

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO ANHEDONIA AMONG PERSONS WITH MAJOR
DEPRESSIVE DISORDER, SOUTHERN REGION



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

วนิดา อาแว : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้ (SELECTED FACTORS RELATED TO ANHEDONIA AMONG PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, SOUTHERN REGION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, 170 หน้า.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 20 -59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า สามารถฟัง พูดภาษาไทยได้ ร่วมมือดี ยินยอมในการให้ข้อมูล และไม่มีอาการทางจิต รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคใต้ โดยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 144 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดอาการย้ำคิดย้ำทำ 3) แบบวัดภาวะซึมเศร้า 4) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม 5) แบบวัดความวิตกกังวล 6) แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิต และ 7) แบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรแอลฟาครอนบาค พบค่า ความเที่ยงของแบบสอบถาม ชุดที่ 2, 3, 4, 5 และ 7 เท่ากับ 0.98, 0.94, 0.85, 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิตหาค่าความเที่ยงภายนอกโดยวิธีการวัดซ้ำ พบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ผลวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีภาวะสิ้นยินดี คิดเป็นร้อยละ 62.5 ($x = 3.52$, S.D. = 1.03)
2. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .163$)
3. ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .382$, $r_{pb} = .444$, $r_{pb} = .294$, $r_{pb} = .294$ ตามลำดับ)
4. การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = -.470$)
5. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877195636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ANHEDONIA / PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

WANIDA AWAE: SELECTED FACTORS RELATED TO ANHEDONIA AMONG PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, SOUTHERN REGION. ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEKORN UPASEN, Ph.D., 170 pp.

The purposes of this research were to examine level of anhedonia of persons with major depressive disorder and to study the relationship between gender, age, obsessive-compulsive symptoms, depression, social functioning, anxiety, stressfull life event and anhedonia among persons with major depressive disorder. The samples were 144 MDD patients, randomly selected by purposive sampling technique. The research instruments were: 1) personal factor 2) obsessive-compulsive symptoms 3) depression 4) anxiety 5) life event stress 6) social functioning and 7) Temporal experience of pleasure scale (TEPS). All instruments were verified for Content Validity Index by five experts and reliability $>.80$ (0.98, 0.94, 0.85, 0.95, 0.83, 0.92). Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square and Point Biserial Correlation.

1. Participants had the anhedonia about 62.5% ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = 1.03)
2. Age was significant correlation with anhedonia ($r_{pb} = .163$)
3. Obsessive-compulsive symptom, depression, anxiety and life event stress were positively significant correlation with anhedonia ($r_{pb} = .382$, $r_{pb} = .444$, $r_{pb} = .294$, $r_{pb} = .294$ respectively)
4. social functioning was negatively significant correlation with anhedonia ($r_{pb} = -.470$)
5. gender was not related to anhedonia among persons with Major Depressive disorder.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะและ ความรู้ที่มีคุณค่า ตลอดจนเสียสละเวลา ส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ และ รู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาของอาจารย์ อย่างหาที่เปรียบไม่ได้ ขอขอบพระคุณอาจารย์เป็น อย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบ และ อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์ และมีคุณค่า สนับสนุน เสียสละเวลา และให้กำลังใจ และขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ที่มีคุณค่า ส่งเสริม ชี้แนะรวมถึงเป็นกำลังใจ ให้ เสมอมา และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่เมตตา ช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือให้ คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่ ดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ เจ้าของเครื่องมือทุกท่านที่กรุณาให้ได้นำเครื่องมือทุกฉบับมาใช้ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมทุก โรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข จนสามารถ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ในโอกาสนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ในแผนกทุกท่าน โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกจนเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่เป็น กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ดูแล ห่วงใย ในการศึกษาวิจัยรวมถึงให้โอกาสและสนับสนุนเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้สติปัญญา ให้ความอดทน และเอาใจใส่ในทุก เวลา รวมถึงให้กำลังใจ สนับสนุนในการทำวิจัย และขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่เป็น กำลังใจที่ดีเสมอ ช่วยเหลือ ดูแล มอบความรักและความห่วงใยให้เป็นอย่างดีที่สุด

คุณค่าและประโยชน์จากงานวิจัยนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และครอบครัว ผู้มอบ ความรู้ ความรัก และมอบแด่ผู้ป่วยทุกท่าน ขอให้สมบุญณ์ แข็งแรงทั้งสุขภาพกายและจิตใจ

สารบัญ

| | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------------|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญแผนภาพ..... | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| คำถามการวิจัย..... | 6 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 7 |
| แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย..... | 7 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 11 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 11 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย..... | 11 |
| ประโยชน์ที่ได้รับ..... | 13 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 14 |
| 1. บริบทและสถานการณ์ปัญหาโรคซึมเศร้าในพื้นที่ภาคใต้..... | 15 |
| 2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า..... | 16 |
| 3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสั่นยินดี (Anhedonia)..... | 27 |
| 4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า..... | 34 |
| 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 59 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย..... | 61 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 61 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 62 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 70 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 75 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 77 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 77 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย..... | 79 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 87 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 90 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 92 |
| ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย..... | 100 |
| ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย | 101 |
| รายการอ้างอิง | 102 |
| ภาคผนวก..... | 124 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ | 125 |
| ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย.. | 132 |
| ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย | 137 |
| ภาคผนวก ง เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย | 154 |
| ภาคผนวก จ เอกสารขออนุญาตพิจารณาจริยธรรม และผลการพิจารณาจริยธรรม | 160 |
| ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 165 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 170 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ตารางที่ 1 แสดงความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล | 72 |
| ตารางที่ 2 การแก้ไขข้อคำถามของแบบวัดอาการย้ำคิดย้ำทำ ฉบับภาษาไทย | 72 |
| ตารางที่ 3 การแก้ไขข้อคำถามของแบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS)..... | 73 |
| ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล | 74 |
| ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล | 80 |
| ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล | 81 |
| ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ (n = 144)..... | 82 |
| ตารางที่ 8 แสดงจำนวน และร้อยละ ของภาวะซึมเศร้า (n = 144) | 83 |
| ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละ ของการทำหน้าที่ทางสังคม (n = 144)..... | 83 |
| ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละ ของความวิตกกังวล (n = 144)..... | 84 |
| ตารางที่ 11 แสดงจำนวน และร้อยละ ของเหตุการณ์เครียดในชีวิต (n = 144)..... | 84 |
| ตารางที่ 12 แสดงจำนวน และร้อยละ ของภาวะสิ้นยินดี (n = 144) | 85 |
| ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า | 85 |
| ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า | 86 |

สารบัญแผนภาพ

| | หน้า |
|-----------------------------------------------------------|------|
| แผนภาพที่ 1 กระบวนการเกิดภาวะสิ้นยินดี (klein, 1974)..... | 30 |
| แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย | 60 |



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้าระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับธนาคารโลก (World Bank) และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School Of Public Health) พบว่า โรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ.1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ.2020 ซึ่งรองมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 350 ล้านคน มีอัตราความชุก อยู่ระหว่าง ร้อยละ 5.9 -10.8 (Ferrari et al., 2013) สำหรับประเทศไทย โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 4 ผลการเปรียบเทียบภาระโรคและการบาดเจ็บใน 135 ประเภทพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จากข้อมูลของศูนย์โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต รายงานว่า ปี พ.ศ.2557 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 2.7 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มเป็นร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ.2559 และพบในหญิง มากกว่าชาย (กรมสุขภาพจิต, 2552) โดยกลุ่มอาการของโรคซึมเศร้าจะรบกวนจิตใจของผู้ป่วยอย่างมากและสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ยาเสพติด อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

ในสถานการณ์วิกฤตของประเทศไทยในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นวิกฤตที่เกิดจากภัยธรรมชาติ เช่น การเกิดปัญหา อุทกภัยรุนแรงทั่วประเทศ ปัญหาวิกฤตทางการเมือง วิกฤตเศรษฐกิจ รวมไปถึงสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นต้น ได้สร้างความเสียหายทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมของประเทศชาติประชาชนได้รับความเดือดร้อนทั้งชีวิต ทรัพย์สิน บ้านเรือน พืชสวนไร่นา ส่งผลให้ประชาชนเกิดปัญหาสุขภาพจิต บางรายประสบกับภาวะวิกฤตสุขภาพจิตอย่างรุนแรงถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย และทำร้ายผู้อื่น จากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติโดยรวม (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2554) จึงจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้นทุกปีในประเทศไทยโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการสำรวจประชากรประจำปี 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั่วทุกภาคในประเทศไทย พบว่า ภาคอีสานเป็นภาคที่มีอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงที่สุดในประเทศไทย จำนวน 279,723 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.53 แต่ในขณะเดียวกันภาคอื่นๆ ก็มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากทุกปี

เช่นเดียวกัน ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในระดับประเทศ (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2559)

ภาคใต้ เป็นพื้นที่หนึ่งที่ประสบภาวะวิกฤตภัยพิบัติธรรมชาติ เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีลักษณะเป็นคาบสมุทรที่ทอดตัวยาวในแนวเหนือ-ใต้ และตั้งอยู่ใกล้ชิดกับเส้นศูนย์มากกว่าภูมิภาคใดๆของ ไทย นอกจากนี้ ยังมีมหาสมุทรขนานอยู่ทั้งสองข้าง ภูมิอากาศของภาคใต้จึงมีความแปรปรวนสูงจากอิทธิพลของทะเลทั้งอ่าวไทย และมหาสมุทรอินเดีย ตลอดจนอิทธิพลจากกระแสลม ด้วยเหตุดังกล่าว จึงทำให้พื้นที่ภาคใต้จึงมีฝนที่ตกชุก และมีพายุลมแรงตลอดทั้งปี ตลอดจนมีความชื้นสัมพัทธ์ในอากาศสูง (เกรียงไกร เกิดศิริ และคณะ, 2556) โดยภาวะวิกฤตทางธรรมชาติที่รุนแรงในภาคใต้ที่ผ่านมา ได้แก่ เหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ เมื่อประมาณปลายปี พ.ศ. 2547 เหตุการณ์ดินถล่มในเขตพื้นที่ภาคใต้ครั้งใหญ่ เมื่อปี พ.ศ. 2554 รวมทั้งปัญหาอุทกภัยครั้งใหญ่ในปี พ.ศ.2554 และ พ.ศ. 2560 ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของประชาชนในหลายพื้นที่ทางภาคใต้ โดยจากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตผู้ประสบอุทกภัยและดินถล่มในภาคใต้ ปี พ.ศ. 2554 พบว่า ตลอดช่วง เวลา 10 วัน มีจำนวนผู้ป่วยด้วยภาวะเครียด ซึมเศร้า และอยากฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจำนวน 331 ราย คิดเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่าจากวันแรก และผู้ที่อยู่ในสภาวะอยากฆ่าตัวตายมีจำนวนมากถึง 115 คน หรือคิดเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าจากวันแรก (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2554)

นอกจากภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ภาคใต้แล้ว ยังมีภัยพิบัติที่เกิดจากน้ำมือมนุษย์ซึ่งเกิดขึ้นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และบางพื้นที่ในจังหวัดสงขลา ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน สถิติจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ตั้งแต่ปี 2547-2558 เกิดเหตุการณ์ทั้งสิ้น 15,374 เหตุการณ์ ผู้เสียชีวิตในรอบ 12 ปี มีทั้งสิ้น 6,543 ราย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ในรอบ 12 ปี มีทั้งสิ้น 11,919 ราย (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2559) สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน รวมทั้งความปลอดภัยในพื้นที่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้สร้างความหวาดระแวง และทำให้ประชาชนในพื้นที่ขาดความสุขในการดำเนินชีวิตดำเนินชีวิตประจำวัน ความรุนแรงรายวันที่เกิดขึ้น ทำให้พื้นที่นี้กลายเป็นพื้นที่เฝ้าระวังพิเศษ ของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับโรคที่เกี่ยวกับจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

จากสถานการณ์ดังกล่าวที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ภาคใต้ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า จากการสำรวจสถานการณ์โรคซึมเศร้า โดยสำรวจประชากรประจำปี 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า จำนวนผู้ป่วยสะสมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 63,522 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 91,835 รายในปี พ.ศ. 2559 (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2559) สอดคล้องกับข้อมูลสำรวจโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัด

กรมสุขภาพจิตในเขตภาคใต้ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 20 – 59 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2558 จำนวน 1,179 ราย เป็น 1,470 ราย ในปี พ.ศ. 2559 (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560) สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 20 – 59 ปีแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ในปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนผู้ป่วย 998 ราย และเพิ่มเป็น 1,035 ราย ในปี พ.ศ. 2559 (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่สำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือมีภาวะสิ้นยินดี รับประทานอาหารได้น้อยส่งผลต่อน้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง สมาธิและการตัดสินใจแย่งลง รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า เก็บตัวไม่พูดคุยกับใคร มีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียในครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป จากแนวทางการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามหลัก ICD- 10 (International classification of Diseases and health-related problems) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ (1) อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทั้งวัน (2) มีภาวะสิ้นยินดี หรือความสนใจสิ่งต่างๆลดลงมาก ไม่รู้สึกสนุกสนาน โดยเป็นเกือบทั้งวัน และ(3) พลังกำลังกายลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งจะเห็นได้ว่าภาวะสิ้นยินดี เป็นสภาวะหนึ่งที่สำคัญ และถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าด้วย และมีการศึกษาพบว่า ภาวะสิ้นยินดีถือเป็นลักษณะหนึ่งที่สำคัญของโรคซึมเศร้า ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น และนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด (Oei, 1990)

ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง การไม่ตอบสนองของอารมณ์ต่อประสบการณ์ความพึงพอใจของบุคคล ทำให้ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพอใจ โดยความพึงพอใจลดลงทั้งในกิจกรรมปกติ และกิจกรรมในอนาคต (D. F. Klein, 1974) ภาวะสิ้นยินดีเป็นอาการหลัก และใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และในขณะเดียวกันสามารถพบภาวะนี้ได้โรครจิตเภท โดยเป็นลักษณะของอาการทางลบ นอกจากนี้ยังสามารถพบได้ในโรคทางจิตเวชอื่นๆ อีกด้วย (APA, 2000) มีการศึกษาพบว่า ภาวะสิ้นยินดี มีความชุกและระดับความรุนแรงสูงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท (Joiner, Brown, & Metalsky, 2003) ภาวะนี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก สำหรับประเทศไทย สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ (2557) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดีเป็นภาวะหนึ่งใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะแสดงความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลงมีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมต่างๆที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจเหมือนเดิมประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ความรู้สึกทางเพศจะลดลง หรือไม่มีเลย และจาก

การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย และขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ สูงถึงร้อยละ 48.5 (ธรรณิทร์ กองสุข, 2558) และการศึกษาภาวะสิ้นยินดีในต่างประเทศ มีการศึกษาความชุกทั้งผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในและนอก พบว่า ภาวะสิ้นยินดีจะพบในผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าแถบยุโรป พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะสิ้นยินดีอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 86.2 (Llorca, 2015) และจากการศึกษาของ Franken, Rassin, and Muris (2007) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไป ประเทศเนเธอร์แลนด์ ปี ค.ศ.2007 มีภาวะสิ้นยินดีสูงถึง ร้อยละ 75 นอกจากนี้มีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสิ้นยินดีกับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของ Gourion (2015) พบว่า ภาวะสิ้นยินดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม นอกจากนี้ Winer et al. (2014) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสิ้นยินดีกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 645 ราย และโรคทางจิตอื่นๆ 570 ราย พบว่า ระดับภาวะสิ้นยินดี มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายระดับความคิดฆ่าตัวตายได้ การศึกษาข้างต้นทำให้เห็นว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะพบภาวะสิ้นยินดีในอัตราที่สูง และภาวะนี้ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต จึงสามารถกล่าวได้ว่าภาวะสิ้นยินดีเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงระดับวิทยาของภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้น การศึกษาเพื่อหาความชุกในแต่ละพื้นที่นั้นจะช่วยให้จะทำให้ทราบข้อมูลและปัญหาของพื้นที่นั้น สามารถนำไปวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงภาวะสิ้นยินดีให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่ต่อไป และเนื่องจากสถานการณ์โรคซึมเศร้าในภาคใต้มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของปัญหานี้ และสนใจทำการศึกษาสถานการณ์ของภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคใต้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ใน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของภาคใต้ต่อไป

