ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการตัดสินใจล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด

5. เมื่อถึงวันนัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคซึมเศร้า สร้างสัมพันธภาพรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้พร้อมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าใจถึงรายละเอียดอย่างเข้าใจ และหากระหว่างตอบแบบสอบถามเกิดความไม่สบายใจ สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามจะไม่ถูกเปิดเผยแก่บุคคลอื่น โดยจะใช้หมายเลขกำกับที่แบบสอบถามแทนการระบุชื่อ-สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอด หากกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอม โดยการลงนามในเอกสารยินยอมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ ที่จัดเตรียมไว้ โดยบรรยากาศค่อนข้างเป็นส่วนตัว อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม อย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงเริ่มตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองจำนวน 51 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัว จำนวน 26 ข้อ สุดท้ายส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) จำนวน 9 ข้อ โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาที

7. ในระหว่างตอบแบบสอบถาม ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในข้อคำถามใด สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ โดยผู้วิจัยจะอธิบายเพื่อความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ๆ อย่างเป็นมาตรฐานเหมือนกันทุกราย และหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียด วิตกกังวล หรือไม่สบายใจ ผู้วิจัยขออนุญาตยุติการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างและประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ถ้าคะแนนค่า >19 คะแนน ผู้วิจัยประสานแผนกจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษาตามระบบของทางโรงพยาบาล จิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ต่อไป

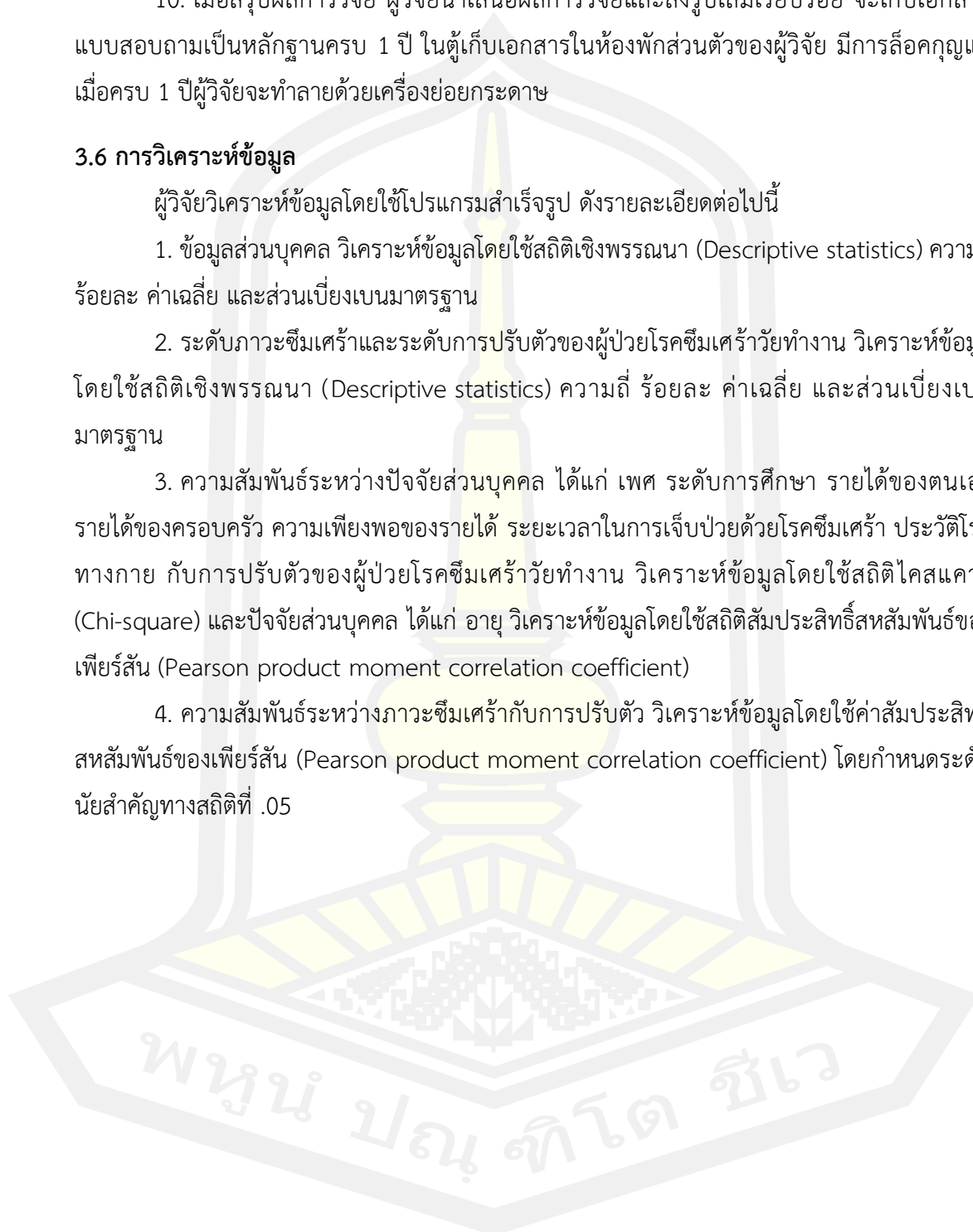
8. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดอีกครั้ง หากข้อมูลไม่ครบถ้วนจะทำการขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างตอบในส่วนที่ขาดไปจนครบ ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามบรรจุลงในซองปิดผนึก เก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อกในห้องส่วนตัวผู้วิจัย หรือลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่มีรหัสผ่านป้องกันไฟล์

9. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น
10. เมื่อสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและส่งรูปเล่มเรียบร้อย จะเก็บเอกสารแบบสอบถามเป็นหลักฐานครบ 1 ปี ในตู้เก็บเอกสารในห้องพักส่วนตัวของผู้วิจัย มีการลือคฤญแจเมื่อครบ 1 ปีผู้วิจัยจะทำลายด้วยเครื่องย่อยกระดาษ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติโรคทางกาย กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)
4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยดังต่อไปนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไป
- 4.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
- 4.3 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
- 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
- 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.9 อยู่ในช่วงวัยทำงาน ตอนต้น อายุ 15-29 ปี ร้อยละ 56.6 มีอายุเฉลี่ย 31.26 ปี อยู่ในสถานภาพโสด ร้อยละ 52.9 ไม่มีบุตร ร้อยละ 63 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.4 และจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน 0-8 ชั่วโมงมากที่สุด ร้อยละ 71.8 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 44.9 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 33.2 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 52.2 มีการอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 49.3 ซึ่งมีความรักใคร่กันดี ร้อยละ 53.6 ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีการป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 66.8 ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 58.8 และมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1-5 ปี ร้อยละ 60.9 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคทางกาย ร้อยละ 83.3 และไม่เคยใช้สุรา/สารเสพติด ร้อยละ 64.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป (n = 138)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 36 | 26.1 |
| หญิง | 102 | 73.9 |

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| อายุ (ปี) | | |
| 15-29 | 78 | 56.6 |
| 30-44 | 41 | 29.7 |
| 45-59 | 19 | 13.7 |
| M = 31.26, S.D. = 10.37, Min = 16, Max = 57 | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 73 | 52.9 |
| คู่อยู่ด้วยกัน | 48 | 34.8 |
| คู่แยกกันอยู่ | 12 | 8.7 |
| หย่า | 3 | 2.2 |
| หม้าย | 2 | 1.4 |
| จำนวนบุตร (คน) | | |
| ไม่มี | 87 | 63.0 |
| 1 | 18 | 13.0 |
| 2 | 24 | 17.4 |
| 3 | 8 | 5.9 |
| 4 | 1 | .7 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 10 | 7.2 |
| มัธยมศึกษา | 47 | 34.1 |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี/ปวช./ปวส. | 20 | 14.5 |
| ปริญญาตรี | 53 | 38.4 |
| ปริญญาโท | 8 | 5.8 |
| จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน (ชั่วโมง) | | |
| 0-8 | 99 | 71.8 |
| 9-16 | 38 | 27.5 |

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน (ชั่วโมง) | | |
| 16 ชั่วโมงขึ้นไป | 1 | .7 |
| รายได้ของตนเอง (บาท) | | |
| ต่ำกว่า10,000 | 36 | 26.1 |
| 10,001-20,000 | 62 | 44.9 |
| 20,001-30,000 | 22 | 15.9 |
| 30,000 ขึ้นไป | 18 | 13.1 |
| รายได้ของครอบครัว (บาท) | | |
| ต่ำกว่า10,000 | 18 | 13.1 |
| 10,001-20,000 | 46 | 33.2 |
| 20,001-30,000 | 29 | 21.1 |
| 30,000 ขึ้นไป | 45 | 32.6 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | |
| เพียงพอของรายได้ | 72 | 52.2 |
| ไม่เพียงพอของรายได้ | 66 | 47.8 |
| ลักษณะการอยู่อาศัย | | |
| อาศัยอยู่คนเดียว | 21 | 15.2 |
| อาศัยอยู่กับคู่สมรส | 40 | 29.0 |
| อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน | 9 | 6.5 |
| อาศัยอยู่กับครอบครัว | 68 | 49.3 |
| ความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว | | |
| รักใคร่กันดี | 74 | 53.6 |
| ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง | 57 | 41.3 |
| ทะเลาะเป็นประจำ | 7 | 5.1 |
| บุคคลในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช | | |
| ไม่มี | 92 | 66.8 |

