ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

นันทภัค ชนะพันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

.....

นางสาวนันทภัค ชนะพันธ์

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

ศาสตราจารย์รณชัย คงสกนธ์, พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิคส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร, พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2556

.....	.....
อาจารย์สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล,	นางสาวนันทภัค ชนะพันธ์
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์	ผู้วิจัย
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,	อาจารย์อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง,
พย.ด.	Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....	.....
ศาสตราจารย์รณชัย คงสกนธ์,	รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์	พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....	.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,	รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิคส์	Ph.D. (Nursing)
คณบดี	คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาดูแลให้คำปรึกษาชี้แนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร และศาสตราจารย์ นพ.รณชัย คงสกนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ นพ.สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล ที่ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ประจำแผนกจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช ที่ให้ความช่วยเหลือและการสนับสนุนแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงสำหรับ บิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ขอขอบคุณมิตรภาพของนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท รหัส 53 ทุกคน ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา คุณประโยชน์อันพึงมี พึงได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

นันทภัค ชนะพันธ์

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT, INSIGHT AND SELF-REGAINING OF WOMEN WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

นันทภัค ชนะพันธ์ 5337921 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, (พย.ด.), ประภา ยุทธไตร, (พย.ด.),
รณชัย คงสกนธ์, พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Major Depressive disorder อายุ 20-65 ปี และได้รับการรักษาด้วยยา 3 เดือนขึ้นไป ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชศาสตร์ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 69 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์การรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า การรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .082$, $p > 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .387$, $p < 0.01$) และพบว่า การรู้จักตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 6.359$, $p < .01$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม ($\beta = .394$, $p < .01$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือ พยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคืนความสำคัญให้กับตนเองและนำไปสู่การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ: การคืนความสำคัญให้กับตนเอง / การสนับสนุนทางสังคม / การรู้จักตนเอง / ผู้หญิง / โรคซึมเศร้า

132 หน้า

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT, INSIGHT AND SELF-REGAINING OF WOMEN WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

NANTAPUK CHANAPAN 5337921 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S., PRAPA YUTTATRI, D.N.S., RONNACHAI KONGSAKON, M.D., LL.B., M.Sc.

ABSTRACT

This correlational research aimed at investigating the relationship between social support, insight, and self-regaining of women with major depressive disorder. The study sample consisted of 69 female patients who were diagnosed with major depressive disorder. They were between 20 and 65 years old and had been treated with medication for at least three months at the psychiatric ward, outpatient department, of a hospital in Bangkok. The data collection instruments consisted of the demographic characteristics questionnaire, The Hamilton Rating Scale for Depression, Mood Disorder Insight Scale, Multidimentional Scale of Perceived Social Support, and Self-regaining Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation, and multiple regression analysis.

The findings revealed that insight was associated with self-regaining with no statistical significance at the 0.05 level ($r = 0.082$, $p > 0.05$), social support was positively related to self-regaining in female patients with major depressive disorder with statistical significance at the .01 level ($r = .387$, $p < .01$), insight and social support could co-predict the variance of self-regaining in female patients with major depressive disorder by 15.8% with statistical significance the .01 level ($F = 6.359$, $p < .01$). Finally, the factor that could predict self-regaining in female patients with major depressive disorder with statistical significance was social support ($\beta = .394$, $p < .01$).

It is recommended that nurses should encourage family members, friends, and close persons of female patients with major depressive disorder by providing various aspects of social support to them so as to enable them to relieve their major depressive symptoms.

KEY WORDS: SELF-REGAINING / SOCIAL SUPPORT / INSIGHT / WOMEN / MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

132 pages

Copyright© by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย	**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	**จ**
สารบัญตาราง	**ฌ**
สารบัญแผนภูมิ	**ญ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	8
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
1.4 สมมติฐานการวิจัย	9
1.5 กรอบแนวคิด	9
1.6 ขอบเขตการวิจัย	12
1.7 นิยามตัวแปร	13
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	**14**
2.1 โรคซึมเศร้า	15
2.1.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	15
2.1.2 วินิจฉัยโรคซึมเศร้า	16
2.1.3 การดำเนินของโรค	19
2.1.4 อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง	20
2.1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้หญิง	20
2.2 มโนทัศน์การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า	21
2.2.1 ความหมายของการหาย	21
2.2.2 กระบวนการหายจากโรคซึมเศร้า	22
2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากโรคซึมเศร้า	26

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
2.3	มโนทัศน์การคืนความสำคัญให้กับตนเอง	28
	2.3.1 ความหมายของการคืนความสำคัญให้กับตนเอง	28
	2.3.2 ทฤษฎีเชิงสาระการคืนความสำคัญให้กับตนเองภายหลังจากการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีวัยกลางคนที่มีความซึมเศร้า	29
	2.3.3 แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง	31
2.4	มโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคม	32
	2.4.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม	32
	2.4.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม	33
	2.4.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม	34
	2.4.4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	36
	2.4.5 ความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับอาการซึมเศร้า	37
2.5	มโนทัศน์การรู้จักตนเอง	40
	2.5.1 ความหมายของการรู้จักตนเอง หรือการตระหนักรู้ในตนเอง	40
	2.5.2 องค์ประกอบของการรู้จักตนเอง	41
	2.5.3 แบบวัดการรู้จักตนเอง	42
	2.5.4 ความสัมพันธ์ของการรู้จักตนเองกับอาการซึมเศร้า	44
บทที่ 3	**วิธีการดำเนินงานวิจัย**	**46**
3.1	ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
3.2	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	47
3.3	สถานที่เก็บข้อมูล	48
3.4	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
3.5	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	53
3.6	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	54
3.7	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	55

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	56
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	73
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	78
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	89
รายการอ้างอิง	102
ภาคผนวก	113
ประวัติผู้วิจัย	132

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	57
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	59
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	59
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามยาที่ได้รับในปัจจุบัน	61
4.5	ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม	62
4.6	ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของคะแนนการรู้จักตนเอง	62
4.7	ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการคืนความสำคัญให้กับตนเอง	63
4.8	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า	63
4.9	การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า	64

Copyright by Mahidol University

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	12

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problem) และจิตเวช (Psychiatric disorder) ที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยพบร้อยละ 21 ของประชากรโลก (WHO, 2008) เป็นสาเหตุหลักของการไร้ความสามารถ โดยวัดจาก Years Lived with Disability (YLDs) และเป็นอันดับที่ 4 ของภาระของโรคในระดับโลก Disability Adjusted Life Years (DALYs) ในปี 2000 และคาดการณ์ว่าในปี 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับที่ 1 จากการจัดอันดับของ DALYs โดยนับรวมทุกเพศทุกวัย (WHO, 2008) ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วโลกประมาณ 121 ล้านคน (WHO, 2011) โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียความสามารถของประชากรทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโลก เนื่องจากเป็นภาวะที่เป็นนานหรือเรื้อรัง และเป็นซ้ำได้บ่อย ก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความเสียหายต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนได้สูงกว่าโรคอื่นๆ

ความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้สำรวจทางระบาดวิทยาพบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าโดยรวม 3.4% ของประชากร (ประมาณ 2 ล้านคน) โดยแบ่งเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depression) ที่เกิดขึ้น ในปัจจุบัน มีอัตราความชุก 2.4% โรคซึมเศร้าชนิดป่วยซ้ำ มีอัตราความชุก 0.7% ของประชากร และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia current) อัตราความชุก 0.3 % ของประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2551) กรมสุขภาพจิตได้รายงานสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามารับบริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 - 2553 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 148,117 165,7851 และ154,242 คน ตามลำดับ ซึ่งคาดการณ์ว่าปี 2553 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาสูงถึง 2,751,914 คน (กรมสุขภาพจิต, 2554) ซึ่งจะส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเองและยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติในด้านเศรษฐกิจ และทรัพยากรมนุษย์อีกด้วย

Copyright by Mahidol University

จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้หญิงมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายเกือบ 2 เท่า (Kessler et al., 2000; Peden, Rayens, Hall & Grant, 2004) เมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนปีที่สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjust Life Years – DALYs) พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสีย ในประชากรผู้หญิง และเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการสูญเสียในประชากรผู้ชาย (ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล, 2552) ในประเทศไทยจากการประเมินด้วยแบบประเมิน M.I.N.I มีโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.7 หรือ ประมาณ 1,493,606 คน พบว่ามีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.6:1 (กรมสุขภาพจิต, 2551) ผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ได้รับผลกระทบจากโรคซึมเศร้าประมาณ 73 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2009) และยังพบว่าโรคซึมเศร้าพบมากในวัยผู้ใหญ่ มีความชุกตลอดช่วงชีวิตคือ ร้อยละ 15 โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20-50 ปี อายุเริ่มเป็นเฉลี่ยคือ 40 ปี ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงเวลาของวัยผู้ใหญ่ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547) ยิ่งไปกว่านั้น 1 ใน 4 ของผู้หญิงคาดว่าสามารถพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าได้ตลอดช่วงชีวิตของตนเอง โรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้หญิงทุกๆคน โดยไม่คำนึงถึงอายุ เชื้อชาติ รายได้ นอกจากนี้อาจร้ายแรงเพียงพอที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Seeherunwong, Boontong, Sindhu & Nilchaikovit, 2002)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้หญิงป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย ซึ่งมีแนวคิดที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงได้แก่ แนวคิดเชิงชีววิทยาการแพทย์ เช่น ความผิดปกติของสารเคมีในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และพันธุกรรม แนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud ในเรื่องของปมอิเล็กตรา (Electra complex) แนวคิดเชิงจิตวิทยาพัฒนาการ แนวคิดเชิงบทบาทเพศ และแนวคิดเชิงสตรีนิยม (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) ซึ่งแนวคิดต่างๆ อธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงโดยต่างมีจุดเน้นเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นหลัก มีรายงานการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองของผู้หญิง (Seeherunwong et al., 2002; วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548) การเผชิญกับสถานการณ์ที่เลวร้ายหลายเหตุการณ์ เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวกับสามีหรือบุตร การนึกถึงคนอื่นมากกว่าตนเอง พยายามที่จะควบคุมชีวิตคนอื่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Seeherunwong et al., 2002; Vidler, 2005; Pereira et al., 2007; วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2555) ความตึงเครียดในบทบาทผู้หญิง และภาระรับผิดชอบจากความเป็นผู้หญิงที่มีภาระมากเกินไป (Weich, Sloggett & Lewis, 1998; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Tang & Tang, 2001; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2555) ปัจจัยทางสังคม ค่านิยม วัฒนธรรม (Weich, Sloggett & Lewis, 1998; Piccinelli & Wilkinson, 2000; วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2555) มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิง

Copyright by Mahidol University

การเกิดโรคซึมเศร้าในชีวิตย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตผู้หญิงทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลเสียโดยตรงต่อผู้หญิงเองคือ ภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย ศักยภาพในการทำหน้าที่ต่างๆบกพร่องทั้งหน้าที่ในครอบครัว การงาน และการดูแลตนเอง (วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548) ส่วนผลเสียโดยอ้อมได้แก่ผลกระทบต่อครอบครัวคือ ภาระในการดูแล และสูญเสียเงินจำนวนมากในการรักษา ซึ่งในบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น และส่งผลเสียต่อทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าทั้งในด้านความสามารถส่วนบุคคล ชีวิตที่ต้องสูญเสียไปก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องใช้ในการจัดการรักษาเป็นจำนวนมาก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีวิธีการต่างๆหลายวิธี ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม และจิตบำบัด อย่างไรก็ตามพบว่าการรักษาด้วยยาร่วมกับการทำจิตบำบัดมีประสิทธิภาพในการรักษามากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Jonghe, Kool, Aalst, Dekker & Peen, 2001; Lenze et al., 2002; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Munizza, 2004; Hollon et al., 2005) แต่พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมอาการและมีอาการกำเริบของโรค โดยพบว่า 70% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการกำเริบของโรค และ 20% ของผู้ป่วยกลายเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังที่ได้รับการรักษามากกว่า 2 ปี (Angst, 1988 อ้างใน Skärsäter, Dencker, & Argen, 1999) ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการกำเริบได้แก่ ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบ ระดับการศึกษาต่ำ เศรษฐานะต่ำ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ใช้สารเสพติด มีความเครียดในชีวิตประจำวัน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ (Coreyell et al., 1995; Katon et al., 1996; Miklowiz, 1996; Tohen & Grundy, 1999 อ้างใน Cutler, 2001; Burcusa & Iacono, 2007; Howell, Marshall & Opolski, 2008; Suijaa, Aluojab, Kaldaa & Maaroos, 2011) ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และอาการซึมเศร้ายังคงอยู่ ทำให้ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายๆด้าน

การหายขาด (Full remission or recovery) เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาให้ความสนใจ เพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ถือว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ในความเป็นจริงผู้ป่วยอยากมีชีวิตที่ปกติสุขเหมือนกับคนอื่นๆ แต่จะเป็นอย่างนั้นได้ผู้ป่วยต้องมีการหายหรือการฟื้นหายกลับสู่สภาพเดิมที่ไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากอาการ แต่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความผาสุก มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Seeherunwong et al., 2002) และมีแนวทางในการปรับปรุงตนเอง เกิดการพัฒนาตนเอง สามารถที่จะมีวิธีการจัดการกับอาการกำเริบได้ (สุวดี จันดีกระยอม, 2546) ในมุมมองเกี่ยวกับการหาย แพทย์ได้มองการฟื้นหาย (recovery) ว่า หมายถึง ช่วงเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการสงบหรือช่วงปราศจาก

Copyright by Mahidol University

อาการมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง (remission) และผู้ป่วยปลอดอาการหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าเลยและสามารถทำหน้าที่ทั้งทางด้านการทำงานและการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเวลาติดต่อกันนาน 2 เดือน (Kupfer, 1991; Kaplan & Sadock, 1998 อ้างใน สุวดี จันดีกระยอม, 2546) แต่การหายตามการรับรู้ของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าอาการของตนเองดีขึ้น อารมณ์แจ่มใสขึ้น อยากพูด อยากคุยอยากมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น โดยไม่มีกรอบของเวลา หรือประเด็นของเวลา มากำหนดว่ามีการหาย เพียงแต่บอกว่ามันค่อยๆดีขึ้น จนผู้ป่วยรับรู้ว่าตัวเองหายเป็นปกติ จึงสรุปความหมายของการหาย (recovery) จากโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะ พฤติกรรม และบทบาท ส่งผลให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต มีความหวัง หรือในผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่บ้างแต่สามารถปรับตัวอยู่ได้อย่างปกติสุข การหายยังรวมไปถึงการให้ความหมายในชีวิต วางเป้าหมายในชีวิตใหม่ เกิดการเติบโตขึ้นจากผลกระทบการเจ็บป่วยทางจิตใจที่ได้รับ (Anthony, 1993) รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าคืนความสำคัญให้กับตนเอง เกิดการเติบโตในตัวเอง (Seeherunwong et al., 2002) สามารถช่วยเหลือตัวเอง สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (สุวดี จันดีกระยอม, 2546; Peele, 2012)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก (Ahern & Fisher, 2001; Badger & Nolan, 2007; สุวดี จันดีกระยอม, 2546; วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548) ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล คือ การที่ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจ มีแรงใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดการเติบโตในตนเอง ยอมรับตัวเอง เป็นตัวของตัวเอง มองโลกในแง่ดี ตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา มีเป้าหมายในชีวิต มีสุขภาพที่แข็งแรง มีความสามารถในการควบคุมตนเอง มีความรับผิดชอบต่อภาวะซึมเศร้าและการฟื้นหาย มุ่งแก้ไขที่ตนเองมากกว่าการเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่น มีความคิดที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองและการใช้ชีวิต สามารถที่จะการจัดการกับปัญหา สิ่งแวดล้อมต่างๆ ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล คือ การที่มีครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ สังคม สิ่งแวดล้อม คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือ เข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบำบัด มีการทำกิจกรรมทางศาสนา มีงานอดิเรกที่ผู้ป่วยสนใจ การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา การได้รับข้อมูล ข่าวสาร ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีในการเผชิญกับปัญหา จัดการกับอาการด้วยตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงความคิด เข้าใจตัวเองและคนอื่นมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการฟื้นหายของผู้ป่วย ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารนี้ผู้ป่วยอาจจะได้รับมาจากบุคลากรทางการแพทย์ หนังสือ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ อินเตอร์เน็ต และทางโทรทัศน์เป็นต้น ปัจจัยหลักทั้ง 2 องค์ประกอบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้

จากการศึกษาของ Peden (1993) และการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยติดตามสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าใน 1 ปี (1996) ในสตรีอายุ 29-53 ปี จำนวน 7 คน ค้นพบว่ากระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้ามี 3 ระยะ ระยะที่ 1 เริ่มต้นจากจุดเปลี่ยน หรือภาวะวิกฤตในชีวิต ซึ่งนำไปสู่การประคับประคองจากวิชาชีพสุขภาพ ระยะที่ 2 ฟื้นหายด้วยการกำหนดตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว การทำงานหนัก และการประสบความสำเร็จ ระยะที่ 3 เป็นระยะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเชื่อมโยงกับการดำรงความสมดุล Peden อธิบายว่ากระบวนการฟื้นหายเป็นพลวัตในการปรับเปลี่ยนแต่ละลำดับขั้นในกระบวนการฟื้นหายของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Schreiber (1996) อธิบายกระบวนการฟื้นคืนสู่ปกติของสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าโดยศึกษาจากสตรีที่รับรู้ตนเองว่าฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าในชุมชนอายุระหว่าง 32-69 ปี จำนวน 21 คน สถานที่ทำการศึกษาอยู่ที่เมือง South Ontario ชายแดนประเทศสหรัฐอเมริกาเหนือ มโนทัศน์ใหม่ที่ค้นพบคือ การให้ความหมายตนเองใหม่ [(Re)defining myself] เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) ภูมิหลังตนเอง 2) เผชิญความจริง 3) เปิดเผยตนเอง 4) แสวงหาความช่วยเหลือ 5) การค้นพบความจริง 6)มองเห็นอย่างกระจ่าง และจากการศึกษาของ สุวดี จันดีกระยอม (2546) ทำการศึกษาลักษณะการหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้า จำนวน 82 คน พบว่า ลักษณะการหายจากโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงการหายจากภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากการกลับสู่ภาวะปกติก่อนป่วย สามารถนอนหลับได้ และรับประทานอาหารได้ดี รวมไปถึงการมีศักยภาพ การมีสมาธิ การคิดที่ดี การตัดสินใจ การมีอารมณ์ดี การควบคุมตนเองได้ รับรู้ความมั่นใจ หรือความสำเร็จของตนเองแล้ว การสนใจดูแลตนเอง การมีหวังและกำลังใจ การมีจิตใจที่ดีเข้มแข็ง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษากระบวนการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมไทย ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีเชิงสาระการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า (Seeherunwong et al., 2002) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมกับสังคมไทย

การศึกษาของ Seeherunwong et al. (2002) ได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในสตรีวัยกลางคนที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Major Depressive Disorder (MDD) จำนวน 31 คน ถึงกระบวนการฟื้นหายจากความซึมเศร้าในบริบทของสังคมไทย พบว่า “การคืนความสำคัญให้กับตนเองภายหลังจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง” เป็นมโนทัศน์หลักในการฟื้นหายจากความซึมเศร้าของสตรีวัยกลางคนซึ่งจำแนกเป็น 3 ช่วง ช่วงแรกคือ “เงื่อนไขเชิงสาเหตุของความซึมเศร้า” เป็น

Copyright by Mahidol University

ช่วงที่อธิบายเงื่อนไขเชิงสาเหตุของการเกิดความซึมเศร้าในลักษณะกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตของสตรีและการประเมินตัดสินการกระทำของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตในทางลบ ช่วงที่สอง ช่วง “การเรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า” ประกอบด้วยมโนทัศน์การจัดการกับความซึมเศร้าด้วยตนเอง การขอความช่วยเหลือ และการไตร่ตรองตนเอง ส่วนช่วงสุดท้าย เป็นช่วง “การฟื้นหายจากความซึมเศร้า” ประกอบด้วย มโนทัศน์การคลายปมและการเติบโตในตนเอง ช่วงนี้เป็นช่วงที่สตรีสามารถฟื้นคืนหายจากความซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์ รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองและกลับกลายเป็นบุคคลใหม่ที่เติบโตในตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติและมีความสุข

การคืนความสำคัญให้ตนเอง (Self-regaining) เป็นมโนทัศน์ใหม่ที่ค้นพบในสตรีที่ฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการที่สตรีค้นพบความมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเอง ซึ่งก่อนหน้านี้ความมีคุณค่าของสตรีที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าผูกติดกับความสำเร็จของบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เช่น ลูก สามี และคนอื่นๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกตัวตนของสตรี เมื่อปัจจัยดังกล่าวไม่ได้เป็นไปดังที่สตรีคาดหวัง จึงเป็นเหตุให้สตรีสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนเกิดเป็นอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งการคืนความสำคัญให้ตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง ดังนั้นการคืนความสำคัญให้กับตนเองจะช่วยเติมเต็มช่องว่างที่มีอยู่ระหว่างการปราศจากอาการของโรคซึมเศร้าและการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า ทำหน้าที่เสมือนตัวเชื่อมผลลัพธ์สุดท้ายของการฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ เกิดการเติบโตภายในตนเอง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Seeherunwong et al., 2002) ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการคืนความสำคัญให้กับตนเองได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายตัว เช่น การรู้จักเข้าใจตนเอง การจัดการอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ การสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัว เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถคืนความสำคัญให้กับตนเองนำไปสู่การฟื้นหายจากอาการซึมเศร้าได้ในที่สุด และจากการที่ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการรู้จักตนเอง (insight) และ การสนับสนุนทางสังคม พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า (Ridge & Ziebland, 2006; Badger & Nolan, 2007; Fava, Ruini & Belaise, 2007; Johnson, Gunn & Kokanovic, 2009 ; สุวดี จันดีกระยอม, 2546) หรืออีกนัยหนึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคืนความสำคัญให้ตนเองภายหลังการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนนำไปสู่การฟื้นหายในที่สุด (Seeherunwong et al., 2002)

Copyright by Mahidol University

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) คือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ บริการ (ดุษฎี กฤษฎี, 2551)

ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งอาจจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคม (Mishel & Clayton, 2003) การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการป้องกันความเครียด และส่งเสริมการหายจากอาการซึมเศร้า (Schreiber, 1996; Peden, 1996; Duangduen, 2004) และ Gore and Aseltine (1995) อ้างใน Huang and Guo (2009) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอก็จะสามารถช่วยลดความเครียด และผลกระทบจากความเครียดทางสุขภาพได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อยก็จะมีความวิตกกังวล ความซึมเศร้ามาก และมีปัญหาในการนอนหลับ จากการศึกษาของ Skarsater, Langius, Argen, Haggstrom and Dencker (2005) พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญในการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า คือการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการฟื้นฟูความเข็มแข็งในการมองโลก และจากการศึกษาของดุษฎี กฤษฎี (2551) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาราชนครินทร์ พบว่ายิ่งผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมสูงผู้ป่วยจะมีอาการของโรคซึมเศร้าลดต่ำลง (Duangduen, 2004)

จากผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Johnson, Meyer, Winett, & Small, 2000) และการหายจากอาการของโรคซึมเศร้า (Cappeliez, Robitaille, McCusker, Cole, Yaffe, Sewitch, et al.,2007) จากการศึกษากระบวนการฟื้นหายจากความซึมเศร้าด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการแสวงหาความช่วยเหลือของสตรีโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเองได้โดยการได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ ได้แก่ การได้รับยารักษาอาการซึมเศร้า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในการมองโลกหรือมองปัญหาของตนเอง เมื่อสตรีนำไปไตร่ตรองพิจารณาจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในตนเอง สำหรับการได้รับความช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ การได้รับข้อคิดในการมองโลกใหม่ การได้รับความเห็นอกเห็นใจ การได้รับกำลังใจ และ การได้รับการประคับประคองด้านต่างๆ เช่น พาไปพบแพทย์ พาไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ เป็นต้น (Seeherunwong et al., 2002)

การรู้จักตนเอง (Insight) หมายถึง การรู้จัก และเข้าใจความรู้สึกของตนเองว่า ตนเองรู้สึกอย่างไร และเข้าใจสาเหตุของอาการซึมเศร้า รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง (ดุษฎี กฤษฎี, 2551) ส่วนการเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต David (1990) ได้อธิบายว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สามารถบอกได้ว่าอาการทางจิตใจที่เกิดขึ้นคือการเจ็บป่วย ยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต และแสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา ส่วน Amador et al. (1993) อ้างใน Sturman &

Copyright by Mahidol University

Sproule (2003) ได้กล่าวว่า การเข้าใจตนเอง ประกอบด้วย กระบวนการตระหนักรู้และสามารถบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ผิดปกติ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในตอนนี้และในอดีต จากการศึกษาของวิภาวี เผ่ากันทรา (2548) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้าอย่างยั่งยืนได้แก่ การตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา และมุ่งแก้ไขที่ตนเองมากกว่าเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่น และปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองชีวิตจนเกิดการตระหนักรู้ถึงที่มาของปัญหาและเข้าใจตัวตนจนหลุดพ้นจากภาวะซึมเศร้าไปในที่สุด และจากผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะมีการรู้จักตนเอง รับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย และมองเห็นความจำเป็นของการรักษา มากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ นอกจากนั้นผู้ที่มีการรู้จักตนเองดี จะมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการรู้จักตนเองบกพร่อง (Yen, Chen, Lee, Tang, Ko and Yen, 2005) และจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพของ Seeherunwong et al. (2002) การรู้จักตนเองหรือการตระหนักรู้ในตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง การตระหนักรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง เข้าใจและยอมรับรูปแบบความคิดของตนเอง รู้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดมาจากรูปแบบการจัดการปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ รู้ว่าการจัดการกับอาการซึมเศร้าต้องเริ่มที่ตนเองเป็นอันดับแรก หลังจากที่ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจรู้จักตนเองแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการรู้จักตนเองหรือการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเองได้ และมีการเติบโตต่อไป

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากโรคซึมเศร้า ซึ่งการคืนความสำคัญให้ตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า และนำไปสู่การเติบโตในตนเองของผู้ป่วย หรือยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ให้นานที่สุด และนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

1.2 คำถามการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

Copyright by Mahidol University

2. การรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

3. การสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองสามารถทำนายการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

3. เพื่อศึกษาถึงอำนาจในการทำนายระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

2. การรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

3. การสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองสามารถทำนายการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

1.5 กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีเชิงสาระ (Substantial theory) การคืนความสำคัญให้ตนเองจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองของสตรีไทยที่มีอาการซึมเศร้า (Seeherunwong et al., 2002) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่ง Burns & Grove (2009) ได้แนะนำการใช้ทฤษฎีเชิงสาระเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ว่าต้องนิยามมโนทัศน์ และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ให้สอดคล้องกับที่นักทฤษฎีได้เสนอไว้เพื่อการตรวจสอบข้อความตามที่ทฤษฎีเชิงสาระนั้นได้กล่าวไว้

การคืนความสำคัญให้ตนเอง เป็นมโนทัศน์ที่ค้นพบในสตรีที่ฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการที่สตรีค้นพบความมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเอง ซึ่งก่อนหน้านี้ความมีคุณค่าของสตรีที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาจากความสำเร็จจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เช่น ลูก สามี และคนอื่นๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกตัวตนของสตรี เมื่อปัจจัยดังกล่าวไม่ได้เป็นไปดังที่สตรีคาดหวัง จึงเป็นเหตุให้สตรีสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนเกิดเป็นอาการของโรคซึมเศร้า มโนทัศน์การคืนความสำคัญให้ตนเองจากทฤษฎีเชิงสาระ หมายถึงการที่สตรีค้นพบคุณค่าในตนเอง มีการให้ความหมายตนเอง และความสัมพันธ์กับคนอื่นใหม่ และสามารถตั้งต้นชีวิตใหม่ สามารถวัดด้วยแบบวัดการคืนความสำคัญให้ตนเอง พัฒนาโดย Seeherunwong & Chantarujikapong (2007) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง

เงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเอง ได้แก่ การจัดการกับอาการด้วยตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือ และ การพิจารณาไตร่ตรองตนเองจนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งปัจจัยทั้งสามนี้มีปฏิสัมพันธ์กัน อาจเกิดปัจจัยใดก่อนหรือหลังก็ได้

การจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง (Depression self-management) เป็นกระบวนการคลายความทุกข์ใจ โดยบุคคลลงมือปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย ติดตามการประเมินผลลัพธ์หลังการปฏิบัติ และนำไปปฏิบัติซ้ำเมื่อได้ผลเป็นที่พอใจ ซึ่งได้แก่ การทำใจ และการหันเหตนเองด้วยวิธีการต่างๆ