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประสาทวิทยา (Berridge & Robinson, 1998; Knutson, Adams, Fong, & Hommer, 2001) ปัจจัยด้านจิตพยาธิวิทยา (Gard, 2000) และปัจจัยด้านจิตสังคม (Gilbert & Wilson, 2000) ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยสาเหตุตามแนวคิดของ Klein (1974) ซึ่งได้อธิบายว่า ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดจากกลไกแห่งความสุข ทำให้ไม่สามารถตอบสนองสิ่งกระตุ้นต่างๆได้อย่างเหมาะสม โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสิ้นยินดีตามแนวคิดของ Klein (1974) ได้แก่ *ปัจจัยด้านอายุ* โดยกล่าวว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี จะพบภาวะสิ้นยินดีในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไป *ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ* กล่าวว่า บุคลิกภาพเป็นปัจจัยกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีได้ โดยเฉพาะบุคลิกภาพแบบย่ำคิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดซ้ำๆ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ความรุนแรงของอาการย่ำคิดทำให้ภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้น

ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติของอารมณ์ที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท ในสมอง ที่ส่งผลให้ความพึงพอใจ และความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง หรือเกิดภาวะสิ้นยินดีในที่สุด ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรตามแนวคิดของ Klein ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ในการคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ **ตัวแปรเพศ** จากการศึกษาของ Hanley (2007) และ Liverant et al. (2014) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสิ้นยินดีมากกว่าเพศ ชาย ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ **อายุ** โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากจะพบภาวะสิ้นยินดีสูง (Clarke, Smith, Dowe, & McKenzie, 2003; Liu et al., 2016) **ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ** พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้น ยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Abramovitch, Pizzagalli, Reuman, & Wilhelm, 2014) **ภาวะซึมเศร้า** โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น (Amr & Volpe, 2013; Gourion, Vinckier, & Mouchabac, 2015; Joiner, Brown, & Metalsky, 2003) **ความวิตกกังวล** พบว่า ผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลสูงจะพบระดับภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้นเช่นเดียวกัน (Oei et al., 1990) **เหตุการณ์เครียดในชีวิต** พบว่า ระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่สูงขึ้น สามารถทำนาย ระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Hundt et al., 2007) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ **การทำหน้าที่ทางสังคม** โดยพบว่า การสูญเสียความสามารถในการทำ หน้าที่ทางสังคมในระดับที่สูง มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้นในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าเช่นเดียวกัน (Clark et al., 2003 ; Vinckier, Gourion, & Mouchabac, 2017)

จะเห็นได้ว่าภาวะสิ้นยินดี ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียความสามารถในการทำ หน้าที่ทางสังคม อันได้แก่ การประกอบกิจวัตรประจำวัน การแสดงบทบาททางสังคมทั้งในด้านการ ทำงาน และการสื่อสาร รวมถึงการมีสมาธิและความพยายามในการทำงานให้สำเร็จ ไปจนถึงการ ปรับตัวต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีไม่สามารถอยู่ร่วมกับ ผู้อื่น และไม่สามารถประกอบการทำงานให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง (Clark et al., 2003 ; Gourion, Vinckier, & Mouchabac, 2015) ทำให้รู้สึกลดลง และจะเริ่มแยกตัวไปจากสังคม นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น จนนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด (Oei et al., 1990) นอกจากนี้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ในการสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพของ ผู้ป่วย และเพิ่มภาระแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เกิดภาวะพึ่งพิง ครอบครัว และส่งผลกระทบต่อพัฒนาชุมชน เศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้น การทราบถึงข้อมูลเชิงระบาด วิทยา และปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของแต่ละพื้นที่จึง เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ทราบถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถวางแผนการป้องกัน การเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุมโดยการเพิ่มปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิด

ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยซึมเศร้า และลดปัจจัยที่กระตุ้นการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึง มุ่งศึกษาสถานการณ์การเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในเขตภาคใต้ ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคใต้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทางด้านจิตเวชแก่ผู้ใช้บริการใน 14 จังหวัดในภาคใต้ ทำให้มีความหลากหลายของกลุ่มประชากร

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ดังนั้น การให้ความสำคัญในการป้องกันและบรรเทาภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำไปใช้ในการเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และจัดระบบบริการด้านสุขภาพจิต รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมมาจัดกระทำในการป้องกันและลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งหากพยาบาลจิตเวชไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ จะทำให้ขาดข้อมูลสนับสนุนที่สอดคล้องในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและจัดกระทำกับสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย จากการศึกษาข้อมูลในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งถ้าได้มีการศึกษาโดยใช้แนวคิดของ Klein (1974) และคัดเลือกปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้บทบาทพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้

คำถามการวิจัย

1. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร
2. เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม

ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการ ย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะสิ้นยินดีถือเป็นลักษณะหนึ่งที่สำคัญของโรคซึมเศร้า ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น และนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด (Oei et al., 1990) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะพบภาวะสิ้นยินดีสูงถึงร้อยละ 75 (Franken, Rassin, and Muris, 2007)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาวะสิ้นยินดี ของ Klein (1974) ซึ่งกล่าวว่า การไม่ตอบสนองของอารมณ์ต่อประสบการณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพอใจ โดยความพึงพอใจลดลงทั้งในกิจกรรมปกติ และกิจกรรมในอนาคต ตามแนวคิดของ Klein (1974) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดีเกิดจากความผิดปกติของพยาธิสรีรวิทยาในสมองที่ส่งผลต่อการยับยั้งการทำงานของศูนย์ หรือกลไกแห่งความสุข ทำให้ไม่สามารถตอบสนองสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยปัจจัยทางด้านพยาธิสรีรวิทยาที่มีผลต่อภาวะสิ้นยินดีตามแนวคิดของ Klein (1974) ได้แก่ อายุ โดยกล่าวว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี จะพบภาวะสิ้นยินดีในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไป *บุคลิกภาพ* กล่าวว่า บุคลิกภาพแบบย้ำคิดเป็นปัจจัยกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีได้ โดยเฉพาะบุคลิกภาพแบบย้ำคิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดซ้ำๆ และตอบสนองความคิดออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยความรุนแรงของอาการย้ำคิดทำให้ภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้น *ภาวะซึมเศร้า* ซึ่งเป็นความผิดปกติของอารมณ์ที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ที่ส่งผลให้มีความสุข และความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง หรือเกิดภาวะสิ้นยินดีในที่สุด และจากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยเพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยจากแนวคิดของ Klein ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และเหตุการณ์เครียดในชีวิต ส่วนปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ดังรายละเอียดที่ได้นำเสนอเป็นกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม มีผลให้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) มีการศึกษาพบว่า การเกิดโรคซึมเศร้าในเพศชายและหญิงนั้นมีความแตกต่าง โดยเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Stein, Kupfer, and Schatzberg, 2006) สถานะเพศทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้หญิงและผู้ชายต่างกัน โดยผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการไม่สบายใจ ทุกข์ใจและใฝ่หาความช่วยเหลือเร็วกว่าผู้ชาย (นันทิกา ทวีชาติ, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสิ้นยินดีมากกว่าเพศชาย ที่ระดับที่ระดับ $p < 0.01$ ($F = 6.08$) และพบว่าความชุกของภาวะสิ้นยินดีในเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย (Hanley, 2007; Liverant et al., 2014)

อายุ การเพิ่มขึ้นของอายุในแต่ละปี ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสำคัญในระบบประสาท โดยอธิบายว่าน้ำหนักของสมองจะสูงสุทธราว 1400 กรัม ที่อายุ 20 จากนั้นลดลงราว 2 – 3 % ต่อ 10 ปี ทำให้เซลล์ประสาทลดจำนวนลง สมองบางส่วนจะฝ่อตัวมากกว่าส่วนอื่น เช่น ส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความคิดอ่าน สติปัญญา หรือส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความจำที่ temporal cortex ทำให้การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติที่มีความเสื่อมถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) เช่นเดียวกับแนวคิดของ Klein (1974) ที่กล่าวว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุที่เพิ่มขึ้น จะพบภาวะสิ้นยินดีในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Clark et al. (2003): Liu et al. (2016) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดี โดยอธิบายว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อายุมากขึ้นจะพบระดับภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้น ที่ $F = 4.63$, $p < .05$

ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ อาการย้ำคิดย้ำทำเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีความคิดซ้ำๆ ที่ทำให้เกิดความกังวลใจ และมีการตอบสนองต่อความคิด ด้วยการทำพฤติกรรมซ้ำๆ เพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีไม่มีเหตุผล แต่ก็ไม่สามารถหยุดความคิดและการกระทำดังกล่าวได้ (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2557) มีการศึกษาพบว่า การย้ำคิดย้ำทำเกิดจากการทำงานของสมองในส่วน orbitofrontal cortex, cingulate cortex, caudate และ thalamus เพิ่มขึ้น (Grenhoff et al., 1986) ความผิดปกติดังกล่าวได้ส่งผลให้ผู้ที่มึบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำมีความบกพร่องในการตอบสนองของอารมณ์ทางบวก และทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีในที่สุด (Nielen et al., 2009) เช่นเดียวกับ Klein (1974)

กล่าวว่า บุคลิกภาพเป็นปัจจัยกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีได้ โดยเฉพาะบุคลิกภาพแบบย้ำคิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดซ้ำๆ และตอบสนองความคิดออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะพบผู้ป่วยมีอาการย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วย ประมาณร้อยละ 60 –90 (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2557) ดังนั้น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำจะกระตุ้นให้เกิดภาวะสิ้นยินดีได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Abramovitch et al. (2014) ที่ศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการการย้ำคิดย้ำทำที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ที่ $p < 0.001$ ($r = 0.442$)

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการศึกษาปัจจัยสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า เชื่อว่า สาเหตุหนึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเชื่อว่าผู้ป่วยมีระดับ Norepinephrine และ Serotonin ต่ำลง รวมทั้งมีความผิดปกติของ Receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่ามีความบกพร่องในการควบคุมประสานงานรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลต่อกลไกการตอบสนองทางอารมณ์ที่ผิดปกติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จนเกิดภาวะสิ้นยินดีที่สุด นอกจากนี้ Klein (1974) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติของอารมณ์ที่ส่งผลให้มีความสุข และความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น และสามารถทำนายการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ที่ระดับ $p < 0.0001$, $r = 0.56$ (Amr and Volpe, 2013; Gourion, Vinckier, and Mouchabac, 2015; Joiner, Brown, and Metalsky, 2003)

การทำหน้าที่ทางสังคม คือ ความสามารถของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม มีการศึกษาว่า การทำหน้าที่ทางสังคมที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดจากการทำงานลดลงของสมองส่วน Ventral striatum ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เป็นโครงสร้างหลักในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางสังคม (Hsu et al., 2015) การที่สมองส่วนนี้ทำงานลดลง รวมทั้ง มีผลในการยับยั้งการทำงานของกลไกการตอบสนองความสุขของสิ่งเร้าทางบวกลดลง จึงทำให้อารมณ์ทางบวกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายไป จนกลายเป็นภาวะสิ้นยินดีในที่สุด (Rottenberg and Hindash, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสิ้นยินดี พบว่า การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้นเช่นเดียวกันที่ $p < 0.0001$, $r = 0.642$ (Clark et al., 2003 ; Vinckier, Gourion, & Mouchabac, 2017)

ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ เป็นทุกข์และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น เกิดจากการประเมินและคาดคะเนเหตุการณ์ว่าอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ (Spielburger, 1989) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักพบมีภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย มีความคิดที่หมกมุ่น และคิดว่าตนเองไร้ค่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีความวิตกกังวลมากขึ้น จะเกิดความคิดที่หมกมุ่น ทำให้ขาดความสามารถที่จะรับมือกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นได้ และทำให้ประเมินศักยภาพของตนเองต่ำลงกว่าเดิม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัว ส่งผลให้ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกไม่เหมาะสม และเกิดภาวะสิ้นยินดีขึ้นในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้น (Oei et al., 1990)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่เมื่อเกิดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการดำเนินชีวิต (Holmes and Rahe, 1967 อ้างถึงใน พรพรรณ ศรีโสภา, 2552) จากการศึกษาความเครียดทางสังคมของ Rahe et al. (1964) พบว่า เหตุการณ์ของชีวิตคุกคามความมั่นคงของบุคคล ทำให้เกิดการปรับตัว และเกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของเนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบต่างๆของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้ความต้านทานโรคของร่างกายลดลง ดังนั้น ยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากเท่าใดโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วยยิ่งมีมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ มีการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่อสาเหตุ ระยะเวลา การดำเนินของโรค และผลลัพธ์ต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภท วิตกกังวล และซึมเศร้า (Stuart and Sundeen, 1991) จะเห็นได้ว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ง่าย เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อมีเหตุการณ์เครียดในชีวิตมาก จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ และเกิดภาวะสิ้นยินดีได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาระหว่างเหตุการณ์เครียดในชีวิตและภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่สูงขึ้น สามารถทำนายระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ที่ $p < .001$, $\beta = 0.44$ (Hundt et al., 2007)

สมมติฐานการวิจัย

- 1) เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดี
- 2) การทำหน้าที่ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 3) ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขอบเขตการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต

ตัวแปรตาม คือ ภาวะสิ้นยินดี

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง การไม่ตอบสนองของอารมณ์ต่อประสบการณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งความพึงพอใจลดลงทั้งในกิจกรรมปกติ และกิจกรรมในอนาคต โดยกิจกรรมปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหาร กิจกรรมนันทนาการต่างๆ เป็นต้น ส่วนกิจกรรมในอนาคต ผู้ป่วยจะขาดแรงจูงใจ และการแสวงหาความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งประเมินได้จากแบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) พัฒนาโดย Gard et al.(2006) จากแนวคิดของ Klein (1974) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยจิราภา บุญศิลป์ (2559)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอายุ 20 - 59 ปี เพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกโดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (F 32 - F 33) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตเขตภาคใต้

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้เห็นว่าเป็นชายหรือหญิงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งข้อมูลนี้ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปีที่ผู้วิจัยทำการศึกษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งข้อมูลนี้ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ หมายถึง ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมของบุคคลที่มีความคิดซ้ำๆ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ เป็นเวลานาน เพื่อลดความวิตกกังวล โดยเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่คงที่และไม่ยืดหยุ่นในหลายสถานการณ์ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดำเนินบทบาททางสังคมอีกด้วย ซึ่งประเมินได้จาก แบบประเมินอาการย้ำคิดย้ำทำด้วยตนเอง ฉบับภาษาไทย (Thai Version of the Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale–Self Report) ซึ่งพัฒนาโดย Goodman et al. (1989) และแปลไทยโดย วันวิสาข์ เกตุแก้วและคณะ (2558)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง เศร้าสร้อย มองโลกในแง่ร้าย ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งแสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และร่างกาย โดยมีลักษณะอาการที่สำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ท่าทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเอง หรือการฆ่าตัวตาย ประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า ของ Beck (1967) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์, 2522 (อ้างอิงในพรพรรณ สุขใจ, 2552)

การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ และความสามารถในการปรับตัวทางสังคมด้วยตนเองโดยใช้สื่อ และทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning scale) สร้างขึ้นโดย Birchwood et al. (1990) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยชัญญา คมขำ(2555)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ และตึงเครียดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ ลักษณะของผู้ที่มีความวิตกกังวล ได้แก่ อาการตึงเครียดของระบบประสาทอัตโนมัติและกล้ามเนื้อเช่น ปวดศีรษะตึงต้นคอหายใจไม่ออกอึดอัดแน่นลำคอเจ็บหน้าอกใจสั่นตกใจง่ายมือเท้าเย็นเหงื่อออก วูบวาบตามลำตัวเสียวแปลบๆ จากศีรษะถึงเท้าหงุดหงิดอ่อนเพลียง่าย นอนไม่หลับ และไม่มีสมาธิ โดยประเมินจากแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielburger (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ชาติรี นนทศักดิ์ และจิน แบรี, 2535 (อ้างอิงในธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม, 2553)

เหตุการณ์เครียดในชีวิต หมายถึง เหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

- 1) เหตุการณ์ความเครียดด้านสุขภาพ คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของภาวะสุขภาพร่างกาย
 - 2) เหตุการณ์ความเครียดด้านครอบครัว คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว
 - 3) เหตุการณ์ความเครียดด้านเศรษฐกิจ คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของฐานะทางการเงินและทรัพย์สิน
 - 4) เหตุการณ์ความเครียดด้านการทำงาน คือการรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของหน้าที่ความรับผิดชอบและอาชีพ
 - 5) เหตุการณ์ความเครียดด้านสังคม หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต และทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียง
- วัดได้จากแบบวัดเหตุการณ์ในชีวิตซึ่งสมจิตร์ นคราพานิช (2531) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวทางแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิตของ Holmes and Rahe (1967)