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| บุคคลในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช | | |
| บิดา | 10 | 7.2 |
| มารดา | 9 | 6.5 |
| ปู่ย่าตายาย | 8 | 5.8 |
| น้าอาลุงป้า | 10 | 7.2 |
| พี่น้อง | 9 | 6.5 |
| จำนวนครั้งที่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง) | | |
| ไม่เคยนอนรักษารพ. | 81 | 58.8 |
| 1 | 44 | 31.9 |
| 2 | 4 | 2.9 |
| 3 | 6 | 4.3 |
| 4 ครั้งขึ้นไป | 3 | 2.1 |
| (M = 0.60, S.D. = .94, Min = 0, Max = 5) | | |
| ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า | | |
| น้อยกว่า 1 ปี | 23 | 16.7 |
| 1-5 ปี | 84 | 60.8 |
| 6-10 ปี | 24 | 17.4 |
| 10 ปีขึ้นไป | 7 | 5.1 |
| ประวัติโรคทางกาย | | |
| ไม่มี | 114 | 83.3 |
| มี | 24 | 16.7 |
| ประวัติการดื่มสุรา/สารเสพติด | | |
| ไม่เคยใช้ | 89 | 64.5 |
| เคยใช้ | 10 | 7.2 |
| เคยแต่เลิกแล้ว | 32 | 23.2 |
| ยังใช้สารเสพติดอยู่ | 7 | 5.1 |

2.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 6.99 (S.D. = 4.77) เมื่อจำแนกตามระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก (0-7 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 50 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (n=138)

| ภาวะซึมเศร้า | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ระดับน้อยมาก (0-7 คะแนน) | 69 | 50.0 |
| ระดับน้อย (8-12 คะแนน) | 49 | 35.5 |
| ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) | 20 | 14.5 |
| M = 6.99, S.D.= 4.77, Min = 0, Max = 18 | | |

เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง .30 – .92 (S.D. = .56 – .95) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ 5 “เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .92 (S.D. = .95) รองลงมาได้แก่ ข้อที่ 6 “รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง” และ ข้อที่ 7 “สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ” มีค่าเฉลี่ยอยู่เท่ากับ .89 (S.D. = .91) และ .86 (S.D. = .90) นอกจากนี้ยังพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 9. “คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.30 (S.D. = .56) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อ (n=138)

| อาการใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง | | | | Mean | S.D. |
|--|--------------------------------|----------|----------|---------|------|------|
| | ไม่มี | บางวัน | บ่อย | ทุกวัน | | |
| 1. เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร | 39(28.30) | 84(60.9) | 11(8) | 4(2.9) | .85 | .67 |
| 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ | 45(32.6) | 76(55.1) | 12(8.7) | 5(3.6) | .83 | .73 |
| 3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป | 54(39.1) | 61(44.2) | 18(13) | 5(3.6) | .81 | .79 |
| 4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง | 55(39.9) | 60(43.5) | 17(12.3) | 6(4.3) | .81 | .83 |
| 5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป | 56(40.6) | 49(35.5) | 21(15.2) | 12(8.7) | .92 | .95 |

| อาการใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง | | | | Mean | S.D. |
|---|--------------------------------|----------|----------|---------|------|------|
| | ไม่มี | บางวัน | บ่อย | ทุกวัน | | |
| 6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง | 54(39.1) | 55(39.9) | 19(13.8) | 10(7.2) | .89 | .90 |
| 7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ | 57(41.3) | 52(37.7) | 19(13.8) | 10(7.2) | .86 | .91 |
| 8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น | 70(50.7) | 46(33.3) | 16(11.6) | 6(4.3) | .69 | .84 |
| 9. คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี | 102(73.9) | 31(22.5) | 4(2.9) | 1(.7) | .30 | .56 |

2.3 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีการปรับตัวระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมาได้แก่ การปรับตัวดี ร้อยละ 39.9 และการปรับตัวไม่ดี ร้อยละ 9.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (n=138)

| การปรับตัว | จำนวนคน | ร้อยละ |
|---------------------|---------|--------|
| ไม่ดี (1.00-1.66) | 13 | 9.4 |
| ปานกลาง (1.67-2.33) | 70 | 50.7 |
| ดี (2.34-3.00) | 55 | 39.9 |

การปรับตัวค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.31(S.D.=.58) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณา เป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึงพาระหว่างกัน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.26 – 2.38 (S.D. = .46 - .74) โดยด้านบทบาทหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด

เท่ากับ 2.38 (S.D. = .56) รองลงมาได้แก่ ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.30 (S.D. = .46) ด้าน
 พึ่งพาระหว่างกัน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.30 (S.D. = .48) และ ด้านอัตมโนทัศน์ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.26
 (S.D. = .74) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการปรับตัวรายด้านของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
 (n=138)

| การปรับตัว | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน | ระดับการปรับตัว |
|-------------------------|-------------|--------------------------|-----------------|
| ด้านร่างกาย | 2.30 | .46 | ปานกลาง |
| ด้านอัตมโนทัศน์ | 2.26 | .74 | ปานกลาง |
| ด้านบทบาทหน้าที่ | 2.38 | .56 | ดี |
| ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน | 2.30 | .48 | ปานกลาง |
| รวม | 2.31 | .58 | ปานกลาง |

เมื่อพิจารณา ในรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.04 – 2.88 (S.D. = .42 - .85) ดังนี้

ด้านร่างกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ข้อที่ 1. “ท่านไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
 ตามปกติทุกวัน” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 (S.D. = .66) รองลงมาคือ ข้อที่ 4. “ท่านพยายามทำกิจกรรม
 ที่ท่านพอใจ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังเพลงสวดมนต์ เพื่อให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย” และ ข้อที่ 8
 “ขับถ่ายของท่านเป็นปกติ ท้องไม่ผูก” มีค่าเฉลี่ย 2.49 (S.D. = .64) และ 2.34 (S.D. = .69)
 ตามลำดับ

ด้านอัตมโนทัศน์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ข้อที่ 14 “ท่านมีความคิดทำร้ายตนเอง หรือคิด
 ว่าถ้าตายคงจะดี” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.5 (S.D. = .74) รองลงมาคือ ข้อที่ 12 “ท่านรู้สึกพึงพอใจกับสิ่ง
 ที่ทำ และประสบผลสำเร็จในอดีต” และ ข้อที่ 9 “ท่านรู้สึกว่าตนเองมีค่า มีประโยชน์ต่อบุคคลใน
 ครอบครัว หรือตนเองผิดหวัง” มีค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D. = .74) และ 2.18 (S.D. = .76) ตามลำดับ

ด้านบทบาทหน้าที่ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ข้อที่ 20 “ท่านยอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่
 และไปพบแพทย์ตามนัด” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 (S.D. = .42) รองลงมาคือ ข้อที่ 18 “ท่านไม่
 สามารถทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัวได้เหมือนเดิม” และ ข้อที่ 17 “ท่านพอใจในบทบาทหน้าที่

ของตนเองที่มีต่อครอบครัว เช่น การช่วยเหลือบุตรหลาน” มีค่าเฉลี่ย 2.37 (S.D. = .73) และ 2.36 (S.D. = .71) ตามลำดับ

ด้านพึงพาระหว่างกัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ข้อที่ 22 “ท่านสนใจรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน การรับประทานยาตามแผนการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วย” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 (S.D. = .50) รองลงมาคือ ข้อที่ 24 “ท่านต้องการให้บุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือท่านแม้ว่าสิ่งนั้นท่านสามารถช่วยตนเองได้” และ ข้อที่ 23 “ท่านรู้สึกว่ามีใครเอาใจใส่เหลือวแลท่านเลย” มีค่าเฉลี่ย 2.38 (S.D. = .74) และ 2.30 (S.D. = .73) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปรับตัวรายข้อของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (n=138)

| การปรับตัว | Mean | S.D. | ระดับการปรับตัว |
|---|-------------|------------|-----------------|
| ด้านร่างกาย | | | |
| 1.ท่านไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกวัน | 2.54 | .66 | ดี |
| 2.ท่านรู้สึกอ่อนเพลียเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ | 2.19 | .72 | ปานกลาง |
| 3.ท่านเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป | 2.21 | .77 | ปานกลาง |
| 4.ท่านพยายามทำกิจกรรมที่ท่านพอใจ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ เพื่อให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย | 2.49 | .64 | ดี |
| 5.ท่านเหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง | 2.28 | .73 | ปานกลาง |
| 6.ท่านเบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร | 2.31 | .75 | ปานกลาง |
| 7.ท่านนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน และตื่นตอนเช้าอย่างสดชื่น | 2.06 | .76 | ปานกลาง |
| 8.ขับถ่ายของท่านเป็นปกติ ท้องไม่ผูก | 2.34 | .69 | ดี |
| คะแนนเฉลี่ยรวมด้านร่างกาย | 2.30 | .46 | ปานกลาง |