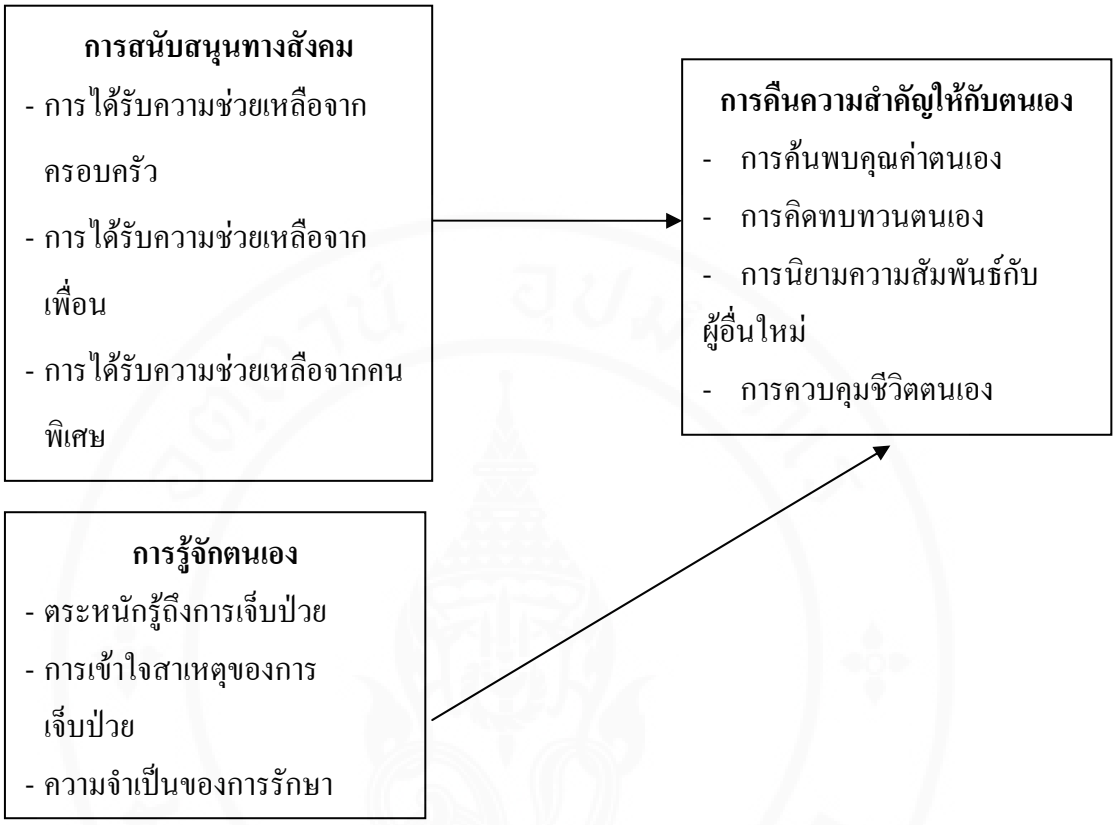
การแสวงหาความช่วยเหลือ (Help-seeking) เป็นกระบวนการที่สตรีมองเห็นถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ เช่น พระ หรือนักบวช การแสวงหาความช่วยเหลือสามารถกระทำด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การพูดคุย ปรึกษา ขอความช่วยเหลือด้านกำลังใจ วัตถุสิ่งของ และด้านการรักษา (Seeherunwong et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคม ที่หมายถึงการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ บริการ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ดุษฎี กฤษฎี, 2551) และสามารถวัดด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) นอกจากนั้นผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Johnson, Meyer, Winett & Small, 2000) และการหายจากอาการของโรคซึมเศร้า (Cappeliez, et al.,2007)

Copyright by Mahidol University

การไตร่ตรองตนเอง (Contemplation about myself) เป็นกระบวนการที่สตรีได้พิจารณา ทบทวน ครุ่นคิด ถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ จนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง มองเห็นข้อดี ข้อเสียของตนเอง และมองเห็นแนวทางการปรับปรุงตนเองใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการรู้จักตนเอง ตามความหมายของ David (1990) หมายถึง การตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วย ยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต และแสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา และยังสอดคล้องกับ ดุษฎี กฤษฎี (2551) ที่ให้ความหมายการรู้จักตนเองคือ การทำความรู้จัก และเข้าใจความรู้สึกของตนเองว่า ตนเองขณะนี้มีความรู้สึกอย่างไร กล้าเผชิญความจริง และทำความเข้าใจสาเหตุของอาการซึมเศร้า รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง และสามารถวัดด้วยแบบประเมินการรู้จักตนเองของ Sturman & Sproule (2003) นอกจากนั้นผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะมีการรู้จักตนเอง รับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย และมองเห็นความจำเป็นของการรักษา มากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ นอกจากนั้นผู้ที่มีการรู้จักตนเองดี จะมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการรู้จักตนเองบกพร่อง (Yen et al., 2005)

การศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเอง กับการคืนความสำคัญให้ตนเอง เนื่องจากมีผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องสนับสนุนความสัมพันธ์ของแปรดังกล่าวกับการหายจากอาการซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับการคืนความสำคัญในตนเองในทฤษฎีเชิงสาระ และต้องการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม การรู้จักตนเองและการคืนความสำคัญให้ตนเองในสตรีที่อยู่ในระหว่างการรักษาโรคซึมเศร้า ว่ามีความสัมพันธ์ตามที่ทฤษฎีเชิงสาระได้กล่าวไว้หรือไม่ ดังแสดงในภาพด้านล่างนี้

Copyright by Mahidol University



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Major depressive disorder อายุ 20-65 ปี ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV TRโดยมีการกรอกรหัสโรคตาม ICD-10 คือกลุ่มโรค F32 และได้รับการรักษาด้วยยามาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป แผนกจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 69 ราย ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคมพ.ศ. 2555 ถึง เดือนธันวาคม 2555 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน

Copyright by Mahidol University

1.7 นิยามตัวแปร

การคืนความสำคัญให้กับตนเอง หมายถึง การที่สตรีได้ค้นพบคุณค่าในตนเอง มีการให้ความหมายตนเอง และความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และสามารถลุกขึ้นมาตั้งต้นชีวิตใหม่ได้ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นการเปลี่ยนแปลงของความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเองของ Seeherunwong & Chantarujikapong (2007) จำนวน 28 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงความรู้สึกรักใคร่ ผูกพัน ความไว้วางใจผู้อื่น และความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีคุณค่าในตัวเอง ประเมินโดยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimention scale of Perceived social support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) ซึ่ง Boonyamalik (2005)ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ วัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด

การรู้จักตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยหญิงสามารถตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วย ยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต และแสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา รู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ประเมินโดยใช้แบบวัดการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder Insight Scale) ของ Sturman & Sproule (2003) ซึ่งผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย แล้วทำการแปลกลับมาเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญ มีจำนวน 8 ข้อ โดยประเมินการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต และแสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองจนนำไปสู่การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายจากโรค หรือเพื่อยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ให้นานที่สุด

2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการพัฒนาการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

บทที่ 2
การทบทวนวรรณกรรม

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และนำเสนอตามลำดับดังหัวข้อต่อไปนี้

2.1 โรคซึมเศร้า
- 2.1.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
- 2.1.2 วินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 2.1.3 การดำเนินของโรค
- 2.1.4 อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง
- 2.1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้หญิง

2.2 มโนทัศน์การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า
- 2.2.1 ความหมายของการหาย
- 2.2.2 กระบวนการหายจากโรคซึมเศร้า
- 2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากโรคซึมเศร้า

2.3 มโนทัศน์การคืนความสำคัญให้กับตนเอง
- 2.3.1 ความหมายของการคืนความสำคัญให้กับตนเอง
- 2.3.2 กระบวนการคืนความสำคัญให้กับตนเอง
- 2.3.3 แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง

2.4 มโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคม
- 2.4.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม
- 2.4.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม
- 2.4.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
- 2.4.4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
- 2.4.5 ความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับอาการซึมเศร้า

Copyright by Mahidol University

2.5 มโนทัศน์การรู้จักตนเอง

2.5.1 ความหมายของการรู้จักตนเอง หรือการตระหนักรู้ในตนเอง

2.5.2 องค์ประกอบของการรู้จักตนเอง

2.5.3 แบบวัดการรู้จักตนเอง

2.5.4 ความสัมพันธ์ของการรู้จักตนเองกับอาการซึมเศร้า

2.1 โรคซึมเศร้า

2.1.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problem) และจิตเวช (Psychiatric disorder) ที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมก่อให้เกิดความสูญเสียต่อบุคคล สังคม และประเทศชาติ โรคซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยมองว่าเป็นเรื่องความทุกข์ทางด้านจิตใจ หรือเป็นเรื่องปกติ ธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนต้องหาวิธีการจัดการกับความรู้สึกดังกล่าวด้วยตนเอง หรือใช้วิธีทางศาสนาเข้ามาช่วยมากกว่าที่จะขอรับบริการทางการแพทย์ และจะเข้าไปรับบริการทางการแพทย์ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งบุคคลมองว่าอาการทางกายเป็นโรค ส่วนความรู้สึกผิดปกติทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เบื่อเหนื่อย ซึม ใจคอไม่ค่อยดี วิตกกังวล เป็นต้น ไม่ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค เพราะเมื่อเข้าไปรับการรักษามักจะถูกมองว่าเป็นโรคของคนบ้า โรคของผู้แพ้ หรือโรคของคนอ่อนแอ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป (สุวดี จันดีกระยอม, 2546) การเกิดโรคซึมเศร้าจะคล้ายกับการที่ตกลงไปในหลุมที่ลึกไม่มีที่สิ้นสุด แม้ว่าผู้นั้นต้องการจะหลีกหนี แต่ก็ไม่สามารถรวบรวมกำลังที่จะขยับตัวได้ ไม่มีสมาธิเพียงพอที่จะคิดหรือตัดสินใจอะไร มองไม่เห็นทางออก ภาวะซึมเศร้าได้ตัดขาดออกจากสิ่งต่างๆทั้งหลายที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยไปอย่างสิ้นเชิง ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นกับความคิดซ้ำๆ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะฆ่าตัวตายเพื่อตัดปัญหาไปในที่สุด (มาโนชย์ หล่อตระกูล, 2546)

โรคซึมเศร้าตามความหมายทางการแพทย์คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงาน หรือการเรียน ทำให้เกิดการบกพร่องของหน้าที่ (impaired functionings) (DSM-IV-TR) โดยมีอาการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน (สายฝน เอกวรางกูร, 2553)

Copyright by Mahidol University

2.1.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชที่ได้รับการยอมรับและใช้แพร่อย่างหลายมีอยู่ 2 เกณฑ์ ได้แก่ เกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโรคฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th หรือ ICD-10) และเกณฑ์การจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th TR หรือ DSM-IV-TR) ซึ่งการวินิจฉัยทั้ง 2 ระบบอาศัยพื้นฐานเดียวกัน ในการบ่งชี้คือ 1) กำหนดจำนวนขั้นต่ำของอาการหลักและอาการที่เกิดร่วม 2) กำหนดระยะเวลาขั้นต่ำที่มีอาการโดยอย่างน้อยต้องมีอาการติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ และใน DSM เพิ่มข้อบ่งชี้คือต้องมีการบกพร่องในการทำหน้าที่การงานหรือสังคม (ธรณินทร์ ทองสุขและคณะ, 2549) ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยของแต่ละระบบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.2.1 เกณฑ์การจำแนกขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10) เป็นรหัสของโรคอาการ และอาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบ อาการนำ สภาพสังคม หรือสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บหรือโรค จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก รหัสได้ถูกจัดทำขึ้นมี 155,000 รหัสและสามารถติดตามการวินิจฉัยและหัตถการใหม่ๆ ดังจะเห็นจากรหัสที่เพิ่มขึ้นจากฉบับก่อนหน้า ICD-9 ที่มีอยู่เพียง 17,000 รหัส งานจัดทำ ICD-10 เริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. 2526 และแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2535 ซึ่งทาง WHO คาดการณ์ว่าจะมี ICD-11 ออกมาให้ใช้ในปีค.ศ. 2014 โรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD-10 แบ่งออกเป็น Depressive disorder และ Dysthymic disorder (WHO, 2010)

1) การวินิจฉัย Depressive disorder ตามเกณฑ์ ICD-10 มีดังนี้

A. มีอาการอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจ และความรู้สึกเพลิดเพลินสนุกสนาน พละกำลังลดลง ทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง แม้การทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก และมีอาการอื่นๆที่เป็นร่วมในขณะซึมเศร้าเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ได้แก่

i. สมาธิและความสนใจลดลง

ii. ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง

iii. มีความคิดว่าตนเองผิดและมีความคิดว่าตนเองไม่มีค่า อาการนี้เกิดขึ้นได้ แม้อารมณ์ซึมเศร้าจะไม่รุนแรง

iv. รู้สึกเหงาและมองอนาคตในแง่ร้าย

v. ไม่เจริญอาหาร

Depressive disorder แบ่งออกเป็น episode ต่างๆ ดังนี้

Copyright by Mahidol University

Mild depression episode มีอาการดังนี้

ก. มีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์ซึมเศร้าอย่างน้อยที่สุด 2 อาการต่อไปนี้

i. มีอารมณ์ซึมเศร้า

ii. สูญเสียความสนใจและความรู้สึกสนุกสนาน

iii. รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้าเพิ่มขึ้น

ข. มีอาการในข้อ A. อย่างน้อย 2 อาการ

ค. มีอาการในข้อ ก. และ ข. ไม่ต้องถึงขั้นรุนแรง ยังสามารถฝืนไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

Moderate depression episode มีอาการดังนี้

ก. มีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์ซึมเศร้าอย่างน้อยที่สุด 2 อาการ

ข. มีอาการในข้อ A. อย่างน้อย 3 อาการ

ค. มีอาการในข้อ ก. และ ข. เป็นนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยที่มีความฝืนใจมากที่จะใช้ชีวิตตามปกติ

Severe depression episode มีอาการดังนี้

ก. มีอาการตามแบบฉบับของอารมณ์ซึมเศร้าอย่างน้อยที่สุด 3 อาการ

ข. มีอาการในข้อ A. อย่างน้อย 4 อาการ

ค. มีอาการในข้อ ก. และ ข. เป็นนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และไม่สามารถประกอบกิจกรรมตามปกติได้

Single episode หมายถึง การมีอาการดังกล่าวข้างต้นเพียง 1 ครั้งที่นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์

Recurrent episode หมายถึง จะต้องมีอาการอย่างน้อยที่สุด 2 episode แต่ละ episode นั้นควรจะแยกจากกันนานหลายเดือน โดยระหว่างนั้นจะต้องไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ หรือมีลักษณะ manic episode

Dysthymic disorder หมายถึง การมีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างเรื้อรังนานอย่างน้อย 2 ปี ในผู้ใหญ่ หรือ 1 ปีในเด็กและวัยรุ่น แต่อาการไม่รุนแรงมากพอ หรือถ้ารุนแรงก็ไม่นานพอที่จะเป็นเกณฑ์การวินิจฉัย Recurrent depressive disorder ไม่ว่าจะเป็นอาการเพียงเล็กน้อย หรือชนิดปานกลาง หรือชนิดรุนแรง

Copyright by Mahidol University

2.1.2.2 เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุง (DSM IV-TR) เป็นหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตเวชศาสตร์

สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ซึ่งถูกอ้างอิงอย่างกว้างขวางโดยแพทย์ นักวิจัย ผู้ผลิตและผู้ตรวจสอบคุณภาพยาในทางจิตเวช และบริษัทประกันภัยทั้งในสหรัฐอเมริกาและที่อื่นๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งในปี ค.ศ.1980 DSM III ได้แบ่งโรค Affective disorder ออกเป็น Major depressive disorder และ Bipolar disorder ซึ่งชื่อ Major depressive disorder หรือโรคซึมเศร้า ถูกใช้อย่างแพร่หลายตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ในปัจจุบันฉบับปรับปรุงล่าสุดคือฉบับที่ 4 เรียกว่า DSM-IV ในปี ค.ศ. 1994 และมีฉบับปรับปรุงครั้งย่อย (DSM IV-TR) ในปี พ.ศ. 2000 ซึ่งมีเกณฑ์ประกอบไปด้วยดังนี้ (APA, 2000; ธรณินทร์ ทองสุขและคณะ, 2549)

1) มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ

A. มีอาการดังกล่าวข้างล่างนี้ 5 ข้อ หรือมากกว่า อย่างน้อยต้องมีอาการในข้อที่ i หรือข้อที่ ii และเป็นติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ จึงจัดว่าเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

i. มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน

ii. ความกระตือรือร้นและความสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดลดลงอย่างมากเกือบตลอดทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน (ตัดสินจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือจากการสังเกตของผู้ใกล้ชิดว่ามีพฤติกรรมเฉื่อยชาลงเกือบตลอดเวลา)

iii. น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยมีน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นทั้งๆที่ไม่ได้ควบคุมอาหารหรือลดน้ำหนัก (มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวต่อ 1 เดือน) หรือความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลงเกือบทุกวัน

iv. มีอาการนอนไม่หลับ หรือนอนหลับบ่อยมากหรือนานผิดปกติเกือบทุกวัน

v. การเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนโดยมีอาการกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งมากกว่าปกติ หรือเคลื่อนไหวช้าลง รวมทั้งความคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน ทั้งนี้จะตัดสินโดยการสังเกตจากผู้อื่น (ไม่ใช่ความรู้สึกของตนเอง)

vi. อ่อนเพลียไม่มีแรงเกือบทุกวัน

vii. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือมีความรู้สึกผิด หรือไม่ดีอย่างมากเกินเหตุ (ซึ่งอาจถึงขั้นหลงผิด) เกือบทุกวัน (ไม่ใช่การตำหนิตนเองหรือเกิดความรู้สึกผิดเพราะตนเองป่วย)

viii. ความสามารถในการคิดถดถอยหรือสมาธิไม่ดี หรือไม่สามารถตัดสินใจได้และอาการนี้เป็นอยู่เกือบทุกวัน

ix. คิดเรื่องตายซ้ำๆ (ไม่ใช่ไม่กลัวตาย) หรือคิดเรื่องฆ่าตัวตายโดยอาจจะไม่มีแผนการที่แน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตาย

Copyright by Mahidol University

B. อาการดังกล่าวจะต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอาการแบบผสม (Mixed episode)

C. อาการดังกล่าว ทำให้เกิดความทุกข์ใจหรือมีปัญหาทางด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับสังคม อาชีพการงานหรืองานในหน้าที่สำคัญอย่างอื่น

D. อาการดังกล่าวมิได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ยาเสพติด ยารักษาโรค หรือภาวะเจ็บป่วยทางกายทั่วไป

E. อาการดังกล่าวมิได้จากความเศร้าโศกเสียใจตามธรรมดา เช่น ความโศกเศร้าอันเนื่องจากการสูญเสียบุคคลที่ผู้ป่วยรัก ซึ่งจะต้องหายไปได้ภายใน 2 เดือน ถ้าหากอาการเป็นนานเกิน 2 เดือนหรืออาการต่างๆ มีความรุนแรงมากจนกระทบกระเทือนการทำหน้าที่ด้านต่างๆ หรือเพราะผู้ป่วยมีอาการหมกมุ่นว่าตนเองไร้ค่า หมกมุ่นเกี่ยวกับความคิดจะฆ่าตัวตายจนถึงขั้นเป็นพยาธิสภาพ มีอาการทางจิต อาการทางกาย เช่น เคลื่อนไหวช้า จะเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive disorder)

2) อาการของผู้ป่วยต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค สำหรับโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective disorder) โรคคล้ายจิตเภท (Schizophreniform disorder) โรคจิตหลงผิด (Delusional disorder) หรือความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder NOS)

3) ผู้ป่วยไม่เคยมีช่วงระยะเวลาครื้นเครง (Manic) อาการผสม (Mixed) หรืออาการฟุ้งพล่านที่มีความรุนแรงน้อย (Hypomanic episode)

2.1.3 การดำเนินของโรค

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชเรื้อรัง มีอาการเกิดเป็นช่วงๆ แต่ละช่วงจะมีระยะเวลายาวนานแตกต่างกัน เมื่อได้รับการรักษาอาการจะทุเลาและสามารถกลับเป็นซ้ำได้ โดยปกติแล้วระยะเวลาที่เกิดโรคซึมเศร้าอาจเป็นวันหรือสัปดาห์ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการในระยะล่วงหน้าของโรคนำมาก่อน (Prodromal period) เช่น อาการวิตกกังวล อาการกลัว อาการซึมเศร้าเล็กๆน้อยๆ มาเป็นระยะเวลาหลายๆเดือน หรือในบางรายที่มีอาการขึ้นมาเฉียบพลัน ซึ่งพวกนี้มักจะเกิดตามหลังการเผชิญปัญหาทางจิตสังคมอย่างรุนแรง และเมื่อเกิดโรคซึมเศร้าแล้วพบว่าใน episode หนึ่งของโรคใช้ระยะเวลา 6-12 เดือน หากไม่รักษา แต่หากได้รับการรักษา episode หนึ่งของโรคจะเหลือประมาณ 3 เดือน ผู้ป่วยบางรายเกิด episode เดียว หรือบางรายเกิดมากกว่านั้น มีรายงานว่าร้อยละ 50-85 ของผู้ป่วยจะเกิดการ recurrence ได้ และรายงานการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วประมาณร้อยละ 20-30 ที่อาจมีอาการเล็กๆน้อยๆหลงเหลือต่อไปอีก เพียงแต่ว่ามีอาการไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัยภาวะเช่นนี้เรียกว่า ทุเลาลง (partial remission) ซึ่งมักจะ

Copyright © by Mahidol University

กระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำอีกของโรค แต่ส่วนใหญ่แล้วพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจะมีอาการทุเลาหลังรับการรักษาไป 4-6 สัปดาห์ (response) และจะมีอาการทุเลาสมบูรณ์และสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้ตามปกติหลังรับการรักษา 12 สัปดาห์ (remission) ดังนั้นจึงพบว่าการหยุดยารักษาก่อน 12 สัปดาห์มักทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้น (relapse) ได้ (APA, 2000) ระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้านั้นเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3 เดือน ซึ่ง 26% จะไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยประมาณ 1 เดือน 63% ประมาณ 3 เดือน 85% ประมาณ 12 เดือน และ 88% ประมาณ 1 ปี (Furukawa, Kitamura & Takahashi, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Long (1998) ที่กล่าวว่า 40% ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการฟื้นหายภายใน 3 เดือน 60% ภายใน 6 เดือน และ 80% ภายใน 1 ปี และมีการศึกษาของ Koivumaa et al. (2001) พบว่าระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในช่วงเวลา 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tuma (2000) ที่กล่าวว่า มากกว่า 90% ของผู้ป่วยซึมเศร้ามีการหายจากภาวะซึมเศร้าภายหลังการได้รับการรักษาแล้ว 25 สัปดาห์ และระยะเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยมีการหายได้อย่างสมบูรณ์นั้นต้องใช้เวลามากกว่า 12 เดือนขึ้นไป

2.1.4 อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในผู้หญิง

จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้หญิงมีโอกาสป่วยโดยโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายเกือบ 2 เท่า (Kessler et al., 2000; Peden, Rayens, Hall & Grant, 2004) ในประเทศไทยจากการประเมินด้วยแบบประเมิน M.I.N.I มีโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.7 หรือ ประมาณ 1,493,606 คน พบว่ามีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.6:1 (กรมสุขภาพจิต, 2551) ผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ได้รับผลกระทบจากโรคซึมเศร้าประมาณ 73 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2009) และยังพบว่าโรคซึมเศร้าพบมากในวัยผู้ใหญ่ มีความชุกตลอดช่วงชีวิตคือ ร้อยละ 15 โดยร้อยละ 50 จะเริ่มเป็นเมื่ออายุระหว่าง 20-50 ปี อายุเริ่มเป็นเฉลี่ยคือ 40 ปี ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงเวลาของวัยผู้ใหญ่ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547) ยิ่งไปกว่านั้น 1 ใน 4 ของผู้หญิงคาดว่าสามารถพัฒนาไปเป็นได้ตลอดช่วงชีวิตของตนเอง อาการซึมเศร้าทางคลินิกสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้หญิงทุกๆ คน โดยไม่สัมพันธ์กับอายุ เชื้อชาติ รายได้ นอกจากนี้อาจร้ายแรงเพียงพอที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

2.1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้หญิง

การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในชีวิต ย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตผู้หญิงทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบโดยตรงต่อผู้หญิงคือ ภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน ศักยภาพในการทำหน้าที่ต่างๆ การทำงานและการดูแล

Copyright by Mahidol University

ครอบครัวบกพร่องไป (Peden, Hall, Rayen & Beebe, 2000; วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548) ส่วนผลกระทบโดยอ้อมคือ ครอบครัวของผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าก็จะมีภาระในการดูแล สูญเสียเงินจำนวนมากในการดูแล เกิดความเครียดในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาครอบครัวขึ้น เช่น เกิดการหย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก บุตรมีปัญหา (O'Neill, 2008) และยังพบว่ามีรายงานผลการวิจัยอย่างต่อเนื่องว่าภาวะซึมเศร้าในมารดาสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ (Vongsirimas, 2008) โดยเด็กวัยรุ่นที่มีมารดามีภาวะซึมเศร้ามีสถิติของการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเด็กวัยรุ่นที่ไม่มีมารดามีภาวะซึมเศร้าถึงสองเท่า (Hammen & Brennan, 2003) ส่งผลเสียทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมากและลดระดับคุณภาพชีวิตให้ต่ำลงทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวของพวกเขา อีกทั้งยังส่งผลเสียต่อทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าทั้งในด้านความสามารถส่วนบุคคล ชีวิตที่ต้องสูญเสียไปก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องใช้ในการจัดการรักษาเป็นจำนวนมาก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

2.2 มโนทัศน์ของการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า

2.2.1 ความหมายของการหาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ให้ความหมายการหายไว้ใน 2 แบบ คือ กระบวนการหายและการปฏิบัติหรือการลงมือกระทำ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษามีดังนี้

2.2.1.1 ความหมายของการหายในรูปแบบกระบวนการ

การหายหมายถึง การเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะ พฤติกรรม และบทบาท ส่งผลให้เกิดความความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต มีความหวัง และสามารถปรับตัวอยู่ได้อย่างปกติสุขแม้จะยังคงมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ การหายยังรวมไปถึงการให้ความหมายในชีวิต วางเป้าหมายในชีวิตใหม่ เกิดการเติบโตขึ้นจากผลกระทบการเจ็บป่วยทางจิตใจที่ได้รับ (Anthony, 1993) คืนความสำคัญให้กับตนเอง เกิดการเติบโตในตัวเอง (Seeherunwong et al., 2002) เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (สุวดี จันดีกระยอม, 2546) ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าอยู่ในสังคมที่เขาเลือก เพื่อมุ่งมั่นที่จะประสบความสำเร็จอย่างเต็มศักยภาพและมีความสุข (Peele, 2012) ซึ่งครอบครัว สังคม และวัฒนธรรมล้วนมีบทบาทสำคัญในการหายของผู้ป่วย (Ahern & Fisher, 2001)

Copyright by Mahidol University

2.2.1.2 ความหมายของการหายในรูปแบบการปฏิบัติ

การหาย (recovery) หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งทั้งหมดนี้นำไปสู่การมีชีวิตอยู่ด้วยการมีสติรู้ (conscious) และการมีเหตุผลในการใช้ชีวิต หรือการมีชีวิตที่ดี (Bonney & Richard, 1997 อ้างใน สุวดี จันดีกระยอม, 2546)

จากความหมายที่กล่าวมาผู้วิจัยสรุปความหมายของการหายได้ว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและการดำเนินชีวิต ทั้งในแง่ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะ การปฏิบัติ และบทบาทหน้าที่ต่างๆ เพื่อให้พวกเขามีความผาสุกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดการเติบโตในตนเอง สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าในสังคม

2.2.2 กระบวนการหายจากโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการหายจากโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