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดีของโรคซึมเศร้าในภาคใต้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อลดการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคใต้ต่อไป
2. ปัจจัยคัดสรรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดี จะเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ผู้บริหารทางการแพทย์ ในการกำหนดแผนการปฏิบัติงานและจัดให้บริการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยเพิ่มปัจจัย ปกป้องและลดปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ปัจจัยคัดสรรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดี จะเป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนางานวิจัยอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการจัดโปรแกรมที่สามารถจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าว เพื่อป้องกันและบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นยินดี และเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา บทความ เอกสารและ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรม

1. บริบทและสถานการณ์ปัญหาโรคซึมเศร้าในพื้นที่ภาคใต้
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า
 - 2.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 2.4 การดำเนินและการพยากรณ์โรค
 - 2.5 การรักษาโรคซึมเศร้า
 - 2.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดี
 - 3.1 ความหมายของภาวะสิ้นยินดี
 - 3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดี
 - 3.3 กระบวนการเกิดภาวะสิ้นยินดี
 - 3.4 แนวทางการวินิจฉัยภาวะสิ้นยินดี
 - 3.5 แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี
 - 3.6 ผลกระทบของภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทและสถานการณ์ปัญหาโรคซึมเศร้าในพื้นที่ภาคใต้

ภาคใต้ เป็นพื้นที่หนึ่งที่ประสบภาวะวิกฤตภัยพิบัติธรรมชาติ เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีลักษณะเป็นคาบสมุทรที่ทอดตัวยาวในแนวเหนือ-ใต้ และตั้งอยู่ใกล้ชิดกับเส้นศูนย์มากกว่าภูมิภาคใดๆของไทย นอกจากนี้ ยังมีมหาสมุทรขนานอยู่ทั้งสองข้าง ภูมิอากาศของภาคใต้จึงมีความแปรปรวนสูงจากอิทธิพลของทะเลทั้งอ่าวไทย และมหาสมุทรอินเดีย ตลอดจนอิทธิพลจากกระแสลม ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้พื้นที่ภาคใต้จึงมีฝนที่ตกชุก และมีพายุลมแรงตลอดทั้งปี ตลอดจนมีความชื้นสัมพัทธ์ในอากาศสูง(เกรียงไกร เกิดศิริ และคณะ, 2556) โดยภาวะวิกฤตทางธรรมชาติที่รุนแรงในภาคใต้ที่ผ่านมา ได้แก่ เหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ เมื่อประมาณปลายปี พ.ศ. 2547 เหตุการณ์ดินถล่มในเขตพื้นที่ภาคใต้ครั้งใหญ่ เมื่อปี พ.ศ. 2554 รวมทั้งปัญหาอุทกภัยครั้งใหญ่ในปี พ.ศ.2554 และ พ.ศ. 2560 ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของประชาชนในหลายพื้นที่ทางภาคใต้ จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตผู้ประสบอุทกภัยและดินถล่มในภาคใต้ ปี พ.ศ. 2554 พบว่า ตลอดช่วง เวลา 10 วัน มีจำนวนผู้ป่วยด้วยภาวะเครียด ซึมเศร้า และอยากฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจำนวน 331 ราย คิดเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่าจากวันแรก และผู้ที่อยู่ในสภาวะอยากฆ่าตัวตายมีจำนวนมากถึง 115 คน หรือคิดเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าจากวันแรก (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2554) ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลให้เกิดอันตรายถึงชีวิต และเกิดความสูญเสียตามมาได้

นอกจากภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ภาคใต้แล้ว ยังมีภัยพิบัติที่เกิดจากน้ำมือมนุษย์ซึ่งเกิดขึ้นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และบางพื้นที่ในจังหวัดสงขลา ซึ่งเกิดในภาคใต้อย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลา 10 กว่าปี นับตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน สถิติจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ตั้งแต่ปี 2547-2558 เกิดเหตุการณ์ทั้งสิ้น 15,374 เหตุการณ์ ผู้เสียชีวิตในรอบ 12 ปี มีทั้งสิ้น 6,543 ราย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ในรอบ 12 ปี มีทั้งสิ้น 11,919 ราย (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2559) สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน รวมทั้งความปลอดภัยในพื้นที่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้สร้างความหวาดระแวง และทำให้ประชาชนในพื้นที่ขาดความสุขในการดำเนินชีวิตดำเนินชีวิตประจำวัน ความรุนแรงรายวันที่เกิดขึ้นทำให้พื้นที่นี้กลายเป็นพื้นที่เฝ้าระวังพิเศษ ของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับโรคที่เกี่ยวข้องกับจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

จากสถานการณ์ดังกล่าวที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ภาคใต้ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า จากการสำรวจสถานการณ์โรคซึมเศร้าพบว่า จำนวนผู้ป่วยสะสมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 63,522 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 91,835 รายในปี

พ.ศ. 2559 (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับข้อมูลสำรวจโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคใต้ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 20 – 59 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2558 จำนวน 1,179 ราย เป็น 1,470 ราย ในปี พ.ศ. 2559 (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560) สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 20 – 59 ปีแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ในปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนผู้ป่วย 998 ราย และเพิ่มเป็น 1,035 ราย ในปี พ.ศ. 2559 (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560) จากแนวโน้มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาสถานการณ์ของภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคใต้ เพื่อได้ทราบข้อมูลของภาวะสิ้นยินดีที่ พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของภาคใต้ และเป็นแนวทางสำหรับวางแผนการ ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

สรุปได้ว่า สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในภาคใต้มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง บริบทในพื้นที่ซึ่งมีทั้งภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และรุนแรงทุกปี นอกจากนี้ ยังมี ภัยพิบัติที่เกิดจากน้ำมือมนุษย์บริเวณสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และพื้นที่บางส่วนในจังหวัดสงขลา ที่ยังคงมีอยู่และก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประชาชนในพื้นที่มากมาย สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วน มีผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ประชาชนอยู่ด้วยความหวาดระแวงและวิตกกังวล ทำให้ขาดความสุขในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาอีกด้วย

2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

2.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีการ ให้ความหมาย ดังนี้

Beck (1967) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา เชื่องช้า เป็นต้น มีอึดทนทุกข์และมองตนเองในแง่ลบ หลีกหนีการ เข้าสังคม และมีความคิดที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่จนนำไปสู่การทำร้ายตนเอง อาการทางร่างกาย เปลี่ยนแปลง เช่น นอนไม่หลับ น้ำหนักลด สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น และการทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง เช่น กระวนกระวาย เชื่องช้า เป็นต้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็น โรคที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโดยมีลักษณะอาการที่ สำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือเบื่อหน่ายที่คงอยู่ต่อเนื่องระยะหนึ่ง จนอาจนำไปสู่การทำร้าย ตนเอง

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) กล่าวว่า ลักษณะที่สำคัญของโรคซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมด ความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า

มานิซ หล่อตระกูล และคณะ (2558) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์โดยลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะพบว่า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในประเทศไทยผู้ป่วยอาจไม่ได้บอกว่าเศร้า แต่จะรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด ไม่สดชื่นเหมือนเดิม โดยอารมณ์เศร้าจะเป็นเกือบทั้งวัน เป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมักอยากอยู่คนเดียว เงียบๆ ทนให้คนรบกวนไม่ได้

สรุปได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์ โดยผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์และมองตนเองในแง่ลบ อาการสำคัญที่พบ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือมีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และกระทบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จนนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด

2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า พบว่า มีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า ได้ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง ปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทความผิดปกติของระบบประสาทฮอโมน รวมถึงความผิดปกติทางชีวภาพอื่น ๆ โดยอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) มีการศึกษาพบว่า พันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาในครอบครัว (family studies) พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากเท่าใด จะเพิ่มโอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากขึ้นเช่นเดียวกัน เช่น หากบิดามารดาคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 10 – 25 แต่ถ้าบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่ โอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะสูงขึ้นถึง 2 เท่า (Sadock & Sadock, 2007) และพบว่าในครอบครัวที่มีผู้เป็นโรคซึมเศร้าสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2.8 เท่า ทั้งนี้ การเกิดภาวะซึมเศร่ายังขึ้นกับปัจจัยเหตุด้านอื่นๆอีกหลายด้านที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาในคู่แฝดไข่ใบเดียวกัน พบว่า มีโอกาสเกิดโรคถึง 60% และในคู่แฝดแบบไข่คนละใบมีโอกาสเกิดโรคถึง 12% (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

ความผิดปกติของระบบประสาท (neurotransmitters) พบว่ามีความผิดปกติของสารไปโอเจนิคเอมีนส์ (biogenic amines) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีการลดลงของสารเหล่านี้ ได้แก่ norepinephrine และ serotonin รวมถึง dopamine โดยพบความผิดปกติของปริมาณเมทาโบไลต์ของสารเหล่านี้ ทั้งในเลือด ในปัสสาวะ และในน้ำไขสันหลัง มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย (suicide) จะพบว่ามีปริมาณของเมทาโบไลต์ของ serotonin ในน้ำไขสันหลังในระดับต่ำ (พีรพนธ์ ลือบุญธวัช ชัย, 2553)

ความผิดปกติของระบบประสาทฮอโมน (neuroendocrine dysregulation) โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงฮอโมนจากต่อมไร้ท่อในหลายๆ อย่าง ได้แก่ Hypothalamus pituitary gland adrenal gland thyroid gland หรือฮอโมนต่างๆ เช่น Growth hormone ซึ่งเหล่านี้เป็นทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า มีความสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคและสารสื่อประสาทหลายตัวที่เกี่ยวข้อง (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

2.2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัย ภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic or psychodynamic factors) ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) และปัจจัยทาง สัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors)

2.2.2.1 ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต หรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (inadequate mothering) (Gabbard, 2000) และโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลที่สูญเสียนั้นจะซึมซับเอาผู้ที่เสียชีวิตเก็บไว้ในตัวเอง ความรู้สึกโกรธที่ หันเข้าหาตนเองนั้นก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) นอกจากนี้รวมถึง บุคลิกภาพที่ผิดปกติ (personality disorder) ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) บุคลิกภาพ ผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศราร่วมด้วย (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2.2.2.2 ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า เช่นกันโดยพบว่า ความคิดและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล (distortion of cognition or thinking) ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า Beck (1979) อธิบายว่าบุคคลที่เป็นโรค ซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตัวเอง ประสบการณ์และสิ่งภายนอก รวมถึงอนาคต โดยจะมองว่า ตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้งและคอยเอาไรต์เอา เปรียบ และ

มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมานและความล้มเหลว (พีรพนธ์ ลือ บุญธวัชชัย ,2553)

2.2.2.3 ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) พบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำ ๆ (repeated failures and disappointments) จะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยาก (feelings of helplessness and hopelessness) จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal, 1995) และยังพบว่ามีพฤติกรรม เช่น การย่ำคิดถึงเรื่องเดิม ๆ เป็นเวลานาน ๆ ทำให้บุคคลนั้น ๆ พลาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความพอใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นเป็นอยู่ต่อเนื่องไปอีกหรือเป็นมากขึ้น (World Health Organization, 2001)

2.2.2.4 ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) ปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต (stressful life events) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (any life changes) ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์ และการเจ็บป่วย (Kendler et al., 1995) ปัญหาความสัมพันธ์ แบ่งเป็น 4 ด้าน (Weissman et al. , 2000) ซึ่ง พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ได้สรุปไว้ดังนี้

1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or Complicated bereavement) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด

2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) หมายถึง ความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติ พี่น้อง เพื่อนสนิท เจ้านายหรือผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน

3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนช่วงวัย การเกษียณอายุ และการเปลี่ยนแปลงอื่นที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การแยกทางหรือการหย่าร้าง การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) หมายถึงการขาดทักษะทางสัมพันธภาพ หรือทักษะทางสังคม (interpersonal or social skills) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) รวมถึงการแยกตัวทางสังคม (social isolation)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า มี 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งประกอบด้วยด้านพันธุกรรม ความผิดปกติของระบบประสาท และความผิดปกติของ

ฮอว์แมน ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม

2.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

มาตรฐานในการวินิจฉัย ซึ่งปัจจุบันใช้อยู่ 2 เกณฑ์ คือ ICD (International classification of Diseases and health-related problems) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันมีลักษณะอาการ ดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก

การวินิจฉัย Depressive episode หรือ F32 ตามเกณฑ์ของ ICD – 10 ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) พบอาการหลักดังต่อไปนี้ 2 ใน 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

- (1) ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์ซึมเศร้า
- (2) สูญเสียความสนใจและสูญเสีย ความรู้สึกเพลิดเพลินสนุกสนาน
- (3) ผู้ป่วยรู้สึกว่าพลังกำลังกายลดลงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเมื่อยล้ามากขึ้น แม้ทำงานเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกเหนื่อยง่ายและเหนื่อยมาก

และอาการอื่นๆที่เป็นร่วมในขณะอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

- ก. มีสมาธิและความใส่ใจลดลง
- ข. ความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง
- ค. มีความคิดว่าตนเองผิดและคิดว่าตนเองไม่มีค่าอาการนี้เกิดขึ้นได้แม้อารมณ์ซึมเศร้าจะไม่รุนแรง
- ง. รู้สึกเหงาและมองอนาคตอย่างแง่ร้าย
- จ. มีความคิดหรือมีการกระทำที่เป็นการทำร้ายตนเองหรือเป็นการฆ่าตัวตาย
- ฉ. มีการนอนที่ผิดปกติ
- ช. มีอาการไม่เจริญอาหาร

ระยะเวลาที่ซึมเศร้าจนสามารถวินิจฉัยเป็น depressive episode นั้นผู้ป่วยจะต้องซึมเศร้านานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ แต่ระยะเวลาอาจน้อยกว่านี้ได้ถ้าเป็น อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นรุนแรงและเป็นเร็ว อารมณ์ซึมเศร้าจะเปลี่ยนแปลงน้อยวันต่อวัน อารมณ์ซึมเศร้าจะไม่เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ แต่สภาพอารมณ์ซึมเศร่ากลับแปรเปลี่ยนในวันหนึ่งๆ คือช่วงเช้าอารมณ์ซึมเศร้าจะรุนแรง ช่วงสายหรือช่วงบ่ายอารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้น อารมณ์ซึมเศร้าอาจจะไม่เป็นไปตามแบบฉบับ โดยเฉพาะในวัยรุ่น กล่าวคือ แทนที่จะแสดงอาการอารมณ์ซึมเศร้าตรงๆ ผู้ป่วยกลับแสดงอาการต่อไปนี้เป็นการเด่น คือ วิตกกังวล ทุกข์ทรมานใจ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง นอกจากนี้ อาจจะมีอาการหงุดหงิด ตี๋มสุรามากๆมีพฤติกรรมแบบ histrionic อาการกลัวอย่างผิดธรรมดาหรือ

อาการย้ำคิดที่เคยเป็นกลับกำเริบ หรือมีอาการ หมกมุ่นอยู่กับ hypochondriasis ผู้ป่วยอารมณ์ ซึมเศร้าอาจมีอาการ somatic symptoms ดังต่อไปนี้

- ก. ไม่สนใจใยดีหรือรู้สึกไม่ยินดีไม่ตั้งใจในกิจกรรมที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข
- ข. ไม่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อม หรือเหตุการณ์ที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข
- ค. ตื่นเช้ากว่าปกติ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า
- ง. สภาพอารมณ์ซึมเศร้าทรุดลงในตอนเช้า
- จ. ใจและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation) หรือใจ และการเคลื่อนไหวระส่ำระสาย (psychomotor agitation) อาการในข้อนี้จะต้องเป็นอาการเชิง วัตถุวิสัย (objective)

- ฉ. ไม่เจริญอาหารอย่างรุนแรง
- ช. น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5 หรือมากกว่านี้ในรอบเดือนที่ผ่านมา
- ซ. ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก

โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการข้างต้นอย่างน้อยที่สุด 4 อาการจึงจะวินิจฉัยได้ว่ามี somatic symptoms การแบ่งชนิดของ depressive episode ตามความรุนแรงของ ICD-10 จะอาศัยเกณฑ์ต่อไปนี้ในการแบ่งคือ จำนวนของอาการ ชนิดของอาการและความรุนแรงของแต่ละอาการ ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางอาชีพและทางสังคม

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM - V ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

A. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM-V-TR โดยในส่วนแรกจะกล่าวถึง Major Depressive Episode เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยโรค Depressive Disorders ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

Major Depressive Episode ตามเกณฑ์ของ DSM-V-TR มีอาการ ดังต่อไปนี้ มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากความเจ็บป่วยทางกาย หรือ mood-incongruent delusions หรือ hallucinations

(1) อารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่า ร้องไห้)

หมายเหตุ: ในเด็กหรือวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิด

(2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆทั้งหมดหรือแทบ ทั้งหมดลดลงอย่างมาก โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นมาจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