| การปรับตัว | Mean | S.D. | ระดับการปรับตัว |
|--|------|------|-----------------|
| ด้านอัตมโนทัศน์ | | | |
| 9.ท่านรู้สึกว่าคุณค่า มีประโยชน์ต่อบุคคลในครอบครัว หรือตนเองผิดหวัง | 2.18 | .76 | ปานกลาง |
| 10.ท่านคิดว่าตนเองมีอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้ | 2.15 | .80 | ปานกลาง |
| 11.ท่านคิดว่าตนเองทำอะไรก็ล้มเหลวหรือทำให้ครอบครัวหรือตนเองผิดหวัง | 2.17 | .83 | ปานกลาง |
| 12.ท่านรู้สึกพึงพอใจกับสิ่งที่ทำและประสบผลสำเร็จในอดีต | 2.44 | .74 | ดี |
| 13.ท่านรู้สึกสุขใจสบายใจกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน | 2.10 | .74 | ปานกลาง |
| 14.ท่านมีความคิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายคงจะดี | 2.54 | .74 | ดี |
| คะแนนเฉลี่ยรวมด้านอัตมโนทัศน์ | 2.26 | .74 | ปานกลาง |
| ด้านบทบาทหน้าที่ | | | |
| 15.ท่านภูมิใจที่ได้ทำงานเลี้ยงตนเองได้ เช่น ปลูกต้นไม้ งานปลูกผักสวนครัว งานช่าง งานถักสาน รับจ้าง เป็นต้น | 2.35 | .70 | ดี |
| 16.ท่านพอใจกับการที่ท่านเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ เช่น จากพ่อบ้านหรือแม่บ้านเป็นผู้ป่วยในครอบครัว | 2.04 | .76 | ปานกลาง |
| 17.ท่านพอใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อครอบครัว เช่น การช่วยเหลือบุตรหลาน | 2.36 | .71 | ดี |
| 18.ท่านไม่สามารถทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัวได้เหมือนเดิม | 2.37 | .73 | ดี |
| 19.ท่านเต็มใจให้ความช่วยเหลือกิจกรรมในสังคมตามความสามารถและกำลัง | 2.35 | .72 | ดี |

| การปรับตัว | Mean | S.D. | ระดับการปรับตัว |
|--|------|------|-----------------|
| 20. ท่านยอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และไปพบแพทย์ตามนัด | 2.88 | .42 | ดี |
| คะแนนเฉลี่ยรวมด้านบทบาทหน้าที่ | 2.38 | .56 | ดี |
| ด้านพึงพาระหว่างกัน | | | |
| 21. ท่านยอมรับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดและเป็นที่รัก เช่น สามี ภรรยา บุตรหลาน พี่น้อง เป็นต้น | 2.10 | .83 | ปานกลาง |
| 22. ท่านสนใจรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน การรับประทานยาตามแผนการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วย | 2.75 | .50 | ดี |
| 23. ท่านรู้สึกที่ไม่มีใครเอาใจใส่เหลือวแลท่านเลย | 2.30 | .73 | ปานกลาง |
| 24. ท่านต้องการให้บุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือท่านแม้ว่าสิ่งนั้นท่านสามารถช่วยตนเองได้ | 2.38 | .74 | ดี |
| 25. ท่านไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวแม้ในเรื่องที่จำเป็น | 2.05 | .85 | ปานกลาง |
| 26. ท่านสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่บุคคลรอบข้างได้ | 2.25 | .72 | ปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ยรวมด้านการพึงพาระหว่างกัน | 2.30 | .48 | ปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ยรวมการปรับตัว | 2.31 | .58 | ปานกลาง |

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

การวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติโรคทางกาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .173, .187, p < .01$) และ ($\chi^2 = .240, .325, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7

โดยมีการแปลผลตามขนาดของความสัมพันธ์ ดังนี้ (Burn & Grove, 2020)

| | |
|-----------|----------------------------|
| 0.00-0.10 | มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก |
| 0.10-0.29 | มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ |
| 0.30-0.50 | มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง |
| 0.51-0.99 | มีความสัมพันธ์ระดับสูง |
| 1 | มีความสัมพันธ์ระดับสมบูรณ์ |

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (n=138)

| ข้อมูลทั่วไป | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ | | |
|--------------------------------------|---------------------------|----------|-------------------|
| | r | χ^2 | ระดับความสัมพันธ์ |
| เพศ | | .001 | ไม่สัมพันธ์กัน |
| อายุ | .163 | | ไม่สัมพันธ์กัน |
| ระดับการศึกษา | | .024 | ไม่สัมพันธ์กัน |
| รายได้ของตนเอง | | .173* | ต่ำ |
| รายได้ของครอบครัว | | .187* | ต่ำ |
| ความเพียงพอของรายได้ | | .240** | ต่ำ |
| ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า | | .089 | ไม่สัมพันธ์กัน |
| ประวัติโรคทางกาย | | .325** | ปานกลาง |

*p < .05, **p<.01

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้กราฟ (Histogram), Normal Q-Q Plot, และ Box Plot ในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่า มีการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ รวมทั้งทดสอบความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) พบว่าอยู่ในช่วง Mean \pm 3 S.D. จึงสรุปได้ว่าชุดข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Altman & Bland, 1995; Ghasemi & Zahediasl, 2012; Mishra et al., 2019)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การแจกแจงสถิติของข้อมูล Kolmogorov-Smirnov test

| ตัวแปร | Mean | S.D. | Kolmogoro v-Smirnov Z | p-value | Skewness | Kurtosis |
|-----------------------------|-------|-------|-----------------------------|---------|--------------|-------------|
| ภาวะซึมเศร้า | 7.00 | 4.47 | .155 | .000 | -.087(.42) | -.986(2.40) |
| ด้านร่างกาย | 2.30 | .46 | .099 | .002 | -.266(-1.29) | -.762(1.85) |
| ด้านอัตมโนทัศน์ | 2.26 | .74 | .105 | .001 | -.219(-1.06) | -.987(2.40) |
| ด้านบทบาทหน้าที่ | 2.38 | .56 | .141 | .000 | -.119(-.57) | -.859(2.09) |
| ด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน | 2.30 | .48 | .088 | .011 | -.331(-1.60) | -.636(1.55) |
| อายุ | 31.26 | 10.37 | .118 | .000 | .619(3.00) | -.581(1.41) |

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.607$) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน (n=138)

| ตัวแปร | 1 | 2 |
|-----------------|--------|---|
| 1. ภาวะซึมเศร้า | 1 | |
| 2. การปรับตัว | -.607* | 1 |

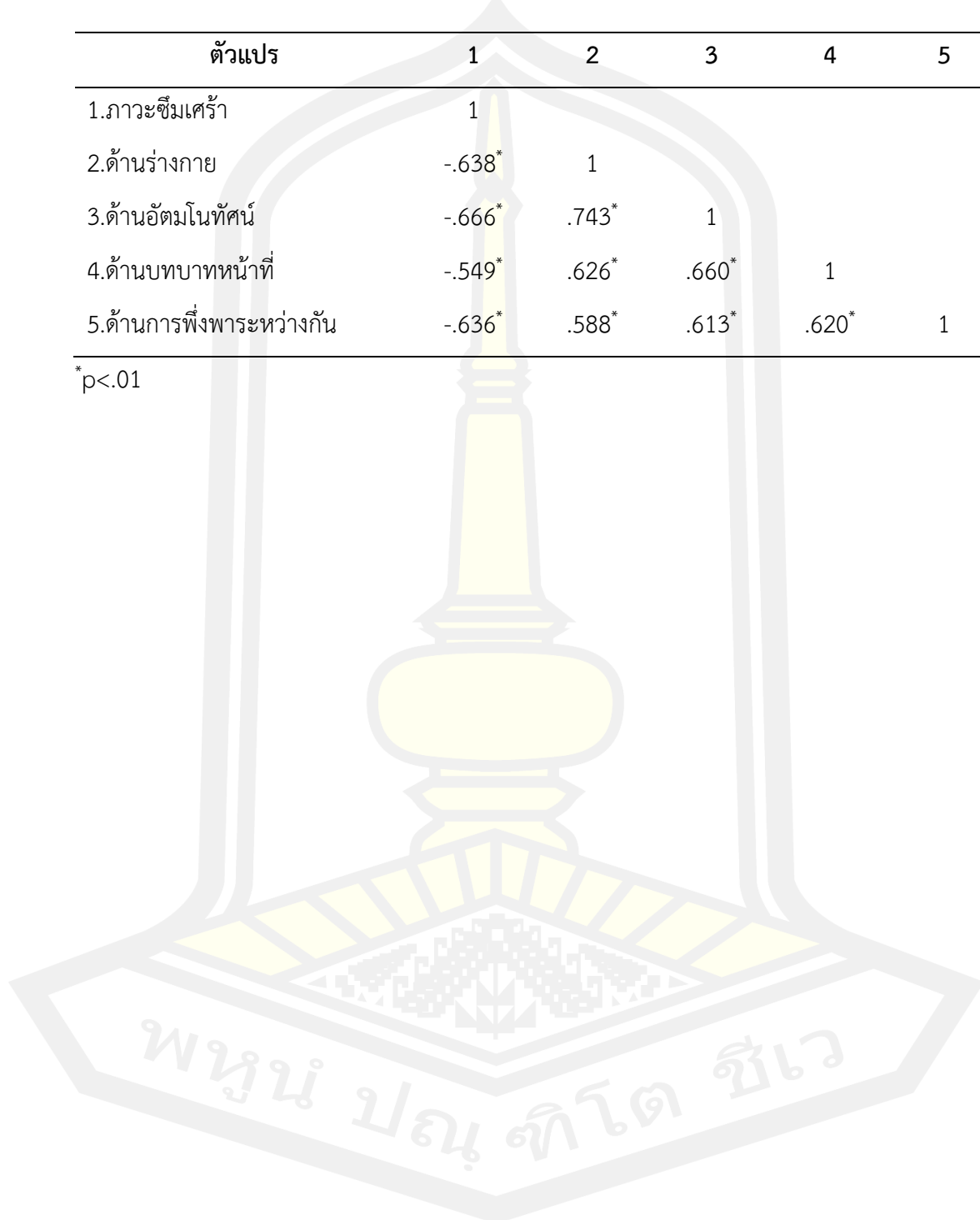
* $p<.01$

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.638, -.666, -.549, -.636, p<.01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึงพาระหว่างกัน (n=138)

| ตัวแปร | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------|-------|-------|-------|---|
| 1.ภาวะซึมเศร้า | 1 | | | | |
| 2.ด้านร่างกาย | -.638* | 1 | | | |
| 3.ด้านอัตมโนทัศน์ | -.666* | .743* | 1 | | |
| 4.ด้านบทบาทหน้าที่ | -.549* | .626* | .660* | 1 | |
| 5.ด้านการพึงพาระหว่างกัน | -.636* | .588* | .613* | .620* | 1 |