Peden เป็นผู้ริเริ่มทำการศึกษาเกี่ยวกับการหายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Recovery in depression) เป็นคนแรก ซึ่ง Peden (1993) ได้ทำการศึกษากระบวนการหาย (Recovery process) จากภาวะซึมเศร้า ภายใต้แนวคิดการมองคนแบบองค์รวมและเพื่อทำความเข้าใจในมนุษย์เกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว (Peplau's Theory) ซึ่ง Peden ได้ทำงานศึกษาเชิงคุณภาพในผู้หญิงซึมเศร้าจำนวน 7 คน ในสตรีอายุ 29-53 ปี เป็นผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง จากการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า และขณะทำการศึกษาผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในช่วงการหายจากภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้ามี 3 ระยะ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (dynamic) โดยไม่มีรูปแบบตายตัวว่ากระบวนการฟื้นหายจะต้องเริ่มต้นที่ระยะที่ 1 แล้วไประยะที่ 2 และระยะที่ 3 อาจเกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกันหรือคาบเกี่ยวกันของระยะต่างๆ มีการเคลื่อนไหวในระยะต่างๆ ตลอดเวลา โดยเริ่มต้นจาก ระยะที่ 1 เริ่มจากจุดเปลี่ยน หรือภาวะวิกฤตในชีวิต (Turning point or crisis) และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่วิชาชีพ (Professional support) ซึ่งนำไปสู่การประคับประคองจากวิชาชีพสุขภาพ ระยะที่ 2 ฟื้นหายด้วยการกำหนดตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย คือ การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว การทำงานหนัก และการประสบความสำเร็จ การกำหนดตนเองนี้รวมไปถึงการเลือกที่มีสติ หรือมีความรู้ ความเข้าใจในการเลือกการตัดสินใจนั้น ซึ่งการสนับสนุนจากเพื่อน และครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการหาย (recovery) รวมถึงสัมพันธภาพในเชิงบวก เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะ

Copyright by Mahidol University

ซึมเศร้าได้ ระยะที่ 3 เป็นระยะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ซึ่งเชื่อมโยงกับการดำรงความสมดุล (maining balance) ซึ่งระยะนี้เป็นจุดที่มีภาวะสุขภาพดีที่สุด (most healthy point) ในกระบวนการหาย โดยประสบการณ์การประสบความสำเร็จในระยะที่ 2 ช่วยเอื้อให้มีการคงอยู่ และดำเนินต่อไป การยอมรับตนเองเกิดในระหว่างกระบวนการหายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง และมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นประสบการณ์แรกและนำไปสู่การดำรงไว้ซึ่งความสมดุล โดยผู้ป่วยจะพยายามใช้ทักษะต่างๆในการหายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเกิดความสำเร็จที่ต่อเนื่องและช่วยในการคงไว้ซึ่งความสมดุล ซึ่งทักษะต่างๆได้รับการส่งเสริมจากบุคลากรทางวิชาชีพจะใช้ในช่วงระยะแรกๆของการหาย และใช้เมื่อภาวะซึมเศร้าลดลงแล้ว

หลังจากนั้น Peden (1996) ได้ศึกษาติดตามสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าใน 1 ปี เพื่อศึกษากระบวนการหายย้อนหลังไป 1 ปี และเสนอแนะกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีการหายอย่างเต็มที (Full recovery) ซึ่งพบว่า กระบวนการหายจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ระยะเหมือนเดิม ไม่มีระยะใหม่เกิดขึ้นในกระบวนการหาย และผู้ป่วยยังคงอยู่ในระยะที่ 3 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยในการหายได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า (Psychoeducation in nature) การปรับเปลี่ยนวิธีการคิด (Cognitive strategies) การคงไว้ซึ่งการมีความหวัง (Instilled hope) และการให้การรักษารายบุคคล (Individual treatment) นอกจากนี้ยังพบว่าการตระหนักรู้ในการเยียวยา (Awareness in healing) เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ช่วยในกระบวนการหาย เนื่องจากการตระหนักรู้เป็นการได้รับข้อมูลที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นใน 3 มิติที่แตกต่างกันได้แก่ การตระหนักรู้ในระดับความคิดความเข้าใจ (Cognitive awareness) การตระหนักรู้ในระดับรู้ด้วยตนเอง (intuitive awareness) และการตระหนักรู้ในระดับของจิตสำนึกขั้นสูง (Transcendent awareness) ทั้ง 3 มิติของการตระหนักรู้นี้มีสำคัญในกระบวนการหาย ซึ่งการเยียวยาในระดับสูงสุด (maximum healing) จะต้องมีการตระหนักรู้ทั้ง 3 ชนิดนี้

Schreiber (1996) อธิบายกระบวนการฟื้นคืนสู่ปกติของสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าโดยศึกษาจากสตรีที่รับรู้ตนเองว่าฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 21 คน อายุระหว่าง 32-69 ปี สถานที่ทำการศึกษาอยู่ที่เมือง South Ontario ชายแดนประเทศสหรัฐอเมริกาเหนือ มโนทัศน์ใหม่ที่ค้นพบคือ การให้ความหมายตนเองใหม่ [(Re)defining myself] ซึ่งเป็นกระบวนการที่ค้นพบคำตอบว่าฉันคือใคร ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) รับรู้ภูมิหลังตนเอง (Myself before) ซึ่งเป็นช่วงก่อนที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า 2) เผชิญความจริง (Seeing the abyss) การที่ผู้หญิงเผชิญความจริงกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นของตนเอง 3) เปิดเผยตนเอง (Telling my story) เป็นการที่ผู้หญิงเปิดใจและ

Copyright by Mahidol University

พูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น 4) แสวงหาความเข้าใจ (Seeking understanding) เป็นการที่ผู้หญิงสามารถบอกได้ว่าอะไรคือสาเหตุของภาวะซึมเศร้าของตนเอง และแสวงหาช่วยเหลือ 5) การค้นพบความจริง (Cluing in) เป็นการที่ผู้หญิงสามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้สึกของพวกเขากับประสบการณ์ที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจตนเองและสิ่งต่างๆรอบตัวในมุมมองที่แตกต่างกัน 6) มองเห็นอย่างกระจ่าง (Seeing with clarity) คือการที่ผู้หญิงมองย้อนกลับไป และสะท้อนเห็นในสิ่งที่พวกเขาเคยเป็น ณ ตอนนั้น สำหรับผู้หญิงหลายๆคนกระบวนการหายจากโรคซึมเศร้าเป็นประสบการณ์ที่เกิดเติบโตขึ้น พวกเขามีการพัฒนาทักษะและความรู้ที่เคยขาดหายไป เมื่อเกิดทั้ง 6 ขั้นตอนอย่างสมบูรณ์ กระบวนการหายก็จะสิ้นสุด ผลที่ได้ก็คือผู้ป่วยมี การพัฒนาทักษะและความรู้ใหม่ การกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำก็จะไม่เกิดขึ้น

Chernomas (1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการรับรู้การหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้หญิง โดยศึกษาในผู้หญิงจำนวน 10 คน อายุ 25-52 ปี ซึ่งจากการศึกษาพบมโนทัศน์เกี่ยวกับการสูญเสียตัวตนซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของประสบการณ์เกี่ยวกับลักษณะของภาวะซึมเศร้าของพวกเขา และในทางกลับกันก็จะส่งผลกระทบต่อความพยายามของพวกเขาในการหายและการรักษา จากการศึกษายังพบแนวทางที่จะนำไปสู่การหายจากภาวะซึมเศร้าประกอบไปด้วย 6 รูปแบบซึ่งสะท้อนถึง ประสบการณ์ การใช้ชีวิตอยู่กับภาวะซึมเศร้าคือ 1) การเปลี่ยนแปลงในตนเอง (Transformed self) ซึ่งถูกครอบงำโดยความรู้สึกไร้กำลัง ร่างกายอ่อนล้า ขาดพลังที่จะทำอะไร ไม่สามารถที่จะมีอำนาจหรือควบคุมความรู้สึกในแต่ละวันได้ มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองและช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จะทำให้ตัดสินประเมินตนเองในแง่ลบ ส่งผลทำให้ผู้หญิงรู้สึกกลัว คับข้องใจ โกรธตนเองและผู้อื่น และกลัวอนาคต นอกเหนือจากการที่รู้จักตนเอง กับภาวะไร้พลังที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่จะทำให้พวกเขาจะเผชิญกับสิ่งท้าทายในการดำรงชีวิต และความต้องการของชีวิตคือการที่ไม่ปล่อยให้พวกเขาอยู่อย่างลำพัง การหาวิธีการที่จะพาตัวเองกลับมา หรือเปลี่ยนแปลงบางส่วนของตนเอง หรือทั้งสองอย่างมีความสำคัญในกระบวนการเยียวยา 2) ความต้องการและการติดตาม (Wanting and mornitoring) การที่ผู้หญิงยอมรับการสูญเสียความเป็นตัวตนนั้นเป็นพลังผลักดันที่มีผลต่อความสามารถของตนเองในการเผชิญชีวิตจริงในแต่ละวัน ทำให้มีความต้องการที่จะนำบางส่วนของตนเองที่สูญเสียไปกลับคืนมา และ/หรือต้องการเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ชีวิตที่ดี ซึ่งการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นอาจกล่าวได้ว่าผู้หญิงมีการติดตามถึงสภาพของตนเองว่าดีขึ้นหรือแย่ลง สามารถระบุสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ในตอนนี้ การติดตามตนเองในความหมายของผู้ป่วยคือการที่ลดความรู้สึกไร้พลังของตนเอง สามารถที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้ 3) ตนเองคือผู้เยียวยา (The self as healer) ตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะพยายามฟื้นคืนการควบคุมและการ

Copyright© by Mahidol University

รักษา พวกเขาเชื่อว่าหากพวกเขาสามารถผลักดันตัวเองให้สามารถกลับไปทำอะไรได้ จะทำให้พวกเขาดีขึ้นซึ่งอาจจะประเมินได้จากที่พวกเขาสามารถพบกับความสุขอีกครั้ง และบางอย่างที่พวกเขาเลือกทำแล้วประสบผลสำเร็จ 4) การเปิดเผยกับ การปกปิด (Revealing vs. concealing) การที่พวกเขาตัดสินใจที่จะเปิดเผยความรู้สึกของตัวเองให้คนอื่นรู้ซึ่งเป็นสิ่งยากและเป็นเรื่องที่อ่อนไหว บางคนเลือกที่จะเปิดเผย บางคนเลือกที่จะเก็บความรู้สึกไว้บางส่วน แต่ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้อื่นดูเหมือนจะมีบทบาทสำคัญของการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า 5) การยอมรับและการมีส่วนร่วม (Acceptance and belonging) การได้รับการยอมรับจากคนอื่นและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งนั้น พวกเขามีแนวโน้มที่จะรู้สึกสบายและผ่อนคลาย ซึ่งอาจจะทำให้พวกเขาพบทางออกของภาวะซึมเศร้า 6) การสร้างความเข้าใจภาวะซึมเศร้า ทั้งความหมายและความเข้าใจ (Making sense of depression – meaning and understanding) การที่พวกเขาพยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น สอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงการได้รับการอธิบายโดยบุคคลากรวิชาชีพ และเทียบกับความเชื่อของพวกเขา การที่พวกเขารับรู้ข้อมูล แง่คิด และสะสมประสบการณ์จะเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เพื่อที่จะทำความเข้าใจความหมายของบุคคลในท้ายที่สุดได้เชื่อมโยงไปสู่การรักษาตัวเอง

Unsworth (1999) ได้อธิบายถึงกระบวนการหายจากโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุผู้ที่รับรู้ว่าตนเองหายจากโรคซึมเศร้า จำนวน 7 คน อายุระหว่าง 67-94 ปี ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการหายประกอบไปด้วย 4 ระยะ คือ 1) Spiraling down ระยะแรกนี้จะถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การที่ไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย การสูญเสียหลายๆอย่าง เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายกาย เกิดอารมณ์ทุกข์ใจ เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย สูญเสียการควบคุม และไม่สามารถที่จะทำให้ดีขึ้นได้ ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆเช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ การมีกิจกรรม เป็นต้น และการที่ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งขึ้นก็จะพยายามหาวิธีการต่างๆที่จะเอาชนะภาวะซึมเศร้า เรียนรู้ที่จะเผชิญกับความจริง และการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลให้หายจากโรคซึมเศร้า 2) Changing direction ระยะที่สองนี้เริ่มเกิดการตระหนักรู้ถึงสิ่งที่ผิดปกติบางอย่าง และเข้าใจว่าพวกเขาไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับระดับความทุกข์ที่พวกเขาประสบอยู่ได้ การมีความหวังและการตัดสินใจทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง 3) Working the way out ระยะนี้สะท้อนให้เห็นการตัดสินใจที่แท้จริง และผลักความซึมเศร้าออกไป ในรูปแบบของการสนับสนุนที่แตกต่างกัน เมื่อการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าประสบความสำเร็จก็จะเข้าระยะต่อไป 4) Staying out เป็นระยะที่ยอมรับถึงความอ่อนแอ และสนับสนุนให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะเป็นอิสระจากโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกว่าภาวะซึมเศร้าสิ้นสุดลงแม้ว่าพวกเขามีการฟื้นหายแล้วก็ตาม ซึ่งผลลัพธ์ของการหายคือ ความไม่สุขสบายทางกายลดลง ความทุกข์ใจลดลง มี

Copyright © by Mahidol University

ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้มากขึ้น มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดีขึ้น มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น รู้สึกได้รับกำลังใจ ได้รับการยอมรับ และความรู้สึกมีตราบาปลดลง

กระบวนการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าเป็นประสบการณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า ซึ่งเป้าหมายของการหายไม่ได้หวังเพียงแต่ให้อาการซึมเศร้าลดลงเพียงอย่างเดียว จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการเยียวยารักษา และสร้างชีวิตใหม่ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และการเข้าใจกระบวนการหายสามารถช่วยให้พยาบาลออกแบบกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีการหายมากที่สุด

2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากโรคซึมเศร้า

การหายขาดจากโรคซึมเศร้า เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญที่บุคคลการทางการแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยสามารถสรุปออกมาในลักษณะการหายจากภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

2.2.3.1 ลักษณะการหายจากภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้เป็น6 ด้านดังนี้ (Fava, Ruini & Belaise, 2007; Ridge & Ziebland, 2006; Johnson, Gunn & Kokanvic, 2009: สุวดี จันดีกระยอม, 2546)

1) ด้านอารมณ์และจิตใจ ไม่รู้สึกกังวล หรือกังวลลดลง รู้สึกสบายใจ ไม่เครียด จิตใจเข้มแข็ง อารมณ์ดี ยิ้มได้ จิตใจแจ่มใส ร้องไห้ลดลง สดใส ร่าเริง สนุกสนาน หัวเราะได้ มีความสุข

2) ด้านร่างกาย นอนหลับได้ดี รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการกาย

3) การมีศักยภาพ ทำงานได้ ทำงานดีขึ้น อยากทำงาน การตัดสินใจได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้ พึ่งพาผู้อื่นลดลง ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น กลับไปทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้

4) ด้านสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พูดคุยกับผู้อื่นมากขึ้น เข้าสังคมได้ อยากร่วมกิจกรรมทางสังคม

5) ด้านความคิด มองโลกในแง่ดี มีความคิดที่ดี เปลี่ยนแปลงทัศคติใหม่ ยอมรับในตัวเอง เข้าใจตัวเอง ไม่คิดมาก ไม่ฟุ้งซ่าน ปล่อยวาง ปลงได้ มองปัญหาว่าเป็นเรื่องธรรมดา

Copyright© by Naresuan University

6) ด้านจิตวิญญาณ มีความหวัง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นว่าจะหาย

2.2.3.2 ปัจจัยการหายจากภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลักคือ (Ahern & Fisher, 2001; Badger & Nolan, 2007; สุวดี จันดีกระยอม, 2546; วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548)

1) ปัจจัยภายในบุคคล การยอมรับตัวเอง เป็นตัวของตัวเอง การมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการเติบโตในตนเอง การมีความหวัง การมีกำลังใจ มีแรงใจ การเป็นคนมองโลกในแง่ดี การตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา การมีเป้าหมายในชีวิต การมีสุขภาพที่แข็งแรง ความสามารถในการควบคุมตนเอง การมีความรับผิดชอบต่อภาวะซึมเศร้าและการฟื้นหาย มุ่งแก้ไขที่ตนเองมากกว่าการเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่น การมีความคิดที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองและการใช้ชีวิต ความสามารถในการจัดการกับปัญหา สิ่งแวดล้อมต่างๆ

2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ สังคม สิ่งแวดล้อม คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ วัตถุสิ่งของ และแรงงาน ให้ความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบำบัด มีกิจกรรมทางศาสนา งานอดิเรก และการได้รับยารักษาต่างๆ การให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีในการเผชิญกับปัญหา จัดการกับอาการด้วยตนเอง และผลจากการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีเผชิญปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงความคิด เข้าใจตัวเองและคนอื่นมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการฟื้นหายของผู้ป่วย

เมื่อบุคลากรทางสุขภาพทราบถึงปัจจัยของการฟื้นหายจากความซึมเศร้าของผู้ป่วยแล้ว สามารถที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในเรื่องการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพราะบุคลากรทางสุขภาพเองก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นหายจากความซึมเศร้าได้ การที่บุคลากรทางสุขภาพให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ว่ามีลักษณะการดำเนินโรคอย่างไร สาเหตุของการเกิดโรค การรักษา และโอกาสในการหาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมที่จะรับการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนในการรักษาก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้มีส่วนร่วมในรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยจะได้รู้สึกถึงศักยภาพในตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่อง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ศรัทธาและเชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางสุขภาพ กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตนเองมากขึ้น ทำให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากตัวผู้ป่วยเองแล้วบุคลากรทาง

Copyright by Mahidol University

สุขภาพต้องให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วย เพราะครอบครัวเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแก่ครอบครัว เพราะถ้าครอบครัวมีความรู้ มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวมีการปฏิบัติหรือดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย คอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีความผูกพัน เกิดความสุขในครอบครัว อย่างไรก็ตามการหายจากความซึมเศร้าได้นั้นตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เพราะว่าหากผู้ป่วยยังคงรู้สึกมีความซึมเศร้า จมอยู่กับตัวเอง มีความคิดซ้ำๆอยู่ตลอดเวลา โดยไม่พยายามที่จะลุกขึ้นมาเปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมตัวเอง ถึงแม้จะมีการรักษาดีแค่ไหนก็ไม่สามารถที่จะทำให้เกิดการหายจากภาวะซึมเศร้าได้

จะเห็นได้ว่าจากงานวิจัยที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมการฟื้นหายนั้นเป็นการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนมาก แต่อย่างไรก็ตามในประเทศไทยได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ซึ่งได้มีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมไทย ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาจากทฤษฎีเชิงสาระการคืนความสำคัญให้กับตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า (Seeherunwong et al., 2002) เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมกับสังคมไทย

2.3 มโนทัศน์ของการคืนความสำคัญให้กับตนเอง

2.3.1 ความหมายของการคืนความสำคัญให้กับตนเอง

การคืนความสำคัญให้ตนเอง เป็นมโนทัศน์ที่ค้นพบในสตรีที่ฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการที่สตรีค้นพบความมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเอง ซึ่งก่อนหน้านี้ความมีคุณค่าของสตรีที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาจากความสำเร็จจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เช่น ลูก สามี และคนอื่นๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกตัวตนของสตรี เมื่อปัจจัยดังกล่าวไม่ได้เป็นไปดังที่สตรีคาดหวัง จึงเป็นเหตุให้สตรีสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนเกิดเป็นอาการของโรคซึมเศร้า มโนทัศน์การคืนความสำคัญให้ตนเองจากทฤษฎีเชิงสาระ ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การค้นพบคุณค่าในตนเอง การให้ความหมายตนเองและ ความสัมพันธ์กับคนอื่นใหม่ และการตั้งต้นชีวิตใหม่ (Seeherunwong et al., 2002)

Copyright by Mahidol University

2.3.2 ทฤษฎีเชิงสาระการคืนความสำคัญให้กับตนเองภายหลังจากการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีวัยกลางคนที่มีความซึมเศร้า

จากการศึกษาปรากฏการณ์การฟื้นหายจากความซึมเศร้าของ Seeherunwong et al. (2002) ได้ทฤษฎีเชิงสาระ “การคืนความสำคัญให้กับตนเองภายหลังจากการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีวัยกลางคนที่มีความซึมเศร้า” ทฤษฎีนี้จำแนกออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

2.3.2.1 ช่วงแรกเงื่อนไขเชิงสาเหตุของความซึมเศร้า เป็นช่วงที่อธิบายเงื่อนไข เชิงสาเหตุของการเกิดความซึมเศร้าในลักษณะกระบวนการประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตของสตรีและการประเมินตัดสินการกระทำของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางในทางลบ ซึ่งส่งผลให้สตรีรับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า จึงตอบสนองเป็นอาการซึมเศร้าจนกระทั่งสามารถระลึกรู้การเปลี่ยนแปลงในตนเองได้

2.3.2.1.1 สิ่งที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตของสตรี หมายถึง บุคคล หรือกลุ่มคน ที่สตรีรับรู้ว่ามีความสำคัญ มีคุณค่า และให้ความภาคภูมิใจแก่ตน เช่น ลูก สามี คนอื่นๆ และตนเอง สิ่งที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตของสตรีสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบท สถานที่ เวลา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ซึ่งในเวลาเดียวกันบุคคลที่เป็นศูนย์กลางสามารถมาได้จากหลายแหล่ง ขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญของสตรี

2.3.2.1.2 การประเมินตัดสินการกระทำของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางในทางลบ หมายถึง การประเมินตัดสินการกระทำของผู้ที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตว่าไม่เห็นคุณค่าของเธอ ให้เธอต้องแบกภาระเกินควร หรือทำให้เธอสูญเสียบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งส่งผลให้เธอรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองและตอบสนองเป็นอาการซึมเศร้า ซึ่งมีอาการด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และการรับรู้การกระทำของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิต ได้แก่ การถูกสามีหลอกลวงทรัพย์สิน การที่สามีมีภรรยาน้อย การไม่สมหวังในตัวบุตร เป็นต้น

2.3.2.2 ช่วงที่สอง การเรียนรู้เกี่ยวกับความซึมเศร้า เกิดขึ้นหลังจากที่สตรีระลึกรู้ว่าเธอมีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากเดิม ในช่วงนี้ประกอบด้วยกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้า 3 มโนทัศน์ ได้แก่ การจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง การขอความช่วยเหลือ และการพิจารณาไตร่ตรองตนเอง

2.3.2.2.1 การจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง หมายถึง กระบวนการที่จะช่วยลดหรือขจัดอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย เจตนาที่จะกระทำ การลงมือกระทำ และการประเมินผลลัพธ์ และนำไปปฏิบัติซ้ำเมื่อได้ผลเป็นที่พอใจ การจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง จำแนกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ การทำใจและการหันเหตนเอง การทำใจ หมายถึงการยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีการจัดการกับความคิดและความรู้สึก ด้วยการให้เหตุผลกับตนเอง การ

Copyright by Mahidol University

มองหาสิ่งที่ดีกว่า และการคอยเตือนตัวเอง เป็นต้น การหันเหตนเอง หมายถึงการเบี่ยงเบนความคิด ความรู้สึกและความสนใจของตนเองด้วยการอ่านหนังสือ เล่นกีฬา ร้องเพลง หางานอดิเรก และใช้ยารักษาตามอาการที่แพทย์สั่ง เป็นต้น

2.3.2.2.2 การขอความช่วยเหลือ หมายถึง กระบวนการในการพิจารณาแหล่งให้ความช่วยเหลือ ชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ คัดเลือกข้อมูลที่จะบอก ประเมินผลการกระทำและทำซ้ำเมื่อประสบผลสำเร็จ การขอความช่วยเหลือนั้นเป็นตัวเลือกหนึ่งหลังจากการที่ลองจัดการด้วยตนเองแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการหาข้อมูลหรือวิธีการต่างๆที่จะช่วยทำให้รู้สึกดีขึ้นกว่าเก่า การขอความช่วยเหลือประกอบไปด้วยการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น เพื่อน ครอบครัว บุคคลที่ไว้วางใจ และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น

2.3.2.2.3 การพิจารณาไตร่ตรองตนเอง หมายถึง กระบวนการที่นำไปสู่การตระหนักรู้ในตนเอง และประเมินตัดสินการกระทำของผู้อื่นที่มีต่อตนเองใหม่ การตระหนักรู้ในตนเอง ประกอบด้วย การรู้จักข้อดีและข้อบกพร่องของตนเอง พิจารณา ทบทวนครุ่นคิด ถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยรู้ว่าแบบแผนการคิดและการแก้ปัญหาของตนนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า รู้ผลกระทบของการมีศูนย์กลางแห่งชีวิตอยู่กับปัจจัยภายนอก และรู้ว่าแนวทางการแก้ไขอาการซึมเศร้าต้องแก้ที่ตนเองก่อน และประเมินตัดสินการกระทำของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตใหม่ หมายถึง การเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกที่มีต่อการกระทำของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางแห่งชีวิตใหม่ เช่น ไม่เอาตัวเองไปผูกติดกับบุคคลอื่นมากเกินไป พยายามเข้าใจคนอื่นอย่างที่เขาเป็นอยู่ ยอมรับการกระทำและการตัดสินในของคนใกล้ชิดได้ เป็นต้น การพิจารณาไตร่ตรองตนเองจนเกิดการตระหนักรู้ในตนเองได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความสงบทางจิตใจ การเรียนรู้ที่จะมองไปข้างหน้า ไม่จมอยู่กับอดีต การมีทักษะในการคิดวิเคราะห์ที่ดีซึ่งได้แนวทางจากความเชื่อ คำสอนทางศาสนา คำชี้แนะของจิตแพทย์และคนใกล้ชิด หรือการอ่านหนังสือเกี่ยวกับจิตวิทยา

2.3.2.3 ช่วงสุดท้าย การฟื้นหายจากความซึมเศร้า ประกอบด้วยมโนทัศน์การคืนความสำคัญให้ตนเองและการเติบโตในตนเอง ช่วงนี้เป็นช่วงที่สตรีสามารถฟื้นหายจากความซึมเศร้าได้อย่างสมบูรณ์โดยการคืนความสำคัญให้กับตนเองจากการที่เคยยึดถือและให้ความสำคัญกับคนอื่นเสมือนเป็นศูนย์กลางแห่งชีวิต จึงทำให้รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ยอมรับตนเอง และกลับกลายเป็นบุคคลใหม่ที่มีความเติบโตในตนเองและฟื้นหายจากความซึมเศร้าไปในที่สุด

Copyright by Mahidol University

2.3.2.3.1 การคืนความสำคัญให้ตนเอง ประกอบไปด้วยการค้นพบคุณค่าตัวเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับคนอื่นใหม่ และการ

ควบคุมชีวิตตนเอง การค้นพบคุณค่าตัวเองเป็นกระบวนการที่สตรีมองเห็นคุณค่าในตนเองที่มาจากความสามารถของตนเอง รู้ว่าตัวเองมีสิ่งที่ดี มีคุณค่า รู้สึกรักและห่วงใยตัวเอง ซึ่งการค้นพบตัวเองนำไปสู่การตั้งเป้าหมายชีวิตเพื่อตนเอง และวางแผนการกระทำ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การคิดทบทวนตนเองเป็นกระบวนการปรับโครงสร้างทางความคิดใหม่ โดยการเปลี่ยนทัศนะในการดำเนินชีวิต การอธิบาย และให้ความหมายเหตุการณ์ต่างๆของตนเอง บอกตนเองว่าอยู่กับปัจจุบันและทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ผ่อนคลายกฎระเบียบต่างๆที่ตนเองได้วางไว้ และเลือกวิธีคิดเป็นแบบอื่นที่ทำให้ตนเองไม่ทุกข์ใจ การนิยามความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นใหม่คือการเข้าใจบุคคลอื่นอย่างที่เขาเป็นอยู่ อะลุ้มอล่วยกับเรื่องบางเรื่องเพื่อให้ตนเองและคนรอบข้างสบายใจ ไม่คาดหวังว่าคนใกล้ชิดจะต้องทำตามในสิ่งที่ตนต้องการ ช่วยเหลือคนอื่นเท่าที่ช่วยได้ เป็นต้น การควบคุมชีวิตตนเอง เป็นกระบวนการปรับปรุงพัฒนาตนเองด้านความสามารถทางกาย สังคม และเศรษฐกิจ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่บังคับฝืนใจตนเอง นำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกมีคุณค่ากับบุคคลอื่น เช่น การเริ่มต้นการมีกิจกรรม การติดต่อกับสังคม การพยายามทำให้ตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคมเท่าที่ทำได้ การคืนความสำคัญให้ตนเองนี้เป็นผลให้เกิดการเติบโตในตนเอง

2.3.2.3.2 การเติบโตในตนเอง เป็นผลลัพธ์ทางบวกของกระบวนการคืนความสำคัญ โดยสตรีรับรู้การเติบโตในตนเองจากการมีความสามารถควบคุมตนเอง มีความสุขสงบในชีวิต มีแรงจูงใจที่เกิดจากภายในตนเอง การเคลื่อนย้ายศูนย์กลางแห่งชีวิตมาอยู่ที่ตนเอง