หมายเหตุ: ในเด็กคว่าน้ำหนักไม่เพิ่มตามที่ควรจะเป็น

(4) นอนไม่หลับหรือหลับมากไปแทบทุกวัน

(5) จิตใจและการเคลื่อนไหว(psychomotor) ระวังระส่าย (agitation) หรือเชื่องช้า (retardation) แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วย ว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

(6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

(8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจ อะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

(9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากจะทำอยู่เรื่อยๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

C. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญบกพร่องลง

D. อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

E. อาการเข้าไม่ได้กับความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากมรณกรรมของคนที่ผู้ป่วยรัก (Bereavement) ได้ดีกว่าได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่า ตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

การวินิจฉัย Major depressive disorder, single episode ตามเกณฑ์ ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วยเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

A. มี Major Depressive Episode หนึ่งครั้ง

B. Major Depressive Episode นี้ ไม่เข้าได้ดีกว่ากับ Schizoaffective Disorder

และมีได้เกิดขึ้นซ้อนกับ Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Delusional Disorder หรือ Psychotic Disorder Not Otherwise Specified ที่เป็นก่อนอยู่แล้ว

C. ไม่เคยมี Manic Episode, Mixed episode, หรือ Hypomanic Episode

หมายเหตุ: ยกเว้นว่า manic-like episode หรือ mixed-like episode หรือ hypomanic-like episode นั้นเกิดจากสารหรือการรักษา หรือเป็นผลโดยตรงด้าน สรีรวิทยา จากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

2.4 การดำเนินและการพยากรณ์โรค

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเกิดขึ้นได้ทุกเพศและทุกวัย โดยมีหลักฐานยืนยันว่าเด็กทารกอายุ 3 เดือน สามารถที่จะแสดงอาการซึมเศร้าได้ ประมาณ 1 ใน 33 คนในวัยเด็ก และ 1 ใน 8 คน ในวัยรุ่นมีประสบการณ์ของการเป็นโรคซึมเศร้า (Greden, 2001) โดยการแสดง อารมณ์ซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ (Stein, Kupfer, and Schatzberg, 2006) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีลักษณะอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (episodic) เป็นๆหายๆ การดำเนินของโรคซึมเศร้า มีดังนี้ (Rush et al. 2006)

Response คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร่าลดลงหลังได้รับ การรักษาโดยติดตามได้จากอารมณ์ของผู้ป่วย การทำหน้าที่ในแต่ละวัน และ/หรือ ความ เจ็บปวด/ความเศร้าโศก โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์

Remission คือ เป็นช่วงเวลา que ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร่าเพียงเล็กน้อยระหว่างการรักษาในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญเป็นอันดับแรกในทางคลินิก โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการอารมณ์เศร่าและสูญเสียความสนใจ และมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการของ Major depressive episode เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ ในการศึกษาทางคลินิกต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 12-20 สัปดาห์ ในการประเมินอาการ เพื่อให้เกิดการยอมรับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ remission อย่างแท้จริง

Relapse คือ ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้น โดยเกิดหลังจาก remission แต่ก่อนระยะ recovery โดยอาการที่เกิดขึ้นครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive episode ของ DSM-IV

Recovery คือ เป็นช่วงเวลา que ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยมาระยะเวลาหนึ่ง นั่นคือมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ภายหลังจากระยะเริ่มแรกของ remission

Recurrence คือ เป็นช่วงเวลา que ผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรคซึมเศร่าอีกภายหลังจากที่มี complete recovery นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร่า

ภาวะซึมเศร่าในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะการเริ่มป่วย (onset) ที่แตกต่างกัน อาจใช้เวลาหลายวันจนถึงหลายสัปดาห์ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วหลังจากมีเหตุการณ์ หรือปัญหาชีวิตที่

รุนแรง และบางคนมีอาการอื่นนำมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆเดือน เช่น อาการวิตกกังวล กลัว (phobia) ตื่นตระหนก (panic) ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ระยะเวลาที่ป่วยในแต่ละคนก็แตกต่างกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามักจะป่วยอยู่นานประมาณ 9 เดือนหากได้รับการรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายได้สนิท พฤติกรรมและความสามารถต่างๆ จะกลับสู่ระดับเดิมก่อนป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการ ครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสที่จะเกิดครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 5 – 10 ของผู้ป่วย Major depressive disorder, single episode พบเกิด manic episode ในครั้งต่อๆมา (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) อาการเริ่มป่วยที่รวดเร็วฉับพลัน (acute) อาการที่รุนแรง (severe) และไม่มีประวัติโรควิตกกังวลมาก่อนช่วยทำนายว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นได้ การทำนายโรคคือสิ่งที่ทำนายว่าจะมีอาการเรื้อรังคือ

- 1) จำนวนครั้งที่ป่วยถ้าเคย ป่วยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปจะมีอาการเรื้อรัง
- 2) ป่วยครั้งแรกเมื่ออายุมากจะมีอาการกำเริบได้เร็วและ เรื้อรัง โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 20 – 35 ของผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง คือมีอาการหลงเหลือหรือมี พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่บ้างในด้านสังคมไปนานกว่า 2 ปี อาจมีช่วงที่ปกติปราศจากอาการได้ แต่ไม่เกิน 2 เดือน (ดวงใจ กษานติกุล, 2536)

สรุปได้ว่า การดำเนินและการพยากรณ์โรค ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน ได้แก่ เหตุการณ์เครียดต่างๆ ความวิตกกังวล รวมทั้งประวัติความเจ็บป่วยอีกด้วย

2.5 การรักษาโรคซึมเศร้า

จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ดังนี้

- 1) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า

มากนอนไม่หลับหรือหลับยาก ภาวะวุ่นวายมาก ไม่ทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

- 2) การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินของโรค

2.1) การรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่ม ตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะ emission ยาหลักที่ใช้ในการ รักษา ได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้าในระยะนี้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

2.2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การ รักษาต่ออีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก

2.3) การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrence สูง

สรุปได้ว่า การรักษาโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ การดูแลใกล้ชิดในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย และให้การรักษาด้วยยา ซึ่งพิจารณาตามการ ดำเนินของโรค

2.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สายฝน เอกวรังกูร (2554) ได้อธิบายถึง การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้านั้นมีรูปแบบ การบำบัดรักษาหลายวิธีการ สามารถจำแนกได้ 4 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1. Physical therapies ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า (Antidepressant drug) จะขอยกตัวอย่างยี่ห้อที่นิยมใช้รักษา คือ Iproniazinid Imipramine Phenelzine Fluoxetine Amitriptyline ซึ่งแพทย์จะระบุการใช้ยาแตกต่างกันไปตามสภาพอาการ ของแต่ละบุคคลแต่ผลข้างเคียงส่วนใหญ่ของยากลุ่มนี้คือ ทำให้ง่วงนอน การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) ซึ่งทั้งสองรูปแบบจะส่งผลต่อสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่ควบคุม ความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม กลับสู่สภาวะสมดุล พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการสร้าง ทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้หรือข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับพยาธิ สภาพของโรคซึมเศร้า แผนการรักษา และแผนการพยาบาลที่จะได้รับจากการรักษาด้วยยาและรักษา ด้วยไฟฟ้า วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเสริมสร้างกำลังใจที่ดีขณะรับการรักษาใน สถานพยาบาลเนื่องจากการรักษาจะใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์จึงจะเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นผู้ป่วยมักจะท้อแท้กับการรักษาคิดเสมอว่า “อาการที่เกิดขึ้นไม่มีโอกาสหาย” ส่งผลให้ปฏิเสธ การรักษาทุกรูปแบบ ตลอดจนย้ายสถานพยาบาลไปเรื่อย ๆ ตามข้อมูลจากแหล่งอื่นที่รับรู้มา และ การรักษาแบบจำกัดพฤติกรรม จะใช้ในกรณีบุคคลมีภาวะซึมเศร้ายุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง พยาบาลจะมีบทบาทในการประเมินความเสี่ยงพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ของผู้ป่วย อธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นของการจำกัดพฤติกรรมด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เสียงดังฟังชัด น้ำเสียงมั่นคง ชัดเจน ไม่คุกคาม ใช้หลักการผูกมัดด้วยเทคนิคที่ปลอดภัย ดูแลอย่างใกล้ชิด ประเมิน อาการ ความรู้สึก ทุก 30 นาที ประคับประคองด้านความรู้สึกหากอาการสงบ พยาบาลสามารถ พิจารณาเลิกผูกมัดทันที ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก (วีระชัย เตชะนिरิตชัย, 2551) ภายใน จิตใจออกมาอย่างสร้างสรรค์ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น รับฟังอย่างตั้งใจ ใช้เทคนิคคำถาม ปลายเปิด เทคนิคการสะท้อน การยอมรับและเข้าใจ

2. Psychotherapy หรือการทำจิตบำบัด (มณฑา โชคชัยไพศาล, ประภาพร สังข์ ประไพ, สุนทรี เรือนตระกูล และยุวศรี กลีบโกมุท, 2553) เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายคือช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจปัญหา สามารถแก้ปัญหาด้วยกระบวนการคิด มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ใหม่ พยาบาลสามารถใช้สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่ดีนั้นนำบุคคลเหล่านั้นเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่อนคลาย อาทิ ดนตรีบำบัด คือการฟังเสียงดนตรีบรรเลงร่วมกับมีเสียงในธรรมชาติ ประเภทศิลปะบำบัด คือ วาดภาพระบายความรู้สึก เป็นต้น กิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ฝึกกระบวนการคิด การแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) ที่เหมาะสม ฝึกทักษะการกล้าแสดงออก เช่น กลุ่มกิจกรรมสร้างสรรค์สัมพันธ์ คือการเข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตนเองต่อเพื่อน ๆ สมาชิกในกลุ่ม กิจกรรมนันทนาการ อาทิ การร้องเพลง และเต้นรำกิจกรรมอาชีพบำบัด เช่น การประดิษฐ์ดอกไม้แห้ง เพื่อให้ผู้รับการรักษาเกิดความกล้าคิด กล้าแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์ เข้าใจและยอมรับตนเอง (Self-understanding) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มากขึ้น เป็นกำลังใจกับผู้ที่กำลังรู้สึกท้อแท้ในชีวิต (จุฑามาศ วังทะพันธ์, 2551)ตลอดจนแนะนำผู้ป่วยว่าอย่าตั้งเป้าหมายในการทำงานและการปฏิบัติตัวที่ยากเกินไป เพราะจะทำให้ตัวเองรู้สึกแย่มากขึ้นหากทำไม่ได้อย่างที่หวัง ในขณะเดียวกัน หากผู้ป่วยพูดถึงเรื่องอยากตาย อย่าบอกว่า “อย่าคิดมาก” “ให้เลิกคิด” คำพูดทำนองนี้อาจทำให้เขารู้สึกว่าพยาบาลไม่สนใจรับรู้ปัญหาของเขา พฤติกรรมดังกล่าวสื่อให้พยาบาลไม่ใส่ใจใส่ใจกับความเสี่ยงการคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยรายนั้นมากขึ้น

3. Milieu Therapy การสร้างบรรยากาศ จัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกที่อบอุ่น ปลอดภัย เช่น มีลานออกกำลังกาย มีห้องรับประทานอาหารเป็นสัดส่วนซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการพยาบาล ลดพฤติกรรมหวาดกลัวกับสิ่งรอบข้าง และป้องกันการแยกตัวของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำงานที่มีการเคลื่อนไหว เคลื่อนที่ เช่น เก็บพับเสื้อผ้าผู้ป่วย พับผ้าเช็ดมือ จะดีกว่างานที่ผู้ป่วยนั่งอยู่เฉย ๆ เพราะการมีกิจกรรมจะทำให้ความคิดฟุ้งซ่าน การอยู่กับตนเองลดลง หากในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามาก จนไม่สามารถทำกิจกรรมอะไรได้เลยนั้น พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนในบรรยากาศที่เงียบสงบ แสงพอเหมาะ อุณหภูมิที่พอดี เลี่ยงการเข้าไปให้การพยาบาลที่ไม่จำเป็นบ่อย ๆ ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของเจ้าหน้าที่หรือญาติ

4. Family Therapy พยาบาลควรแนะนำให้ญาติ หรือคนใกล้ชิดใส่ใจ สนใจใน คำพูดที่สะท้อนความคิดของผู้ป่วยในความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (พจนา เปลี่ยนเกิด, 2552) เช่น

“ไม่มีใครต้องการเราแล้ว”

“อยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์”

“ถ้าไม่มีเราสักคน ทุกคนคงสบายใจกว่านี้”

ด้านพฤติกรรม เช่น แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนุกสนาน หรือที่ชื่นชอบมาก่อน รวมทั้ง สนับสนุนให้ญาติรับฟังปัญหาของผู้ป่วยยามที่เขาทุกข์ใจมากที่สุด โดยญาติอาจมีส่วนร่วมในการชี้ให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาจากแง่มุมอื่น ๆ ได้เห็นทางเลือกอื่น ๆ ในการแก้ปัญหา หมั่นให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ให้รางวัล เมื่อผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความรัก ความผูกพันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างของกัน (สายฝน เอกวารงกูร, 2554)

สรุปได้ว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช เป็นลักษณะของการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และอาจต้องเกี่ยวข้องกับญาติผู้เจ็บป่วยร่วมด้วย โดยกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความใกล้ชิดที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในรูปแบบต่าง ๆ จากการประยุกต์องค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาล พยาธิสภาพของโรคซึมเศร้า และศาสตร์ความรู้สาขาต่าง ๆ อาทิ สรีรวิทยา เกสซ์วิทยา จิตวิทยาทั่วไป จิตเวชศาสตร์ จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นต้น จึงกลายเป็นรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างดี ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมียุทธศาสตร์และเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้าเสียก่อน เพื่อเกิดความตระหนักในการวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมและครอบคลุมกับสภาพปัญหาที่เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ หากบุคลากรทางการพยาบาลทุกท่านให้การดูแลอย่างดีที่สุดก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนด้านความคิด จิตใจและพฤติกรรม ไปในทางที่ดีขึ้น จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิมได้อย่างมีความสุขต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia)

3.1 ความหมายของภาวะสิ้นยินดี

มาโนช หล่อตระกูล (2557) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี คือ ภาวะที่ไม่มี ความสนใจ หรือพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยปกติเป็นที่น่าพึงพอใจ

จิราภา บุญศิลป์ (2559) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี คือ การขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคล ทำให้ไม่มีความสุขในกิจกรรมที่เคยทำ

Ribot (1896) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี คือ การลดลงของประสบการณ์ความสุขของบุคคลทำให้ไม่มีความสุขในกิจกรรมความสุขทั่วไป ได้แก่ การออกกำลังกาย การร้องเพลง การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางเพศ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น

Klein (1974) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง การไม่ตอบสนองของอารมณ์ต่อประสบการณ์ความสุขของบุคคล ทำให้ไม่มีความสุขพึงพอใจในกิจกรรมที่ปกติ และกิจกรรมในอนาคต

Cassar, Applegate, & Bentall (2013) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี เป็นลักษณะของ อารมณ์ที่ลด หรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคล ทำให้ไม่มีความสุขหรือ ความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำ และมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ

Rubin (2012) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี คือ ความรู้สึกของประสบการณ์ความสุขที่ ลดลง ทำให้กิจกรรมที่เคยทำให้เกิดความสุข ปัจจุบันความสุขในการทำกิจกรรมเหล่านี้นั้นลดลงกว่าเดิม

APA (2013) กล่าวว่า ภาวะสิ้นยินดี คือ การขาดความพึงพอใจ หรือความสุขใน กิจกรรมที่ปกติทำให้เกิดความสุขได้ และเป็นอาการหลักที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามแนวทาง การวินิจฉัยของ DSM – IV และ ICD - 10

กล่าวได้ว่า ภาวะสิ้นยินดี คือ การไม่ตอบสนองของอารมณ์ต่อประสบการณ์ความพึง พพอใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งความพึง พพอใจลดลงทั้งในกิจกรรมปกติ และกิจกรรมในอนาคต โดยกิจกรรมปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหาร กิจกรรมนันทนาการต่างๆ เป็นต้น ส่วนกิจกรรมในอนาคต ผู้ป่วยจะขาดแรงจูงใจ และการ แสวงหาความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดี

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประสาทวิทยา (Berridge & Robinson, 1998; Knutson et al., 2001) ปัจจัยด้าน พยาธิสรีรวิทยา (D. F. Klein, 1974) และปัจจัยด้านจิตสังคม (Gilbert & Wilson, 2000) ดังนี้