*p<.01



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational research design) ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.9 อายุวัยทำงานตอนต้น ร้อยละ 56.6 อยู่ในสถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 52.9 ไม่มีบุตร ร้อยละ 63 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.4 มีชั่วโมงในการทำงานน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 71.8 รายได้ตนเองและครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 44.9, 33.2 ความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 52.2 มีความรักใคร่กันดี ร้อยละ 53.6 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1-5 ปี ร้อยละ 60.8 ไม่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 83.3 ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 66.8 อีกทั้งไม่มีประวัติโรคทางกาย ร้อยละ 83.3 และไม่เคยใช้สุราและสารเสพติด ร้อยละ 64.5

5.1.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 6.99 (S.D. = 4.77) เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า ในระดับน้อยมาก (0-7 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 50

5.1.3 การปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.31, S.D. = .58) คะแนนเฉลี่ย (1.67-2.33) มากที่สุดจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมาคือ การปรับตัวในระดับดี (2.34-3.00) จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 39.9 และการปรับตัวระดับไม่ดี (1.00-1.66) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 นอกจากนี้ พบว่า การปรับตัวด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.30, S.D. = .46) ด้านอัตมโนทัศน์ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.26, S.D. = .74) ด้านบทบาทหน้าที่ อยู่ในระดับดี (\bar{x} = 2.38, S.D. = .56) ด้านพึงพาระหว่างกัน อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.30, S.D. = .48)

5.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัย พบว่า รายได้ของตนเอง ($\chi^2=.173$, $p <.05$) รายได้ของครอบครัว ($\chi^2=.187$, $p <.05$) ความเพียงพอของรายได้ ($\chi^2= .240$, $p <.01$) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ($\chi^2=.325$, $p <.01$) พบว่า มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = -.607$, $p <.01$)

5.2 อภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยมากอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 15-29 ปี ยังอยู่ในช่วงวัยทำงานตอนต้น เป็นวัยหนุ่มสาวที่มีร่างกายแข็งแรง ประกอบกับไม่มีประวัติโรคทางกาย มีรายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว และมีความเพียงพอของรายได้ ทำให้ไม่เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจนอาจเกิดปัญหาภายในครอบครัว (ปราณีณา ทองศรี, อารยา เชียงของ และธนยศ สุมาลย์โรจน, 2561) ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานส่วนใหญ่อาจรู้สึกกว่าตนเองสามารถทำงานได้ สามารถหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว แสดงถึงการมีความสามารถในการดำรงบทบาทหน้าที่ที่มีต่อครอบครัว แม้จะเป็นโรคซึมเศร้าแต่ยังคงทำงานประกอบอาชีพที่มีรายได้อยู่ ยังพึ่งพาตนเองได้และดูแลบุคคลในครอบครัวได้ดี ทั้งนี้อาจทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่ยังสามารถดูแลตนเองได้และไม่เป็นภาระใครจึงส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ประกอบกับมีการดูแลตนเองในการมารับการรักษาพยาบาลตามนัดและยังคงร่วมมือในการรับการรักษาโดยการรับประทานยาได้ดี และยังคงมีความรักใคร่ช่วยเหลือกันดีในครอบครัว ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ยังมีครอบครัวคอยช่วยเหลือ นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี จึงอาจมีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่เข้าถึงได้ง่ายเกี่ยวกับการรักษา ทั้งในโลกโซเชียลและบุคคลรอบข้าง รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพจิตเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งหาแนวการผ่อนคลายด้วยตนเอง ทำให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ นอกจากนี้ยังมีการอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีความรักใคร่กันดี จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน รู้สึกได้ถึงกำลังใจจากคนรอบข้าง บุคคลในครอบครัว และรู้สึกกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ไม่ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยวได้รับการยอมรับ

ไม่แบ่งแยก ทำให้สภาพจิตใจดีขึ้น และภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก สำหรับการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากการเจ็บป่วยนั้น ยังอยู่ในระดับที่เล็กน้อย ยังไม่ถึงระดับที่รุนแรง รวมทั้งมีการจัดการต่อตนเองที่เหมาะสม ให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดีจึงสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคม และยังสามารถประกอบอาชีพได้ อีกทั้งระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1-5 ปี ยังอยู่ในระยะเวลาที่ไม่นาน ประกอบกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม คือ ไม่เคยใช้สุรา/สารเสพติดก็อาจมีส่วนทำให้การรักษาเป็นไปในแนวทางที่ดี ประกอบกับเหตุผลต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก

การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีการปรับตัวโดยรวมในระดับปานกลาง การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีการปรับตัวโดยรวมในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานกำลังอยู่ในระหว่างการพยายามปรับตัวเพื่อรักษาสมดุล และเมื่อพิจารณารายด้านอธิบายได้ว่า ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกวัน อาจเป็นเพราะหลังจากรับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น การง่วงซึม ทำให้รู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้น ด้านอัตมโนทัศน์ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายคงจะดี อาจเป็นเพราะเมื่อเจ็บป่วยทำให้รู้สึกไม่ดีต่อตนเองมากขึ้น แต่ในขณะนี้ ด้านบทบาทหน้าที่ พบว่าส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และไปพบแพทย์ตามนัด และด้านพึงพาระหว่างกัน พบว่าส่วนใหญ่สนใจรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การรับประทานยาตามแผนการรักษา อาการข้างเคียงของยา และจัดการกับอาการเจ็บป่วย อธิบายได้อีกว่าเพศหญิงมีระดับการพึ่งพามากกว่าเพศชาย (Chao, Chen, Roisman & Hong, 2007) ช่วงวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ตามพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสัน (Erickson, 1964) อยู่ในขั้นที่ 5 ขั้นที่ 6 และขั้นที่ 7 เป็นช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างมาก ทั้งการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ของตนเอง การสร้างความผูกพัน และการมีชีวิตคู่ การมีงานทำ การสร้างความมั่นคงของอาชีพและรายได้ในการเลี้ยงตนเองและครอบครัว จึงเป็นช่วงวัยที่ต้องการรู้จักและเข้าใจตนเอง ต้องการการมีครอบครัว มีเพื่อน มีหน้าที่การงานที่ดี ต้องการความมั่นคงในชีวิต เป็นผู้นำครอบครัว และดูแลบุคคลในครอบครัว รวมทั้งต้องการความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมด้วย การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในชีวิตเหล่านี้ อาจทำให้พัฒนาการในแต่ละขั้นเกิดอุปสรรคทำให้ไม่บรรลุตามระยะพัฒนาการ ประกอบกับการรักษาด้วยการรับประทานยาด้านเศร้า ก็อาจได้รับผลข้างเคียงจากยาทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียนหรือการทำงาน ประสิทธิภาพการเรียนหรือทำงานเปลี่ยนแปลง อาจส่งผลต่อการหารายได้ลดลง รวมทั้งอาการของโรคซึมเศร้าก็มีผลต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประกอบกับระยะเวลา

ในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ไม่นาน จึงอยู่ในระหว่างการพยายามปรับตัวเพื่อรักษาสมดุล จึงอาจทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีการปรับตัวโดยรวมในระดับปานกลาง ผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน พบว่า รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557) และอภิตดา สร้อยสน (2553) ที่พบว่า รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ตนเอง รายได้ของครอบครัว และมีความเพียงพอของรายได้ ซึ่งอาจไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การมีสถานะทางการเงินที่ตึงเครียดเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการดำรงชีวิต เพราะหากมีรายได้ที่เพียงพอ ต่อรายจ่าย บุคคลก็สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ ส่งผลต่อการปรับตัวที่ดี (Roy, 1991) นอกจากนี้ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hosseini and Soltanian (2022) และรพีพรรณ สารสมักร (2565) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 15-29 ปี อายุยังน้อย เป็นวัยทำงานตอนต้น ยังมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย ไม่มีประวัติดื่มสุราและไม่ใช้สารเสพติด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ด้วยความแข็งแรง ไม่มีความเสื่อมถอย การดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดีอยู่ และมีการศึกษาที่ดี อาจทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง รู้จักแสวงหาข้อมูล และเอาใจใส่ใจตนเอง แสวงหาและร่วมมือในการรักษา สามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้ดี จึงทำให้มีการปรับตัวที่ดี

สมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของวราพร ศรีภิรมย์ และคณะ (2563), อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557), Fiskin et al., (2017), และ King et al. (2002) อาจกล่าวได้ว่า หากมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยก็จะส่งผลให้มีการปรับตัวในระดับมากหรือการปรับตัวในระดับที่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งเร้าตรง หากภาวะซึมเศร้าระดับสูงยิ่งส่งผลต่อพยาธิสภาพของโรค ทำให้โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะมีอาการแย่ลง หรือทำให้การป่วยด้วยโรคซึมเศร่ายาวนานขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คือผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าทำงานเกิดการปรับตัวไม่ได้ ทั้งด้านร่างกาย อาจไม่สามารถทำกิจวัตรหรือกิจกรรมได้ตามปกติ อ่อนเพลียเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหารหรือรับประทานมากเกินไปเหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง เบื่อไม่ยอมทำอะไร มีปัญหาการนอนหลับหรือการขับถ่าย เป็นต้น ด้านอัตมโนทัศน์ อาจมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป รู้สึกมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ ทำอะไรล้มเหลว ไม่พึงพอใจตนเอง หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง ซึ่งเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี เพราะมีมุมมองต่อการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้าไม่ดี ทำให้รู้สึกเป็นคนไม่ดี เป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ จนบางครั้งไม่ยอมมีชีวิตอยู่ (รวีพรโรติ พูลลาภ, 2560) ดังนั้น บุคคลต้องรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง มีความคิด ความเชื่อ ความพึงพอใจต่อตนเอง จึงจะสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (Alaphilippe, 2008) ยังสอดคล้องกับ ฌัฐสุดา แสงบุญ และคณะ (2561) ที่พบว่า การปรับความคิดและการยอมรับความจริง ทำใจยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ด้านบทบาทหน้าที่ อาจเกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่หรือการทำงานรวมทั้งรายได้ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งของตนเองและครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ที่เป็นเช่นนี้เพราะ ตามบทบาทหน้าที่ของวัยทำงานนั้น มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด เป็นภาระต่อสังคมให้น้อยที่สุด จึงจะสามารถแสดงบทบาทของตนเองอย่างเต็มที่ (สร้อยสุดา อิ่มอรุณรักษ์, ปิยะทิพย์ ประดุงพรม และปริญาญา เรืองทิพย์, 2564) ด้านการพึ่งพาห้วางกัน อาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น หรือตนเองสามารถเป็นที่พึ่งพาหรือที่ปรึกษาแก่คนรอบข้าง รวมทั้งการได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากผู้อื่น เนื่องจากวัยทำงานมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำให้เกิดความมั่นใจ และไม่ได้รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง เพราะยังมีเพื่อน ครอบครัว ให้คำปรึกษาหรือพูดคุยได้ ทำให้การปรับตัวดี สามารถดูแลตนเอง ครอบครัวได้ จึงกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำงานในทุกด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก ซึ่งเกิดจากมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้การปรับตัวในด้านต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระหว่างการปรับสมดุลของร่างกาย มีการยอมรับการเจ็บป่วย ยอมรับการรักษา ประกอบกับการมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม จึงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการปรับตัว ดังนั้น พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำงานกลุ่มนี้ ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และเหมาะสม เพื่อให้สามารถปรับตัวได้ดีและอยู่กับโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ได้ รวมทั้งสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการวิจัยต่อไป ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ควรตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดปัญหาการปรับตัวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวที่ดี และคำนึงถึงปัจจัยที่พบที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้วย เช่น ภาวะซึมเศร้า และ รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ประวัติทางกาย ของผู้ป่วยซึมเศร้าวัยทำงาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีการปรับตัวที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รวมไปกับการดำเนินโรคซึมเศร้าที่เป็นโดยการรักษาระดับของการปรับตัวไม่ให้ลดลงหรือป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

2) ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ดังนั้น จึงควรจัดกิจกรรมหรือมีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและมีการประเมินอาการ ติดตามอาการเป็นระยะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีภาวะซึมเศร่าลดลงและมีการปรับตัวที่ดีต่อไป

ด้านการวิจัย

1) การศึกษาครั้งต่อไป ควรนำตัวแปรอื่นที่อาจมีความเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน เช่น อาชีพ การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น มาทำการศึกษาปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

2) การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน เพื่อศึกษาอำนาจในการร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน เพื่อเป็นประโยชน์ในการสร้างความตระหนักและส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ข้อจำกัดงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามการปรับตัวของอรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557) ซึ่งศึกษาการปรับตัวในผู้สูงอายุ แบบสอบถามชุดนี้ได้ยังนำไปใช้ในการศึกษาของ วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ (2563) ซึ่งศึกษาการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าหญิงวัยกลางคนด้วย ผู้วิจัยพิจารณาข้อคำถามแล้วสามารถนำมาใช้ได้ จึงได้นำมาใช้ในการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานครั้งนี้

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2554). แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับ
 พยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. นนทบุรี: กรม
 สุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). “โรคซึมเศร้า” ทำใจพัง เช็กลิสต์สาเหตุและอาการ. เข้าถึงได้จาก
<https://www.thairath.co.th/lifestyle/health-and-beauty/1718206>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ปีงบประมาณ 2562 -
 2565. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- กลุ่มพัฒนาระบบข้อมูล กองแผนงาน กรมอนามัย. (2566). วิทยุทำงาน. เข้าถึงได้จาก
<https://dopah.anamai.moph.go.th/th>.
- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. (2565). รอบรู้ สุขภาพวัยทำงาน. บริษัท คิวคัมเบอร์
 (ประเทศไทย) จำกัด.
- กัญจนดิชา เียดไธสง, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และ สุพัตรา บัวที. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์
 ต่อการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ. *ศรีนครินทร์
 เวชสาร*, 30(5), 491–497.
- เกษร เกษมสุข และ บังอร ฤทธิ์อุดม. (2566). การส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน: บทบาทของ
 พยาบาล. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 17(1),
 368–380.
- คันธรส สุขกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน: ปัจจัยที่
 เกี่ยวข้อง และแนวทางการดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2),
 229–238.
- จรรยาศรี มีหนองหว้า. (2556). ความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็น
 โรคเบาหวาน ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1), 30–43.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร และ อภิญา เพียรพิจารณา. (2553). *แนวคิดพื้นฐาน
 ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ
 สถาบันพระบรมราชชนก.
- ฉัตรจงกล ตฤณนิษกะ. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวหลังเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง.
 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).

- ฉัตรสุดา มาทา, ชลธิชา อินปิ่น, ภัทรนัย ไชยพรม, พลอยดาว พรมชาติ และ อัญชลารัตนธนากร. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง ในอำเภอวัง จังหวัดลำปาง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3)*, 187–197.
- ชิตชวรรณ คงเกษม, สุนีย์ ละกะปิ่น และ ปิยะธิดา จึงสมาน. (2560). โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1)*, 75–89.
- ณัฐสุดา แสงบุญ, มุกดา เดชประพนธ์ และ สุปรียา มั่นคง. (2562). การปรับตัวในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น. *รามาศิษย์พยาบาลสาร, 25(1)*, 29–42.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ตฤณิลา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา, 2(2)*, 1–11.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วัชณี หัตถพนม และ วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- ธณินทร์ กองสุข. (2550). *โรคซึมเศร้า: องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ธวัชชัย พลศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ รัชนิกร อุปเสน. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(1)*, 60–74.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั่นดี และ สมพร เตரியชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบสอบถามความเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21(1)*, 26–45.
- นันทภาค ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32(1)*, 75–88.
- นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วิชาการ, 19(39)*, 105–118.
- นิลญา อารณกุล และ ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. (2560). การปรับตัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1. *จุฬาลงกรณ์วารสาร, 61(5)*, 631–645.
- นุชนาด สุวรรณประทีป. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา).

- เนียรนิภา บุญอ้วน. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีวัยรุ่น
ตั้งครรภ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(2), 78–84.
- ปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2550). วิธีในการปรับตัวของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมต่อการเข้ารับการ
รักษา ในโรงพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย. *วารสารสภาการ
พยาบาล*, 22(2), 87–98.
- ปราลีณา ทองศรี, อารยา เชียงของ และ ธนยศ สุมาลัยโรจน์. (2561). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของ
ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซีมเศร้า ในข้าราชการตำรวจจราจรเขตนครบาล. *วารสารพยาบาล
สาธารณสุข*, 32(1), 59–78.
- โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, บุปผา ใจมั่น และ วิจิตรา จิตรักษ์. (2563). ภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุ: บทบาท
พยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(1), 501–512.
- โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, ศิริญพร บุสหงษ์ และ เขาวลิต ศรีเสริม. (2562). ภาวะซีมเศร้าในวัยรุ่น:
บทบาทพยาบาล. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1), 187-199.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซีมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*
, 15(1), 18–21.
- พิชัย อัญญสกุล และ ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. (2558). โรคซีมเศร้า. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ
ปราโมทย์ สุคนิชย์ (บ.ก.), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). (น. 167–178).
กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พาริดา อิบราฮิม. (2551). *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5).
กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภคณัฐ รัตนบ้านกรวย. (2563). *การศึกษาประสบการณ์ต่อการปรับตัว บนภาวะซีมเศร้าในช่วงวัย
ผู้ใหญ่ตอนต้น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และ นิดา ลี้มสุวรรณ. (2559). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทาง
การแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4).
กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44(2), 171-179.
- มาริสสา อุทยาพงษ์. (2560). การประยุกต์ใช้การเจริญสติเพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 13(ฉบับพิเศษ เล่ม 2), 110-122.
- ยุพาพัทธ์ รัศมีวงษ์. (2556). ภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ รากเหง้าของปัญหา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(1), 7-24.
- รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย โรจนนิรันทกิจ และ อุไร บุรณเชษฐ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(4), 211-219.
- รพีพรรณ สารสมักร. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 15(2), 92-107.
- รวีพรดี พูลลาภ. (2560). ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในชุมชนน้ำจ้ำและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 6(2). 72-85.
- รุ่งทิพย์ กาศักดิ์, เยวาลักษณ์ เสรีเสถียร และ ยุพา จิวพัฒน์กุล. (2558). ปัจจัยทำนายการปรับตัวในชีวิตสมรสของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(1), 133-146.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. (2566). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2562-2566. นครราชสีมา: โรงพยาบาล. (เอกสารอัดสำเนา)
- วรรณมา เรื่องประยูร, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2557). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 37-48.
- วราพร ศรีภิรมย์, โสภิตา แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์ และ วรภัทร รัตอาภา. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(3), 20-42.
- วาทีณี สุขมาก. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1*. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วาสนา วรรณเกษม และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 82-96.