จากกระบวนการคืนความสำคัญให้กับตนเองดังกล่าวไว้ในข้างต้น ผลลัพธ์สุดท้ายคือสตรีสามารถฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยมากที่สุด และมีความสอดคล้องกับผลการศึกษากระบวนการฟื้นหายจากการศึกษากับสตรีในต่างประเทศด้วยเช่นกัน (Peden, 1996; Schreiber, 1996; Chernomas, 1997) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาใช้ในงานวิจัย

2.3.3 แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง

แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเองของ Seeherunwong & Chantarujikapong (2007) จำนวน 28 ข้อ วัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง เป็นมาตราวัด 5 อันดับ แบบสอบถามนี้เป็นการวัดผลลัพธ์ภายหลังการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า โดยสอบถามความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในปัจจุบันของผู้ตอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

Copyright by Mahidol University

2.4 มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการอาศัยพึ่งพากันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองด้านร่างกาย และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น

2.4.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974 อ้างใน Stewart, 1993) ได้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลทางสังคมที่จะดำรงและรักษาไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ จากแหล่งช่วยเหลือต่างๆ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมในสังคม การได้อบรมเลี้ยงดู หรือให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูลต่างๆเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา และการได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคลแสดงความสามารถในการช่วยเหลือด้านต่างๆ

Kahn (1979 อ้างใน Nirattharadorn, 2005) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง เพื่อให้เกิดการแสดงออกถึงความผูกพันทางอารมณ์และความคิด การยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน การให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

Cobb (1976 อ้างใน Duangduen, 2004) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อมูลข่าวสารที่ช่วยให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลคอยให้การดูแลเอาใจใส่ มีคนรักคนสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่าและรู้สึกตนเองเป็นส่วนหนึ่งหรือมีส่วนร่วมในสังคม

House (1985 อ้างใน Skärsäter, Dencker & Argen, 1999) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านวิธีการและเครื่องมือที่ทำให้พึ่งพาตนเองได้ เป็นการสนับสนุนทั้งด้านความรู้สึก เห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ แสดงถึงความรัก ความผูกพัน การยอมรับ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจและสามารถแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

Mishel & Clayton (2003) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ว่าตนเองได้รับความรักใคร่ผูกพัน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University

ทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีกำลังใจ อารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการได้

จากแนวคิดดังกล่าวจึงสรุปความหมายของสนับสนุนทางสังคมได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของต่างๆ ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งอาจจะเป็นครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ คนใดคนหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน ทำให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นๆ ทำให้มีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพกายและใจที่ดี

2.4.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมทำให้มองเห็นถึงความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดของบุคคลนั้น ในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งรวมถึงครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน บุคคลกรทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ศึกษาแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ต่างๆ ดังนี้

House (1981) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์ พยาบาล/ทีมสุขภาพ เป็นต้น

Pender (1996) แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็น กลุ่มการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ เคารพ หรือยอมรับความต้องการของส่วนรวม และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Copyright by Mahidol University

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมาก เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกันประสบการณ์ที่เขาเคยพบมา

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized religious support systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่กลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ เพราะการชุมนุมเป็นการแบ่งปัน ความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในชีวิตธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนา และแนวทางการดำเนินชีวิต นำไปสู่ ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized support systems of care giving or helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคล จะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ หรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาลจะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support groups not directed by health professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิต ความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์เหมือนกัน เป็นต้น

2.4.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมีผู้วิจัยได้ให้คำอธิบายและวิธีวัดแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทรรศนะของผู้วิจัยและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยบางส่วนแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมได้ 3 ชนิด (Cobb, 1976; Kahn, 1979) ส่วน House (1981) และ Pender (1996) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด Dalton (2001) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมหลักออกเป็น 2 ชนิด และ Weiss (1974) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปแนวคิดหลักเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิดหลักๆ ที่สำคัญดังต่อไปนี้

Copyright by Mahidol University

2.4.3.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (Cobb, 1976; House, 1981) เกิดจากความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงออกในรูปของความผูกพันการยอมรับ การเคารพหรือด้วยความรัก (Weiss, 1974; Cobb, 1976; Kahn, 1979; Dalton, 2001) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก และได้รับความเอาใจใส่ดูแล เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ (Weiss, 1974) ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน (Cobb, 1976; Dalton, 2001) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะที่บุคคลมีอาการซึมเศร้า (Pender, 1996)

2.4.3.2 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หรือ การสนับสนุนในสิ่งที่จับต้องได้ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการด้วย (House, 1981; Pender, 1996) และเป็นการช่วยเหลือโดยการให้สิ่งที่สามารถจับต้องได้ ซึ่งมักจะหมายถึง สิ่งของ เงินทอง หรือช่วยเหลือในการทำงาน เช่น การให้ยืมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน อุปกรณ์ในการดูแลตนเอง เป็นต้น (Dalton, 2001)

2.4.3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการเข้าใจว่าควรทำอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง (Pender, 1996) ได้รับคำชี้แนะ ให้ข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ (Weiss, 1974; House, 1981) ซึ่งมักเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ (Dalton, 2001)

2.4.3.4 การสนับสนุนด้านการได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นการบอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือมีความผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976) การที่บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคมทำให้ได้รับโอกาสอันควร เช่น ความเป็นมิตร ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน และการเป็นสมาชิกในทางศาสนา หรือการช่วยเหลือเพื่อนบ้าน (Weiss, 1974; Dalton, 2001)

2.4.3.5 การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม (House, 1981) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง (Pender, 1996) ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนมีความสามารถในการจัดการกับความท้าทายต่างๆ ได้ (Dalton, 2001)

Copyright by Mahidol University

2.4.4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

แบบวัดที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีผู้สร้างและพัฒนาขึ้นหลายลักษณะ ตามคำนิยามและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม พอสรุปได้ดังต่อไปนี้คือ

2.4.4.1 แบบสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ) ของBrandt และ Weinert (1981) ตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ PRQ 1 เป็นส่วนที่วัดจำนวน และชนิดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับและ PRQ 2 เป็นส่วนที่วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิด ด้านการดูแลเอาใจใส่ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือ ซึ่งจิรภา หงษ์ตระกูล (2532)ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ

2.4.4.2 แบบสนับสนุนทางสังคม (The Support Importance Scale) ของ Brown (1986) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยเครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 45 ข้อ และต่อมาได้ทดสอบหาค่าความตรงเชิงโครงสร้าง โดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบจึงลดข้อคำถามเหลือเพียง 11 ข้อ และเปลี่ยนชื่อเครื่องมือชุดนี้เป็น The Support Behavior Inventory ซึ่งพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) นำมาแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินเปรียบเทียบ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ

2.4.4.3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The inventory of Social Support : ISSB) ของ Barrera (1983) โดยออกแบบมาเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นที่ได้รับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยเครื่องมือนี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ซึ่ง Nirattharadorn (2005) ได้นำมาแปลและปรับแก้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยเหลือจำนวนข้อ 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบย่อยคือ การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion) การได้รับคำแนะนำ(guidance) และการได้รับการสัมผัส (tangible) โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ

2.4.4.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimentional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจ และการรับรู้การได้รับสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ซึ่ง Boonyamalik (2005) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย

Copyright by Mahidol University

จำนวน 12 ข้อ โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimentional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) มาประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า โดยเครื่องมือนี้จะประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ซึ่งการรับรู้ว่าตนเองได้รับความรักใคร่ ผูกผัน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคือ การคืนความสำคัญให้ตนเองจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองของสตรีไทยที่มีอาการซึมเศร้า ของ Seeherunwong et al. (2002) ซึ่งกล่าวไว้ว่า การแสวงหาความช่วยเหลือเป็นกระบวนการที่สตรีมองเห็นถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยพื้นหายจากโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้วได้ โดยการให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ให้ยอมรับ เป็นที่พึ่งพิงให้ผู้ป่วย ส่งเสริมหรือเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกได้ด้วยตัวเอง โดยเพื่อนและครอบครัวสามารถช่วยได้ในทุกกลวิธีที่ทำให้เกิดการฟื้นหายของผู้ป่วย เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (Depression and Biploar Support Alliance : DBSA, 2006) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีกำลังอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม และช่วยเหลือให้บุคคลสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการได้ (Mishel & Clayton, 2003)

2.4.5 ความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับอาการซึมเศร้า

การศึกษาหาความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้ามีดังนี้ จากการศึกษาของ Skärsäter et al. (2005) ทำการศึกษาเรื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นหายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นครั้งแรก จำนวน 24 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 71% มีการฟื้นหายภายหลังการติดตามผล ซึ่งมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่มีการฟื้นหายจะมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนปัจจัยอื่นที่มีความสำคัญในการฟื้นหายอย่างมีนัยสำคัญคือการ

Copyright © by Mahidol University

สนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการช่วยฟื้นฟูความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถนำมาใช้วางแผนการรักษาร่วมครอบครัวของผู้ป่วย หรือคนใกล้ชิดในการร่วมกันช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้เข้าใจถึงสถานการณ์ของตนเอง ความสามารถในการจัดการ และความมีรู้สึกคุณค่า ซึ่งจะช่วยส่งเสริมหรือแก้ไขสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nasser & Overholser (2005) ได้ศึกษาเรื่องการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า บทบาทของการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 62 คน โดยทำการสัมภาษณ์ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ประเมินได้จากผู้ป่วยครั้งแรก (ขณะที่อยู่รพ.) มีความสอดคล้องมากที่สุดกับการทำนายความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และในช่วงติดตามประเมินผลผู้ป่วยที่มีการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยที่มีการฟื้นหายนั้นได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ในระดับสูงจากครอบครัว($\beta = -0.28$, $p < 0.02$) และเพื่อน ($\beta = -0.23$, $p < 0.04$) ในครั้งแรกที่ประเมิน(ขณะที่อยู่รพ.) และองค์ประกอบของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าที่มีผลกระทบต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มแรกได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -0.31$, $p < 0.01$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Cappeliez et al. (2007) ที่ทำการศึกษาเรื่องการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 66 คน ภายหลังการติดตามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การวินิจฉัย การสนับสนุน และเครือข่ายทางสังคม ในระยะ 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นมีระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วยที่อาการยังไม่ดีขึ้น ซึ่งการสนับสนุนแบ่งข้อย่อยออกเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่เหมาะสมกับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นจะมีระดับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์สูงกว่า ($M = 4.48$, $SD = 1.35$) ผู้ป่วยที่อาการยังไม่ทุเลา ($M = 3.64$, $SD = 1.38$), $t(62) = -2.42$, $p < .05$ และผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นจะมีระดับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรสูงกว่า ($M = 5.20$, $SD = .98$) ผู้ป่วยที่อาการยังไม่ทุเลา ($M = 4.62$, $SD = 1.32$), $t(63) = -2.06$, $p < .05$ และพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นกับผู้ป่วยอาการยังไม่ทุเลาในแง่ของขนาดของเครือข่ายทางสังคม

จากการศึกษาถึงอิทธิพลของสถานการณ์ที่เลวร้ายและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับอาการซึมเศร้าที่แตกต่างกันของ Leskelä et al. (2006) ทำการศึกษาใน Vantaa Depression Study (VDS) โดยสัมภาษณ์ช่วง 6 เดือนและ 18 เดือน จำนวน 193 คน มีผู้ป่วย full remission จำนวน 68 คน ผู้ป่วย partial remission จำนวน 75 คน และผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

major depressive episode (MDE) จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วย full remission พบว่าทั้งความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วย partial remission มีเพียงความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ และในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ major depressive episode ระดับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ และต่อมาในปี 2008 Leskelä et al. ทำการศึกษาผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังคงมีอาการอยู่ในปัจจุบันจำนวน 269 คน ผลการศึกษาพบว่า ยิ่งมีการเจ็บป่วยนานจะยิ่งทำให้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (subjective social support) และปริมาณเครือข่ายทางสังคม (objective social support) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อศึกษาติดตามที่ระยะเวลา 18 เดือน และทั้งกลุ่มผู้ป่วย full remission ผู้ป่วย partial remission และ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ major depressive episode ติดตามผลที่ระยะเวลา 18 เดือน ปริมาณเครือข่ายทางสังคมไม่พบการเปลี่ยนแปลงมากนัก แต่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มตามระยะเวลาการหายในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ major depressive episode มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและปริมาณเครือข่ายทางสังคมต่ำกว่าในกลุ่มผู้ป่วย full remission และผู้ป่วย partial remission ในการติดตามที่ระยะ 18 เดือน ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ major depressive episode มีการว่างงานมากกว่ากลุ่มผู้ป่วย full remission อย่างมีนัยสำคัญ และในกลุ่มผู้ป่วย persistently depression พบว่า คะแนนปริมาณเครือข่ายทางสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามที่ระยะเวลา 18 เดือน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangduen (2004) โดยทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดการกับสิ่งเร้าภายใน (learned resourcefulness) การสนับสนุนทางสังคมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 70 คน อายุระหว่าง 20 – 60 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ไม่มีอาการซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 20 มีอาการระดับปานกลาง และร้อยละ 13 มีอาการระดับเล็กน้อย มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการจัดการสิ่งเร้าภายในและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง การจัดการสิ่งเร้าภายในและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า ($r = -.627$, $P < .05$; $r = -.618$, $P < .05$ ตามลำดับ) ยิ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากอาการซึมเศร้าจะยิ่งลดลง และการจัดการสิ่งเร้าภายในสามารถทำนายอาการซึมเศร้าได้ประมาณร้อยละ 40 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 54.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

และยังมีงานวิจัยอื่นๆที่ทำการศึกษาในผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาของ Suwannurak (2004) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าใน

Copyright by Mahidol University

ตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง 166 คน อายุ 26-35 ปี ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 63.6 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ จำนวนบุตร ความสามารถในการประกอบอาชีพ และปัญหาอื่นๆ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) และ Nirattharadorn et al. (2005) ศึกษาหาความสัมพันธ์การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นไทยที่ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 340 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบจำลองเชิงโครงสร้างมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 = 34.82,df = 67, p-value = .9996, RMSEA = .000 GFI = .99, and AGFI = .97) โดยสามารถอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ร้อยละ 84 แบบจำลองที่เหมาะสมนี้แสดงให้เห็นว่าในแต่ละช่วงเวลาการเห็นคุณค่าในตนเองและ การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (β = .73, p < .001) กล่าวคือ ร้อยละ 89.73 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วย การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมในระยะก่อนคลอด มีอิทธิพลทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาที่ผ่านมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า แต่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการคืนความสำคัญให้กับตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าลดลงจะมีการคืนความสำคัญให้กับตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า

2.5 มโนทัศน์ของการรู้จักตนเอง

2.5.1 ความหมายของการรู้จักตนเอง หรือการตระหนักรู้ในตนเอง

David (1990) การรู้จักตนเอง หมายถึง การตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วย ยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต และแสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา การทำความรู้จัก และเข้าใจความรู้สึกของตนเองว่า ตนเองขณะนี้มีความรู้สึกอย่างไร กล้าเผชิญความจริง

Goleman (1998 อ้างใน สุธาสินี นพธัญญะ, 2551) อธิบายความหมายการรู้จักตนเอง หมายถึง การตระหนักรู้ว่าตนเองรู้สึกอย่างไรในขณะนั้น ต้องการอะไร การ

Copyright by Mahidol University

ตอบสนองทางร่างกายที่เกิดจากความรู้สึก โดยบอกได้ว่ารู้สึกอย่างไร พึงพอใจหรือเจ็บปวดจากความรู้สึกนั้น รู้ได้ว่าการเกิดของอารมณ์มีสาเหตุมาจากสิ่งใด และจะมีผลต่อตนเองหรือผู้อื่น และการปฏิบัติงานอย่างไร รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง มีความสนใจในตนเอง เป็นพื้นฐานในการสร้างองค์ประกอบความฉลาดทางอารมณ์ด้านอื่นๆ

Sims (2003 อ้างใน Basil, Mathews, Sudak & Adetunji, 2012) การรู้จักตนเองคือความสามารถในเข้าใจจิตใจของมนุษย์อย่างลึกซึ้ง การมองด้วยตา เห็นด้วยใจ และมองสิ่งที่เกิดขึ้นภายนอก ตลอดจนในจิตใจของผู้อื่นที่อยู่รอบๆตัวเรา การเกิดเข้าใจจะช่วยให้บุคคลสามารถประเมินโลกที่อยู่ภายในตัวของเขาได้ ประเมินพฤติกรรมของตนเองอย่างแท้จริง และคาดการณ์ถึงจิตใจและพฤติกรรมของคนอื่น รวมทั้งความสามารถในการทบทวนความคิดของตัวเอง การมีส่วนร่วมในความรู้สึก และการสื่อสาร การรู้จักตนเองเป็นผลโดยตรงจากการเรียนรู้ของตัวเอง และ ครอบคลุมมากกว่าแค่การยอมรับการเจ็บป่วยหรือสุขภาพ และหากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้ป่วยก็จะมีทัศคติเกี่ยวกับการรักษาได้อย่างเหมาะสม อาจกล่าวได้ว่าการรู้จักตนเองเป็นลักษณะที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล

ดุษฎี กฤษฎี (2551) กล่าวว่า การรู้จักตนเอง คือ มีการทำความรู้จัก และทำความเข้าใจในความรู้สึกของตนเองว่า ตนเองขณะนี้มีความรู้สึกอย่างไร และทำความเข้าใจสาเหตุของอาการซึมเศร้า รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง

จากความหมายที่กล่าวมาผู้วิจัยสรุปได้ความหมายของการรู้จักตนเอง หมายถึง การทำความรู้จัก และทำความเข้าใจในความรู้สึกของตนเองว่า ตนเองขณะนี้มีความรู้สึกอย่างไร และทำความเข้าใจสาเหตุของอาการซึมเศร้า รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง เปิดใจกว้างยอมรับ ฟังความคิดเห็นของผู้อื่นมากขึ้น มีการยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.5.2 องค์ประกอบของการรู้จักตนเองในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมของ David (1990) สรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยจะมีการรู้จักตนเอง (insight) นั้นจะต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถที่จะอธิบายได้ว่าเหตุการณ์ทางจิตที่เกิดขึ้น (อาการประสาทหลอนหรือหลงผิด) เป็นผลมาจากพยาธิสภาพ 2) การที่ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ 3) การที่ผู้ป่วยแสวงหาหรือยินยอมที่จะรักษาอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งหลังจากนั้นมีการศึกษาของ Amador, et al. (1993 อ้างใน Sturman & Sproule, 2003) ที่ให้ความหมายของการรู้จักตนเองดังนี้ 1) การรู้จักตนเองประกอบด้วยกระบวนการการตระหนักรู้และเข้าใจ 2) การตระหนักรู้คือ การรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย

Copyright by Mahidol University

ในขณะที่ความเข้าใจแสดงถึง การที่ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงสาเหตุหรือที่มาของอาการและอาการแสดงได้ 3) การรู้จักตนเองสามารถที่จะแยกความแตกต่างของการตระหนักรู้ และการเข้าใจสามารถอธิบายถึงสาเหตุหรือที่มาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือในอดีต ซึ่งการรู้จักตนเองในอดีตคือความสามารถที่จะยอมรับถึงปัญหาด้านจิตใจในอดีตที่เคยเกิดขึ้นได้ ทั้ง David (1990) และ Amador, et al. (1993) กล่าวว่าการรู้จักตนเอง (insight) เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนมีหลายมิติและต้องคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมซึ่งมีผลต่อการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการรู้จักตนเองเป็นรูปแบบที่มีความเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยอาจจะมีความรู้จักตนเองบางส่วนแต่ไม่ใช่ทั้งหมดของอาการเจ็บป่วย (Sturman & Sproule, 2003)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาองค์ประกอบของการรู้จักตนเองโดยทั่วไปซึ่งไม่ได้หมายความว่าจะต้องมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่เป็นการรู้จัก เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำของตนเองในขณะนั้น ดังการศึกษาของ Goleman (1998 อ้างใน สุธาสินี นพธัญญะ, 2551) ได้แบ่งองค์ประกอบของการรู้จักตนเองออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้คือ 1) การรู้อารมณ์ตนเอง (Self-emotion) การรู้ถึงความรู้สึกของตนเองและผลที่ตามมา ระบุความรู้สึกหรือภาวะอารมณ์ทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และสามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้อย่างชัดเจน ตรงตามกาลเทศะ สถานการณ์และสถานภาพ และสามารถปรับอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม 2) การประเมินตนเองได้ถูกต้อง (Self-assessment) รู้จักจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง รู้จักสร้างความคิดที่เกี่ยวข้องกับตัวเอง และพัฒนาเจตคติที่ถูกต้องต่อตัวเอง มีการเปิดเผยตนเป็นทั้งการแสดงออกของคุณลักษณะที่ดี ซึ่งเป็นทางที่ช่วยให้ได้ตัวตนที่แท้จริง และเกิดประสิทธิผลของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3) ความมั่นใจในตัวเอง (Self-confidence) รับรู้ถึงขีดความสามารถของตนได้อย่างถูกต้อง รู้จักเลือกใช้จุดเด่นของตนเอง มีความมั่นใจพร้อมที่จะเผชิญกับงานหรือสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นองค์ประกอบของการรู้จักตนเองทั้งในแง่ของการเจ็บป่วยและในแง่ของการดำรงชีวิตประจำวันทั่วๆไป มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ บุคคลต้องมีความเข้าใจในตนเองอย่างแท้จริงว่าในขณะนั้นตนเองมีความคิด รู้สึกอย่างไร รับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบัน ยอมรับในปัญหาหรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น และหาทางวิธีทางที่จะแก้ไขสิ่งต่างๆเหล่านั้นให้ตนเองดีขึ้นได้

2.5.3 แบบวัดการรู้จักตนเอง

มีผู้ศึกษาวิจัยได้มีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือเกี่ยวกับการรู้จักตนเองอย่างหลากหลาย ซึ่งพอสรุปได้ดังต่อไปนี้คือ

Copyright by Mahidol University

2.5.3.1 แบบวัดการรู้จักตนเองและทัศคติต่อการรักษา (The insight and Treatment Attitudes Questionnaire : ITAQ) ของ Mcevoy *et al*. (1989) ซึ่งเครื่องมือนี้ใช้ในการประเมินการตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิด และทัศนคติในเรื่องการรักษาด้วยยา การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และการติดตามประเมินผลการรักษา ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มี insight เลย) ถึง 22 (มี insight อย่างสมบูรณ์)

2.5.3.2 แบบประเมินการรู้จักตนเอง (The Schedule for Assessment of insight : SAI) ของ David (1992) เครื่องมือนี้ประกอบไปด้วย 3 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยประเมินเรื่องความร่วมมือในการรักษา การรับรู้การเจ็บป่วย และสามารถอธิบายอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งรวมถึงการรับรู้อาการทางจิตที่เกิดขึ้น และเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความผิดปกติทางพยาธิสภาพ เมื่อได้คะแนนในแต่ละหัวย่อยข้อแล้วนำมาบวกรวมกัน

2.5.3.3 แบบวัดการรู้จักตนเอง (The Birchwood Insight Scale : IS) ของ Birchwood et al. (1994) ได้พัฒนามาจาก แบบประเมินการรู้จักตนเอง (The Schedule for Assessment of insight : SAI) ของ David (1992) ซึ่งเครื่องมือ The Birchwood Insight Scale มีค่าความตรงและความเที่ยงที่ดีของมาตรฐานการวัดทางด้านจิตวิทยา ซึ่งเครื่องมือประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบของการรู้จักตนเองคือ การตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วย การตระหนักรู้ถึงอาการ และการตระหนักรู้ถึงความจำเป็นของการรักษา จำนวน 8 ข้อ

2.5.3.4 แบบประเมินการขาดการตระหนักถึงการรู้จักตนเอง (The scale to Assess Unawareness of Insight : SUMD) ของ Amador et al. (1993) เป็นสอบถามกึ่งโครงสร้าง โดยประเมินเกี่ยวกับการเข้าใจทั่วๆไป การเข้าใจการเจ็บป่วย และการเข้าใจอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการเข้าใจทั่วๆไปเกี่ยวกับปัจจุบันและอดีตคือ การตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความจำเป็นในการรักษาทางจิตเวช ผลกระทบทางสังคมจากการที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ

2.5.3.5 แบบสอบถามการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder insight scale: MDIS) ของ Sturman & Sproule (2003) จำนวน 8 ข้อ โดยวัดประเมินในบริบทของการรู้จักตนเองในการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต และแสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา

2.5.3.6 แบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยทางจิต (The Beck Cognitive Insight Scale : BCIS) ของ Beck (2004) พัฒนามาจากการประเมินการไตร่ตรองตนเองของผู้ป่วยและความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วยในการตีความจากประสบการณ์ของตัวผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับการไตร่ตรองตนเองจำนวน 9 ข้อ และความเชื่อมั่นในตนเองจำนวน 6 ข้อ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder Insight Scale: MDIS) ของ Sturman & Sproule (2003) เนื่องจากมีความหมายสอดคล้องกับมโนทัศน์ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาคือ การศึกษาการรู้จักตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนเครื่องมืออื่นๆตามที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้นส่วนมากวัดการรู้จักตนเองในผู้ป่วยจิตเภท หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วแบบมีอาการทางจิตร่วมด้วย ซึ่งความหมายของเครื่องมือไม่ได้สะท้อนให้เห็นอาการ และสาเหตุของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนที่ไม่มีอาการจิต

2.5.4 ความสัมพันธ์ของการรู้จักตนเองกับอาการซึมเศร้า

การศึกษาความสัมพันธ์ของการรู้จักตนเองกับอาการซึมเศร้ามีดังนี้ จากการศึกษาของ Yen et al. (2005) ได้ทำศึกษาระดับการรู้จักตนเอง และอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้จักตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 247 คน อายุระหว่าง 14-87 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะมีการรู้จักตนเอง รับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย และมองเห็นความจำเป็นของการรักษามากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ (χ^2 = 7.497, P < .01) นอกจากนั้นผู้ที่มีการรู้จักตนเองดี จะมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการรู้จักตนเองบกพร่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ekinci และคณะ (2012) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าใจความคิด (cognitive insight) การเข้าใจอาการ (clinical insight) กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 121 คน อายุระหว่าง 18-65 ปี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีคะแนน self-reflective สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{98} = -2.082, P = .022) และมีความสัมพันธ์กับอาการอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของ Crumlish และคณะ (2005) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรู้จักตนเองกับการเกิดอาการซึมเศร้าและการพยายามฆ่าตัวตายที่ระยะเวลา 4 ปี หลังจากมีอาการทางจิตครั้งแรกในผู้ป่วยโรคจิตเภทและจิตเภทชนิดสั้นจำนวน 101 คน อายุระหว่าง 13-58 ปี ผลการศึกษาพบว่า ในการประเมินครั้งแรกอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการรู้จักตนเอง (insight) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งการวัด [PANSS lack of insight (t = -2.4, P = 0.03) หรือ the Birchwood recognition of mental illness (t = 2.2, P = 0.03) ในการติดตามที่ระยะ 6 เดือนหลังจากที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ระดับอาการซึมเศร้าที่สูงมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตด้านบวก (t = 2.4, P = 0.03) และระดับการรับรู้การเจ็บป่วยที่สูง (t = 2.0, P = 0.05) แต่ไม่สัมพันธ์กับ PANSS lack of insight และการติดตามอีที่ระยะ 4 ปีหลังอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตด้านบวก (t = 3.2, P = 0.02) อาการซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์ทั้ง PANSS lack of insight หรือ the Birchwood recognition of mental illness

Copyright© by Mahidol University

นอกจากนี้มีงานศึกษาที่ได้ผลแตกต่างออกไปคือจากการศึกษาของ ดุษฎี กฤษฎี (2551) ทำการศึกษาทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 372 คน ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaiser และคณะ (2006) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรู้จักตนเอง (insight) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต จำนวน 40 ราย อายุระหว่าง 18-65 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล John Umstead ผลการศึกษาพบว่าการรู้จักตนเอง (insight) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิต ($r = 0.021$, $p = 0.455$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.372$, $p < 0.02$)

สรุป

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problem) และจิตเวช (Psychiatric disorder) ที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย และเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกๆ ปี โดยพบว่า เพศหญิงมีโอกาสป่วยโดยโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายเกือบ 2 เท่า การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในชีวิตย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตผู้หญิงทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเองและยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติในด้านเศรษฐกิจ การหายขาด (Full remission or recovery) เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญที่บุคคลการทางการแพทย์ที่ทำการรักษาควรให้ความสนใจ เพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ไม่เพียงแต่อาการดีขึ้นเท่านั้น แต่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข จากการที่ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมมาพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการรู้จักตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า หรือการที่ผู้ป่วยคืนความสำคัญให้ตนเองภายหลังการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายจากโรค หรือเพื่อยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ให้นานที่สุด และนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรู้จักตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.1 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Major Depressive disorder อายุ 20-65 ปี ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV TR โดยมีการกรอกรหัสโรคตาม ICD-10 คือกลุ่มโรค F32 และได้รับการรักษาด้วยยามาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป แผนกจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มประชากร โดยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20-65 ปี
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV TR โดยมีการกรอกรหัสโรคตาม ICD-10 คือกลุ่มโรค F32 ขณะที่ทำการศึกษามีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางจนถึงปราศจากอาการ โดยใช้แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression เป็นเกณฑ์ในการตัดสิน โดยมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน
3. ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้ามาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
4. สามารถสื่อสาร เข้าใจ เขียนและอ่านภาษาไทยได้

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่ได้การวินิจฉัยเป็นลายลักษณ์อักษรในปัจจุบันว่า มีอาการรุนแรงและพยายามฆ่าตัวตาย (Severe Major depressive disorder with Attempt suicide) และหากพบว่าผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในข้อ 3 ของแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ซึ่งตอบข้อ 2 (คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง), 3 (มีความคิดหรือท่าทีจะฆ่าตัวตาย) และ 4 (พยายามที่จะฆ่าตัวตาย) จะยุติการสัมภาษณ์รายงานให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกทราบ และส่งผู้ป่วยเข้าพบจิตแพทย์ต่อไป และมีคะแนนรวมของ Hamilton Rating Scale for Depression มากกว่า 17 คะแนน

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ภายหลังมีอาการทางจิตร่วมด้วย (Major depressive disorder with psychosis)

3.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 และกำหนดขนาดของ Effect size ระดับปานกลาง (medium) ($R^2 = .13$) เนื่องจากงานวิจัยทางการพยาบาลมักกำหนดที่ระดับปานกลาง โดยใช้สูตรของ (Polit & Beck, 2008)

$$r = \frac{R^2}{1 - R^2}$$ ได้ค่า r (Estimated Effect size) แล้วแทนค่าในสูตร

$$N = \frac{L + K + 1}{r}$$

N = จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการ

L = ค่าที่ได้จากการเปิดตารางเมื่อกำหนด $\alpha = .05$ และ Power = .80 ได้ 9.84

K = จำนวนตัวแปรอิสระ (2)

r = Estimated Effect size

ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 69 คน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คนที่อยู่ในเกณฑ์การคัดออก คิดเป็น 4.3% ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากมีคะแนน Hamilton Rating Scale for Depression มากกว่า 17 จำนวน 1 ราย มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

Copyright by Mahidol University

จำนวน 2 ราย และมีผู้ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 4 ราย เพราะไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูล คิดเป็น 5.8% ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด

3.3 สถานที่เก็บข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลที่แผนกจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยทั้งด้านบุคลากร และเป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล ซึ่งแผนกผู้ป่วยนอก ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยในวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 07.00 - 13.00 น.