3.2.1 ปัจจัยด้านประสาทวิทยา มีการอธิบายว่า กายวิภาคในระบบประสาทที่มีความ เกี่ยวข้องกับกระบวนการตอบสนองความพึงพอใจ เกิดจากความผิดปกติของสมองส่วน Prefrontal cortex (orbitofrontal cortex, ventromedial prefrontal cortex and anterior cingulate cortex), dorsal striatum, nucleus accumbens and amygdala (Knutson et al., 2001) นอกจากนี้ มีการอธิบายว่าภาวะสิ้นยินดี เกิดขึ้นจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่า Dopamine โดยอธิบายว่า สารสื่อประสาท Dopamine เป็นสารสื่อประสาทที่สำคัญในการทำหน้าที่ ในกระบวนการตอบสนองต่อความพึงพอใจ ซึ่งเมื่อสารสื่อประสาทตัวนี้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ก็ส่งผลต่อกระบวนการตอบสนองความพึงพอใจ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองสิ่งเร้าทางบวกได้เป็น ปกติ และทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีในที่สุด (Berridge & Robinson, 1998)

3.2.2 ปัจจัยด้านพยาธิสรีรวิทยา Klein (1974) ได้อธิบายกระบวนการเกิดภาวะสิ้น ยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ว่าเกิดจากความผิดปกติของพยาธิสรีรวิทยา โดยตั้งสมมติฐานว่า ความ ผิดปกติน่าจะเกิดขึ้นในบริเวณของสมองบางส่วน โดยความผิดปกตินั้นส่งผลกระทบต่อกลไกการ ตอบสนองความสุขในสมอง ทำให้ถูกยับยั้ง หรือไม่สามารถตอบสนองสิ่งเร้าทางบวกได้อย่างเป็นปกติ เหมือนที่ผ่านมา โดยปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดีตามแนวคิดนี้ ได้แก่

อายุ โดยกล่าวว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี จะพบภาวะสิ้นยินดีในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไป

บุคลิกภาพ กล่าวว่า บุคลิกภาพเป็นปัจจัยกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีได้ โดยเฉพาะบุคลิกภาพแบบย้ำคิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดซ้ำๆ และตอบสนองความคิดออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งระดับการย้ำคิดที่สูงขึ้น มีผลทำให้ภาวะสิ้นยินดีรุนแรงขึ้น

ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติของอารมณ์ที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ที่ส่งผลให้ความสุข และความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง โดยภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมีผลทำให้ระดับภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้น

3.2.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยทางด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิต และภาวะสิ้นยินดี โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยทางด้านทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และการสนับสนุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต และมีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และจิตใจของผู้ป่วย (Gilbert & Wilson, 2000)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดี ได้แก่ ปัจจัยด้านประสาทวิทยา ซึ่งเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท ปัจจัยด้านพยาธิสรีรวิทยา ซึ่งเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาในสมอง และปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมของบุคคล ในงานวิจัยนี้คัดเลือกตัวแปรที่ใช้ศึกษาตามแนวคิดของ Klein (1974) ได้แก่ อายุ และภาวะซึมเศร้า

3.3 กระบวนการเกิดภาวะสิ้นยินดี

Klein (1974) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสิ้นยินดี หมายถึง การไม่ตอบสนองของอารมณ์ต่อประสบการณ์ความพึงพอใจของบุคคล ประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่

Consummatory pleasure คือ การขาดความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สนุกสนาน หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขได้ในปัจจุบัน

Anticipation pleasure คือ การขาดการแสวงหา หรือคาดหวังความพึงพอใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต โดยมีแรงจูงใจ และเป้าหมายชัดเจนในการแสวงหา

การลดลงของ Consummatory pleasure อาจมีผลทำให้ Anticipatory pleasure ลดลงด้วย (D.F. Klein, 1987) และได้อธิบายกระบวนการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากความผิดปกติของพยาธิสรีรวิทยา โดยตั้งสมมติฐานว่า ความผิดปกติน่าจะเกิดขึ้นในบริเวณของสมองบางส่วน โดยความผิดปกตินั้นส่งผลกระทบต่อกลไกการตอบสนองความสุขในสมอง ทำให้ถูกยับยั้ง หรือไม่สามารถตอบสนองสิ่งเร้าได้อย่างเป็นปกติเหมือนที่ผ่านมา โดยอธิบายว่า ในคนปกติเมื่อได้รับความสุข หรือเมื่อจินตนาการถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข กลไกการตอบสนองของบุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมที่สนุกสนาน หรือมีแรงจูงใจในการแสวงหา หรือคาดหวังต่อความสุขในอนาคต แต่ใน

บุคคลที่กลไกการตอบสนองความสุขถูกยับยั้ง หรือไม่สามารถตอบสนองได้ตามปกติ เมื่อมีสิ่งเร้าทางบวกมากระตุ้น ก็จะไม่สามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมที่สนุกสนาน หรือมีความสุขได้ และบกพร่องในการสร้างแรงจูงใจทางบวกในการคาดหวังถึงความสุขในอนาคตอีกด้วย จึงแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สนใจในสิ่งต่างลดลง ขาดความเพลินเพลินใจ(Consummatory pleasure) และไม่เกิดพฤติกรรมการแสวงหาความสุขในด้านต่างๆ เช่น ด้านความสุขทางเพศ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านกิจกรรมต่างๆที่ชื่นชอบ เป็นต้น (Anticipatory pleasure) โดยอธิบายได้ตามแผนภาพดังนี้ (D.F. Klein, 1987)

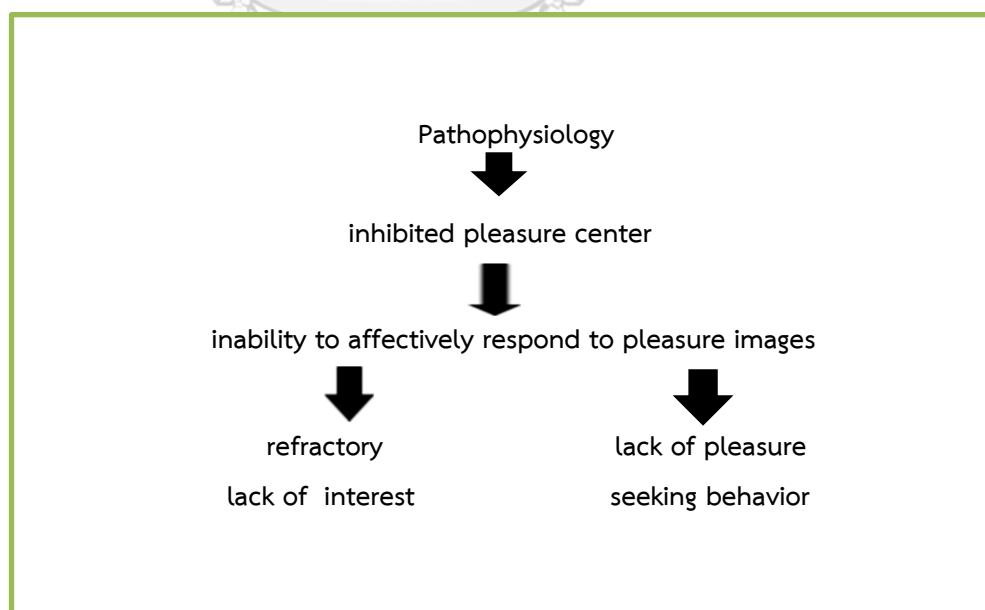
Pathophysiology หมายถึง ความผิดปกติทางสรีรวิทยาที่ถูกระงับในทางการแพทย์ว่าเป็นความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ ซึ่งมีความผิดปกติที่มีมาแต่กำเนิดหรือพัฒนาขึ้นมา

Inhibited pleasure center หมายถึง ศูนย์การตอบสนองความพึงพอใจถูกยับยั้ง

Inability to affectively respond to pleasure images หมายถึง การขาดความสามารถในการตอบสนองต่อการจินตนาการถึงความพึงพอใจ

Refractory lack of interest หมายถึง การขาดความเพลิดเพลินหรือความสนใจในสิ่งต่างๆ

Lack of pleasure seeking behavior หมายถึง การขาดพฤติกรรมในการแสวงหาความพึงพอใจ



แผนภาพที่ 1 กระบวนการเกิดภาวะสิ้นยินดี (Klein, 1974)

3.4 แนวทางการวินิจฉัยภาวะสิ้นยินดี

ภาวะสิ้นยินดี เป็นลักษณะของอารมณ์ที่ลด หรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคล ทำให้ไม่มีความสุขหรือความพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยทำ และมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ (Cassar, Applegate, & Bentall, 2013)

แนวทางในการวินิจฉัยภาวะสิ้นยินดีต้องมีอาการ ดังต่อไปนี้ (Agrawal et al., 2012)

3.4.1 มีอาการแสดงถึงความพึงพอใจในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง

3.4.2 กิจกรรมที่เคยเป็นที่น่าพอใจในอดีต ปัจจุบันพบว่ากิจกรรมนั้นไม่ทำให้รู้สึกมีความสุขหรือมีความพึงพอใจลดลง

3.5 แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี

การประเมินภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อบ่งชี้ถึงระดับอาการ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ขณะที่ระดับมาตรวัดจะชี้ให้เห็นทิศทางประสบการณ์ของผู้ป่วย พฤติกรรมที่สอดคล้องกับภาพสะท้อนทางประสาทวิทยา และนำไปสู่องค์ประกอบที่ต่างกันของกระบวนการตอบสนอง รวมทั้งความผิดปกติที่เกี่ยวข้องในด้านประสาทชีววิทยา โดยมีการแบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (Rizvi et al., 2016)

3.5.1 เครื่องมือที่พัฒนาในยุคแรก(First generation)

3.5.1.1 Fawcett – Clark pleasure capacity scale (FCPCS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Fawcett et al.(1983) เครื่องมือมี 36 ข้อ 9 ตัวเลือก ซึ่งวัดระดับความสุขของกิจกรรมในปัจจุบันโดยเริ่มตั้งแต่ระดับที่ไม่มีความสุขเลย ไปจนถึงระดับที่มีความสุขสูงสุดที่สุด มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ .85 จากการนำเครื่องไปทดสอบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.5.1.2 Snaith – Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Snaith et al.(1995) เครื่องมือมี 14 ข้อ 2 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย กับ ไม่เห็นด้วย ซึ่งเน้นวัดระดับของความสุขในการทำกิจกรรมในปัจจุบันที่ลดลง มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ .74 จากการนำเครื่องมือไปทดสอบในคนปกติ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.5.1.3 Revised social anhedonia scale เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Chapman et al. (1976) เครื่องมือมี 61 ข้อ 2 ตัวเลือก คือ จริง กับ ไม่จริง แบบวัดมีหลายมิติ และมีความสัมพันธ์โดยเฉพาะกับเรื่องของประสบการณ์ มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ .79 จากการนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มคนปกติ ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคบุคลิกภาพผิดปกติ โรคซึมเศร้า และโรคติดยา

3.5.1.4 Revised Physical anhedonia scale เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยChapman et al. (1976) เครื่องมือมี 40 ข้อ 2 ตัวเลือก คือ จริง กับ ไม่จริง เน้นวัดความสุขทาง

กาย มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ .82 ในเพศชาย และ .78 ในเพศหญิง จากการนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มคนปกติ ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคมุขลิกภาพผิดปกติ โรคซึมเศร้า และโรคติดยา

3.5.2 เครื่องมือที่พัฒนาในยุคที่สอง (Second generation)

3.5.2.1 Temporal experience of pleasure scale (TEPS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาตามแนวคิดของ Klein (1974) โดย Gard et al. (2006) เครื่องมือมี 18 ข้อ 6 ระดับ เป็นแบบ Likert scale และออกแบบการวัดความสุข 2 ลักษณะ ได้แก่ ความสุขในการเข้าร่วม หรือทำกิจกรรมในปัจจุบัน และความสุขในการแสวงหา หรือคาดหวังความสุขในอนาคต ข้อคำถามจะสะท้อนถึงภาวะสิ้นยินดีทางกาย (Physical anhedonia) ซึ่งผู้พัฒนาเครื่องมือเชื่อว่าจะส่งผลให้เกิดการตีความที่ไปในทิศทางเดียวกันได้มากกว่า และสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของผู้ใช้ เครื่องมือนี้จะสามารถวัด หรือประเมินภาวะสิ้นดีโดยรวม และวัดลักษณะการตอบสนองต่อความสุขที่แตกต่างกัน ได้แก่ ความสุขในการทำกิจกรรมในปัจจุบัน (Consummatory pleasure) และความสุขในการคาดหวังความสุขในอนาคต (Anticipatory pleasure) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการวัดโดยรวม (TEPS Total scale) ที่ระดับ .78 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการวัดด้าน Consummatory pleasure (TEPS-CON) ที่ระดับ .64 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการวัดด้าน Anticipatory pleasure (TEPS-ANT) ที่ระดับ .72 จากการนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มคนปกติ

3.5.2.2 Motivation and pleasure scale- self report (MAP-SR) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Llerena et al. (2013) ซึ่งวัดอาการทางลบในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ 4 มิติ ได้แก่ ความสุขทางสังคม ความสุขในความคิดสร้างสรรค์ หรือการทำงาน ความรู้สึกและแรงจูงใจในการสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจในการแสวงหากิจกรรม มาตราวัดเป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับ ซึ่งระดับคะแนนที่สูงจะบ่งบอกถึงการมีภาวะสิ้นยินดีในระดับต่ำ เครื่องมือมีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ .90 จากการนำเครื่องมือไปทดสอบใน ผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.5.2.3 The Specific Loss of Interest Scale (SLIPS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Winer et al. (2014) ซึ่งวัดภาวะสิ้นยินดีทางสังคม ประกอบด้วยคำถาม 23 ข้อ 4 ระดับ โดยวัดระดับของความสนใจที่เกิดในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ โดยระดับคะแนนที่สูงจะบ่งบอกระดับภาวะสิ้นยินดีที่เพิ่มขึ้น เครื่องมือมีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ .94 จากการนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มคนปกติ

3.5.2.4 Anticipatory and consummatory interpersonal pleasure scale (ACIPS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Gooding & Pflum (2014) ซึ่งใช้ในการวัดภาวะสิ้นยินดีทางสังคม มี 17 ข้อ ตัวเลือก 6 ระดับ โดยระดับคะแนนที่มากขึ้นจะบ่งชี้ว่ามีภาวะสิ้น

ยินดีทางสังคมในระดับสูง และเสียงที่จะเกิดโรคจิตเภทได้ เครื่องมือมีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ .86 จากการนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มคนปกติ

3.5.2.5 Dimensional Anhedonia Rating Scale (DARS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Rizvi et al. (2015) ซึ่งออกแบบในการวัดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีการเพิ่มระดับมาตรวัดที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นในหลายด้าน ทั้งในด้านการทำงานอดิเรก กิจกรรมทางสังคม การรับประทานอาหาร และการตอบสนองของประสาทสัมผัส โดยข้อคำถามทั้งหมดจะประเมินให้ครอบคลุมมิติในด้านความสนใจ แรงจูงใจ การแสวงหา และความสุขในการตอบสนองกิจกรรมแต่ละด้าน เครื่องมือมี 17 ข้อ ตัวเลือก 5 ระดับ เครื่องมือมีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ .92 - .96 จากการนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มคนปกติ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ Temporal experience of pleasure scale (TEPS) ที่พัฒนาโดย Gard et al. (2006) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ครอบคลุมการประเมินตามแนวคิดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ แนวคิดของ Klein (1974) ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้วัดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นจำนวนมากและต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน มีความทันสมัยและเหมาะสมในการนำมาใช้ (Yulia & Kaitlin, 2010: Liu et al., 2012: Liu et al., 2014) โดยคะแนนรวมที่ต่ำจะบ่งชี้ถึงระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูง โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ .78 โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาภาวะสิ้นยินดีโดยรวมเท่านั้น

3.6 ผลกระทบของภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ภาวะสิ้นยินดี ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม อันได้แก่ การประกอบกิจวัตรประจำวัน การแสดงบทบาททางสังคมทั้งในด้านการทำงาน และการสื่อสาร รวมถึงการมีสมาธิและความพยายามในการทำงานให้สำเร็จ ไปจนถึงการปรับตัวต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น และไม่สามารถประกอบการงานให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง (Clark et al., 2003 ; Gourion, Vinckier, and Mouchabac, 2015) ทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และจะเริ่มแยกตัวไปจากสังคม นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น จนนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด (Oei et al., 1990) นอกจากนี้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ส่งผลต่อครอบครัว ในการสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วย และเพิ่มภาระแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เกิดภาวะพึ่งพิงครอบครัว และส่งผลต่อการพัฒนาชุมชน เศรษฐกิจ และสังคม

4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

งานวิจัยนี้เลือกศึกษาตัวแปรต่างๆ ตามแนวคิดของ Klein (1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

1. ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ซึ่งตัวแปรส่วนบุคคลคัดเลือกมาใช้ในการงานวิจัย 2 ตัว คือ ตัวแปรเพศ อายุ เพราะเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ อายุ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีตามแนวคิดของ Klein (1974) ด้วย ส่วนตัวแปรที่ไม่ได้คัดเลือกมาใช้ในการงานวิจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา เพราะเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ภาวะสิ้นยินดีเฉพาะด้าน คือ ภาวะสิ้นยินดีด้านสังคม(Social anhedonia) และสถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีเฉพาะด้านร่างกาย (Physical anhedonia)