- วิลโล คูปต์นิรัตติคันกุล และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอวัตความรู้อีกรัสซึมเศร้าโดย เครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) ในคนไทย. *วารสารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2562). แอริค เอช. แอริคสัน. ใน *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เรา รู้เขา)*. (พิมพ์ครั้งที่ 18, หน้า 53-74). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และ อุบล จันทรพิเชตร. (2562). พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารช่อพะยอม*, 30(1), 153-164.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2558). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลแบบ กลุ่มกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 263-278.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีความละเอียดอ่อนเชิงเพศ ภาวะ*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์, ปิยะทิพย์ ประจวบพรหม และ ปริญา เรืองทิพย์. (2564). การพัฒนามาตรวัด ความสุขในการทำงานของวัยทำงานด้วยการประยุกต์ โมเดลการตอบสนองข้อสอบ: การ ทดสอบแบบปรับเหมาะด้วยคอมพิวเตอร์. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 7(2), 157-175.
- สายฝน เอกวางกูร และ อุ่นจิตร คุณารักษ์. (2561). ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน *สายฝน เอกวางกูร (บ.ก.), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 4). (น. 219-254). นครศรีธรรมราช: สำนักวิชาพยาบาล มหาวิทยาลัย วิทยาลัยลักษณะ.
- สาวิตรี สิงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15-15.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *การคาดประมาณประชากร ของประเทศไทย 2543-2573*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.
- สินเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, ดุชนฎิ อุดมอิทธิพงศ์ และ วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชในสังคมเมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสาร สวนปรุง*, 32(1), 28-41.
- สุกัญญา ศิรินิเทศศักดิ์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์. (2558). จิตเภสัชบำบัดวิทยาของยารักษาโรค ซึมเศร้า: ยารุ่นแรก. ใน *สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (บ.ก.), ตำรา โรคซึมเศร้า*. (น. 237-253). ขอนแก่น: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

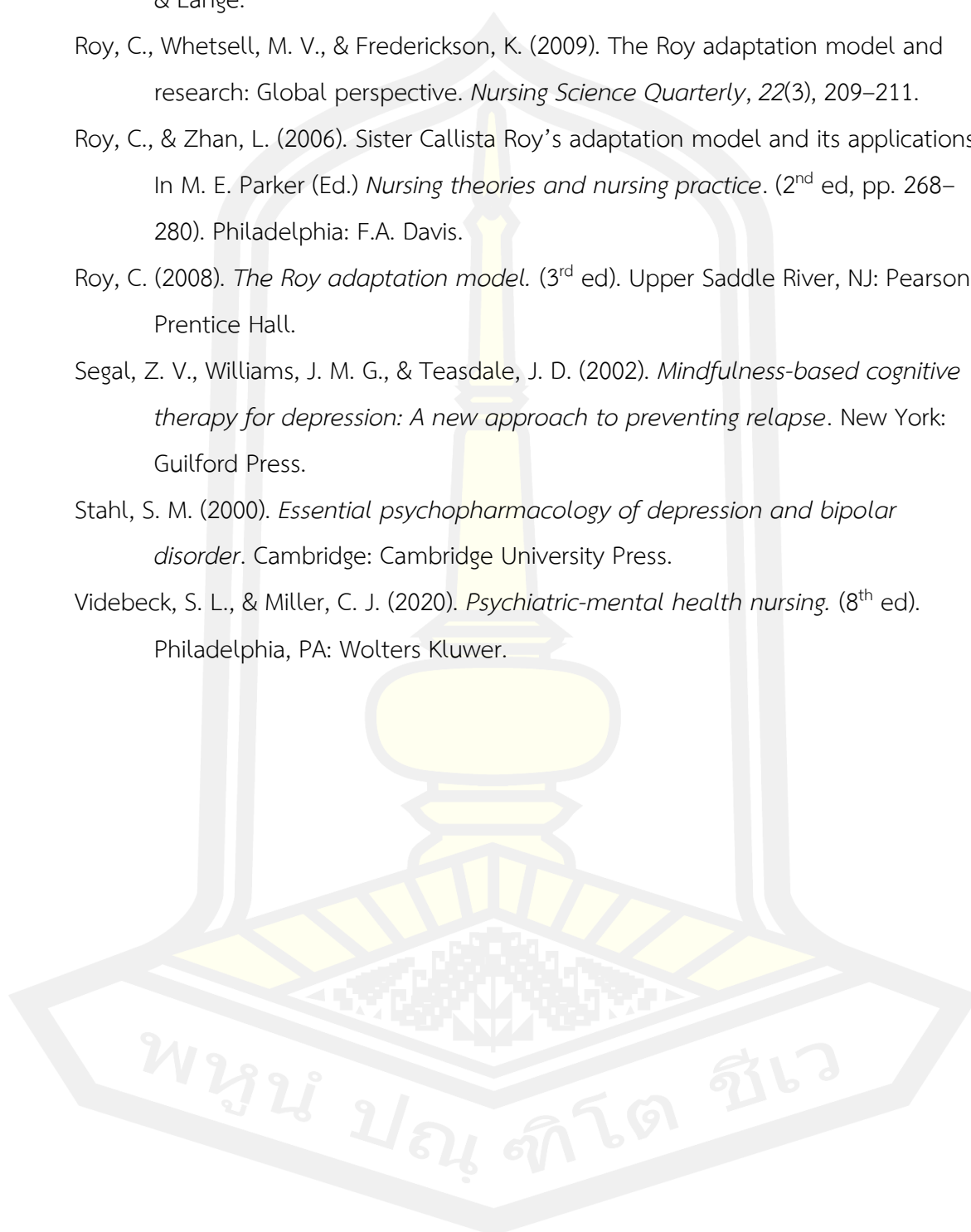
- สุธีกาญจน์ ไชยลาภ. (2565). *ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาลบุคคลที่มีภาวะสูญเสีย เสร้าโคก ซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการทำอัตวินิบาตกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2558ก). อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (บ.ก.), *ตำราโรคซึมเศร้า*. (น. 111-126). ขอนแก่น: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2558ข). การวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (บ.ก.), *ตำราโรคซึมเศร้า*. (น. 127-158). ขอนแก่น: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- อภิรดา สร้อยสน. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพิน คำโต และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(2), 74–87.
- อังคณา ช่วยคำชู. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้านร่วม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 70–81.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุท และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. นครปฐม: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภรณ์ ศรีชัย, ทิวาพร พูเฟื่อง และพิมพ์มาดา พชรปกรณ์ศิลป์. (2564). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 :วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 15(38), 671–684.
- Aghakhani, N., Hazrati Marangaloo, A., Vahabzadeh, D., & Tayyar, F. (2019). The effect of Roy's adaptation model-based care plan on the severity of depression, anxiety and stress in hospitalized patients with colorectal cancer. *Hayat*, 25(2), 208–219.
- Alan Eppel. (2018). *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Springer International Publishing AG, 225(1), 149-185.

- Alaphilippe, D. (2008). Self-esteem in the elderly. *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 6(3), 167-76.
- Alligood, M. R. (Ed.). (2018). *Nursing theorists and their work*. (9th ed). St. Louis, MO: Elsevier.
- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2006). *Nursing theory: Utilization & application*. (3rd ed). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Altman, D. G., & Bland, J. M. (1995). Statistics notes: The normal distribution. *BMJ*, 310(6975), 298. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6975.298>.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2163–2177. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2163>.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2020). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. (9th ed). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Chao, M. M., Chen, J., Roisman, G. I., & Hong, Y.-Y. (2007). Essentializing race: Implications for bicultural individuals' cognition and physiological reactivity. *Psychological Science*, 18(4), 341–348. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01901.x>
- Choi, J., & Twamley, E. W. (2013). Cognitive rehabilitation therapies for Alzheimer's disease: A review of methods to improve treatment engagement and self-efficacy. *Neuropsychology Review*, 23(1), 48–62. <https://doi.org/10.1007/s11065-013-9227-4>.

- Çitak, S., Avci, S. H., & Kahraman, B. B. (2021). The effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy in depression and anxiety disorders. *Psychodynamic Practice, 27*(4), 372–383.
- Dubovsky, S. L., & Dubovsky, A. N. (2004). *Essential of clinical psychiatry: Mood disorder*. Washington DC: American Psychiatry.
- Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility*. New York: W.W. Norton.
- Escalona, R., Tupler, L. A., Saur, C. D., Krishnan, K. R., & Davidson, J. R. (1997). Screening for trauma history on an inpatient affective-disorders unit: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 10*(2), 299–305. <https://doi.org/10.1023/a:1024886314370>.
- Fiskin, G., Kaydirak, M. M., & Oskay, U. Y. (2017). Psychosocial adaptation and depressive manifestations in high-risk pregnant women: Implications for clinical practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 14*(1), 55–64. <https://doi.org/10.1111/wvn.12186>.
- Freud, S. (1957). *Mourning and melancholia*. London: Hogart Press.
- Ghanbari-Afra, L., & Ghanbari-Afra, M. (2022). Roy adaptation model for patients with hypertension: A case report. *Journal of Vessels and Circulation, 3*(1), 43–50.
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism, 10*(2), 486–489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Hayne, Y. M. (2010). Mood Disorder. In W. Austin, & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric & Mental Health Nursing for Canadian Practice (2nded.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Hamilton, D. M. (1982). *A study of the characteristics of integrated programs found in a sample of selected schools (K-8)*. Ph.D. Dissertation, University of Colorado Boulder, U.S.A.
- Hosseini, M., & Soltanian, M. (2022). Application of Roy's adaptation model in clinical nursing: A systematic review. *Journal of Iranian Medical Council, 5*(4), 540–556.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2023). Global burden of disease (GBD) study 2019. Retrieved from <https://www.healthdata.org>.