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 5 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย ประกอบไปด้วยอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

ชุดที่ 2 แบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของ Hamilton Rating Scale for Depression ของ Hamilton ซึ่งพัฒนาโดยปราโมทย์ หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) จำนวน 17 ข้อ โดยประเมินในแง่ของอาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน เนื่องจากคะแนนสูงสุดของแต่ละข้อไม่เท่ากัน (ตั้งแต่ 2-4) จึงนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ตามตัวเลขคะแนนหน้าข้อที่เลือก โดยคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนนสูงสุดคือ 32

การคิดคะแนน

นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ตามตัวเลขคะแนนหน้าข้อที่เลือกเทียบความรุนแรงดังนี้

ระดับ depression	**ค่าคะแนน HRSD ***
No depression	0-7
Mild depression	8-12
Less than major depression	13-17
Major depression	18-29
Severe major depression	30+

Copyright by Mahidol University

ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทย มีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.738 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ -.824

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของ Hamilton Rating Scale for Depressionไปทำการหาค่า inter-rater reliability ของแบบประเมินกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยทดสอบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 4 ราย ได้ค่าเท่ากับ 0.82, 0.88, 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ และหาความเชื่อมั่นโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .73 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 ราย ได้เท่ากับ .65

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder insight scale) ของ Sturman and Sproule (2003) จำนวน 8 ข้อ โดยวัดประเมินการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต และแสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา ดังนี้

1. การยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต ในข้อคำถามที่ 1 และ 2 มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน
2. การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ในข้อคำถามที่ 3, 4 และ 5ก มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน
3. แสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา ในข้อคำถามที่ 6 ,7 และ 8ก มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

ซึ่งผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามให้แก่ผู้ตอบคำถาม เพื่อให้ผู้ตอบคำถามตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือไม่แน่ใจ กับความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบคำถาม โดยคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน สูงสุดคือ 12 คะแนน โดยคะแนนรวมในแต่ละหัวข้อถูกปรับให้อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หากคะแนนการรู้จักตนเองของผู้ป่วยสูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการรู้จักตนเองที่ดี

แบบสัมภาษณ์การรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder insight scale) ของ Sturman and Sproule (2003) โดยวัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนทำการวิเคราะห์โดยใช้ test-retests reliability มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และทำการทดสอบความตรงของเครื่องมือโดยใช้ clinical ratings มีค่าความตรงเท่ากับ 0.49 และผู้วิจัยจะนำไปแปลเป็นภาษาไทย แล้วทำการแปลกลับมาเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญ

Copyright by Mahidol University

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder insight scale) ไปหาความเชื่อมั่นโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .76 และในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 ราย ได้เท่ากับ .70

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimentional scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจ และการรับรู้การได้รับสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ซึ่ง Boonyamalik (2005) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว ในข้อคำถามที่ 3, 4, 8 และ 11
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากเพื่อน ในข้อคำถามที่ 6, 7, 9 และ 12
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากบุคคลใกล้ชิด ในข้อคำถามที่ 1, 2, 5 และ 10

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 อันดับ ซึ่งอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

เห็นด้วยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมากที่สุด
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงเล็กน้อย
มีความเห็นเป็นกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบรู้สึกเฉยๆ
ไม่เห็นด้วยอย่างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงเล็กน้อย

Copyright by Mahidol University

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมาก
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมากที่สุด

ข้อคำถามทั้ง 12 ข้อ โดยข้อคำถามทั้งหมดประกอบด้วยคำถามด้านบวก และลักษณะของคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอ	**คะแนน**
เห็นด้วยที่สุด	7
เห็นด้วยอย่างมาก	6
เห็นด้วยเล็กน้อย	5
มีความเห็นเป็นกลาง	4
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	2
ไม่เห็นด้วยที่สุด	1

คะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามนี้ มีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ผลการศึกษา MSPSS ที่นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พิทักษ์พล บุณยมาลิก (2548) วัดการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นไทย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า MSPSS มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และการศึกษาค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ MSPSS โดย Wongpakaran, Wongpakaran & Ruktrakul (2011) ที่ทำการศึกษาในนักศึกษาแพทย์และในผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต พบว่า มีค่า The internal consistency of the scale อยู่ในเกณฑ์ดีโดยมีค่า Cronbach's alpha ของนักศึกษาพทย์เท่ากับ 0.91 และผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตเท่ากับ 0.87 หลังจากนั้น 4 สัปดาห์ วัดค่าความเที่ยง (reliability) ของ intra-class correlation coefficient (ICC) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.84

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimentional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ไปหาความเชื่อมั่นโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .86 และในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 ราย ได้เท่ากับ .89

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 5 แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-Regaining Scale) ของ Seeherunwong & Chantarujikapong (2007) จำนวน 28 ข้อ วัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง โดยประเมินได้ดังนี้

1. การค้นพบคุณค่าตนเอง	ในข้อคำถามที่ 1, 2 และ 3
2. การคิดทบทวนตนเอง	ในข้อคำถามที่ 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 18 และ 28
3. การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่	ในข้อคำถามที่ 7, 12, 14, 15, 16, 17 และ 19
4. การควบคุมชีวิตตนเอง	ในข้อคำถามที่ 13, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 และ 27

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราวัด 5 อันดับ แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในขณะนี้ของผู้ตอบว่ามีความสอดคล้องมากน้อยเพียงใด

การแบ่งคะแนน	**คะแนน**
สอดคล้องมากที่สุด	5
สอดคล้องมาก	4
สอดคล้องปานกลาง	3
สอดคล้องเล็กน้อย	2
ไม่สอดคล้องเลย	1

การแปลผล ถ้าคะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการฟื้นหายจากอาการซึมเศร้าสูง แต่ถ้าน้อยกว่าแสดงว่ามีการฟื้นหายจากอาการซึมเศร้าต่ำ

การตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและความตรงสภาพจริง (Concurrent validity) กับตัวแปรภายนอกด้วยการหาความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า และหาความสัมพันธ์กับการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .49 และ -.39 ตามลำดับ สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟ่าของแบบวัดทั้งฉบับและองค์ประกอบย่อยเท่ากับ .83, .85, .82, .77 และ .91ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-Regaining Scale) ไปหาความเชื่อมั่นโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติ Cronbach’s alpha coefficient ได้เท่ากับ .88 และในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 ราย ได้เท่ากับ .88

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอเรื่องการทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์ หลังจากได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยขอจดหมายแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลส่งถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งหัวข้อเรื่องวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขอความอนุเคราะห์ใช้พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บตัวอย่างผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตึกภปร.ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยตนเองโดยปฏิบัติดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยแจ้งหัวข้อเรื่องที่ศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เวลา 7.00-13.00 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 3 เดือน

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ เป็นผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าผู้ป่วยอายุ 20-65 ปีได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้ามาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาการได้ยิน จึงจะเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. เมื่อได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแล้ว พยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้แจ้งต่อผู้ป่วยที่มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจจากแพทย์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่มีความสนใจ และยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ป่วยทราบ และขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าครั้งเมื่อใด ระยะเวลาที่ได้รับด้วยโรคซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การวินิจฉัยในปัจจุบัน ยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน การรักษาอื่นๆที่ได้รับ

4. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจัดตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แบบสอบถามการรู้จักตนเองของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง โดยการสอบถามและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที และหาก

Copyright by Mahidol University

พบว่าผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในข้อ 3 ของแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ซึ่งตอบข้อ 2, 3 และ 4 จะยุติการสัมภาษณ์ รายงานให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกทราบ และส่งผู้ป่วยเข้าพบจิตแพทย์ต่อไป

5. ในรายที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีปัญหาเรื่องสายตา แต่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้ป่วยตอบ โดยบันทึกสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบไว้ในแบบสอบถาม โดยระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

6. ผู้วิจัยบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่แพทย์หรือพยาบาลบันทึกไว้ ได้แก่ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าครั้งแรกเมื่อใด ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวนครั้งของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การวินิจฉัยในปัจจุบัน ยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน การรักษาอื่นๆที่ได้รับ

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยได้ดำเนินตามขั้นตอนขอความเห็นชอบการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครจะได้รับความเสี่ยงเล็กน้อย ได้แก่ เสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม ความไม่สะดวก ไม่สบาย รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจในระหว่างการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้ยึดตามหลักจริยธรรมในคน 3 ข้อ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) และหลักยุติธรรม (Justice) ดังนี้

หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยมีลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ มีการจัดเก็บแยกเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกับเครื่องมือที่ได้ และใช้หมายเลขแทนการระบุชื่อในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลได้ ส่วนผลการวิจัยมีการนำเสนอหรือตีพิมพ์ในวารสารที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

Chulalongkorn University

หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) ในขณะทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลของท่านและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายอื่นๆได้ในอนาคต ด้านความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เท่านั้น การเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษา เพราะฉะนั้นความเสี่ยงที่ร้ายแรงและเป็นอันตรายจึงไม่มี แต่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจจากการตอบแบบสอบถามบางข้อ และเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม

หลักยุติธรรม (Justice) การวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเข้า คัดออกที่ชัดเจน โดยไม่อคติใดๆ

การวิจัยครั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ขณะที่ทำการสัมภาษณ์ และการไม่เข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและรักษาที่สมควรได้รับแต่ประการใด

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

3.7.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2 การหาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Enter Regression Analysis)

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า โดยศึกษาจากประชากรผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Major depressive disorder อายุ 20-65 ปี ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV TR โดยมีการบันทึกรหัสโรคตาม ICD-10 คือกลุ่มโรค F32 และได้รับการรักษาด้วยยามาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป แผนกจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 69 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนธันวาคม 2555 รวมเป็นระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

ตอนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเอง

Copyright by Mahidol University

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าจำแนกตามอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 69)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
20-45 ปี	24	34.8
46-65 ปี	45	65.2
(Mean = 49.28, Min = 23, Max 65, S.D. = 10.55)		
ศาสนา		
พุทธ	65	94.2
อิสลาม	4	5.8
สถานภาพสมรส		
โสด	19	27.5
คู่	37	53.7
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	13	18.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	1.4
ประถมศึกษา	14	20.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	2.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า(ป.ว.ช.)	16	23.2
ป.ว.ส./อนุปริญญา	5	7.2
ปริญญาตรี	24	34.8
สูงกว่าปริญญาตรี	7	10.2
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	29.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	15.9
ข้าราชการบำนาญ	8	11.6

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 69) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพ(ต่อ)		
เกษตรกร	2	2.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	10.1
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	21	30.4
รายได้เฉลี่ย(บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	8	11.6
< 5,000	2	2.9
5,000-10,000	17	24.6
10,001-25,000	22	31.9
25,001-40,000	14	20.3
40,001-60,000	5	7.2
> 60,000	1	1.4
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย(บาท/เดือน)		
ไม่ทราบ	21	30.4
5,000-10,000	3	4.3
10,001-25,000	14	20.3
25,001-40,000	11	15.9
40,001-60,000	11	15.9
> 60,000	9	13.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	53	76.8
ไม่เพียงพอ	16	23.2

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีจำนวนทั้งสิ้น 69 คน มีอายุเฉลี่ย 49.28 ปี (Mean = 49.28, S.D. = 10.55) มีอายุระหว่าง 46-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.2 รองลงมาคือ 20-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8 ประกอบอาชีพรับจ้างหรือพนักงานบริษัทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-25,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.9

Copyright© by Mahidol University

รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.6 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.4 ไม่ทราบรายได้ของครอบครัว รองลงมามีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001 - 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.3 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.8 มีความเพียงพอของรายได้

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แปลผลตามคะแนนจากแบบวัด HAM-D (n = 69)

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
No depression (0-7 คะแนน)	46	66.7
Mild depression (8-12 คะแนน)	19	27.5
Less than major depression (13-17 คะแนน)	4	5.8

จากตารางที่ 4.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 66.7 รองลงมามีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 27.5 และสุดท้ายมีอาการซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 5.8

4.3 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ความต่อเนื่องในการรักษา จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การรักษาด้วยจิตบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (n = 69)

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยด้วยโรคซึมเศร้า		
3-6 เดือน	2	2.9
>6 เดือน - 1 ปี	8	11.6
>1 ปี – 2 ปี	18	26.1
>2 ปี – 5 ปี	14	20.3
>5 ปี –10 ปี	16	23.2
> 10 ปี	11	15.9
ครั้งที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า		
1st Episode	56	81.2
2nd Episode	13	18

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (n = 69) (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความต่อเนื่องในการรักษา		
ต่อเนื่อง	52	78.3
ไม่ต่อเนื่อง	15	21.7
จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	55	79.7
1-2 ครั้ง	14	20.3
การรักษาด้วยจิตบำบัด		
ไม่ได้รับ	68	98.6
ได้รับ	1	1.4
การรักษาด้วยไฟฟ้า		
ไม่ได้รับ	64	92.8
ได้รับ	5	7.2
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว		
ไม่มี	50	72.5
มี	19	27.5

จากตารางที่ 4.3 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1-2 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.1 โดยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 78.3 ไม่เคยเข้าพักรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ79.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด ร้อยละ 98.6 มีเพียงร้อยละ 1.4 ที่ได้รับการทำจิตบำบัด และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 92.7 มีเพียงร้อยละ 7.2 ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 72.5 และมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 27.5

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามยาที่ได้รับในปัจจุบัน **(ผู้ป่วยหนึ่งคนอาจได้รับยามากว่า 1 กลุ่ม)**

ยาที่ได้รับในปัจจุบัน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เคยได้รับยาต้านเศร้า ปัจจุบันไม่ได้รับยา	**2**	**3**
ได้รับยา (ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด)	**67**	**97**
ยาต้านเศร้า		
กลุ่ม Tricyclic Antidepressants (TCAs)	5	7.2
กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)	57	82.6
กลุ่ม Serotonin – Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRI)	3	4.3
กลุ่ม New generation	17	24.6
ยาคลายกังวล		
ยากลุ่ม Benzodiazepine	46	66.7
ยา Propranolol	2	2.9
ยาควบคุมอารมณ์		
ยากลุ่ม Anticonvulsant	4	5.8
ยาต้านอาการทางจิต		
ยากลุ่ม Typical antipsychotic drugs	3	4.3
ยากลุ่ม Atypical antipsychotic drugs	8	11.6

จากตารางที่ 4.4 กลุ่มยาต้านเศร้าที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ ยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) คิดเป็นร้อยละ 82.6 ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ Fluoxetine รองลงมาคือ Sertaline และยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับร่วมกับยาต้านเศร้าเป็นยาคลายกังวลกลุ่ม Benzodiazepineคิดเป็นร้อยละ 66.7 ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ Tranxene รองลงมาคือ Prenarpil

Copyright by Mahidol University

ตอนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม การรู้จักตนเอง และการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษามาวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการศึกษาที่พบมี ดังนี้

ตารางที่ 4.5 ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนนปกติ	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	S.D.
การสนับสนุนทางสังคม	**12-84**	**20-84**	**57.25**	**15.42**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	4-28	4-28	20.59	6.73
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	4-28	4-28	16.32	6.71
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด	4-28	4-28	20.33	6.81

จากตารางที่ 4.5 กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 20-84 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 57.25 (Mean = 57.25, S.D. = 15.42) และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด (Mean =20.59, S.D. = 6.73) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่จากบุคคลใกล้ชิด (Mean =20.33, S.D. = 6.81)

ตารางที่ 4.6 ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของคะแนนการรู้จักตนเอง (n = 69)

การรู้จักตนเอง	ช่วงคะแนนปกติ	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	S.D.
การรู้จักตนเอง(โดยรวม)	**0-12**	**6-12**	**10.71**	**1.26**
ตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วย	0-4	2.5-4	3.91	0.30
การเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วย	0-4	2-4	3.47	0.69
ความจำเป็นของการรักษา	0-4	1-4	3.32	0.83

Copyright by Mahidol University

จากตารางที่ 4.6 กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมของการรู้จักตนเองอยู่ระหว่าง 6-12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 10.71 (Mean = 10.71, S.D. = 1.26) และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยด้านการตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วยสูงที่สุด (Mean =3.91, S.D. = 0.30)

ตารางที่ 4.7 ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการคืนความสำคัญให้กับตนเอง

การคืนความสำคัญให้กับตนเอง	ช่วงคะแนนปกติ	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	S.D.
การคืนความสำคัญให้กับตนเอง (โดยรวม)	**28-140**	**79-136**	**108.54**	**13.59**
การค้นพบตนเองตนเอง	3-15	5-15	11.29	2.44
การคิดทบทวนตนเอง	9-45	27-45	36.86	4.85
การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่	7-35	15-35	26.74	4.50
การควบคุมชีวิต	9-45	23-45	33.65	5.50

จากตารางที่ 4.7 กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมของการคืนความสำคัญให้กับตนเองอยู่ระหว่าง 79-136 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 108.54 (Mean = 108.54, S.D. = 13.59)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 4.8 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา	การรู้จักตนเอง	การสนับสนุนทางสังคม	การคืนความสำคัญให้กับตนเอง
การรู้จักตนเอง	1		
การสนับสนุนทางสังคม	-.069	1	
การคืนความสำคัญให้กับตนเอง	.082	.387**	1

**p <0.01

Copyright by Mahidol University

จากตารางที่ 4.8 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .387$, $p < 0.01$) ส่วนการการรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .082$, $p > 0.05$)

ตารางที่ 4.9 การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Enter Regression Analysis) ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเอง กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	76.042	14.678	-	5.178	.000
การรู้จักตนเอง	1.177	1.220	.109	.964	.338
การสนับสนุนทางสังคม	.348	.100	.394	3.492	.001
$R = .398$; $R^2 = .158$; $F = 6.359$; Sig of $F = .003$					

จากตารางที่ 4.9 การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .01 ($F = 6.359$, $p < .01$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม ($\beta = .394$, $p < .01$)

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยนำผลการศึกษามาอภิปรายโดยแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การอภิปรายเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางด้านสังคม การรู้จักตนเอง และการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

5.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีอายุระหว่าง 24-65 ปี อายุเฉลี่ย 49.28 ปี (Mean = 49.28, S.D. = 10.55)โดยร้อยละ 65.2 มีอายุระหว่าง 46-65 ปี ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงผู้ใหญ่วัยกลางคน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธรณินธ์ กองสุข และคณะ (2550) โรคซึมเศร้าจะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป ในผู้หญิงพบมากในช่วงอายุ 45-54 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8 ประกอบอาชีพรับจ้างหรือพนักงานบริษัทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001 – 25,000 บาท มากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.8 มีความเพียงพอของรายได้ ระดับความรุนแรงของ อาการซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ไม่มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 66.7 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1-2 ปี มากที่สุด ร้อยละ 26.1 โดยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 78.3 ไม่เคยเข้าพักรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 79.7 ร้อยละ 1.4 ที่ได้รับการทำจิตบำบัด ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าร้อยละ 7.2 และมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 27.5 ยาต้านเศร้าที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ ยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

(SSRI) คิดเป็นร้อยละ 82.6 ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ Fluoxetine รองลงมาคือ Sertaline และยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับร่วมกับยาต้านเศร้าเป็นยาคลายกังวลกลุ่ม Benzodiazepine คิดเป็นร้อยละ 66.7 ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ Tranxene รองลงมาคือ Prenarpil

5.2 การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 20-84 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 57.25 (Mean = 57.25, S.D. = 15.42) ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัวมากที่สุด (Mean =20.59, S.D. = 6.73) รองลงมาคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากบุคคลใกล้ชิด (Mean =20.33, S.D. = 6.81) จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.7 และจากการพูดคุยสอบถามผู้ป่วยโรคหญิงซึมเศร้าส่วนใหญ่พบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น คอยช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ พามาพบแพทย์ สามารถแบ่งปันความทุกข์ความสุขร่วมกันได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจอยากที่จะเอาชนะโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ อยากจะหายจากโรคซึมเศร้าจะได้กลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangduen (2004) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ไม่มีอาการซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และจากการการศึกษาของ Seeherunwong et al. (2002) ที่กล่าวว่า การแสวงหาความช่วยเหลือเป็นกระบวนการที่สตรีมองเห็นถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้ โดยการให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ให้ยอมรับ เป็นที่พึ่งพิงให้ผู้ป่วย ส่งเสริมหรือเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยครอบครัวและเพื่อนสามารถช่วยผู้ป่วยได้ในทุกกลวิธีที่ทำให้เกิดการฟื้นหายเพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (Depression and Biploar Support Alliance: DBSA, 2006) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mishel & Clayton (2003) ที่พบว่าการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีกำลัง อารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม และช่วยเหลือให้บุคคลสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการได้

Copyright by Mahidol University

5.3 การรู้จักตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมของการรู้จักตนเองอยู่ระหว่าง 6 -12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 10.71 (Mean = 10.71, S.D. = 1.26) ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรู้จักตนเองในระดับสูง และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วยมากที่สุด (Mean =3.91, S.D. = 0.30) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรู้จักตนเองสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ปราศจากจากอาการซึมเศร้า ซึ่งจากตารางที่ 2 ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 66.7 มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 27.5 คน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับปริญญาตรีร้อยละ 65.2 จึงสามารถแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจากแหล่งต่างๆได้ เช่น หนังสือ อินเตอร์เน็ต หรือการเข้ามารับการปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักตนเอง โดยรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและยินยอมที่จะรับการรักษาในระดับสูง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 78.3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yen et al., (2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive disorder) และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรู้จักตนเอง รับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยดี และ มองเห็นความจำเป็นของการรักษามากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ (Depressive disorder not otherwise specified) เมื่อเปรียบเทียบกับการรู้จักตนเองในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดที่ 1 (Biploar I disorder) พบว่าผู้ป่วยโรค MDD ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยการรู้จักตนเองมากกว่าค่าเฉลี่ยของการรู้จักตนเองในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดที่ 1 เท่ากับ 6.07 ทั้งเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 86.9 ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเจ็บป่วยไม่คงที่ (Vazmalaei, Jolfaei & Shabani, 2012) และเมื่อเปรียบเทียบการรู้จักตนเองในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน โดยใช้แบบวัด The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย (Major depression with psychotic feature) มีการรู้จักตนเองดีที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) และเมื่ออยู่ในระยะครื้นเครง (mania) มีการรู้จักตนเองด้านการเจ็บป่วยน้อยที่สุด (Dell'Osso et al., 2002)

5.4 การคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมของการคืนความสำคัญให้กับตนเองอยู่ระหว่าง 79-136 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 108.54 (Mean = 108.54, S.D. = 13.59) ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการคืนความสำคัญให้กับตนเองระดับสูงกว่าระดับคะแนนค่าเฉลี่ย

Copyright by Mahidol University

(ค่ากึ่งกลาง = 84) เมื่อพิจารณาในมิติย่อยพบว่า มิติด้านการค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.29, 36.86, 26.74 และ 33.65ตามลำดับ ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่ากึ่งกลางเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าขณะเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 ปราศจากอาการ และร้อยละ 27.5 มีอาการในระดับเล็กน้อย

การคืนความสำคัญให้กับตนเองเป็นมโนทัศน์ใหม่ที่ค้นพบในสตรีที่ฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการที่สตรีค้นพบความมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเอง ซึ่งก่อนหน้านี้ความมีคุณค่าของสตรีที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามาจากความสำเร็จจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เช่น ลูก สามี และคนอื่นๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกตัวตนของสตรี เมื่อปัจจัยดังกล่าวไม่ได้เป็นไปดังที่สตรีคาดหวัง จึงเป็นเหตุให้สตรีสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนเกิดเป็นอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งการคืนความสำคัญให้กับตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง การค้นพบคุณค่าตัวเองเป็นกระบวนการที่สตรีมองเห็นคุณค่าในตนเองที่มาจากความสามารถของตนเอง รู้ว่าตัวเองมีสิ่งที่ดี มีคุณค่า รู้สึกรักและห่วงใยตัวเอง ซึ่งการค้นพบตัวเองนำไปสู่การตั้งเป้าหมายชีวิตเพื่อตนเอง และวางแผนการกระทำ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การคิดทบทวนตนเองเป็นกระบวนการปรับโครงสร้างทางความคิดใหม่ โดยการเปลี่ยนทัศนะในการดำเนินชีวิต การอธิบาย และให้ความหมายเหตุการณ์ต่างๆของตนเอง บอกตนเองว่าอยู่กับปัจจุบันและทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ผ่อนคลายกฎระเบียบต่างๆที่ตนเองได้วางไว้ และเลือกวิธีคิดเป็นแบบอื่นที่ทำให้ตนเองไม่ทุกข์ใจ การนิยามความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นใหม่ คือการเข้าใจบุคคลอื่นอย่างที่เขาเป็นอยู่ อะลุ้มอล่วยกับเรื่องบางเรื่องเพื่อให้ตนเองและคนรอบข้างสบายใจ ไม่คาดหวังว่าคนใกล้ชิดจะต้องทำตามในสิ่งที่ตนต้องการ ช่วยเหลือคนอื่นเท่าที่ช่วยได้ เป็นต้น การควบคุมชีวิตตนเอง เป็นกระบวนการปรับปรุงพัฒนาตนเองด้านความสามารถทางกาย สังคม และเศรษฐกิจ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่บังคับฝืนใจตนเอง นำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกมีคุณค่ากับบุคคลอื่น เช่น การเริ่มต้นการมีกิจกรรม การติดต่อกับสังคม การพยายามทำให้ตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคมเท่าที่ทำได้ การคืนความสำคัญให้ตนเองนี้เป็นผลให้เกิดการเติบโตในตนเอง ดังนั้นการคืนความสำคัญให้กับตนเองจะช่วยเติมเต็มช่องว่างที่มีอยู่ของการหายจากอาการของโรคซึมเศร้า ทำหน้าที่เสมือนตัวเชื่อมผลลัพธ์สุดท้ายของการฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า เช่น เกิดการเติบโตภายในตนเอง มีความสุขสงบในชีวิตตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Seeherunwong et al., 2002) ในเรื่องของการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Unsworth (1999) ที่รายงานว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รู้สึกว่าภาวะซึมเศร้าสิ้นสุดลงแม้ว่าพวกเขาจะมีการฟื้นหายแล้วก็ตามซึ่งผลลัพธ์ของ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล Copyright© by Mahidol University