- Joo, W. S., Byun, E. K., & Lee, G. M. (2021). Effect of perceived stress and depression on adaptation to college life of college freshmen *Journal of the Convergence on Culture Technology*, 7(2), 309–316. [Article in Korean].
<https://doi.org/10.17703/JCCT.2021.7.2.309>
- King, R. B., Shade-Zeldow, Y., Carlson, C. E., Feldman, J. L., & Philip, M. (2002). Adaptation to stroke: A longitudinal study of depressive symptoms, physical health, and coping process. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(1), 46–66.
<https://doi.org/10.1310/KDTA-WELC-T2WR-X51W>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. (5th ed). New York: Guilford Press.
- Lim, C. T., Caan, M. P., Kim, C. H., Chow, C. M., Leff, H. S., & Tepper, M. C. (2022). Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Service*, 73(2), 180–187.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000473>
- Miller, C. A. (2001). *The relationship between body-image, self-esteem, level of depression, and quality of life in elderly persons following lower limb amputation*. Ph.D. Dissertation, Walden University, U.S.A.
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 67–72. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382–389.
- Mustikasari, M., Pratiwi, A., Yani Syuhaimie Hamid, A., & Fadhillah, H. (2018). Effectiveness of Psychological Adaptation Model of Mental Health Nursing for nurse survivors experiencing post-earthquake disaster post-traumatic stress syndrome. *Enfermería Clínica*, 28(Suppl 1), 289–294.
[https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30172-4](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30172-4)
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
- Roy, C. (1991). *The Roy adaptation model. The definitive statement*: McGraw-Hill/Appleton & Lange.

- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model*. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Roy, C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy adaptation model and research: Global perspective. *Nursing Science Quarterly*, 22(3), 209–211.
- Roy, C., & Zhan, L. (2006). Sister Callista Roy's adaptation model and its applications. In M. E. Parker (Ed.) *Nursing theories and nursing practice*. (2nd ed, pp. 268–280). Philadelphia: F.A. Davis.
- Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model*. (3rd ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Stahl, S. M. (2000). *Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Videbeck, S. L., & Miller, C. J. (2020). *Psychiatric-mental health nursing*. (8th ed). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.







ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

พหุณ ปณุ ทิโต สีเว

แบบสอบถามงานวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
เครื่องมือที่ใช้แบบสอบถาม 1 ชุด จำนวน 51 ข้อ

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง() ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุปี
- 3.สถานภาพสมรส
 โสด คู่อยู่ด้วยกัน คู่แยกกันอยู่ หย่า ()
- หมาย
 4. จำนวนบุตร คน
- 5.ระดับการศึกษา
 ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ปวช./ปวส.
 ปริญญาตรี ปริญญาโท
 อื่นๆ ระบุ.....
6. จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน 0-8ชั่วโมง 9-16ชั่วโมง 16 ชั่วโมงขึ้นไป
7. รายได้ของตนเอง ต่ำกว่า10,000 บาท 10,001-20,000 บาท
 20,001- 30,000 บาท 30,000 บาทขึ้นไป
8. รายได้ของครอบครัว
 ต่ำกว่า10,000 บาท 10,000 - 120,000 บาท
 20,001- 30,000 บาท 30,000 บาทขึ้นไป
9. ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เพียงพอ
10. ลักษณะการอยู่อาศัย
 อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส
 อยู่กับบุตร/หลาน อยู่กับญาติพี่น้อง
11. ความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว รักใคร่กันดี ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง
 ทะเลาะเป็นประจำ

12. บุคคลในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช

- () บิดา () มารดา () ปู่, ย่า, ตา, ยาย
 () น้ำ, อา, ลุง, ป้า () พี่, น้อง () อื่นๆ.....

13. จำนวนครั้งที่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

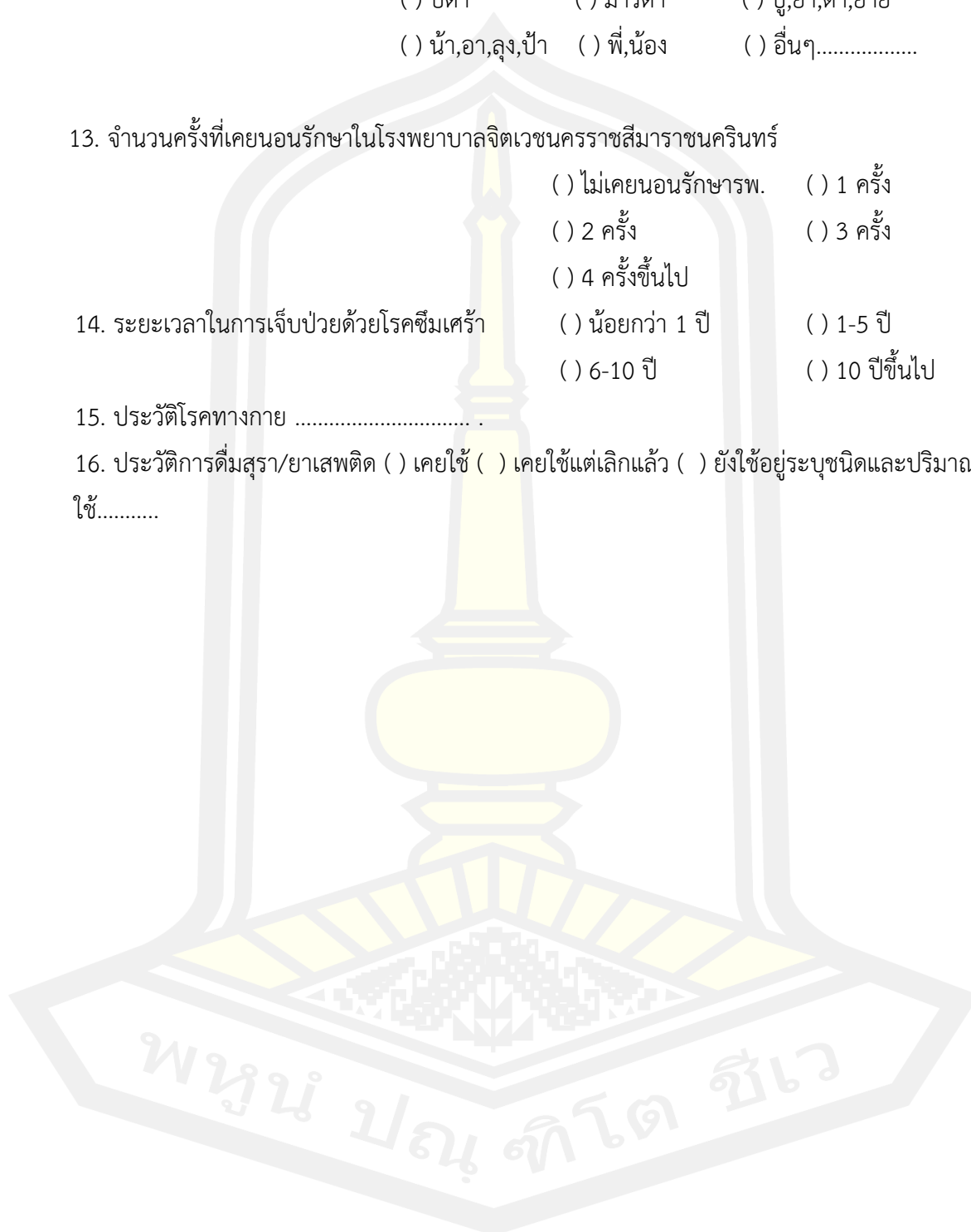
- () ไม่เคยนอนรักษาฯ. () 1 ครั้ง
 () 2 ครั้ง () 3 ครั้ง
 () 4 ครั้งขึ้นไป

14. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

- () น้อยกว่า 1 ปี () 1-5 ปี
 () 6-10 ปี () 10 ปีขึ้นไป

15. ประวัติโรคทางกาย

16. ประวัติการดื่มสุรา/ยาเสพติด () เคยใช้ () เคยใช้แต่เลิกแล้ว () ยังใช้อยู่ระบุชนิดและปริมาณที่ใช้.....