การหายคือ ความไม่สุขสบายทางกายลดลง ความทุกข์ใจลดลง มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้มากขึ้น มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดีขึ้น มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น รู้สึกได้รับกำลังใจ ได้รับการยอมรับ และความรู้สึกเป็นตราบาปลดลง และการศึกษาของ สุวดี จันดีกระยอม (2546) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการหายจากภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากการกลับสู่ภาวะปกติก่อนป่วย ร่วมกับการสังเกตจากการนอนหลับ และการรับประทานอาหารได้ดี และยังครอบคลุมถึงการมีศักยภาพ การมีสมาธิ การคิดที่ดี การตัดสินใจ การมีอารมณ์ที่ดี การควบคุมตนเองได้ ความมั่นใจและความสำเร็จ การสนใจดูแลตนเอง การมีความหวัง มีกำลังใจ ความศรัทธา ความเชื่อ การมีสุขภาพกายที่แข็งแรงการมีจิตใจที่ดีเข้มแข็ง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการรับรู้ลักษณะการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กระบวนการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าเป็นประสบการณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า ซึ่งเป้าหมายของการหายไม่ได้หวังเพียงแต่ให้อาการซึมเศร้าลดลงเพียงอย่างเดียว จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการเยียวยารักษา สร้างชีวิตใหม่ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง หรือการที่ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับอาการซึมเศร้าที่ยังหลงเหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข และการเข้าใจกระบวนการหายสามารถช่วยให้พยาบาลออกแบบกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีการฟื้นหายมากที่สุด

ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลตามสมมติฐาน

5.5 สมมติฐานการวิจัย : การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .387$, $p < 0.01$) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนด้านสังคมสูงจะมีการคืนความสำคัญให้กับตนเองสูงเป็นไปตามสมมติที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดการคืนความสำคัญให้กับตนเองของ Seeherunwong et al. (2002) ที่กล่าวว่า การแสวงหาความช่วยเหลือของสตรีโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเองได้โดยการได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ ได้แก่ การได้รับยารักษาอาการซึมเศร้า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในการมองโลก หรือมองปัญหาของตนเอง เมื่อสตรีนำไปไตร่ตรองพิจารณาจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในตนเอง สำหรับการได้รับ

Copyright by Mahidol University

ความช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ การได้รับข้อคิดในการมองโลกใหม่ การได้รับความเห็นอกเห็นใจ การได้รับกำลังใจ และ การได้รับการประคับประคองด้านต่างๆจากครอบครัว เช่น พาไปพบแพทย์ พาไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้นก็จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการคืนความสำคัญให้กับตนเองภายหลังจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองของสตรี จากการศึกษาในวัยรุ่น ของ Aslan (2009) พบว่าการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัวและอาจารย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Swickert, Hittner, Kitos, & Fuenzalida (2004) พบว่าการแสดงออกทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการเป็นคนเปิดเผยในนักศึกษามหาวิทยาลัย และยังมีอีกหลายงานวิจัยที่สนับสนุนว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Brown, Andrew, Harris, Adler, & Bridge, 1986; Newcomb & Keefe, 1997; Sarason, Sarason, & Shearin, 1986 cited in Swickert, Hittner, Kitos, & Fuenzalida, 2004) จากการศึกษาของ Cappeliez et al., (2007) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นจะมีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วยที่อาการยังไม่ทุเลา ซึ่งการสนับสนุนที่สำคัญได้แก่การสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านทรัพยากร ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นจะมีระดับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (M = 4.48, SD = 1.35) และด้านทรัพยากร(M = 5.20, SD = .98) สูงกว่า ผู้ป่วยที่อาการยังไม่ทุเลาอย่างมีนัยสำคัญทางงสถิติ [(M = 3.64, SD = 1.38), t(62) = -2.42, p < .05] และ [(M = 4.62, SD = 1.32), t(63) = -2.06, p < .05] ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Skärsäter et al., (2005) พบว่าภายหลังติดตามผล 1 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้ามีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกและระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นเมื่อเทียบกับครั้งแรกของการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า หากผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ซึ่งการรับรู้ว่าตนเองได้รับความรักใคร่ ผูกผัน ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆจะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคืนความสำคัญให้กับตนเองได้

5.6 สมมติฐานการวิจัย : การรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่า การรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .082, p > 0.05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติที่ตั้งไว้ อาจเป็นไปได้ว่า เครื่องมือที่ใช้วัดการรู้จักตนเองในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วัดในฐานะที่การรู้จักตนเองมี

Copyright by Mahidol University

ความหมายเกี่ยวข้องกับสาเหตุและอาการของการเจ็บป่วยทางการแพทย์ การรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา ยังไม่ครอบคลุมถึงความหมายของการรู้จักตนเองอย่างลึกซึ้งในแง่ของบุคลิกภาพของตนเอง สาเหตุอาการซึมเศร้าในแง่ของวิธีการคิด การมองโลก และแนวทางการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ดีขึ้น จึงส่งผลให้ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการวิจัยที่ได้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีเชิงสาระที่กล่าวว่าการรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Seeherunwong et al., 2002) การรู้จักตนเองในทฤษฎีดังกล่าวหมายถึง การตระหนักรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง ตระหนักรู้รูปแบบความคิดของตนเอง รู้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดมาจากรูปแบบการคิดที่ไม่ยืดหยุ่นและจัดการปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ รู้ว่าการจัดการกับอาการซึมเศร้าต้องเริ่มที่ตนเองเป็นอันดับแรก หลังจากที่ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจรู้จักตนเองแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการรู้จักตนเองหรือการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเองได้ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น เกิดการเติบโต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yen, Chen, Lee, Tang, Ko & Yen (2009) ที่ให้ความหมายของการรู้จักตนเองเกี่ยวกับ การเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และการยินยอมรับการรักษา พบว่าการรู้จักตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

5.7 สมมติฐานการวิจัย : การสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองสามารถทำนายการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .01 ($F = 6.359$, $p < .01$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม ($\beta = .394$, $p < .01$)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการฟื้นหาย เป็นการช่วยฟื้นฟูความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล ซึ่งสามารถนำมาใช้วางแผนการรักษาร่วมครอบครัวของผู้ป่วย หรือคนใกล้ชิดในการร่วมกันช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้เข้าใจถึงสถานการณ์ของตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหา และความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมหรือแก้ไขสุขภาพให้ดีขึ้น (Skärsäter et al., 2005) ซึ่งอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนเป็นสื่อกลางที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นหรืออาจกล่าวได้ว่าการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอาจจะเป็นกลไกหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย

Copyright by Mahidol University

(Johnson et al., 2000) มีการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงระดับอารมณ์ซึมเศร้า (Badger, 1996; Lara, Leader & Klein, 1997 cited in Skärsäter et al., 2005;72 MaCall, Reboussin & Rapp, 2001) ตลอดจนการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า (Skärsäter et al., 2003a,b, 2005) และจากการศึกษาของ Nasser & Overholser (2005) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการฟื้นหายนั้นได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ในระดับสูงจากครอบครัว (β = -0.28, $p < 0.02$) และเพื่อน (β = -0.23, $p < 0.04$) และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์สามารถทำนายอาการซึมเศร้าที่มีผลกระทบต่อระดับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าในระยะเริ่มแรกได้อย่างมีนัยสำคัญ (β = -0.31,$p < 0.01$) จึงสามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

การที่ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมอย่างเพียงพอไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว เพื่อน บุคคลที่ใกล้ชิดหรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ โดยการให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ให้ยอมรับ เป็นที่พึ่งพิงให้ผู้ป่วย ส่งเสริมหรือเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกได้ด้วยตัวเอง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่ได้รับสามารถคืนความสำคัญให้กับตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้ค้นพบคุณค่าในตนเอง มีการให้ความหมายตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และสามารถลุกขึ้นมาตั้งต้นชีวิตใหม่ได้ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงของความคิด ความรู้สึก และการกระทำมีความสามารถจัดการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ในทางกลับการหากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง โดดเดี่ยว ไม่มีใครให้ความช่วยเหลือในยามที่ผู้ป่วยต้องการได้ รู้สึกว่าเผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง ไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ รู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจได้

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหญิงอายุ 20-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค Major depressive disorder และได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 69 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนธันวาคม 2555 ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น. รวมเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression) แบบสอบถามการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder insight scale) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimentional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Self-Regaining Scale) ซึ่งเครื่องมือทั้ง 4 ชุดนี้ได้ผ่านการหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .73, .76, .86 และ .88 ตามลำดับ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และปัจจัยที่ร่วมทำนายการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Enter Regression Analysis)

Copyright by Mahidol University

6.1 สรุปผลการวิจัย

6.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีอายุระหว่าง 24-65 ปี อายุเฉลี่ย 49.28 ปี (Mean = 49.28, S.D. = 10.55)โดยร้อยละ 65.2 มีอายุระหว่าง 46-65 ปี ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงผู้ใหญ่วัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8 ประกอบอาชีพรับจ้างหรือพนักงานบริษัทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001 – 25,000 บาท มากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.8 มีความเพียงพอของรายได้ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ไม่มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 66.7 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1-2 ปี มากที่สุด ร้อยละ 26.1 โดยรับการรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 78.3 ไม่เคยเข้าพักรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 79.7 ร้อยละ 1.4 ที่ได้รับการทำจิตบำบัด ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าร้อยละ 7.2 และมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 27.5 กลุ่มยาต้านเศร้าที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ ยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) คิดเป็นร้อยละ 82.6 ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือยา Fluoxetine รองลงมาคือยา Sertaline และกลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับร่วมกับยาต้านเศร้าเป็นกลุ่มยาคลายกังวลกลุ่ม Benzodiazepine คิดเป็นร้อยละ 66.7 ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือยา Tranxene รองลงมาคือยา Prenarpil

6.1.2 การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

6.1.2.1 การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 20-84 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 57.25 (Mean = 57.25, S.D. = 15.42) ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัวมากที่สุด (Mean =20.59, S.D. = 6.73) รองลงมาคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากบุคคลใกล้ชิด (Mean =20.33, S.D. = 6.81)

6.1.2.2 การรู้จักตนเอง

Copyright by Mahidol University

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมของการรู้จักตนเองอยู่ระหว่าง 6 -12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 10.71 (Mean = 10.71, S.D. = 1.26) ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างมี

การรู้จักตนเองในระดับสูง และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วยมากที่สุด (Mean =3.91, S.D. = 0.30)

6.1.2.3 การคืนความสำคัญให้กับตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนรวมของการคืนความสำคัญให้กับตนเองอยู่ระหว่าง 79-136 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 108.54 (Mean = 108.54, S.D. = 13.59) ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการคืนความสำคัญให้กับตนเองระดับสูงกว่าระดับคะแนนค่าเฉลี่ย (ค่ากึ่งกลาง = 84) เมื่อพิจารณาในมิติย่อยพบว่า มิติด้านการค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.29, 36.86, 26.74 และ 33.65ตามลำดับ ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่ากึ่งกลางเช่นกัน

6.1.3 ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเอง กับการคืนความสำคัญให้ตนเอง

6.1.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเอง

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเอง กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .387$, $p < 0.01$) ส่วนการการรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .082$, $p > 0.05$)

6.1.3.2 อำนาจในการทำนายของการรู้จักตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับการคืนความสำคัญให้ตนเอง

จากการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .01 ($F = 6.359$, $p < .01$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม ($\beta = .394$, $p < .01$)

Copyright by Mahidol University

6.2 ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในการคัดเลือกเข้าศึกษา ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความจำกัด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ไม่มีอาการซึมเศร้าจนถึงมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางจึงไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงได้ และไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ทั้งหมด และการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลระดับทติยภูมิอาจมีความแตกต่างด้านลักษณะประชากร ผลการวิจัยนี้จึงไม่สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลระดับทติยภูมิได้ ทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้การอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในบริบทอื่นๆ

6.3 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

6.3.1 ด้านการปฏิบัติพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า หมายความว่าการที่ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่ได้รับสามารถคืนความสำคัญให้กับตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลและทีมบุคคลากรทางการแพทย์นอกจากจะให้ความสำคัญที่ตัวผู้ป่วยเองแล้วยังควรนำครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยอาจให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ใกล้ชิด เข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ สาเหตุ อาการ และแนวทางในการรักษา เพื่อที่จะได้วางแผนการรักษาร่วมกัน และแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

6.3.2 ด้านการทำวิจัย

6.3.2.1 การศึกษาครั้งนี้ศึกษากลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียวคือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่นๆ หรือศึกษาในโรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยมภูมิ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

Copyright by Mahidol University

6.3.2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง(Cross-section study) จึงทำให้ไม่ได้มีการติดตามประเมินผลในระยะยาว ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาแบบ Cohort study เพื่อติดตามความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวเมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไป

6.3.2.3 การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรู้จักตนเองสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาเลือกเครื่องมือในการประเมินการรู้จักตนเองที่ครอบคลุม และลึกซึ้งถึงการรู้จักและเข้าใจตนเองเกี่ยวกับรูปแบบการคิด การรับรู้การคาดหวัง และความปรารถนาของตนเอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้กับตนเอง และตัวแปรอื่นๆต่อไป

6.3.2.4 พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้วิจัยเชิงทดลองหรืองานวิจัยแบบ R2R (Routine to Research)

6.3.2.5 การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการคืนความสำคัญให้กับผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า เช่น การจัดการอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความหวัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าด้วยการคืนความสำคัญให้ตนเอง ซึ่งสามารถทดสอบโปรแกรมโดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT, INSIGHT AND SELF-REGAINING OF WOMEN WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

นันทภัค ชนะพันธ์ 5337921 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, (พย.ด.), ประภา ยุทธไตร, (พย.ด.), รณชัย คงสกนธ์, พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problem) และจิตเวช (Psychiatric disorder) ที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยพบร้อยละ 21 ของประชากรโลก (WHO, 2008) และเป็นสาเหตุหลักของการไร้ความสามารถวัดจาก Years lived with disability (YLDs) (WHO, 2011) ในประเทศไทยพบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าโดยรวม 3.4% ของประชากรหรือประมาณ 2 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต, 2551) ถ้าประเมินด้วยแบบประเมิน M.I.N.I มีโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.7 หรือ ประมาณ 1,493,606 คน เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.6:1 (กรมสุขภาพจิต, 2551) โดยเริ่มป่วยเมื่อระหว่างอายุ 20-50 ปี อายุเริ่มเป็นเฉลี่ยคือ 40 ปี ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงเวลาของวัยผู้ใหญ่ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2547) ผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ได้รับผลกระทบจากโรคซึมเศร้าประมาณ 73 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2009) ยิ่งไปกว่านั้น 1 ใน 4 ของผู้หญิงคาดว่าสามารถพัฒนาไปเป็นอาการซึมเศร้าทางคลินิกได้ตลอดช่วงชีวิตของตนเอง อาการซึมเศร้าทางคลินิกสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้หญิงทุกๆคน นอกจากนี้อาจร้ายแรงเพียงพอที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Seeherunwong et al., 2002)

การหายขาด (Full remission or recovery) เป็นเป้าหมายหลักที่บุคคลกรทางการแพทย์ให้ความสนใจ เพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถือว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในฐานะผู้ป่วยเรื้อรัง ที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ในความเป็นจริงผู้ป่วยอยากมีชีวิตที่ปกติสุขเหมือนคนอื่นๆ แต่จะเป็นอย่างนั้นได้ผู้ป่วยต้องมีการฟื้นหายกลับสู่สภาพเดิมที่ไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากอาการ แต่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความผาสุก มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Seeherunwong et al., 2002) และมีแนวทางในพัฒนาตนเอง มีวิธีจัดการกับอาการกำเริบ (สุวดี จันดีกระยอม, 2546) รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า คืนความสำคัญให้กับตนเอง เกิดการเติบโตในตัวเอง (Seeherunwong et al., 2002)

การคืนความสำคัญให้ตนเอง (Self-regaining) เป็นมโนทัศน์ใหม่ที่ค้นพบในสตรีที่ฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการที่สตรีค้นพบความมีคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเอง ซึ่งก่อนหน้านี้ความมีคุณค่าของสตรีที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าผูกติดกับความสำเร็จของบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เช่น ลูก สามี และคนอื่นๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกตัวตนของสตรี เมื่อปัจจัยดังกล่าวไม่ได้เป็นไปดังที่สตรีคาดหวัง จึงเป็นเหตุให้สตรีสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนเกิดเป็นอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งการคืนความสำคัญให้ตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ การค้นพบคุณค่าตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง ดังนั้นการคืนความสำคัญให้กับตนเองจะช่วยเติมเต็มช่องว่างที่มีอยู่ระหว่างการปราศจากอาการของโรคซึมเศร้าและการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า ทำหน้าที่เสมือนตัวเชื่อมผลลัพธ์สุดท้ายของการฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ เกิดการเติบโตภายในตนเอง (Seeherunwong et al., 2002) ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการคืนความสำคัญให้กับตนเองหรือฟื้นหายจากความซึมเศร้าได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายตัว เช่น การรู้จักเข้าใจตนเอง การจัดการอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ การสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัว เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถฟื้นหายจากอาการซึมเศร้าได้ในที่สุด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการรู้จักตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า (Ridge & Ziebland, 2006; Badger & Nolan, 2007; Fava, Ruini & Belaise, 2007; Johnson, Gunn & Kokanovic, 2009 ; สุวดี จันดีกระยอม, 2546) หรืออีกนัยหนึ่งใช้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคืนความสำคัญให้ตนเองภายหลังการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนนำไปสู่การฟื้นหายในที่สุด (Seeherunwong et al., 2002)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) คือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคม ในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ บริการ (ดุษฎี กฤษฎี, 2551, Mishel & Clayton, 2003) ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่า

Copyright © by Mahidol University

ตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งอาจจะได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการป้องกันความเครียด และส่งเสริมการหายจากอาการซึมเศร้า (Schreiber, 1996; Peden, 1996; Duangduen, 2004) Skarsater et al. (2005) พบว่า การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมเป็นการส่งเสริมการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า การศึกษากระบวนการฟื้นหายจากความซึมเศร้าพบว่า การแสวงหาความช่วยเหลือของสตรีโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเองได้ (Seeherunwong et al., 2002)

การรู้จักตนเอง (Insight) หมายถึง รู้จัก และเข้าใจความรู้สึกของตนเองว่า ตนเองรู้สึกอย่างไร และเข้าใจสาเหตุของอาการซึมเศร้า รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง (ดุษฎี กฤษฎี, 2551) จากการศึกษาของวิภาวี เผ่ากันทรา (2548) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้าอย่างยั่งยืน ได้แก่ การตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา มุ่งแก้ไขที่ตนเองมากกว่าเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่น และปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองชีวิตจนเกิดการตระหนักรู้ถึงที่มาของปัญหาและเข้าใจตัวตนจนหลุดพ้นจากภาวะซึมเศร้า และจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพของ Seeherunwong et al. (2002) รายงานว่า การรู้จักตนเองหรือการตระหนักรู้ในตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง การตระหนักรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง เข้าใจและยอมรับรูปแบบความคิดของตนเอง รู้ว่าการจัดการกับอาการซึมเศร้าต้องเริ่มที่ตนเอง หลังจากที่ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจรู้จักตนเองแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการรู้จักตนเองหรือการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเองได้ และมีการเติบโตต่อไป

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากโรคซึมเศร้า ซึ่งการคืนความสำคัญให้ตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า และนำไปสู่การเติบโตในตนเองของผู้ป่วย ยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ให้นานที่สุด และนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

Copyright© by Mahidol University

สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

2. การสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองสามารถทำนายการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีเชิงสาระ การคืนความสำคัญให้ตนเองจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองของสตรีไทยที่มีอาการซึมเศร้า (Seeherunwong et al., 2002) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่ง Burns & Grove (2009) ได้แนะนำการใช้ทฤษฎีเชิงสาระเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ว่าต้องนิยามมโนทัศน์ และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ให้สอดคล้องกับที่นักทฤษฎีได้เสนอไว้เพื่อการตรวจสอบข้อความตามที่ทฤษฎีเชิงสาระนั้นได้กล่าวไว้

การคืนความสำคัญให้ตนเอง เป็นมโนทัศน์ที่ค้นพบในสตรีที่ฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้า หมายถึง การที่สตรีค้นพบคุณค่าในตนเองที่มาจากตัวตนของตนเองภายหลังที่สตรีสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจนเกิดเป็นอาการของโรคซึมเศร้า มีการให้ความหมายตนเอง และความสัมพันธ์กับคนอื่นใหม่ และ สามารถตั้งต้นชีวิตใหม่ ซึ่งเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเอง ได้แก่ การจัดการกับอาการด้วยตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือ และ การพิจารณาไตร่ตรองตนเองจนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งปัจจัยทั้งสามนี้มีปฏิสัมพันธ์กัน อาจเกิดปัจจัยใดก่อนหรือหลังก็ได้

การจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยความตั้งใจการกระทำ และการประเมินผลลัพธ์ของการกระทำ และนำไปปฏิบัติซ้ำเมื่อได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งได้แก่การทำใจ และการหันเหตนเองด้วยวิธีการต่างๆ

การแสวงหาความช่วยเหลือเป็นกระบวนการที่สตรีมองเห็นถึงแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางสังคม ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ดุษฎี กฤษฎี, 2551) นอกจากนั้นผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Johnson et al., 2000) และการหายจากอาการของโรคซึมเศร้า (Cappeliez et al., 2007)

Copyright© by Mahidol University

การไตร่ตรองตนเองเป็นกระบวนการที่สตรีได้พิจารณา ทบทวน ครุ่นคิด ถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ จนเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง มองเห็นข้อดี ข้อเสียของตนเอง และมองเห็นแนวทางการปรับปรุงตนเองใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับ ดุษฎี กฤษฎี (2551) ที่ให้ความหมายการรู้จักตนเองคือ การทำความรู้จัก และเข้าใจความรู้สึกของตนเองว่า ตนเองขณะนี้มีความรู้สึกอย่างไร กล้าเผชิญความจริง และทำความเข้าใจสาเหตุของอาการซึมเศร้า รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง นอกจากนั้นผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะมีการรู้จักตนเอง รับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย และมองเห็นความจำเป็นของการรักษา มากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ นอกจากนั้นผู้ที่มีการรู้จักตนเองดี จะมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการรู้จักตนเองบกพร่อง (Yen et al., 2005)

การศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเอง กับการคืนความสำคัญให้ตนเอง เนื่องจากมีผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องสนับสนุนความสัมพันธ์ของสองตัวแปรดังกล่าวกับการหายจากอาการซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีความหมายสอดคล้องใกล้เคียงกับการคืนความสำคัญในตนเอง

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Major Depressive disorder อายุ 20-65 ปี และได้รับการรักษาด้วยยามาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 69 ราย ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคมพ.ศ. 2555 ถึง เดือนธันวาคม 2555 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ (Hamilton Rating Scale for Depression) ของ Hamilton แปลเป็นไทยโดยปราโมทย์ หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) จำนวน 17 ข้อ โดยประเมินในแง่ของอาการด้านจิตใจ ร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 ถึง 32 ในการศึกษาครั้งนี้แบบประเมินอาการซึมเศร้าไปมีค่า inter-rater

Copyright by Mahidol University

reliability ของแบบประเมินในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 4 ราย ได้ค่าเท่ากับ 0.82, 0.88, 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ และในการศึกษาครั้งนี้เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .73

3. แบบสัมภาษณ์การรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder Insight Scale) ของ Sturman and Sproule (2003) จำนวน 8 ข้อ ใช้ประเมินการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต และการแสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา คะแนนรวม มีค่าระหว่าง 0 ถึง 12 หากคะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีการรู้จักตนเองที่ดี แบบสัมภาษณ์การรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยแล้วแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญ และในการศึกษาครั้งนี้เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .76

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimentional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) ใช้วัดความเข้าใจและการรับรู้การได้รับสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ซึ่ง Boonyamalik (2005) แปลเป็นภาษาไทย มีจำนวน 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราวัด 7 อันดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86

5. แบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง(Self-Regaining Scale) พัฒนาโดย Seeherunwong & Chantarujikapong (2007) จำนวน 28 ข้อ วัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การค้นพบตนเอง การคิดทบทวนตนเอง การนิยามความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และการควบคุมชีวิตตนเอง เป็นมาตราวัด 5 อันดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 28-140 คะแนนคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการฟื้นหายจากอาการซึมเศร้าสูง ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิ์การวิจัยในของคณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์ ขอความร่วมมือให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และแจ้งต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจจากแพทย์ โดยผู้วิจัย

Copyright by Mahidol University

แนะนำตัวกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยถูกต้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ของการรู้จักตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับการคืนความสำคัญให้ตนเอง และวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Enter Regression Analysis) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรู้จักตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับการคืนความสำคัญให้ตนเอง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีอายุระหว่าง 24-65 ปี อายุเฉลี่ย 49.28 ปี (Mean = 49.28, S.D. = 10.55) โดยร้อยละ 65.2 มีอายุระหว่าง 46-65 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8 ประกอบอาชีพรับจ้างหรือพนักงานบริษัทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001 – 25,000 บาท มากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.8 มีความเพียงพอของรายได้ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่าไม่มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 66.7 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1-2 ปี มากที่สุด ร้อยละ 26.1 โดยรับการรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 78.3 ไม่เคยเข้าพักรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 79.7 มีเพียงร้อยละ 1.4 ที่ได้รับการทำจิตบำบัด ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าร้อยละ 7.2 และมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 27.5 ยาต้านเศร้าที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ ยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) คิดเป็นร้อยละ 82.6 ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ Fluoxetine รองลงมาคือ Sertaline

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .387$, $p < 0.01$) ส่วนการการรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .082$, $p > 0.05$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา	การรู้จักตนเอง	การสนับสนุนทางสังคม	การคืนความสำคัญให้กับตนเอง
การรู้จักตนเอง	1		
การสนับสนุนทางสังคม	-.069	1	
การคืนความสำคัญให้กับตนเ	.082	.387**	1

**p <0.01

การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .01 ($F = 6.359$, $p < .01$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม ($\beta = .394$, $p < .01$) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Enter Regression Analysis) ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	76.042	14.678	-	5.178	.000
การรู้จักตนเอง	1.177	1.220	.109	.964	.338
การสนับสนุนทางสังคม	.348	.100	.394	3.492	.001

$R = .398$; $R^2 = .158$; $F = 6.359$; Sig of $F = .003$

การอภิปรายผล

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .387$, $p < 0.01$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนด้านสังคมสูงจะมีการคืนความสำคัญให้กับตนเองสูงเป็นไปตามสมมติที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดการคืนความสำคัญให้กับตนเองของ Seeherunwong et al. (2002) ที่กล่าวว่า การแสวงหาความช่วยเหลือของสตรีโรคซึมเศร้าเป็น

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเองได้โดยการได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ ได้แก่ การได้รับยารักษาอาการซึมเศร้า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในการมองโลก หรือมองปัญหาของตนเอง เมื่อสตรีนำไปไตร่ตรองพิจารณาจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในตนเอง สำหรับการได้รับความช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ การได้รับข้อคิดในการมองโลกใหม่ การได้รับความเห็นอกเห็นใจ การได้รับกำลังใจ และ การได้รับการประคับประคองด้านต่างๆ เช่น พาไปพบแพทย์ พาไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้นก็จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการคืนความสำคัญให้กับตนเองภายหลังจากการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองของสตรี จากการศึกษาในวัยรุ่น พบว่าการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัวและอาจารย์ (Aslan, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Swickert et al. (2004) พบว่าการแสดงออกทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการเป็นคนเปิดเผยในนักศึกษามหาวิทยาลัย และยังมีอีกหลายงานวิจัยที่สนับสนุนว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Brown et al, 1986; Newcomb & Keefe, 1997; Sarason, Sarason, & Shearin, 1986 cited in Swickert et al., 2004) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Skärsäter et al. (2005) พบว่าภายหลังติดตามผล 1 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้ามีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกและระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นเมื่อเทียบกับครั้งแรกของการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า หากผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ซึ่งการรับรู้ว่าตนเองได้รับความรักใคร่ ผูกผัน ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆจะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคืนความสำคัญให้กับตนเองได้

การรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .082$, $p > 0.05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติที่ตั้งไว้ อาจเป็นไปได้ว่า เครื่องมือที่ใช้วัดการรู้จักตนเองในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วัดในฐานะที่การรู้จักตนเองมีความหมายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการรักษา ยังไม่ครอบคลุมถึงความหมายของการรู้จักตนเองอย่างลึกซึ้งในแง่ของบุคลิกภาพ สาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้า จึงส่งผลให้ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการวิจัยที่ได้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีเชิงสาระที่กล่าวว่าการรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (Seeherunwong et al., 2002) การรู้จักตนเองในทฤษฎีดังกล่าวหมายถึง การตระหนักรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง ตระหนักรู้รูปแบบความคิดของตนเอง รู้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดมาจากรูปแบบการคิดที่ไม่ยืดหยุ่นและ

Copyright by Mahidol University

จัดการปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ รู้ว่าการจัดการกับอาการซึมเศร้าต้องเริ่มที่ตนเองเป็นอันดับแรก หลังจากที่ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและรู้จักตนเองแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการรู้จักตนเองหรือการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้สตรีสามารถคืนความสำคัญให้ตนเองได้ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น เกิดการเติบโต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yen et al.(2009) ที่ให้ความหมายของการรู้จักตนเองเกี่ยวกับ การเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และการยินยอมรับการรักษา พบว่าการรู้จักตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเอง สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 6.359$, $p < .01$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายการคืนความสำคัญให้กับตนเองในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม ($\beta = .394$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการฟื้นหาย เป็นการช่วยฟื้นฟูความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล ซึ่งช่วยส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหา และความมีคุณค่าในตนเอง (Skärsäter et al., 2005) ซึ่งอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนเป็นสื่อกลางที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นหรืออาจกล่าวได้ว่าการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอาจจะเป็นกลไกหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย (Johnson et al, 2000) มีการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงระดับอารมณ์ซึมเศร้า (Badger, 1996; Lara, Leader & Klein, 1997 cited in Skärsäter et al., 2005;87 MaCall, Reboussin & Rapp, 2001) ตลอดจนการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า (Skärsäter et al., 2003a,b, 2005) และจากการศึกษาของ Nasser & Overholser (2005) พบว่าผู้ป่วยที่มีการฟื้นหายนั้นได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ในระดับสูงจากครอบครัว ($\beta = -0.28$, $p < 0.02$) และเพื่อน ($\beta = -0.23$, $p < 0.04$) และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์สามารถทำนายอาการซึมเศร้าที่มีผลกระทบต่อระดับความรุนแรงของอาการของโรคซึมเศร้าในระยะเริ่มแรกได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -0.31$, $p < 0.01$) จึงสามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

การที่ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมอย่างเพียงพอไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว เพื่อน บุคคลที่ใกล้ชิดหรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ โดยการให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ให้ยอมรับ เป็นที่พึ่งพิงให้ผู้ป่วย ส่งเสริมหรือเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกได้ด้วยตัวเอง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าที่ได้รับสามารถคืนความสำคัญให้กับตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้ค้นพบคุณค่าในตนเอง มีการให้ความหมายตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และสามารถลุกขึ้นมาตั้งต้นชีวิตใหม่ได้ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกเข้าศึกษา ที่มีระดับอาการซึมเศร้าระดับปานกลางลงมา ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทยเท่านั้น จึงอาจสามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1.1 พยาบาลและทีมบุคคลากรทางการแพทย์นอกจากจะให้ความสำคัญที่ตัวผู้ป่วยเองแล้วยังควรนำครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยอาจนำให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ใกล้ชิด เข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ สาเหตุ อาการ และแนวทางในการรักษา เพื่อที่จะได้วางแผนการรักษาร่วมกัน และแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2. ด้านการทำวิจัย

2.1 การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรู้จักตนเองสัมพันธ์กับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาเลือกเครื่องมือในการประเมินการรู้จักตนเองที่ครอบคลุม และลึกซึ้งถึงการรู้จักและเข้าใจตนเองเกี่ยวกับรูปแบบการคิด การรับรู้การคาดหวัง และความปรารถนาของตนเอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้กับตนเอง และตัวแปรอื่นๆ ต่อไป

2.2 พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้วิจัยเชิงทดลองหรืองานวิจัยแบบ R2R (Routine to Research)

Copyright by Mahidol University

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT, INSIGHT AND SELF-REGAINING OF WOMEN WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

NANTAPUK CHANAPAN 5337921 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S., PRAPA YUTTATRI, D.N.S., RONNACHAI KONGSAKON, M.D., LL.B., M.Sc.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Major depressive disorder is a major mental health problem. It is considered an important psychiatric disorder for countries all over the world including Thailand. Generally, major depressive disorder is found in 21% of the world population (WHO, 2008), and it is the main cause of years lived with disabilities (YLDs) (WHO, 2011). In Thailand, the overall prevalence rate of major depressive disorder in the population aged 15 years old and older in 2008 was 3.4% or approximately two million people (Department of Mental Health, 2008). When the M.I.N.I. is used, it can be seen that about 2.7% of the population, or 1,493,606 people, were stricken with major depressive disorder. The ratio of the female to male patients was 1.6 to 1 (Department of Mental Health, 2008). The onset of major depressive disorder is between the age of 20 and 50 years old, with the mean age of 40 years, which is considered adulthood (Ronnachai Kongsakon et al., 2004). According to WHO (2009), approximately 73 million adult females are affected by major depressive disorder. Worse yet, it has been estimated that one in four women is likely to have clinical depression for the rest of their life. Simply put, clinical depression can take place with every woman, and it can be so severe that the affected women with entertain suicidal thoughts (Seeherunwong et al., 2002).

Copyright by Mahidol University

Full remission or recovery is the main goal that medical personnel focus on so as to achieve favorable outcomes for patients. This is because patients with major depressive disorder are considered chronic patients whose condition can significantly threaten their life as well as their family's life. In reality, patients want to live a normal life just like others, but in order to have a normal life, patients need to be in a full remission or recovery condition, which not only means being free from depressive symptoms but also means living happily with a good quality of life (Seeherunwong et al., 2002). Also, patients need to have a self-development guideline, self-management strategies in cases of exacerbation (Suwadee Jundeekrayom, 2003), sense of self-esteem, self-regaining, and self-growth (Seeherunwong et al., 2002).

Self-regaining is a new concept discovered in females who have recovered from major depressive disorder. It refers to the process in which females discover self-esteem that is derived from within themselves. Before this, their self-worth depends on the successes of significant persons in life such as their children, husband, or others, who are considered external factors. If such factors do not turn out the way they have expected, they may lose their sense of self-worth, leading to depressive symptoms. Self-regaining consists of four components: discovering one's self-worth, rethinking oneself, redefining relationships with others, and taking control of one's life. Thus, self-regaining helps fulfill the gap between being free from depressive symptoms and recovery from major depressive disorder. It acts as a link between the final outcomes of recovery from major depressive disorder, which is inner self-growth (Seeherunwong et al., 2002). As a result, before patients can achieve self-regaining or recover from major depressive disorder, a number of factors are called for including self-awareness, self-management of depression, help seeking, and support from family and friends, all of which are factors that enable patients to eventually recover from major depressive disorder. A review of literature has shown that insight and social support are factors that enable patients to recover from major depressive disorder (Ridge & Ziebland, 2006; Badger & Nolan, 2007; Fava, Ruini, & Belaise, 2007; Johnson, Gunn, & Kokavonic, 2009; Suwadee Chandeegrayom, 2003). In other words, they are factors that enable patients to have self-regaining after they have lost their self-esteem, thus eventually leading them to full recovery (Seeherunwong et al., 2002).

Social support refers to individuals' reception of assistance from family members, friends, significant people, or other people in society in terms of emotion, information, tangible objects, and services (Dusadee Krisdee, 2008; Mischel & Clayton, 2003). Social support enables individuals to perceive that they have self-worth, that other people care about them, and that they belong to the society. Social support plays an important role to prevent stress and promote recovery from depressive symptoms (Schreiber, 1996; Peden, 1996; Duangduen, 2004). Skärsäter et al. (2005) have reported that increase in social support promotes recovery from major depressive disorder. A study on the recovery process from depression has reported that seeking help is a conditioning factor that promotes self-regaining in women with major depressive disorder (Seeherunwong et al., 2002).

Insight refers to knowing and understanding one's own feelings, causes of depressive symptoms, and strengths and weaknesses (Dusadee Krisdee, 2008). Vipawee Phaokantra (2005) conducted a study and found that factors that lead to sustainable recovery from major depressive disorder include awareness of problems and causes of problems. Also, the patients need to focus on changes in themselves rather than changing in others, and they need to adjust their thinking and perspectives of life until they can become aware of the causes of problems and achieve self-understanding so as to recovery from depression. A qualitative study of Seeherunwong et al. (2002) has also revealed that insight or self-awareness of patients with major depressive disorder refers to awareness of the causes of major depressive disorder, understanding of one's strengths and weaknesses, and understanding and acceptance of one's patterns of thinking. Moreover, they need to understand that management of major depressive disorder begins within themselves. After the patients have developed self-understanding, they will truly understand the situations they are encountering. The study findings have shown that insight or self-awareness of patients with major depressive disorder is a conditioning factor that enables women with major depressive disorder achieve self-regaining and self-growth.

Based on such concepts, the researcher was interested in investigating the relationship between social support, insight and self-regaining in women with major depressive disorder. It was anticipated that the study findings would shed light on better understanding of factors associated with recovery from major depressive

disorder. Self-regaining is believed to be a factor related to recovery from major depressive disorder and self-growth. It also helps prolong relapses of major depressive disorder. Besides, it was also anticipated that the body of knowledge derived in this study would be used as baseline data to develop a clinical nursing practice guideline to promote recovery from major depressive disorder and prevent its relapses.

Study Objective

The present study aimed at investigating the relationship between social support and insight and self-regaining of women with major depressive disorder.

Research Hypotheses

1. Social support and insight are positively related to self-regaining in women with major depressive disorder.

2. Social support and insight can co-predict self-regaining in women with major depressive disorder.

Conceptual Framework of the Study

In this study, the substantive theory on self-regaining after a loss of self-esteem in women with major depressive disorder (Seeherunwong et al., 2002) was employed as the conceptual framework of the study. According to Burns and Grove (2009), when the substantive theory is used as a conceptual framework of a study, its concepts and the relationships among concepts have to be defined in accordance with what has been proposed by theorists so as to examine the compliance and consistency with the theory.

Self-regaining is a concept that has been discovered in women who have recovered from major depressive disorder. It means women with major depressive disorder have discovered their self-esteem and self-worth after they have lost them and developed depressive symptoms. Self-regaining encompasses giving meaning of self

Copyright by Mahidol University

and giving meaning to new relationships with others, which enable women with major depressive disorder to start a new life. The conditions that promote self-regaining are self-management of symptoms, help seeking, and contemplation to achieve self-awareness. These three factors are interactive, and any can take place before or after the others.

Self-management of symptoms is a process which consists of intention, action, and evaluation of outcomes of action, which will be repeated when the outcomes are satisfactory. Self-management of symptoms also includes letting go and self-distraction with various methods.

Help seeking means women with major depressive disorder realize the sources of assistance, including healthcare personnel, family members, friends, close persons, or someone they can trust. When they receive social support, women with major depressive disorder will feel that they have self-worth, that other people care about them, and that they belong to the society (Dusadee Krisdee, 2008). Previous studies have confirmed that there is a positive relationship between social support and self-esteem (Johnson et al, 2000) and recovery from depressive symptoms (Cappeliez et al., 2007).

Contemplation is a process during which women with major depressive disorder consider, review, and contemplate on causes of their illness until they achieve awareness and realize their own weaknesses and strengths so that they understand what they should do to improve themselves. Similarly, Dusadee Krisdee (2008) has defined self-knowing as getting to know and understand one's feelings so that they will be able to face the truth and understand the causes of depressive symptoms. It encompasses understanding one's weaknesses and strengths as well. In one study, it was found that patients with severe major depressive symptoms have more insight and better understand the causes of the illness and the significance of the treatment than other groups of patients with major depressive disorder. It was also discovered that patients with a high level of insight have less depressive symptoms than those who have impaired insight (Yen et al., 2005).

In the present study, only the relationship between social support, insight, and self-regaining in women with major depressive disorder was investigated. This is because there are existing research findings that support the relationship between the

selected three factors and recovery from depressive symptoms and self-esteem, which is rather similar in meaning to self-regaining.

Methodology

This correlational research. The study sample consisted of 69 women aged 20 to 65 years old who had been diagnosed with major depressive disorder and had been treated with medication for at least three months at the psychiatric ward, outpatient clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. Data collection was conducted between October 2012 and December 2012, totaling three months.

Instrumentations

The instruments used to collect data were as follows:

1. The demographic characteristics questionnaire

2. The Hamiton Rating Scale for Depression which was translated into the Thai language by Manote Lortrakul, Pramote Sukhanich, and Jakkrit Sukying (1997). The 17-item scale assessed depressive symptoms in terms of mental symptoms, physical symptoms, and functioning. The total scores ranged from 0 to 32 points. In this study, the inter-rater reliability derived after trying out the scale with four women with major depressive disorder was equal to 0.82, 0.88, 0.94, and 0.94, respectively. When it was tried out with 30 subjects, Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.73.

3. The Mood Disorder Insight Scale was developed by Sturman and Sproule (2003). It was composed of eight items which assessed the perception of causes of the mental illness, acceptance of the mental illness, and seeking or accepting treatment. The total scores ranged from 0 to 12 points. Higher scores indicated more insight of the patients. The original version of the mood disorder insight scale was translated into the Thai language by the researcher before it was back-translated into English by a language specialist. When it was tried out with 30 subjects, Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.76.

Copyright by Mahidol University

4. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) developed by Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) was used to assess understanding and perception of sufficiency of social support received from family, friends, and close persons. The scale was translated into the Thai language by Boonyamalik (2005). It consisted of 12 items which were arranged in a seven-point rating scale. The total scores ranged from 12 to 84 points, with higher scores reflecting a higher level of social support. When it was tried out with 30 subjects, Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.86.

5. The Self-regaining Scale was developed by Seeherunwong and Chantarujikapong (2007). It was composed of 28 items that assessed self-regaining in four components : discovering one's self-worth, rethinking oneself, redefining relationships with others, and taking control of one's life. The items were arranged in a five-point rating scale. The total scores ranged from 28 to 140 points, with higher scores reflecting a higher chance of recovery from depressive symptoms. When it was tried out with 30 subjects, Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.88.

Data Collection

Data were collected after the research proposal was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. The researcher asked for cooperation from nurses or healthcare staff members at the psychiatric outpatient clinic to select the subjects based on the inclusion criteria and informed the researcher when the patients were interested and willing to participate in the study. The researcher met the patients while they were waiting to be examined by the doctor. The researcher introduced herself to the patients, explained the research objective and data collection procedures, and protected the rights of human subjects. After the patients agreed to take part in the study, they were asked to sign the informed consent form. The researcher also asked for their permission to use the data contained in their medical records. It could be stated that the present study was conducted with research ethics taken into careful consideration. The data collection procedures lasted approximately 30 to 45 minutes.

Copyright by Mahidol University

Data Analysis

The data collected from the study sample were analyzed using a computer program. Data regarding demographic characteristics of the subjects were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, and standard deviation. In addition, Pearson's product moment correlation coefficient was used to investigate the relationship between insight and social support and self-regaining. Finally, multiple regression analysis was employed to determine the predictive power of social support and insight to predict self-regaining in women with major depressive disorder.

Findings

According to the study findings, the subjects were all females who were between 24 and 65 years old, with the mean age of 49.28 years (Mean = 49.28, SD = 10.55). Almost two-thirds of the subjects, or 65.2%, were from 46 to 65 years old. Nearly all, or 94.2%, were Buddhists, and more than half, or 53.7%, were married. A little more than one-third, or 34.8%, held a Bachelor's degree, 30.4% were employees who earned between 10,001 and 25,000 baht per month. Moreover, more than three quarters, or 76.8%, had sufficient income. As regards severity of major depressive disorder, 66.7% of the subjects had no depressive symptoms, and 26.1% had been suffering from major depressive disorder for one to two years. In addition, 78.3% of the subjects had received continuous treatment, and 79.7% had never been hospitalized. Only 1.4% of the subjects had received psychotherapy, and 7.2% had been treated with electroconvulsive therapy. Furthermore, more than one-fourth of the subjects, or 27.5%, had family history of major depressive disorder. In terms of treatment, most of the subjects, or 82.6%, were prescribed with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), particularly Fluoxetine and Sertaline.

It was also found that social support was statistically significantly related to self-regaining in women with major depressive disorder at a moderate level of .01 ($r = .387$, $p < .01$). However, insight was related to self-regaining with no statistical significance at the .05 level ($r = .082$, $p > .05$), as shown in Table 1.

Copyright by Mahidol University

Table 1 Correlation coefficient between social support, insight and self-regaining in women with major depressive disorder

Study variables	Insight	Social support	Self-regaining
Insight	1		
Social support	-.069	1	
Self-regaining	.082	.387**	1

**p <0.01

Social support and Insight could co-explain the variance of self-regaining in women with major depressive disorder by 15.8% with statistical significance at the lower than .01 level (F = 6.359, p < .01). However, the factor that could predict self-regaining of women with major depressive disorder with statistical significance was social support (β = .394, p < .01), as shown in Table 2.

Table 2 Multiple regression analysis between social support, insight and self-regaining in women with major depressive disorder

Predictive factors	B	SE	β	t	p-value
Constant	76.042	14.678	-	5.178	.000
Insight	1.177	1.220	.109	.964	.338
Social support	.348	.100	.394	3.492	.001
R = .398 ; R^2 = .158; F = 6.359; Sig of F = .003					

Discussion of Findings

There was a statistically significant relationship between social support and self-regaining in women with major depressive disorder at a moderate level at the .01 level (r = .387, p < .01). This means that the subjects who received a high level of social support had a high level of self-regaining, which supported the study hypothesis. Such a finding was also consistent with the concept of self-regaining (Seeherunwong et al., 2002) which contends that seek of support of women with major depressive disorder is a conditioning factor that promotes their self-regaining, from both formal and informal assistance they receive. Formal assistance refers to

Copyright by Mahidol University

prescription of antidepressant medication, advice on worldview or solutions to their own problems given by physicians, etc., which can be considered when women with major depressive disorder want to have adaptation. Informal assistance refers to reception of ideas on worldviews, compassion and understanding, moral support, and facilitations such as taking to see the doctor, taking to somewhere outside the house, etc. Therefore, social support enables women with major depressive disorder to have self-regaining after they have lost their self-esteem. A study conducted with adolescents has reported that self-esteem is positively related to social support adolescents have received from family and teachers (Aslan, 2009). Likewise, Swickert et al. (2004) found that positive expressions and social support were associated with self-esteem and being extroverted in college students. There are also a number of previous research studies which have confirmed that social support is positively related to self-esteem (Brown et al., 1986; Newcomb & Keefe, 1997; Sarason, Sarason, & Shearin, 1986 cited in Swickert et al., 2004). A similar finding is reported by Skärsäter et al. (2005) that at a one-year follow-up, levels of resilience and social support of the subjects who had recovered from major depressive disorder were higher than those found at the first assessment with statistical significance ($p < .05$). In the present study, it was found that if women with major depressive symptoms received sufficient social support from their family, friends, and close persons, and when they felt that they had received love, attachment, self-esteem, sense of social belonging, ability to help others, and various forms of helps from others, they would be able to have self-regaining.

In this study, it was found that insight was associated with self-regaining with no statistical significance at the .05 level ($r = .082$, $p > .05$), which did not support the formulated hypothesis. One plausible explanation is that the instrument that was used to assess insight in this study aimed at assessing the patients' insights regarding meaning of illness and its treatment. It did not encompass deep insights related to personality and causes of major depressive disorder. Thus, the relationship between these two factors was not statistically significant. Furthermore, such a finding did not yield support to the substantive theory which maintains that insight is related to self-regaining (Seeherunwong et al., 2002). According to the substantive theory, insight refers to awareness of the causes of major depressive disorder, one's strengths

and weaknesses, thinking patterns of oneself, as well as understanding that major depressive disorder results from inflexible thinking and lack of effective problem-solving. It also refers to understanding that management of major depressive disorder needs to begin with oneself. Once patients have understanding and knowledge of themselves, they will be able to have a thorough understanding of the situations they are confronting. The findings of the present study indicated that insight or self-awareness of women with major depressive disorder was a factor that promoted their self-regaining, self-esteem, self-growth, and better quality of life. Similarly, Yen et al. (2009) investigated insight in terms of understanding and acceptance of major depressive disorder and acceptance of treatment and found that there was not relationship between insight and quality of life of patients with major depressive disorder.

Social support and insight could co-explain the variance of self-regaining of women with major depressive disorder by 15.8% with statistical significance at the .01 level ($F = 6.359$, $p < .01$). The factor that could predict self-regaining of women with major depressive disorder with statistical significance was social support ($\beta = .394$, $p < .01$). In general, social support is a factor which has a significant influence on recovery as it helps restore individuals' resilience, which in turns promotes problem-solving ability and self-esteem (Skärsäter et al., 2005). The influence of social support is like a medium that increases patients' self-esteem. In other words, self-esteem may be one mechanism that makes social support have an influence on depressive symptoms in patients (Johnson et al., 2000). Previous studies have found that changes in social support is associated with changes in levels of depressive symptoms (Badger, 1996; Lara, Leader, & Klein, 1997 cited in Skärsäter et al., 2005; McCall, Reboussin, & Rapp, 2001) and recovery (Skärsäter et al., 2003a, 2003b, 2005). Nasser and Overholser (2005) conducted a study and found that patients who recovered received a high level of emotional support from their family ($\beta = -.28$, $p < .02$) and friends ($\beta = -.23$, $p < .04$). Moreover, emotional support could predict depressive symptoms which had an effect on levels of severity of major depressive symptoms during the initial stage with statistical significance ($\beta = -.31$, $p < .01$). Thus, it could be concluded that emotional support is related to outcomes of major depressive symptoms with statistical significance.

In summary, when women with major depressive disorder receive sufficient social support from their family, friends, close persons, or someone they trust who give them understanding, acceptance, and encouragement and who help promote their potential and decision-making, they will be able to have self-regaining, which will lead to self-esteem, giving meaning to self, and establishment of new relationships with others. As a result, women with major depressive disorder will be enabled to restart their life after having recovered from their illness.

Limitations of the Study

The study sample was recruited by means of convenience sampling with the selection criterion of having a moderate level of depressive symptoms or lower, and there was no randomization. The study was conducted at a tertiary hospital, which was King Chulalongkorn Memorial Hospital. Therefore, the sample was not a representative of female patients with major depressive symptoms, and the generalization of the study findings is limited.

Recommendations and Implications

For nursing practices

Nurses and medical team members should realize the significance of family, friends, and close persons of patients, in addition to patients, who can play a role in provision of care. Mental health education may be provided to family, friends, and close persons of patients to equip them with knowledge and understanding of major depressive disorder, its causes, symptoms, and treatment plans so as to let them participate in care and promote patients' recovery so that they can live a normal and happy life in society.

For nursing research

1. The study findings showed that there is no statistically significant relationship between insight and self-regaining. Thus, future studies should utilize instruments that can comprehensively and profoundly assess insights in terms of

Copyright by Mahidol University

patterns of thinking, perceived expectations, and perceived wishes so as to further investigate the relationship between insight and self-regaining with other variables.

2. A social support program for women with major depressive disorder should be developed, and the effectiveness of the program should be determined using experimental research studies or R2R (Routine to Research) studies.

Copyright by Mahidol University

รายการอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต:การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546.* กรุงเทพฯ : บริษัท วงศ์กมล จำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติปี 2551.* วันที่ค้นข้อมูล 4 พฤษภาคม 2555, เว็ปไซด์: 164.115.5.58/seminar/file/20110707/oral_presentation 6/o6_04.pdf.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2554.* วันที่ค้นข้อมูล 28 เมษายน 2555, เว็ปไซด์: http://www.dmh.go.th/report /report1.asp.

กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). *ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.

จิรภา หงษ์ตระกูล.(2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย.* กรุงเทพฯ : บริษัท วงศ์กมล จำกัด.

ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2542). ปกิณกะ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,* 17(1), 46-66.

ดุษฎี กฤษฎี. (2551). *ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) สาขาการจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.

ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล,รณชัย คงสกนธ์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, จิรังกูร ณัฏรังสี, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, และคณะ. (2549). *องค์ความรู้โรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

มาโนชย์ หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-246.

มาโนชย์ หล่อตระกูล. (บรรณาธิการ). (2546). *โรคซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2547). ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า (Risk Factor for Depressive Disorder). ในอัจฉรา จรัสสิงห์, *การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเวช: โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท*. กรุงเทพฯ : บิยอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.

วิภาวี เผ่ากันทรากร. (2548). *ภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์การจมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, ประเทศไทย.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช*.(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : บริษัทด่านสุทธาการพิมพ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 61-74.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัฒน์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน และเยาวเรศ สุตะโท. (2555). เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 61-74.

สายฝน เอกวรางกูร. (2553). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ส. เอเซียเพรส (1989) จำกัด.

สุธาสินี นพธัญญะ. (2551). *ผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดเชิงพฤติกรรมและการรู้การคิดต่อการตระหนักรู้ตนเองกับการยอมรับตนเองของผู้ติดสุรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่, ประเทศไทย.

สุวดี จันดีกระยอม. (2546). *การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, ประเทศไทย.

Copyright by Mahidol University

Ahern, L., & Fisher, D.(2001). Recovery at your own Pace. *Journal of Psychosocial Nursing,* 39(4), 22-32.

Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J. and Gorman, J.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry,* 150(6), 873-879.

American Psychiatric Association. (2000). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder.*(2ed). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Aslan, C. (2009). Anger, Self-esteem, and Perceived Social Support in Adolescence. *Social Behavior and Personality,* 37(4), 555-564.

Badger, T.A. (1996). Living with depression: Family members' experiences and treatment needs. *Journal of Psychosocial Nursing*, 34(1), 21-29.

Badger, F. and Nolan, P. (2007). Attributing recovery from depression. Perceptions of people cared for in primary care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3A), 25-34.

Basil, B., Mathews, M., Sudak, D. and Adetunji, B. (n.d.). The Concept of Insight in Mental Illness. *Retrieved May 19, 2012 from http://www.primarypsychiatry.com/aspx/article_pf.aspx?articleid=326*

Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A. and Warman D.M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research.* 68, 319-329.

Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F. and Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89(1), 62-67.

Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of Adolescent Suicidal Ideation: Roles of Perceived Life Stress, Depressive Symptoms and Substance Use*. Unpublished doctoral Dissertation, Johns Hopkins University, US.

Copyright by Mahidol University

Brandt, P.A., & Weinert, C. (1981). PRQ: A social support measure. *Nursing Research, 30*, 277-280.

Brown, G.W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z. & Bridge, L. Social support (1986). Self-esteem and depression. *Psychological Medicine,* 16(4), 813-831.

Brown, Roger W. (1986). *Social Psychology* (2nd ed.).Campo, CA: Muze.

Burcusa, S.L. and Iacono, W.G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959-985.

Burns, S.K. and Grove, N. (2009). The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. (6th ed.). Elsevier Health Sciences. Philadelphia : W.B. Sauders.

Cappeliez, P., Robitaille, A., McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M.J., Sewitch, M., et al., (2007). Recovery from Depression in Older Depressed Patients in Primary Care :Relation with Depression Severity and Social Support. *Clinical Gerontologist,* 31(1). 17-32.

Chernomas, W.M. (1997). Experiencing depression: women's in recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 393-400.

Cobb, S. (1976). Social support as a mediator of the life stress. *Psychosomatic Medicine.* 38, 300-314.

Coryell, W., Endicott, J., Maser, J.D., Keller, M.B., Leon, A.C. and Akiskal, H.S. (1995). Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. The American Journal of psychiatry, 152(3), 385-390.

Crumlish, N., Whitty, P., Kamali, M., Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., Lane, A., Kinsella, A., Larkin, C. and O'Callaghan, E. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 449-455.

Cutler, C.G. (2001). Self-care agency and symptom management in patients treated for mood disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(1), 24-31.

David, A.S. (1990). Insight and Psychosis. *The British Journal of Psychiatry,* 156, 798-808.

David, A.S., Buchanan, A., Reed, A. and Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *The British Journal of Psychiatry,* 161, 599-602.

Copyright by Mahidol University

Dalton, J.H. (2001). *Community Psychology: Linking Individuals and Communities.* Australia: Wadsworth Pub.

Dell'Osso L., Pini, S., Cassano, G.B., Mastrocinque, C., Seckinger, R.A., Saettoni, M., Papasogli, A., Yale, S.A., Amador, X.F. (2002). Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disorders,* 4, 315-322.

Depression and Biploar Support Alliance (DBSA). (2006). *Family and Friends' Guide to Recovery from Depression and Bipolar Disorder.* Retrieved May 29, 2012, from www.DBSAlliance.org.

Duangduen, B. (2004). *The relationship of learned resourcefulness social support and depressive symptoms.* Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.

Ekinci, O., Ugurlu, G.K., Albayrak, Y., Arslan, M. and Caykoylu, A. (2012). The relationship between cognitive insight, clinical insight, and depression in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry,* 53(2), 195-200.

Fava, G.A., Ruini, C. and Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Medicine,* 37(3), 307-317.

Furakawa, T., Kitamura, T., and Katahashi, K. (2000). Time of recovery of an inception cohort with hitherto untreated Unipolar major depressive episode. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 331-335.

Ghaemi, S.N., Boiman, E., and Goodwin, K.F. (2000). Insight and Outcome in Bipolar, Unipolar and Anxiety Disorder. *Comprehensive Psychiatry,* 41(3), 167-171.

Hammen, C., Brennan, P.A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 253-258.

House, J. (1981). *Work stress and social support*. Reading MA: Addison-Wesley.

Hollon, S.D., Jarrett, R.B., Nierenberg, A.A., Thase, M.E., Trivedi, M. and A. John Rush. (2005). Psychotherapy and Medication in the Treatment of Adult and Geriatric Depression: Which Monotherapy or Combined Treatment?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455-468.

Copyright by Mahidol University

Howell, C., Marshall, C., Opolski, M. and Newbury, W. (2008). Management of recurrent depression. *Australian Family Physician,* 37(9), 704-709.

Huang, C.Y. and Guo, S.E. (2009). Stress, perceived support, resourcefulness and depressive symptoms in Taiwanese adolescents. *Journal of Clinical Nursing,* 18, 3271-3279.

Johnson C, Gunn J, Kokanovic R. (2009). Depression recovery from the primary care patient's perspective: 'hear it in my voice and see it in my eyes'. *Mental Health in Family Medicine*, 6(1), 49-55.

Johnson, S. L., Meyer, B., Winett, C., & Small, J. (2000). Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *Journal of Affective Disorders*, 58, 79-86.

Jonghe, D.F., Kool, S., van Aalst, G., Dekker, J. and Peen, J. (2000). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders,* 64, 217-229.

Kaiser, S.L.,. Snyder, J.A., Corcoran, R. and Drake, R.J. (2006). The Relationships Among Insight, Social Support, and Depression in Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease.*194(12), 905-908.

Katon, W., Robinson, P., Korff, M.V., Lin, E., Bush, T., Ludman, E., et al. (1996). A Multifaceted Intervention to Improve Treatment of Depression in Primary Care. *Archives of General Psychiatry.* 53(10), 924-932.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., et al. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.

Khan, R.L. (1979). Aging and social support. In B. Riley (Ed.) *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspective.*Boulder, Co: Westview.

Kivelä, S.L., Viramo, P. and Pahkala, K. (2000). Factors predicting the relapse of depression in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), 112-119.

Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen,E., Honkalampi, K., et al. (2001). Self-reported life satisfaction and recovery from depression in an 1-year prospective study.

Lara, M.E., Leader, J. & Klein, D.N. (1997). The association between social support and course of depression: is it confounded with personality?. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 478-482.

Copyright by Mahidol University

Lenze, E.J., Dew, M.A., Mazumdar, S., Begley, A.E., Cornes, C., Miller, M.D. et al. (2002). Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy as Maintenance Treatment for Late-Life Depression: Effects on Social Adjustment. *American Journal of Psychiatry*, 159, 466-468.

Leskelä, U., Rytsälä, H., Komulainen, E., Melartin, T., Sokero, P., Lestelä-Mielonen, P., et al. (2006). The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms. *Psychplogical Medicine,* 36, 779-788.

Leskelä, U., Melartin, T., Rytsälä, H., Sokero, P., Lestelä-Mielonen, P., and Isometsä, E. (2008). The influence of major depressive disorder on objective and subjective social support: a prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 196(12), 876-883.

Long, A. (1998). The healing process, the road to recovery and positive mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 5, 535-543.

McCall, W.V., Reboussin, B.A. & Rapp, S.R. (2001). Social support increases in the year after inpatient treatment of depression. *Journal of Psychiatric Research*. 35(2), 105-110.

McEvoy, J. P., Apperson, L.J., Applebaum, P.S., Ortilp, P., Brekosky, J., Hammill, K., Geller, J.L., and Roth, L. (1989). Insight into schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47.

Mishel, H.M. & Clayton M.F. (2003). Theories of uncertainty in Illness. In M.J. Smith (Eds.). *Mindle range theory for nursing.* NY: Springer Publishing Company, Inc.

Nasser, E.H & Overholser J.C. (2005) Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 125-132.

Newcomb, M.D., & Keefe, K. (1997). Social support, self-esteem, social conformity, and gregariousness: Developmental patterns across twelve years. In G.R. Pierce, B. Lakey, I.G. Sarason, & B.R. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 303-333). New York, NY, US: Plenum Press.

Nirattharadorn, M. (2005). *Self-esteem, social support and depression in Thai adolescent mother*. Doctoral Dissertation, Mahidol University, Thailand.

Copyright by Mahidol University

Nirattharadorn, M., Phancharoenworakul, K., Gennaro, S., Vorapongsathorn, T. and Sitthimongkol, Y. (2005). Self-esteem, social support and depression in Thai adolescent mother. *Thai Journal* of *Nursing Research*, 9(1), 63-75.

O'Neill, E. (2008). *The Impact of Depression on Daily Life.* Retrieved May 26, 2012, from http://www.depressionalliance.org/PDF/inside-story-report.pdf.

Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B. and Munizza, C. (2004). Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression. *Archives General Psychiatry*, 61, 714-719.

Parker, G., Wilhelm, K., & Gladstone, G. (2000). Predictors of 1-year outcome in depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 34(1), 56-64.

Peden, A.R. (1993). Recovering in depression women : research with Peplau's theory. *Nursing Science Quarterly,* 6, 140-146.

Peden, A.R. (1996). Recovering in depression : a one year follow - up research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* 149(8), 289-295.

Peden, A.R., Hall, L.A., Rayens, M.K. and Beebe, L.H. (2000). Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nursing Research,* 49(2), 201-207.

Peden, A., Rayens, M., Hall, L., & Grant, E. (2004). Negative thinking and the mental health of low-income single mothers. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 337-344.

Peele, S. (2012). The Meaning of Recovery Has Changed, You Just Don't Know It. Retrieved May 11, 2012, from Addiction in Society http://www.psychologytoday.com/blog/ addiction-in-society/201202/the-meaning-recovery-has-changed-you-just-dont-now-it.

Pender, N.J. (1996). *Health promotion in practice.*(2nd ed.). California: Appleton & Lange.

Piccinelli, M. and Wilkinson, G. (2000). Gender difference in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.

Ridge, D. and Ziebland, S. (2006). "The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1038-1053.

Sarason , I. G. Sarason , B. R. Shearin , E. N. (1986). Social support as an individual difference variable. *Journal of Personality and Social Psychology,*50, 845-855.

Copyright by Mahidol University

Seeherunwong, A., Boontong, T., Sindhu, S., and Nilchaikovit, T. (2002). Self-regaining from los of self: A substantive theory of recovering from depression of middle-aged Thai women. *Thai Journal of Nursing Research*, 6(4), 186-199.

Seeherunwong, A. and Chantarujikapong, S. (2007). Development and Psychometric Testing of Depression Women's Self-regaining. *Thai Journal of Nursing Research*, 11(2), 73-86.

Schreiber, R. (1996). (Re)Defining myself : Women's process of recovery from depression. *Qualitative Health Research.* 6(4), 469-491.

_____. (1996). Understanding and helping depressed women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(3), 165-175.

Skärsäter, I., Dencker, K. and Argen, H. (1999). The Experience of Social Support in Patients Suffering From Treatment-Refractory Depression-A Pilot Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(2), 89-96.

Skärsater, I., Dencker, K., Bergbom, I., Häggström, L. & Fridlund, B. (2003a). Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 24 (4), 419-439.

Skärsäter, I., Dencker, K., Häggström, L. & Fridlund, B. (2003b). A salutogenetic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2), 153-162.

Skärsäter, I., Langius, A., Argen, H., Häggström, L., and Dencker K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression : A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 258-264.

Staring, A.B.P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H.J. & Mulder, C.L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research,* 115(2-3), 363-369.

Stewart, M.J. (1993). *Integrating social support in nursing*. London. Sage publication, Inc.

Sturman, E.D. and Sproule, B.A. (2003). Toward the development of a Mood Disorder Insight Scale : modification of Birchwood's Insight Scale. *Journal of Affective Disorder, 77, 21-30.*

Copyright by Mahidol University

Suija, K., Aluoja, A., Kalda, R. and Maaroos, H.I. (2011). Factors associated with recurrent depression: a prospective study in family practice. *Family Practice*, 28, 22-28.

Suwannurak, S.(2004). *The relationship of personal factors, self-esteem and social support to depression in high-risk pregnancy women in siriraj hospital.* Thesis (M.Sc. Clinical Psychology), Mahidol University, Thailand.

Swickert, R., Hittner, J.B., Kitos, N. & Fuenzalida, L. (2004). Direct or indirect, that is the question: a re-evaluation of extraversion's influence on self-esteem. *Personality and Individual Differences,* 36, 207-217.

Tang, T. N. and Tang, C.S.(2001). Gender role internalization, multiple roles and Chinese women's mental health. *Psychology of Women Quarterly,* 25(1), 181-96.

Tuma, T. A. (2000). Outcome of hospital-treated depression at 4.5 years: An elderly and a younger adult Cohort compared. *British Journal of Psychiatry,* 176, 224-228.

Vongsirimas, N. (2008). The Relationship among Depressive symptom severity in Mothers, Gender difference and Depressive symptoms in Thai Adolescent: The Mediating role of Life Stress, Social support and Self-Esteem. Doctoral Dissertation, Mahidol University, Thailand.

Unsworth, E. (1999). *Perspectives on the process of recovery from depression by older adult client: A Grounded theory study*. Master' thesis. The University of British Columbia, Columbia.

Weiss, R. (1974). The provision of social relationship. In R.Zick (Ed), *Doing unto others*. Englewood cliffs, N.J: Prentice Hail.

Weich, S., Sloggett, A. & Lewis, G. (1998). Social role and gender difference in in the prevalence of common mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N. and Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 7,* 161-166.

World Health Organization. (2008). *Depression.* Retrieved August, 5, 2011, from http:// www. who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

World Health Organization. (2008). *Part 4 : Burden of disease: DALYs.* Retrieved July 27, 2012, from www.who.int/.../GBD_report_2004update_part4.pdf.

Copyright by Mahidol University

World Health Organization. (2009*). Chapter 5 : Adult women. Women and health : today's evidence tomorrow's agenda?*. Retrieved July 27, 2011, from http://www.who.int/ gender/documents/ 9789241563857/en/index.html

World Health Organization. (2010). ICD-10 Version:2010. Retrieved May 27, 2012, from www.who.int/ classifications/icd10

World Health Organization. (2011). *Depression : What is Depression?*. Retrieved July 27, 2011, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index .html

Vezmalaei, H.A., Jolfaei, A.G. & Shabani, A. (2012). Mood disorder insight scale: Validation of Persian version. *Journal of Research in Medical Sciences.* 17(2), 186-189.

Yen, C.F., Chen, C.C., Lee, Y., Tang, T.C., Ko, C.H. and Yen, J.Y. (2005). Insight and correlate among outpatients with depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 46, 384-389.

_____. (2009). Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depression and Anxiety.* 26(11), 1033-1039.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. and Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment,* 52(1), 30-41.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

COA No. 618/2012
IRB No. 388/55

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเอง กับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนันทภัค ชนะพันธ์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย Version 2.0 Date 3 September 2012
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Date 3 September 2012
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 3 September 2012
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 3 September 2012
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล Version 2.0 Date 3 September 2012

ลงนาม ..... ลงนาม.....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อภิชัย วสุรัตน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 6 กันยายน 2555

วันหมดอายุ : 5 กันยายน 2556

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

Copyright by Mahidol University

COA No. 618/2012
IRB No. 388/55

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : Relationship between social support, insight and self-regaining of women with major depressive disorder.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Nantapuk Chanapan

Study Center : Faculty of Nursing, Mahidal University

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Protocol Version 2.0 Date 3 September 2012
2. Protocol Synopsis Version 2.0 Date 3 September 2012
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 3 September 2012
4. Consent Form Version 2.0 Date 3 September 2012
5. Instruments used to collect data Version 2.0 Date 3 September 2012

Signature:..... **Signature:**.....
(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) **(Assistant Professor Apichai Vasuratna MD)**
Chairperson **Member and Assistant Secretary**
The Institutional Review Board **The Institutional Review Board**

Date of Approval : September 6, 2012

Approval Expire Date : September 5, 2013

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 04-10/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

1

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเอง กับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

ผู้สนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อผู้ทำวิจัย นางสาวนันทภัค ชนะพันธ์
ที่อยู่ 1873 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ 082-345-4330
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์
ที่อยู่ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เบอร์โทรศัพท์ 02-4197468 – 80 ต่อ 1708 หรือ 084-001-8972

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หญิง ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และได้รับการรักษาด้วยยามาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

<u>เหตุผลความเป็นมา</u>

การหายขาดเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญที่บุคคลกรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาให้ความสนใจ เพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการคืนความสำคัญให้ตนเองเป็นแนวคิดที่ค้นพบในสตรีที่ฟื้นหายจากอาการของโรคซึมเศร้าในลักษณะของสังคมไทย ซึ่งยังไม่มีการศึกษาก่อนหน้านี้ถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการคืนความสำคัญให้ตนเอง และเพื่อเพิ่มความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากโรคซึมเศร้า นำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

<u>วัตถุประสงค์ของการศึกษา</u>

เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า ซึ่งจะมีจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 69 คน โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ประมาณ 40 คน

<u>วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย</u>

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ ผู้วิจัยอธิบายให้ท่านเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด มีทั้งหมด 5 ชุดโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจัดตามลำดับดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 18 ข้อ โดยจะมีส่วนที่ให้ท่านเป็นผู้ตอบ ตั้งแต่ข้อ 1-10 และส่วนที่ผู้วิจัย

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 388 / 55
Date of Approval 6 ก.ค. 2555

Copyright by Mahidol University

บันทึกจากแฟ้มประวัติของท่าน ตั้งแต่ข้อ 11-18 ชุดที่ 2 แบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินอาการซึมเศร้าของท่าน จำนวน 17 ข้อ ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรู้จักตนเองของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอบถามแล้วให้ท่านตอบแบบสอบถามตามทีละข้อ จำนวน 8 ข้อ ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมให้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 12 ข้อ และแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง ให้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 28 ข้อ โดยจะใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที อย่างไรก็ตามท่านสามารถที่จะไม่ตอบข้อความใดๆที่ท่านไม่ต้องการตอบได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด ทั้งปัจจุบันและอนาคต

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การศึกษาวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ และการใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาเท่านั้น ไม่มีการจัดกระทำทางการพยาบาลใดๆ แก่ผู้ป่วย นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามในระหว่างการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างอาจรู้สึกไม่สบายใจ เครียดและอึดอัด ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างหยุดพักจนกว่าจะสบายใจ และจะสอบถามความสมัครใจตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ต่อ หากยังไม่พร้อมหรือไม่ยินดีที่จะตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย หรือระหว่างเก็บข้อมูลถ้าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้นหรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลทราบทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป และถือว่าเป็นการยุติการวิจัยครั้งนี้ทันที

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 388/55
Date of Approval 5 ต.ค. 2555

Copyright by Mahidol University

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ในขณะทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลให้ผู้ป่วยหายจากโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลของท่านและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายอื่นๆ ได้ในอนาคต

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรู้จักตนเองของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบวัดการคืนความสำคัญให้กับตนเอง สำหรับผู้วิจัยจะประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของท่าน และมีการรวบรวมข้อมูลทั่วไปจากแฟ้มประวัติและบันทึกประวัติการรักษาและการใช้ยาที่ท่านได้รับไว้เท่านั้น

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวนันทภัค ชนะพันธ์ ตามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ตอนต้นของเอกสารได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เพิ่มเติม

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด และในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนในเรื่องค่าเสียเวลา ความไม่สะดวก ไม่สบายให้แก่ท่าน

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวนันทภัค ชนะพันธ์ เลขที่ 1873 วิทยาลัยพยาบาล

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 388/55
Date of Approval 9 ก.ย. 2555

Copyright by Mahidol University

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 04-10/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

4

สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถถอนกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

<u>สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 388 / 55
Date of Approval. 5 ก.ค. 2555

Version 2.0 Dated 3 September 2012

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**	**AF 05-10/4.0** **เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย**

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเอง กับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่ .....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

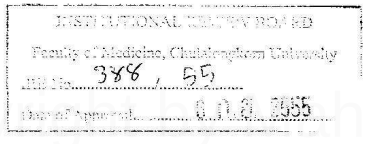
ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต เท่านั้น



Copyright © by Chulalongkorn University

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 05-10/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

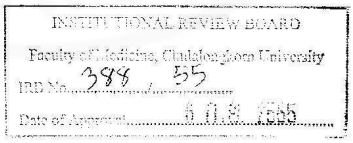
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง
เครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION
3. แบบสอบถามการรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน
4. แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ
5. แบบวัดการคืนความสำคัญให้ตนเอง

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจ้ง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงข้อมูลส่วนบุคคลของท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ศาสนา
   ☐ พุทธ ☐ คริสต์
   ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ
   .....
4. สถานภาพสมรส
   ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย
   ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ ระบุ
   .....
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
   .....
   …
   …
   …

18. ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว
    ☐ ไม่มี ☐ มี ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 2 แบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION (THAI VERSION) 17 items

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)

0 ไม่มี

1 จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น

2 บอกภาวะความรู้สึกนออกมาเอง

3 สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และมักร้องไห้

4 ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเองและภาษากาย

2. ความรู้สึกผิด

0 ไม่มี

1 ติเตียนตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ

2 รู้สึกผิดหรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต

3 ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ มีอาการหลงผิดว่าตนผิด

4 ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประนาม และ/หรือเห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

3. การฆ่าตัวตาย

0 ไม่มี

1 รู้สึกชีวิตไร่ค่า

2 คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง

3 มีความคิดหรือท่าทีจะฆ่าตัวตาย

4 พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใด ๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)

....

....

17. อาการหยั่งเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง

0 ตระหนักวาตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย

1 ตระหนักวากำลังเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับอาหารที่ไม่มีคุณค่า ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2 ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

3 มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรง

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรู้จักตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน

ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามให้แก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ ตอบคำถามว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือไม่แน่ใจ โดยเขียนเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือก

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ฉันมีสุขภาพจิตดี ➢ ถ้าตอบว่า “ไม่เห็นด้วยหรือไม่แน่ใจ” โปรดตอบต่อข้อ 1ก	☐	☐	☐
1ก. ฉันมีสุขภาพจิตดีอยู่เสมอ	☐	☐	☐
2. ตอนนี้ฉันรู้สึกมีอาการหรือปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ➢ ถ้าตอบว่า “ไม่เห็นด้วยหรือไม่แน่ใจ” โปรดตอบต่อข้อ 2ก	☐	☐	☐
2ก. ฉันเคยมีอาการหรือปัญหาทางอารมณ์	☐	☐	☐ ถ้าตอบไม่เห็นด้วยให้ข้ามไปทำที่ข้อ 5
<u>สำหรับข้อ1 และข้อ 2 ปัจจุบันยังมีอาการอยู่</u> ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่			
.....			
.....			
8ก. การเข้าพักรักษาตัวของฉันในโรงพยาบาลมีความจำเป็น	☐	☐	☐

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 4 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

(แปลจาก Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1998 โดยพิทักษ์พล บุณยมาลิก, 2005)

คำชี้แจง : กรุณาอ่านคำถามอย่างละเอียด เสร็จแล้วระบุว่าคุณรู้สึกอย่างไรต่อข้อความแต่ละข้อความที่แสดงข้างล่างนี้ในการตอบคำถาม ให้วงกลมรอบเครื่องหมายเลขที่ตรงกับความเห็นของคุณมากที่สุด

ทำเครื่องหมายวงกลมที่เลข 1 หากคุณรู้สึก ไม่เห็นด้วยที่สุด

ทำเครื่องหมายวงกลมที่เลข 2 หากคุณรู้สึก ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

ทำเครื่องหมายวงกลมที่เลข 3 หากคุณรู้สึก ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย

ทำเครื่องหมายวงกลมที่เลข 4 หากคุณรู้สึก ไม่เห็นด้วยเป็นกลาง

ทำเครื่องหมายวงกลมที่เลข 5 หากคุณรู้สึก เห็นด้วยเล็กน้อย

ทำเครื่องหมายวงกลมที่เลข 6 หากคุณรู้สึก เห็นด้วยอย่างมาก

ทำเครื่องหมายวงกลมที่เลข 7 หากคุณรู้สึก เห็นด้วยที่สุด

ข้อความ	หมายเลข						
1. ฉันมีคนพิเศษที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อยามที่ฉันต้องการ	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
2. ฉันมีคนพิเศษที่ฉันสามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์ได้	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
3. ครอบครัวของฉันพยายามอย่างจริงจังที่จะช่วยฉัน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
….							
….							
12. ฉันสามารถพูดปัญหาของฉันกับเพื่อนของฉันได้	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

Copyright by Mahidol University

ชุดที่ 5 แบบวัดการคืนความสำคัญให้ตนเอง

(Depressed Women' Self-Regaining Scale)

(โดยอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และ สุนันทา ฉันทรุจิกพงศ์)

แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของท่านในขณะนี้ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อความว่าสอดคล้องกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในขณะนี้ของท่านมากน้อยเพียงใด

ถ้าสอดคล้องกับท่านมากที่สุด ให้ทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบเลข 5
ถ้าสอดคล้องกับท่านมาก ให้ทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบเลข 4
ถ้าสอดคล้องกับท่านปานกลาง ให้ทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบเลข 3
ถ้าสอดคล้องกับท่านเล็กน้อย ให้ทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบเลข 2
ถ้าไม่สอดคล้องกับท่านเลย ให้ทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบเลข 1

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
1. ฉันพบว่าฉันมีสิ่งดีๆในตัวฉัน	5	4	3	2	1
2. ฉันรู้สึกรักและห่วงใยตัวเอง	5	4	3	2	1
3. ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า	5	4	3	2	1
4. ฉันตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองใหม่	5	4	3	2	1
5. ฉันพบว่าไม่มีใครรักเราเท่าตัวเราเอง	5	4	3	2	1
….					
….					
28. ฉันรู้ว่าถ้าเราไม่เปลี่ยนแปลงตัวเองใหม่อนาคตคงไม่มีอะไรดีขึ้นกว่านี้	5	4	3	2	1

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก จ
หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

RE: Permission to use a Mood Disorders Insight Scale

From: **Beth Sproule** (Beth_Sproule@camh.net)
Sent: Thursday, January 12, 2012 2:02:21 AM
To: nantapuk chanapan (kwan_nsmu@hotmail.com)

Hello Nantapak Chanapan,

Yes, you are welcome to use the Mood Disorders Insight Scale for your Master's program.

Wishing you all the best in your academic pursuits.

Regards,

Beth Sproule

Beth Sproule, RPh, BScPhm, PharmD.

Clinician Scientist / Advanced Practice Pharmacist

Centre for Addiction and Mental Health

Assistant Professor, Leslie Dan Faculty of Pharmacy and Dept. of Psychiatry

University of Toronto

Tel: 416-535-8501 x6501

Fax: 416-595-6606

33 Russell Street

Toronto, ON

M5S 2S1

From: nantapuk chanapan [kwan_nsmu@hotmail.com]
Sent: January 11, 2012 12:14 PM
To: Beth Sproule; estur001@plattsburgh.edu
Subject: RE: Permission to use a Mood Disorders Insight Scale

Copyright by Mahidol University

Re: Permission to use a Mood Disorders Insight Scale

From: **Edward Sturman** (sturman.edward@gmail.com)
Sent: Thursday, January 12, 2012 12:26:49 AM
To: nantapuk chanapan (kwan_nsmu@hotmail.com)
1 attachment
Mood Disorders Insight Scale.pdf (135.2 KB)

Hi Nantapak,
No problem. I made the scale public so anyone can use it. I have attached the paper. You can find the scale in the appendix. Good luck with your research,
Eddy

2012/1/11 nantapuk chanapan <kwan_nsmu@hotmail.com>

> Dear Dr. Sturmana D. and Assist.Prof. Sproule A.,
>
> Would you be allow me to use the mood disorders insight scale? I need your scale for my thesis.
> Thank you in advance for your consideration.
>
> Best regards,
> Nantapak Chanapan
>
> Student of a master degree program in mental health and psychiatric nursing at the Faculty of Nursing, Mahidol
> University, Bangkok, Thailand.
>
> ---
>
> From: kwan_nsmu@hotmail.com
> To: beth_sproule@camh.net
> Subject: Permission to use a Mood Disorders Insight Scale
> Date: Thu, 5 Jan 2012 17:41:09 +0700
>
> Dear Professor Sturmana D. and Sproule A.,
>
> My name is Nantapuk Chanapan. I am studying in a master degree program in mental health and psychiatric nursing at the Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
>
> I am interested in conducting a research entitled "Toward the development of a Mood Disorders Insight Scale: modification of Birchwood's Psychosis Insight Scale".
>
> I found a Mood Disorders Insight Scale for Mood disorder which is suitable for my research. I therefore would like to ask you to give me permission to use this scale to assess a Insight Scale for major depressive disorder patients in my thesis.
>
> I then will back-translate the scale into Thai and test its psychometric property.The results would be reported to you once the thesis has been finished.

Copyright by Mahidol University

RE: Permission to use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

From: **Zimet, Gregory D** (gzimet@iu.edu)
Sent: Tuesday, July 10, 2012 11:49:17 PM
To: 'nantapuk chanapan' (kwan_nsmu@hotmail.com)
3 attachments
MSPSS References.doc (41.0 KB) , MSPSS.doc (33.5 KB) , MSPSS - Thai Jul10,2009.pdf (53.8 KB)

Dear Nantapak Chanapan,

You have my permission to use the MSPSS in your research. I have attached a copy of the scale and a document listing several papers that have reported on the psychometric properties of the MSPSS. Also attached is a Thai translation of the MSPSS carried out by Tinakon Wongpakaran, M.D., who is Associate Professor in the Department of Psychiatry at Chiang Mai University (tinakon@gmail.com).

I hope your research goes well.

Sincerely,

Greg Zimet

Gregory D. Zimet, PhD

Professor of Pediatrics & Clinical Psychology

Section of Adolescent Medicine

Indiana University School of Medicine

Health Information & Translational Sciences

410 W. 10th Street, HS 1001

Indianapolis, IN 46202

USA

Copyright by Mahidol University

Re: เรื่องเครื่องมือแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimentional Scale of Perceived Social Support:MSPSS)

From: **Pitakpol Boonyamalik** (pitakpolb@hotmail.com)
Sent: Friday, February 17, 2012 6:43:14 PM
To: nantapuk chanapan (kwan_nsmu@hotmail.com)

ใช้ได้เลยครับ

พิทักษ์พล

Sent from my iPad

Pitakpol Boonyamalik, MD, PhD, MBA

On Feb 17, 2012, at 4:16 PM, "nantapuk chanapan" <kwan_nsmu@hotmail.com> wrote:

> สวัสดีค่ะ คุณหมอพิทักษ์พล บุณยมาลิก
>
> ดิฉัน น.ส.นันทภัค ชนะพันธ์ นศ. ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะขอรบกวนสอบถามคุณหมอเรื่องเครื่องมือแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimentional Scale of Perceived Social Support:MSPSS) เพื่อจะขออนุญาตใช้เครื่องมือที่คุณหมอได้ทำการแปลมาเป็นฉบับภาษาไทยมาใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ค่ะ และดิฉันต้องดำเนินการอย่างไรบ้างค่ะเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือจากคุณหมอค่ะ
>
> ขอขอบพระคุณด้วยความเคารพอย่างสูง
> นันทภัค ชนะพันธ์
> นศ. ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวนันทภัค ชนะพันธ์
วัน เดือน ปี เกิด	14 กรกฎาคม 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ.2552 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 1873 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10330 โทรศัพท์ 082-3454330 E-mail : kwan_nsmu@hotmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	อาจารย์ระดับ 3 ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

Copyright by Mahidol University