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 26 ข้อ
คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โดยทำเครื่องหมาย ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยมีคำถาม 3 ตัวเลือกดังนี้

มาก หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามได้ปฏิบัติ มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำตามข้อนี้เป็นประจำ

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถาม มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำตามข้อนี้เป็นบางครั้ง

น้อย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถาม มีความคิด/ความรู้สึก/การกระทำตามข้อนี้บ้างหรือไม่ได้ปฏิบัติเลย

| ข้อที่ | ข้อความ | ระดับความรู้สึก/ความคิด/การกระทำ | | |
|--------|--|----------------------------------|---------|------|
| | | มาก | ปานกลาง | น้อย |
| 1 | ด้านร่างกาย ท่านไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกวัน | | | |
| 2 | ท่านรู้สึกอ่อนเพลียเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ | | | |
| 3 | ท่านเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป | | | |
| 4 | ท่านพยายามทำกิจกรรมที่ท่านพอใจ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ เพื่อให้ร่างกายได้ ผ่อนคลาย | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

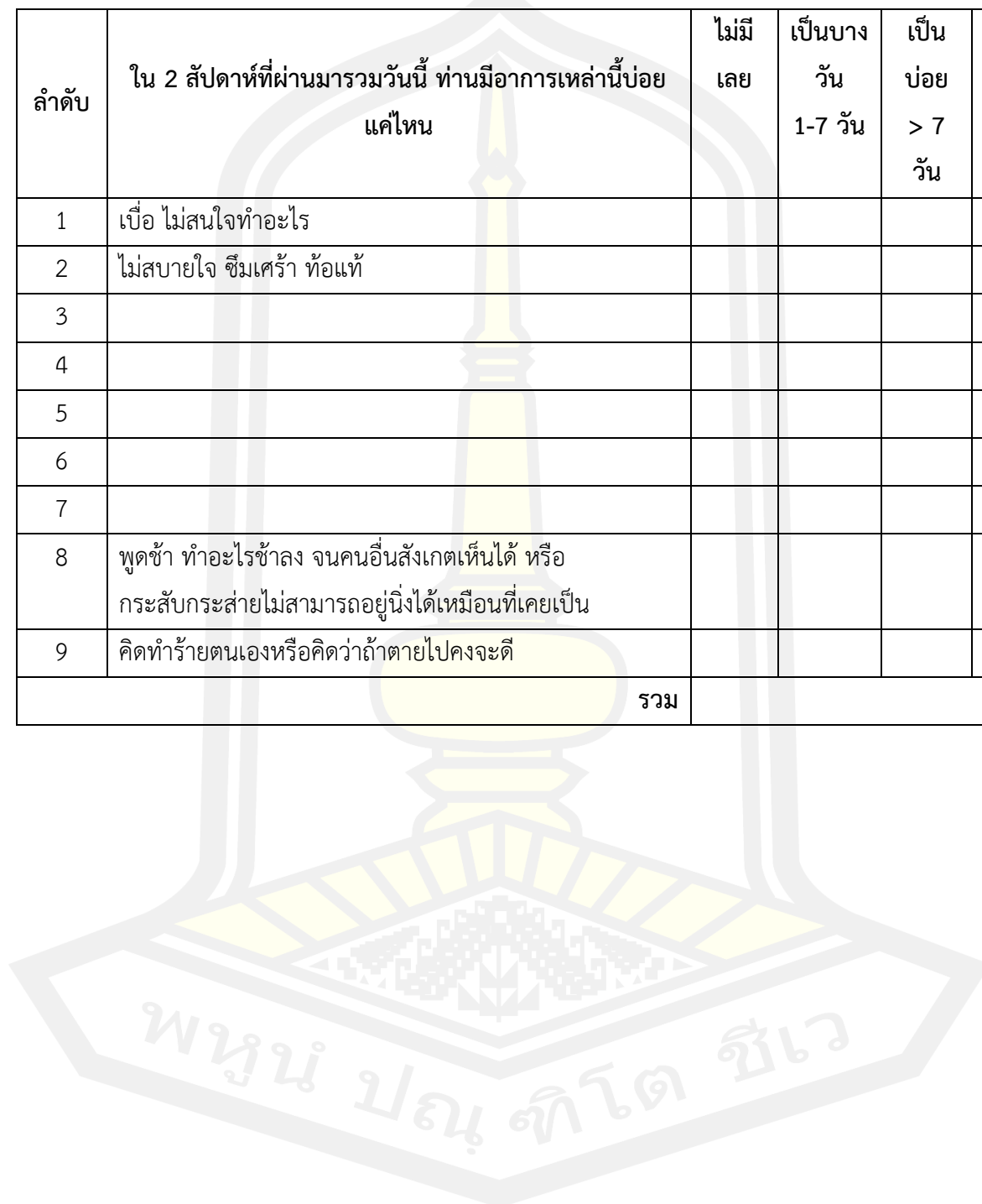
| ข้อ ที่ | ข้อความ | ระดับความรู้สึก/ความคิด/การ กระทำ | | |
|------------|--|--------------------------------------|---------|------|
| | | มาก | ปานกลาง | น้อย |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | ท่านรู้สึกว่ามีใครเอาใจใส่เหลียวแลท่านเลย | | | |
| 24 | ท่านต้องการให้บุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือ ท่านแม้ว่าสิ่งนั้นท่านสามารถช่วยตนเองได้ | | | |
| 25 | ท่านไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลใน ครอบครัวแม้ในเรื่องที่จำเป็น | | | |
| 26 | ท่านสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่บุคคลรอบข้างได้ | | | |



ส่วนที่ 3 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย (9Q) จำนวน 9 ข้อ

คำชี้แจง เลือกข้อที่ตรงกับท่านหรือใกล้เคียงมากที่สุด ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

| ลำดับ | ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน | ไม่มีเลย | เป็นบางวัน 1-7 วัน | เป็นบ่อย > 7 วัน | เป็นทุกวัน |
|-------|--|----------|-----------------------|---------------------|------------|
| 1 | เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร | | | | |
| 2 | ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น | | | | |
| 9 | คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี | | | | |
| รวม | | | | | |





ภาคผนวก ข

เอกสารขอใช้เครื่องมือในงานวิจัย

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๓๐๓๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระชน ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว ๐๖๐๕.๑๑/๗๘๕ วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นายศักดิ์สิทธิ์ รอมโสง ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของ นางอรพิน คำโต หากท่านประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขอให้แจ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้

อรพิน คำโต และ รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา. (๒๕๕๗). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ๒๘ (๒), ๗๔-๘๗.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. เทีญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

กล่องจดหมาย



ฉันทน์ 11:45

แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของคุณอรพิน คำโต เพื่อนำไปประกอบการทำ...



orapin pukayophon 11:50

ถึง ฉันทน์



ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ค่ะ

ในวันที่ อ. 21 มิ.ย. 2022 11:45 น. ศักดิ์สิทธิ์ รอมโธสง <63010420008@msu.ac.th> เขียนว่า:

...





ที่ อว 0605.11/12540



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

20 สิงหาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

ด้วย นายศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำ
วิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน” โดยมี รศ.ดร.นริสา
วงศ์พนารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล จากผู้ป่วยทั้งเพศ
ชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มาตรวจรักษา
ตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วน
บุคคล แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบประเมินโรคซึมเศร้า จำนวน 53 ข้อ ผู้ป่วยจำนวน
30 คน เข้าเก็บข้อมูลตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เป็นไปด้วย
ความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาต
ให้ นายศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง เข้าเก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามหวังเป็นอย่าง
ยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แตนสีแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์

ชื่อนิสิต นายศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง โทร. 088-580-3836 email: 63010420008@msu.ac.th



ที่ อว 0605.11/16A9

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

4 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี

ด้วย นายศักดิ์สิทธิ์ รอมโสง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นริศ วงศ์พนารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล จากผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี จำนวน 138 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มาตรวจรักษาตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบประเมินโรคซึมเศร้า จำนวน 53 ข้อ เพื่อนำไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตให้ นายศักดิ์สิทธิ์ รอมโสง เข้าเก็บข้อมูลดังกล่าวเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แदनสีแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.นริศ วงศ์พนารักษ์

ชื่อนิสิต นายศักดิ์สิทธิ์ รอมโสง โทร. 088-580-3836 email: 63010420008@msu.ac.th



ภาคผนวก ง

หลักฐานจริยธรรม

พหุบัณฑิตวิทยา



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 323-275/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Factors Related to Adaptation Among Employees with Major Depressive Disorder.

ผู้วิจัย : นายศักดิ์สิทธิ์ รอมโรสง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : คลินิกโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 23 กันยายน 2565

วันหมดอายุ : 22 กันยายน 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภรณ์ สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ECMSU01-07.08



แบบรายงานความก้าวหน้าสำหรับขอปรับแก้โครงการวิจัยที่ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รหัสโครงการ 323-275/2565 ฉบับที่ รับรองเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2565
ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
(ภาษาอังกฤษ) Factors Related to Adaptation Among Employees with Major
Depressive Disorder

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นายศักดิ์สิทธิ์ รอมโธสง
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แหล่งทุน

รายงานผลการดำเนินงานวิจัยครั้งที่ ช่วงเวลาที่รายงาน

1. การดำเนินงาน ณ สถานที่วิจัย

ได้ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ได้ดำเนินงานล่าช้ากว่าแผนที่วางไว้

.....
.....
.....

2. รายละเอียดผลการดำเนินงานโครงการวิจัย

2.1 กิจกรรมที่วางแผนไว้

.....
.....
.....

2.2 กิจกรรมที่ทำได้จริง

ขอปรับชื่อเรื่องเป็น ชื่อเรื่องใหม่ : (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า กับ
การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

(ภาษาอังกฤษ) The relationship between personal factors, depression to Adaptation
Among Employees with Major Depressive Disorder

ประวัติผู้เขียน

| | |
|----------------------|---|
| ชื่อ | นายศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง |
| วันเกิด | 14 พฤศจิกายน 2530 |
| สถานที่เกิด | จังหวัดบุรีรัมย์ |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน | 22 หมู่ 11 ตำบล นาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัด บุรีรัมย์ |
| ตำแหน่งหน้าที่การงาน | พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน | โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ถนน ช้างเผือก ตำบล ในเมือง อำเภอ เมือง จังหวัด นครราชสีมา |
| ประวัติการศึกษา | พ.ศ. 2545 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนาโพธิ์พิทยาคม พ.ศ. 2548 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนาโพธิ์พิทยาคม พ.ศ. 2552 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) สาขาพยาบาลศาสตร บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี สมทบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2566 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |

พูน ปณ ฑิต ชีเว