2. ปัจจัยด้านคลินิก พบว่า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า และ ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้วิจัยคัดเลือกมา 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล เพราะเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ตัวแปรด้านภาวะซึมเศร้า และ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ เป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยสาเหตุของภาวะสิ้นยินดีตามแนวคิดของ Klein (1974) ด้วย

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยคัดเลือกมาใช้ในการงานวิจัยทั้งสองตัวแปร เนื่องจากตัวแปรมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวแปรที่สามารถจัดกระทำได้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในการศึกษาคั้งนี้คัดเลือกตัวแปรส่วนบุคคล คือ ปัจจัยด้านเพศ อายุ เป็นการศึกษา เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และตัวแปรความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การทำหน้าที่ทางสังคม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นตัวแปรที่สามารถจัดกระทำได้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในโรงพยาบาล ครอบครัวถึง ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งหมดจำนวน 7 ตัวแปรในการนำมาศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดใน

ชีวิต ซึ่งเป็นตัวแปรที่คัดเลือกได้มาจากแนวคิดของ Klein(1974) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 เพศ

สารานุกรมเสรี (2556) ให้ความหมายว่า คือสิ่งที่แสดงลักษณะความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง

WHO (2002) ให้ความหมายว่า คุณลักษณะของผู้หญิงและผู้ชายในบทบาทประกอบสร้างทางสังคม พฤติกรรม กิจกรรมและคุณลักษณะที่ให้สังคมพิจารณาว่าเป็นผู้ชาย หรือผู้หญิง

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ให้ความหมายว่า เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม มีผลให้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

สรุปได้ว่า เพศ หมายถึง สิ่งที่แสดงคุณลักษณะระหว่างเพศหญิงและเพศชาย และเป็นปัจจัยที่บ่งบอกความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย และบทบาททางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

มีการศึกษาพบว่า การเกิดโรคซึมเศร้าในเพศชายและหญิงนั้นมีความแตกต่าง โดยเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า เหตุผลที่แน่ชัดถึงความแตกต่างของการเกิดโรคนั้นยังไม่แน่ชัด แต่มีการอธิบายสมมุติฐานไว้ว่า เกิดจากความแตกต่างของฮอร์โมน ปัจจัยทางด้านบุคลิกภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ความเครียด ในชีวิต เป็นต้น (Stein, Kupfer, and Schatzberg, 2006) สถานะเพศทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้หญิงและผู้ชายต่างกัน โดยผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการไม่สบายใจ ทุกข์ใจและไฝ่หาการช่วยเหลือเร็วกว่าผู้ชาย (นันทิกา ทวีชาชาติ, 2548) ดังนั้น สถานะและคุณลักษณะทางเพศที่ต่างกัน ทำให้การตอบสนองต่อภาวะสิ้นยินดีแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษา ดังนี้

Hanley (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสิ้นยินดีและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดี โดยพบว่า เพศหญิงมีภาวะสิ้นยินดีมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ($F = 6.081$)

Liverant et al. (2014) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสิ้นยินดีและแรงจูงใจในการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 80 ราย ผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.66$, $p = 0.02$)

4.2 อายุ

ราชบัณฑิตยสถาน (2555) ให้ความหมายไว้ว่า อายุ หมายถึง ระยะเวลาที่คนคนหนึ่งมีชีวิต อยู่นับตั้งแต่เกิดมา หน่วยของอายุจะใช้เป็นวันเดือน หรือ ปี ก็ได้

สารานุกรมเสรี (2556) ให้ความหมายไว้ว่า อายุคือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนไป ตามกาลเวลา โดยมากจะนับเป็นจำนวนเต็มปี หรือเป็นเดือนสำหรับเด็กเล็ก

สรุปได้ว่าอายุ หมายถึง ระยะเวลาของชีวิตนับตั้งแต่แรกเกิด โดยส่วนใหญ่จะนับหน่วยของ อายุเป็นปี หรือเป็นเดือนในเด็กเล็ก

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาวะสั่นยืนดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การเพิ่มขึ้นของอายุในแต่ละปี ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสำคัญในระบบประสาท โดยอธิบายว่าน้ำหนักของสมองจะสูงสุดราว 1400 กรัม ที่อายุ 20 จากนั้นลดลงราว 2 - 3 % ต่อ 10 ปี ทำให้เซลล์ประสาทลดจำนวนลง สมองบางส่วนจะฝ่อตัวมากกว่าส่วนอื่น เช่นส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความคิดอ่าน สติปัญญา หรือส่วนซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับความจำที่ temporal cortex ทำให้การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติที่มีความเสื่อมถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) เช่นเดียวกับแนวคิดของ Klein(1974) ที่กล่าวว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุที่เพิ่มขึ้น จะพบภาวะสั่นยืนดีในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษา ดังนี้

Liu et al. (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสั่นยืนดีและความไวในการตอบสนองทางบวกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสั่นยืนดี โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอายุมากกว่าเกิดภาวะสั่นยืนดีมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($F = 4.63$)

Rizvi et al. (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยา Benzodiazepines กับภาวะสั่นยืนดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี พบว่า เพศ อายุ รายได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสั่นยืนดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

4.3 ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ

Skodol and Gunderson (2009) อธิบายว่า อาการย้ำคิดย้ำทำ เป็นสภาวะที่ความวิตกกังวลของบุคคลถูกแก้ไข โดยการคิดหรือกระทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำๆเป็นเวลานาน

APA (2000) อธิบายว่า อาการย้ำคิดย้ำทำ เป็นลักษณะรูปแบบพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกอย่างไม่เหมาะสมเบี่ยงเบนไปจากความคาดหวังของสังคม มีรูปแบบคงที่และไม่ยืดหยุ่นในหลายสถานการณ์

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) อธิบายว่า อาการย้ำคิดย้ำทำ เป็นรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลที่มีความคิดซ้ำๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลใจ และต่อ ยอดมาถึงการตอบสนองทางความคิด ด้วยการทำพฤติกรรมซ้ำๆ เพื่อลดความวิตกกังวลนั้นให้หายไป

ระดับความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ มีดังนี้ (Eric et al., 2015)

- รุนแรงระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตเล็กน้อย หรือไม่กระทบเลย
- รุนแรงระดับปานกลาง ผู้ป่วยมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันบ้าง และลำบากต่อการจัดการกิจกรรมประจำวัน
- รุนแรงระดับมาก ผู้ป่วยมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ
- รุนแรงระดับมากที่สุด ผู้ป่วยมีอาการย้ำคิดย้ำทำ จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติเลย ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดำเนินบทบาททางสังคม

สรุปได้ว่า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ คือ ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมของบุคคลที่มีความคิดซ้ำๆ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ เป็นเวลานาน เพื่อลดความวิตกกังวล โดยเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่คงที่และไม่ยืดหยุ่นในหลายสถานการณ์ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดำเนินบทบาททางสังคมอีกด้วย

อาการย้ำคิดย้ำทำ มีลักษณะสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2557)

1. **อาการย้ำคิด (obsession)** เป็นความคิด ความรู้สึก แรงขับเคลื่อนจากภายใน หรือจินตนาการ ที่มักผุดขึ้นมาซ้ำๆ โดยผู้ป่วยเองก็ทราบว่าเป็นสิ่งที่ไร้เหตุผล เช่น มีความคิดซ้ำๆว่ามือตนเองสกปรก, คิดว่าลิ้มปิดแก๊สหรือลิ้มลือคประตู, จินตนาการเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ หรือการกระทำสิ่งไม่ดีอย่างซ้ำๆ, คิดซ้ำๆ ว่าตนลบลูกหรือด่าว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งความคิดดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจ ความไม่สบายใจอย่างมาก และรู้สึกรำคาญต่อความคิดนี้

2. **อาการย้ำทำ (compulsion)** เป็นพฤติกรรมซ้ำๆ ที่ผู้ป่วยทำขึ้น โดยเป็นการตอบสนองต่อความย้ำคิด หรือตามกฎเกณฑ์บางอย่างที่ตนกำหนดไว้ เพื่อป้องกันหรือลดความไม่สบายใจที่เกิดจากความย้ำคิด หรือป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายๆตามที่ตนหวั่นเกรง เช่น ต้องล้างมือซ้ำๆ, ตรวจสอบลูกบิดประตูหรือหัวแก๊สซ้ำๆ, พุดขอโทษซ้ำๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มักเกินปกติ และไม่สมเหตุสมผล

โรคย้ำคิดย้ำทำ พบได้ร้อยละ 2-3 ในประชากรทั่วไป โดยเริ่มมีอาการโดยเฉลี่ยที่อายุ 20 ปี โดยพบได้พอกันทั้งในผู้ชายและผู้หญิง นอกจากนี้ ยังพบร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นๆได้ เช่น พบโรค

ซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 60-90 โรคอื่นๆที่พบร่วมกับโรคย้ำคิดย้ำทำ ได้แก่ โรคกลัวสังคม, โรควิตกกังวลทั่วไป, โรควิตกกังวลแพนิค รวมทั้งการดื่มเหล้าจนก่อให้เกิดปัญหาได้

ลักษณะอาการทางคลินิก

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการของโรคทางกายมากกว่าอาการย้ำคิดย้ำทำโดยตรง อาการที่มาพบแพทย์บ่อยๆ ได้แก่ แผลถลอกที่มือ มือเปื่อย เหงือกอักเสบจากการแปรงฟันบ่อยๆ

- ผู้ป่วยที่มาพบจิตแพทย์ด้วยอาการย้ำคิดย้ำทำโดยตรง มักจะมาด้วยอาการย้ำคิดเกี่ยวกับเรื่องความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมรุนแรง และอาการย้ำทำ เช่น ตรวจสอบเช็คลอนประตู ถ้ามองเรื่องเดิมซ้ำๆ ล้างมือ นับสิ่งของ การจัดวางของให้เป็นระเบียบซ้ำๆ ในผู้ป่วย บางรายมาด้วยอาการย้ำคิดหลายๆ เรื่อง หรือย้ำทำหลายๆ พฤติกรรม ซึ่งทำให้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมาก

สาเหตุ

ปัจจัยทางชีวภาพ

1. ในด้านการทำงานของสมอง พบว่าผู้ป่วยมีการทำงานของสมองเพิ่มขึ้นในสมองส่วน orbitofrontal cortex, cingulate cortex, caudate และ thalamus ทั้งนี้บริเวณเหล่านี้อาจรวมกันเป็นวงจรที่มีการทำงานมากเกินไปในผู้ป่วย OCD ในด้านระบบประสาทสื่อประสาท เชื่อว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติในระบบซีโรโทนิน (serotonin) โดยพบว่า ยาแก้ซึมเศร้าที่ออกฤทธิ์ต่อระบบซีโรโทนิน มีประสิทธิภาพในการรักษา OCD

2. ในด้านพันธุกรรม พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค โดยพบว่าอัตราการเกิดโรคในแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) เท่ากับ ร้อยละ 60-90 ในขณะที่ในประชากรทั่วไป พบร้อยละ 2-3

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเรียนรู้

ทฤษฎีการเรียนรู้ เชื่อว่าการเกิดภาวะเงื่อนไข มีบทบาทสำคัญในการเกิดอาการย้ำคิด โดยสถานการณ์ปกติ ถูกเชื่อมโยงกับ สถานการณ์อันตราย จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล สำหรับอาการย้ำทำนั้น ผู้ป่วยเรียนรู้ว่า การกระทำบางอย่าง ช่วยลดความกังวลลงได้ จึงเกิดเป็นแบบแผนพฤติกรรมดังกล่าว

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อาการย้ำคิดย้ำทำ เป็นรูปแบบพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีความคิดซ้ำๆ ที่ทำให้เกิดความกังวลใจ และมีการตอบสนองต่อความคิด ด้วยการทำพฤติกรรมซ้ำๆ เพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีไม่มีเหตุผล แต่ก็ไม่สามารถหยุดความคิดและการกระทำ

ดังกล่าวได้ (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2557) มีการศึกษาพบว่าอาการย้ำคิดย้ำทำเกิดจากการทำงานของสมองในส่วน orbitofrontal cortex, cingulate cortex, caudate และ thalamus เพิ่มขึ้น (Grenhoff et al., 1986) ความผิดปกติดังกล่าวได้ส่งผลให้ผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำมีความบกพร่องในการตอบสนองของอารมณ์ทางบวก และทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีในที่สุด (Nielen et al., 2009) เช่นเดียวกับ Klein (1974) กล่าวว่า บุคลิกภาพเป็นปัจจัยกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีได้ โดยเฉพาะบุคลิกภาพแบบย้ำคิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดซ้ำๆ และตอบสนองความคิดออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะพบผู้ป่วยที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วย ประมาณร้อยละ 60 –90 (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2558) ดังนั้น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำรุนแรงขึ้น จะกระตุ้นให้เกิดภาวะสิ้นยินดีได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษา ดังนี้

Abramovitch et al.(2014) ที่ศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพบว่า อาการย้ำคิดย้ำทำที่รุนแรงขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ที่ $p < 0.001$ ($r = 0.442$)

การประเมินความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ

1) แบบวัดบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งเป็นแบบวัดที่นำมาจากแบบทดสอบ

วัดสุขภาพจิตมาตรฐาน Symptom Distress Checklist 90 (SCL.90) เป็น แบบทดสอบที่ละเอียด ชู ประยुर(2521) ได้แปลมาจากแบบทดสอบของ Derogatis , Covi, and Lipman (1977) เป็น Self-report rating Scale ที่ใช้ได้ดีในคนไข้จิตเวชทั้งในด้านการประเมินผลเพื่อการรักษาและการวิจัย แรกเริ่มทีเดียวแบบทดสอบนี้ได้ถูกคิดขึ้นมาเพื่อใช้กับคนไข้นอก (outpatient) เพราะทำงาน ใช้เวลาน้อยเพียง 20 นาที ซึ่งในส่วนของแบบวัดบุคลิกภาพย้ำคิดย้ำทำ ประกอบด้วยข้อความสั้น ๆ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เป็น 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ทั้งนี้แบบทดสอบ SCL.90 ได้รับการหาเกณฑ์มาตรฐาน หาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นโดยผู้วิจัยหลายท่าน และหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

2) แบบประเมินอาการย้ำคิดย้ำทำด้วยตนเอง ฉบับภาษาไทย (Tha iVersion Of the Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale- Second Edition (Y-BOCS II)) เป็น เครื่องมือที่พัฒนาโดย Goodman et al. (1989) แปลไทยโดย อลงกรณ์ เกกิงศักดิ์ากุล, ธนิตา หิรัญเทพ และรัตน สหายพานิชย์ (2555) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำประกอบด้วยสองส่วน คือ ส่วนลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำ และส่วนความ

รุนแรงของอาการ ข้อคำถามในส่วนลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำมีจำนวนทั้งสิ้น 67 ข้อ และ ส่วนความรุนแรงของอาการ มีจำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีตัวเลือกเป็น 0 คืออาการน้อยสุดไปจนถึง 4 คืออาการมากที่สุด คะแนนรวมคิดจากการนำคะแนนทั้งหมดในส่วนนี้มาบวกกัน โดยคะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง มีความรุนแรงของการย้ำคิดย้ำทำมากขึ้น หากค่าความเชื่อมั่นและความแม่นยำตรงของ เครื่องมือพบว่ามีค่า interrater reliability ($r = 0.99$) ค่าความสอดคล้องภายใน ($r \geq 0.90$)

เครื่องมือที่เลือกใช้ในงานวิจัยนี้ คือ แบบประเมินอาการย้ำคิดย้ำทำด้วยตนเอง

ฉบับภาษาไทย (Thai Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Self Report) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Goodman et al.(1989) แปลไทยโดย อลงกรณ์ เถกิงศักดิ์กุล, ธนิตา หิรัญเทพ และรัตนา สายพานิชย์ (2555) โดยนำมาเฉพาะส่วนของการประเมินความรุนแรง ของอาการย้ำคิดย้ำทำ จำนวน 10 ข้อ ในประเทศไทยมีการนำแบบประเมินเฉพาะส่วนความรุนแรง ของอาการย้ำคิดย้ำทำ มาใช้ในงานวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำและผู้ใกล้ชิด (มนัสพร มานัสสถิตย์ และรัตนา สายพานิชย์, 2558) และจากงานวิจัยของ Abramovitch et al.(2014) ใช้ เครื่องมือนี้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการย้ำคิดย้ำทำกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เครื่องมือนี้มีความทันสมัย และมีค่าความน่าเชื่อถือสูง

4.4 ภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าสาเหตุเกิดจาก ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคล ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไป

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2543) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจ หม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกันมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึก หมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบาก ทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้ให้ความหมาย ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อ หน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่อ อาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเอง หรือการฆ่าตัวตาย

สรุป ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง เศร้าสร้อย มองโลกในแง่ร้าย ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งแสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และร่างกาย โดยมี ลักษณะอาการที่สำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจ นำไปสู่การทำร้ายตัวเอง หรือการฆ่าตัวตาย

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า มีดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543 อ้างถึงใน นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559)

1. อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้า มีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้าหรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยสาเหตุนี้ควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่า ผู้ป่วยมีภาวะหรือเป็นโรคนี้ ต้องถามถึงอารมณ์ หรือความรู้สึกด้วยเสมอ อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่มีความเศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะ ไม่คงอยู่ตลอดเวลา บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้านานที่สุดในตอนเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าตามเวลาเช่นนี้ เป็นลักษณะสำคัญของโรคซึมเศร้า

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อารมณ์นี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นกันเพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายบ่อย และต่างก็ไม่รู้สาเหตุ ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบาย และตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

3. มีความรู้สึกเบื่อ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน

4. อาการเบื่ออาหาร มักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู้สึกจะเปลี่ยนไปด้วย จะไม่รู้สึกอยากอาหาร แม้ตนจะเคยชอบ แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัม เมื่อพบแพทย์เป็นครั้งแรก

5. นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก อาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ ก่อนมีอาการอื่นในระยะแรกอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้น มักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) ลักษณะดังกล่าว คือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่น ตอนดึก เช่น ตีหนึ่ง ตีสอง แล้วหลับอีกไม่ได้ หรือหลับได้แต่ยากและมักจะหลับไม่สนิท จะเป็นเช่นนี้บ่อยหรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอน ไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง เช่น ปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า

6. อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลีย แม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจ เกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา ผู้ป่วย

บางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจเพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวลและถ้ามีอาการใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกด้วยจะยิ่งกังวลมาก

7. ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย จะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชิงซ้ำ แรกๆ จะสังเกตว่าผู้ป่วยเงิบและซึมลง ความสนใจต่างๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่างๆ จะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้สึก ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่างๆ จะเป็นการฝืนทำ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้ เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้

8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่าย เป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือ แล้วจำไม่ได้หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก เพราะทำงานไม่ได้ดี หรือทำไม่ได้และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้ สมาธิและความจำ และยังกังวลว่าจะออกจากงาน จะสอบตกหรือสมองจะเสียตลอดไป บางรายเกิด อาการหลงผิดว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

9. ความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า รู้สึกตัวเอง ไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น รู้สึกว่าตัวเองไม่ดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สติ ปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง แม่บ้านคิดว่า ตัวเองทำงานบ้านบกพร่อง เลี้ยงลูกไม่ดี หรือสามี คิดว่าตนทำงานไม่ได้ จะเป็นที่พักของครอบครัวไม่ได้ ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ ผู้ป่วยคิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วย มองตัวเองในด้านไม่ดี และไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ครุ่นคิดแต่ว่าตัวเองเป็นคนไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากมาให้ ถ้าไม่มีตนทุกคนก็จะสบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย

10. ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้า มากมักจะรู้สึกมีความผิดและตำหนิตัวเอง โดยที่ ไม่มี ความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่อง ไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิมากเช่นนี้ ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาป ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้อยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคนี้

11. ความคิดอยากตาย เมื่อเศร้ามากๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่า ตัว ตาย พบว่าอาการเศร้ามากๆ และความคิดอยากฆ่าตัวตายสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามากๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็ มากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากการ ทรมาน และความตายเป็นทางออก ที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นครั้งแรก ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกทรมาน จะมีมาก และความคิดอยากตาย จะรุนแรงขึ้น ปรากฏว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วย เศร้ามากๆ คิดฆ่าตัว ตาย ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ ถ้าแพทย์ไม่ถาม จึงควรถือเป็นหลักว่า เมื่อพบผู้ป่วย ที่มีอารมณ์เศร้ามากๆ ต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

12. มีความกลัวและวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ความกลัวและกังวลจะวนเวียนอยู่ในความคิด เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่น นั้นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิตกกังวล กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความคิดวิตกกังวลเหล่านี้จะทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

13. มีอาการไม่สบายทางกาย มักมี อาการทางการร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น ปวดท้องท้อง อืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกราย จะกังวลกับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรค ทางกาย เวลามาพบแพทย์ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย ลักษณะดังกล่าวพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป เรียกว่า Masked Depression หรือ ความรู้สึกเศร้าที่ถูกปิดบัง

การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (ปัญญภาพ สิทธิพรอนันต์. 2550) ได้อธิบายความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้าได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไป รู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเอง กับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจกับรูปลักษณ์ของตัวเอง ความตั้งใจในการทำงานต่างๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น นอนหลับยากกว่าปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรง ขึ้นจนมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ก็ไม่ปกตินัก พฤติกรรมที่แสดงออกมี ดังนี้

2.1 อารมณ์ มีอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงาน ต่างๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลังใจ เป็นคนไม่ความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี จนไม่เหลือ ความภูมิใจในตนเอง

2.2 กระบวนการทางความคิดและสมาธิลดลง ลังเล ตัดสินใจไม่ได้คิด คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีมีความสุข ไม่มีความหมาย จน ทำให้นอนไม่หลับ บางคนอาจเริ่มมีความคิดฆ่าตัวตาย

2.3 ประสาทสัมผัสทางกายผิดปกติ มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงกันข้าม คือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจตนเอง

2.4 การเคลื่อนไหว ท่าทาง และ คำพูดผิดปกติ การเคลื่อนไหวช้าลง ถ้าบุคคลที่มีความกระวนกระวายมาก จะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบากร บางครั้งอาจไม่พูดเลย เนื่องจากขาดความมั่นใจในตนเอง

2.5 การเข้าสังคมบกพร่อง ในระยะ แรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จนกระทั่งสังคมที่ละน้อยและสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหา คุณค่าของตนเอง แต่มักจะคิดไปเองว่าตนเอง ไม่มีคุณค่าเพียงพอ จนนำไปสู่การขาดความนับถือ ตนเอง ไม่หลงเหลือความภาคภูมิใจในตนเอง จากนั้นผู้ป่วยจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบ เพื่อน และละทิ้งสังคมในที่สุด

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึก ไม่มี ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เชื่องซึม ผู้ที่มีอาการเศร้าในระดับนี้จะไม่สามารถทำ กิจกรรม หรือทำงานตามหน้าที่ได้ดั้งเดิม และมัก จะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ปฏิเสธผู้คนรอบตัว มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัว ตายเนื่องจากมีความหลงผิดหรือประสาทหลอน

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีที่อธิบาย เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าสรุปได้เป็น 2 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยาและทฤษฎีทางจิตวิทยา ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ Blazer, 1982(อ้างถึงในนันทิรา หงษ์ศรี สุวรรณ, 2559)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression) ทฤษฎีในแนวนี้ ส่วนใหญ่เป็นผลของการผสมผสานข้อมูลต่างๆ ที่ ได้มาจากการวิจัยด้านความเจ็บป่วยทางจิตในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ข้อสรุปของทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในฝาแฝดแท้ในครอบครัว ซึ่งปรากฏว่าอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในรุ่นลูก (First Generation) มีสูงเมื่อเทียบกับประชากร ทั่วไป และอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในฝาแฝดแท้ สูงกว่าในฝาแฝดเทียม

1.2 ทฤษฎีของสารประกอบไนโตรเจน (Biogenic Amine Theory) ภาวะ ซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของ Biogenic Amine (Depression of Biogenic Amine Imbalance)

1.3 ทฤษฎีของต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของต่อมไร้ท่อและภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อ ว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าในบุคคล พบว่าการหลั่งของ Growth Hormone ที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้า ทฤษฎีนี้ให้ความสนใจอย่างมากในเรื่อง บทบาทของ Cortisone และฮอร์โมนกระตุ้นการทำงานต่อมหมวกไต (ACTH) พบว่าการหลั่งของ ฮอร์โมนดังกล่าวจะมีปริมาณมากในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายและพลุ่งพล่าน

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression) ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่งพิง ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดหลังการเจ็บป่วยล้มเหลว หรือโดดเดี่ยว โดยทฤษฎีนี้ให้ความสนใจองค์ประกอบที่กระตุ้น ให้เกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต ของบุคคล ทั้งการแสดงออก ผลกระทบต่อความ รู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งต่างๆ ที่เป็นเหตุแห่งความไม่สมหวังในชีวิต (กฤติกา บุญรัตน์ประภา และสรินทร์ บัวทอง, 2550) เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะ เป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจ ไปเอง มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูก ทำลายลงไป ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดง ออกของบุคลิกภาพเป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อม ภายนอก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการ กระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความ มีเหตุผล (American Psychological Association) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลาย จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจาก ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสูญเสียเกิดการ ยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิด และบันดลโทษะ ขาดความสามารถในการ ควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการ เปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ทำให้เกิดความคิดในทาง ลบต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมายใดๆ (Dryden and Golden. 1987 อ้างถึงใน ปริยรัตน์ แชมคำ. 2554)

2.2 ทฤษฎีความสิ้นหวังหรือยอม จำนวนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของเซลิกันแมน (Wilson, Spence and Kavanagh. 1989 อ้างถึงใน ปริยรัตน์ แชมคำ. 2554) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่ บุคคลอยู่ในสภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือ เหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจ เพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการ ปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า โดย เลซิกแมนพัฒนาแนวคิดนี้มาจากการทดลองทาง จิตวิทยา โดยสังเกต พฤติกรรมของสุนัขที่ถูกไฟฟ้า อ่อนๆ กระตุ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าสุนัขจะกระโดด หรือเห่า จนในที่สุด สุนัขยอมแพ้ไม่พยายามหนี จากการถูกไฟฟ้ากระตุ้นอีก พบว่าสภาวะการณ จำนวนที่เกิดจากการเรียนรู้ นี้สามารถเกิดได้ใน มนุษย์ สรุปรตามแนวคิดนี้ภาวะซึมเศร้าอาจเกิด จากการถูกลงโทษ การพ่ายแพ้ การล้มเหลว การสูญเสีย หรือการประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อน ก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือ ยึดติดในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ ต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ไขปัญหามานานอย่างไร ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จทั้งสิ้น แล้วพัฒนาให้เกิด การเรียนรู้ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้น

2.3 ทฤษฎีด้านความคิดและการรับรู้ (Cognitive Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากมีแนวความคิด และการรับรู้ใน ทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต โดย เบค (Beck, 1973) กล่าวว่าแนวความคิดนี้และ ทศนคติเกี่ยวกับตนเองและสังคมจะได้รับการพัฒนา มา ตั้งแต่วัยเด็ก โดยเขาชี้ให้เห็นแนวความคิด เกี่ยวกับตนเองทางลบ เช่น ความรู้สึกมีปมด้อย รู้สึกไร้ค่า ไม่มั่นคง และจะตีความเรื่องต่างๆ ใน ลักษณะของความพ่ายแพ้ นำอายุอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะเป็นผู้ที่มี แนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ ดังกล่าวเป็นความเจ็บปวดและคับข้องใจเท่านั้น แต่บุคคลเหล่านี้มี แนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ ดังกล่าวว่าเป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกผิดและไร้ค่า ซึ่ง การตีความที่บิดเบือนจาก ความเป็นจริงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล ซึ่งผลกระทบ มีทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

ผลกระทบทางตรง

- ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ norepinephrine และ serotonin ซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้ให้ระบบภูมิคุ้มกันทอนลดลง เกิดโรคได้ง่าย จากการศึกษาของ Taylor(1990) พบว่า หญิงที่ประสบปัญหาในชีวิตจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า จะพบความบกพร่องของ เซลล์ที่มีหน้าที่ทำลายเชื้อโรค

- เกิดความบกพร่องในการตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งจะพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามัก แก้ปัญหาโดยการดื่มสุรา เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา ทั้งที่ความเป็นจริง สุราทำให้ความรุนแรงของภาวะ ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น(Garland et l., 1982)

- จากการศึกษาของ Willium(1984) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการทำร้าย ตนเองได้ คือ ภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ที่ทำร้ายตนเองมีภาวะซึมเศร้าด้วย

ผลกระทบทางอ้อม (Jalowice et al., 1984)

- บกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากขาดสมาธิ
- ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง ทำให้สภาพร่างกายดูทรุดโทรม เนื่องจากนอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากจนเกินไป
- สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากแยกตัว มองตนเองในแง่ลบ ต่อต้านสังคม ส่งผลให้สูญเสียการสนับสนุนทางสังคมไปด้วย
- เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จากการที่มึนงงตื่นตัวลดลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีสมาธิ และไม่มีแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ
- มีภาวะขาดสารอาหาร จากการที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้า

จากการศึกษาปัจจัยสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า เชื่อว่า สาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเชื่อว่าผู้ป่วยมีระดับ Norepinephrine และ Serotonin ต่ำลง รวมทั้งมีความผิดปกติของ Receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่ามีความบกพร่องในการควบคุมประสานงานรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลต่อกลไกการตอบสนองทางอารมณ์ที่ผิดปกติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวก ลดลง จนเกิดเป็นภาวะสิ้นยินดีในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา ดังนี้

Amr and Volpe (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 18 – 60 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาล Mansoura University Hospital ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 ถึง 2011 พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดี โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีภาวะสิ้นยินดีในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

Gourion, Vinckier, and Mouchabac (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1570 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Agomelatine โดยแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ทำการรักษา พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความรุนแรงในภาวะสิ้นยินดีได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0001$ ($r = 0.56$)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาไทย (Thai Version of the Beck Depression Inventory: BDI) พัฒนาโดย Beck(1967) ตามแนวคิดของBeck และปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา สียงค์, 2522 (อ้างถึงในพรพรรณ ศรีโสภา, 2552) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นอาการทางกาย 6 ข้อ Reliability เท่ากับ .94 วิธี Test-Retest เท่ากับ .74 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) .91

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung (Zung Self Rating Depression scale : SDS) แปลเป็นฉบับไทยโดย นันทิกา ทวิชาชาติ (2548) เพื่อประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (affect disturbance) ด้านร่างกาย (physiological disturbance) ด้านระบบประสาท ควบคุมการทำงานร่างกาย (psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (psychological disturbance) แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับสำหรับ ประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วย

จิตเวชข้อดีคือสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดง ให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ข้อจำกัด

3) Hamilton Rating scale (HAMD-17) ถูกสร้างขึ้นโดย Hamilton (1960) เป็นเครื่องมือที่ถือเป็น gold standard ในการมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถใช้ในการประเมิน ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อ ตระกูลและคณะ (2543) เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนและภายหลังการ บำบัดรักษามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 เหมาะที่จะใช้กับ ผู้ป่วยที่ต้องรับรักษาในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในงานวิจัยนี้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค ฉบับภาษาไทย (BDI) ที่ เพราะเป็นเครื่องมือถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงในการใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย และมีค่าความเชื่อมั่นภายในสูง

4.5 การทำหน้าที่ทางสังคม

Boehm (1958) กล่าวว่า การทำหน้าที่ทางสังคม คือ การแสดงบทบาททางสังคมของบุคคลในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

Birchwood et al. (1990) กล่าวว่า การทำหน้าที่ทางสังคมประกอบด้วย 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ 2) ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมด้วยตนเองโดยใช้สื่อและทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

Ware and Gandek for the IQOLA Project Group (1998) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่

- 1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน คือ กิจกรรมการดูแลตนเอง การรักษา สุขอนามัยส่วนบุคคล การสื่อสาร การเดินทาง เป็นต้น
- 2) การทำหน้าที่ทางสังคม คือ ความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม
- 3) การทำงานให้สำเร็จ คือ ความสามารถในการตั้งใจทำงานในเวลานานพอที่จะทำงานให้สำเร็จทั้งการทำงานในที่ทำงานและที่บ้าน
- 4) ความสามารถในการปรับตัว คือ ความสามารถในการ ปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด

สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ และความสามารถในการปรับตัวทางสังคมด้วยตนเองโดยใช้สื่อและทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม

ความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การสร้างสัมพันธภาพ เปรียบเทียบได้กับความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเกิดจากความพิการจากโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ โดยความสูญเสียสามารถวัดได้จากจำนวนปีที่สูญเสียจากความพิการและเจ็บป่วย (Years of Life Lost with Disability, YLL) ซึ่งตัวเลขที่ได้จากการวัดจะบ่งชี้ถึงการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม (WHO, 2004)

การทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 4 กลุ่มหลัก ดังนี้ (Ware and Gandek for the IQOLA Project Group, 1998)

1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคล การรักษาสุขภาพ การเดินทาง การสื่อสาร การประกอบอาหาร การจับจ่ายสินค้า การทำหน้าที่ทางเพศ การนอนหลับพักผ่อน การอยู่ร่วมกันในสังคม การดูแลที่อยู่อาศัย การทำกิจกรรมนันทนาการ โดยที่ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช ไม่ใช่ปัจจัยด้านอื่น ซึ่งคุณภาพของกิจกรรมเหล่านี้ พิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และการพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสม

2) การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม และสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย การปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ทั้งในชีวิตปกติ และการทำงาน มีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และการตอบสนองต่อผู้มีอำนาจ เช่น หัวหน้างาน การสูญเสียความสามารถทางสังคม อาจแสดงจากประวัติทะเลาะวิวาท การกลัวคนแปลกหน้า หลีกเลียงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3) การทำงานให้สำเร็จ (ประกอบด้วย การมีสมาธิ ความพยายาม และการทำงานอย่างมีขั้นตอน) หมายถึง การตั้งใจทำงานจนทำให้งานสำเร็จ ทั้งงานในที่ทำงาน และในบ้าน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การมีความเพียรพยายาม และสมาธิที่ดี รวมทั้งการทำงานอย่างมีขั้นตอน การสูญเสียความสามารถในการทำงานให้สำเร็จนี้ สังเกตได้จากการทำงานในรูปแบบ หรือสถานการณ์คล้ายกัน หรือสังเกตจากการทำงานในอดีตที่ผ่านมา การบกพร่องในด้านนี้ส่วนมากจะถูกประเมินโดยการตรวจสภาพจิต หรือการตรวจทางจิตวิทยา ซึ่งการตรวจเหล่านี้ อาจไม่เพียงพอที่จะอธิบายถึงความบกพร่องในการทำงานให้ต่อเนื่องจนสำเร็จ

4) ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ความสามารถในการปรับตัว และการเผชิญแต่ละสถานการณ์ โดยบุคคลอาจแยกตัว หรือแสดงอาการทางจิต เพราะไม่สามารถปรับตัวในการคงการทำกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ทางสังคม และการทำงานให้สำเร็จ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม (Ware and Gandek for the IQOLA Project Group, 1998) มีดังนี้

- 1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป บุคคลที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จะทำให้ไม่สามารถอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข เพราะการมีสุขภาพดี จะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มักแยกตัว เบื่ออาหาร จนทำให้ร่างกายอ่อนแอและเกิดการเจ็บป่วยตามมา ดังนั้น การมีความรู้ ความเข้าใจจะทำให้บุคคลสามารถดูแลตนเองทั้งร่างกาย และจิตใจ นำไปสู่การอยู่กับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข
- 2) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้ป่วยมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี จะทำให้รู้สึกถึงการได้รับการยอมรับและมีคุณค่า ทำให้เกิดประสบการณ์ที่ดี ที่มีแหล่งประโยชน์ทางสังคมในการช่วยเหลือ ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยมีความสมดุล
- 3) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การที่ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่ดี และมีความมุ่งมั่นที่จะหาวิธีการเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี และสามารถเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม มักนำไปสู่ความขัดแย้ง ดังนั้น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้บุคคลสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ มีความรู้สึกทางบวก ทำให้เกิดสุขภาพจิตดี

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

มีการศึกษาว่า การทำหน้าที่ทางสังคมที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดจากการทำงานของสมองส่วน Ventral striatum ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เป็นโครงสร้างหลักในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางสังคม (Hsu et al., 2015) การที่สมองส่วนนี้ทำงานลดลง มีผลในการยับยั้งการทำงานของกลไกการตอบสนองความสุขของสิ่งเร้าทางบวกลดลง จึงทำให้อารมณ์ทางบวกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายไป (Rottenberg and Hindash, 2015) ซึ่งการที่กลไกการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางบวกถูกยับยั้ง ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว จนกลายเป็นภาวะสิ้นยินดีในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ดังนี้

Vinckier, Gourion, & Mouchabac (2017) ศึกษาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1570 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Agomelatine โดยแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ทำการรักษา พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายความรุนแรงในภาวะสิ้นยินดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0001$ ($r = 0.64$) โดยพบว่า การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างรุนแรง ส่งผลให้ระดับภาวะสิ้นยินดีมีความรุนแรงมากขึ้น

Clarke et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ทางสังคมกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้า พบว่า การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมมีผลทำให้ระดับภาวะสิ้นยินดีรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ($F = 9.0$)

การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

1) The Social Functioning Questionnaire(SFQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Social Functioning Scale(SFS) โดย Tyrer (2005) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวช โดยมีข้อคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) การทำงานและการทำหน้าที่ในครอบครัว 2) การจัดการเรื่องการเงิน 3) ทักษะด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 4) กิจกรรมทางเพศ 5) การติดต่อทางสังคม 6) การใช้เวลาว่าง เครื่องมือมีการใช้แพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าครอบคลุมในการวัดการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช

2) Social Functioning Scale (SFS) สร้างขึ้นโดย Birchwood et al. (1990) แปลไทยโดย ชัญชฎา คมขำ(2555) เพื่อใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงานในผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ มีการนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยแบบประเมินวัดการทำหน้าที่ทางสังคม 7 ด้าน คือ 1) การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม จำนวน 5 ข้อ 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล จำนวน 4 ข้อ 3) การมีกิจกรรมทางสังคม จำนวน 22 ข้อ 4) กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ จำนวน 15 ข้อ 5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง จำนวน 13 ข้อ 6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง จำนวน 13 ข้อ 7) การจ้างงาน/อาชีพ พิสัยของคะแนน 0-3 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 223 คะแนน โดยการแปลผลนำไปเทียบกับตาราง Raw Score

3) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Late-life Function Instrument) พัฒนาโดย Jette et al. (2002) ตามแนวคิดของ Nagi (1991) โดยแบบประเมินเป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (function) และนำมาแปลเป็นฉบับ ภาษาไทยโดย อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินสำหรับการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีค่าความเที่ยง .81

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม Social Functioning Scale (SFS) เพราะเป็นแบบสอบถามที่มีการใช้ผู้ป่วยจิตเวชอย่างแพร่หลายในต่างประเทศรวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย ในประเทศไทยมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ข้อคำถามเข้าใจง่าย มีค่าความเที่ยง 0.80 และค่าความตรง 0.94 มีความเหมาะสมและทันสมัยในการใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4.6 ความวิตกกังวล

Spielburger (1989) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ เป็นทุกข์และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น เกิดจากการประเมินและคาดคะเนเหตุการณ์ว่าอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้

Edelmann (1992) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของบุคคล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจจากความทุกข์ หรือความเกรงกลัวในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ทำให้มีอาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล (2558) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกกังวลต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือคาดว่าจะไม่สามารถควบคุมให้เป็นไปตามที่คิดได้ ทำให้เกิดอาการตื่นเต้น ตกใจง่าย เครียด กลัวและประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป ทำให้มีอาการหายใจเร็ว ใจสั่น เหงื่อออก หายใจไม่อิ่ม มือ เท้า ซา เป็นต้น

สรุปว่า ความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกไม่สบายใจ และตึงเครียดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ ลักษณะของผู้ที่มีความวิตกกังวล ได้แก่ อาการตึงเครียดของระบบประสาทอัตโนมัติและกล้ามเนื้อเช่นปวดศีรษะตึงตันคอหายใจไม่ออกอึดอัดจุกแน่นลำคอเจ็บหน้าอกใจสั่นตกใจง่ายมือเท้าเย็นเหงื่อออกวูบวาบตามลำตัวเสียวแปลบๆ จากศีรษะถึงเท้าหงุดหงิดอ่อนเพลียง่าย นอนไม่หลับ และไม่มีสมาธิ

สาเหตุและกลไกการเกิดความวิตกกังวล

กลไกการเกิดความวิตกกังวลเกิดจากหลากหลายสาเหตุด้วยกัน จำแนกได้ตามความเชื่อในแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานที่มีความแตกต่างกันไป (Shives 2012; p 255-256) ได้แก่

1. ทฤษฎีพันธุศาสตร์ (Genetic Theory)

มีการศึกษาความเกี่ยวพันของกรรมพันธุ์ต่อความวิตกกังวลและโรคในกลุ่มวิตกกังวล ในสมาชิกครอบครัวเดียวกัน ซึ่งบางงานวิจัย อธิบายว่า ความเป็นครอบครัว หรือเครือญาติสามารถอธิบายรูปแบบของความวิตกกังวลของบุคคลได้

2. ทฤษฎีชีววิทยา (Biologic Theory)

โดยทั่วไปมีการเชื่อมโยงสารสื่อประสาทบางตัว ที่ส่งผลต่อภาวะวิตกกังวล อาทิ เช่น Serotonin นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลพบการเพิ่มขึ้นของสาร Epinephrine, nor epinephrine ในร่างกาย

3. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ถูกนำเสนอโดยซิกมันด์ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ซึ่งมีความเชื่อว่าความวิตกกังวลเป็นผลมาจากแรงขัดแย้ง แรงขับที่ต้องการแสดงออกมาแต่ไม่สามารถแสดงออกได้และถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึกซึ่ง Ego พยายามใช้กลไกทางจิตเพื่อจัดการกับความวิตกกังวล ซึ่งอาจใช้กลไกทางจิตรูปแบบต่างๆในการจัดการกับความกังวล เช่น จิตไร้สำนึกที่ขัดแย้งตั้งแต่ในวัยเด็กอาจทำให้การสูญเสียครอบครัวจะส่งผลให้บุคคลมีความวิตกกังวลในวัยเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ตอนต้น

4. ทฤษฎีแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral theory)

ทฤษฎีแนวคิดและพฤติกรรมถูกพัฒนาโดย Aaron Beck ซึ่งให้ข้อเสนอแนะว่าความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองจากการเรียนรู้ หรือ เงื่อนไขของการรับรู้ความเครียด รับรู้ถึงอันตราย ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เชื่อเรื่องรูปแบบความคิดต่อการพัฒนาความวิตกกังวล

อาการสำคัญของผู้ที่มีความวิตกกังวล

ลักษณะของผู้ที่มีความวิตกกังวล ได้แก่อาการตื่นเครียดของระบบประสาทอัตโนมัติและกล้ามเนื้อเช่นปวดศีรษะตึงต้นคอหายใจไม่ออกอึดอัดจุกแน่นลำคอเจ็บหน้าอกใจสั่นตกใจง่ายมือเท้าเย็นเหงื่อออกวูบวาบตามลำตัวเสียสมดุลฯ จากศีรษะถึงเท้าหงุดหงิดอ่อนเพลียง่ายนอนไม่หลับไม่มีสมาธิ (จุมพล สมประสงค์, 2555) แบ่งอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลโดยสามารถตามกลุ่มอาการแสดง (Shives , 2012, p 257) ดังนี้

2.1 อาการแสดงที่พบด้านร่างกาย ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ มีอาการหายใจลำบาก หรือ หายใจเร็วขึ้น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย จุกแน่นหน้าอก เหงื่อออกที่ฝ่ามือ ม่านตาขยาย ปวดปัสสาวะบ่อย

2.2 อาการแสดงด้านอารมณ์ ผู้ที่มีอาการวิตกกังวลอาจแสดงออกอาการทางอารมณ์ที่มีความแตกต่างกันไปลักษณะอารมณ์ที่พบ ได้แก่ มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ซึมเศร้าร้องไห้ โกรธ รู้สึกไม่มีสมาธิ อาการแสดงด้านพฤติกรรม ได้แก่ เดินไปเดินมา ลูกลี้ลุกลอน นั่งไม่ติดที่ เอามือม้วนเส้นผม ระมัดระวังตัวมากเป็นพิเศษ

2.3 อาการแสดงด้านความคิด ความจำ ได้แก่ สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีสมาธิ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นรอบตัว ทำให้วิตกกังวล หลงลืม สนใจสิ่งที่ผ่านมามากกว่าเรื่องที่กำลังจะเกิดขึ้น มีอาการครุ่นคิด

ประเภทของความวิตกกังวล

Spielburger et al.(1983) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท

1. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน(State Anxiety) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตราย หรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น

ชั่วคราว ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย โดยจะแสดงออกมาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่สังเกตได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพการเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

2. ความวิตกกังวลประจำตัว(Trait Anxiety) ความวิตกกังวลมีเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป เกิดอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ซึ่งไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูง จะประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็ว

ระดับความวิตกกังวล

การวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง แต่ระดับความรุนแรงย่อมมีความแตกต่างกันไป ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางส่งผลให้บุคคล มีการตื่นตัว มีความรู้สึกกระตือรือร้น ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาดตนเองเพื่อแก้ไขปัญหา (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภร์ใจ เจริญสุข, 2556) ซึ่งการจำแนกระดับความวิตกกังวล จะจำแนกตั้งแต่ระดับปกติ จนถึงระดับวิตกกังวลแบบหวาดกลัวรุนแรง (Panic) การจำแนกระดับความวิตกกังวลระดับความวิตกกังวลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

1. วิตกกังวลระดับปกติ (Normal) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกมาให้บุคคลรับรู้ว่า มีความไม่สบายใจ มีความรู้สึกหวาดหวั่น ซึ่งเป็นระดับที่บุคคลจะรู้สึกต้องเตรียมพร้อมในการป้องกันตนเองจากสิ่งที่คุกคาม (Shives, 2012)

2. วิตกกังวลระดับน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลในระดับน้อยสามารถเกิดได้ในชีวิตประจำวันของบุคคล บุคคลจะแสดงออกถึงความตื่นตัวจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน หรือจากสิ่งแวดล้อม ในระยะนี้บุคคลจะมีความสามารถในการรับรู้ความจริง จะเห็น จะได้ยิน และรับรู้ข้อมูลได้มาก ความวิตกกังวลในระดับนี้บุคคลจะเรียนรู้ที่จะหาวิธีในการแก้ไขปัญหา และอาจมีการแก้ไขปัญหาได้ดี (Varcarolis, 2013) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีลักษณะจำเพาะที่สามารถผ่อนคลายได้มากหรือน้อยต่างกันไป บางคนไม่สามารถลดระดับความวิตกกังวลได้เลย จนกว่างานหรือภาระกิจจะเสร็จสิ้น (Shives, 2012)

3. วิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางจะมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสต่างๆ ทั้งการมองเห็น การฟัง มีประสิทธิภาพลดลง ความสนใจและสมาธิลดลง การรับรู้แคบลง (Shives, 2012; Varcarolis, 2013) บุคคลจะมีอาการพูดเสียงสั้นๆ พูดเร็วขึ้น เริ่มมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ยังมีความสามารถแก้ไขปัญหาได้แต่ต้องใช้สมาธิมากขึ้น (Shives, 2012)

4. วิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับสูงจะรับรู้เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้น้อยลง ความสนใจจดจ่ออยู่กับแค่บางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถอธิบายสิ่งที่ต้องการพูดได้ พูดจาไม่รู้เรื่อง กระบวนการคิดไม่ดี สับสน อาจเกิดช่วงก่อนที่บุคคลจะมองหาความช่วยเหลือ (Shives, 2012)

5. วิตกกังวลระดับหวาดกลัวรุนแรง (Panic state) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับหวาดกลัวรุนแรงความสามารถในการรับรู้จะหยุดชะงัก พูดไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ความรู้สึกตัว อารมณ์ผิดปกติ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง (Shives, 2012)

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ เป็นทุกข์และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น เกิดจากการประหม่นและคาดคะเนเหตุการณ์ว่าอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ (Spielburger, 1989) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักพบมีภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย มีความคิดที่หมกมุ่น และคิดว่าตนเองไร้ค่า(มาโนช หล่อตระกูล, 2557) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีความวิตกกังวลมากขึ้น จะเกิดความคิดที่หมกมุ่น ทำให้ขาดความสามารถที่จะรับมือกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นได้ และทำให้ประหม่นศักยภาพของตนเองต่ำลงกว่าเดิม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัว ส่งผลให้ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกไม่เหมาะสม และเกิดภาวะสิ้นยินดีขึ้นในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา ดังนี้

Oei et al. (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลขณะปัจจุบันกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 55 ราย ที่มารับบริการแผนกจิตเวชใน University Hospital in Utrecht ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

การประเมินความวิตกกังวล

1) Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แปรจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith(1983) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2539) HADS เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนน

แยกเป็นส่วนของการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.86 สำหรับ anxiety sub-scale แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983)

2) The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ธาตรี นนทศักดิ์ และจิ้น แบรี, 2535 (อ้างถึงในธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม, 2553) โดยนำมาเฉพาะความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (STAI Form Y-1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในด้านบวก 10ข้อและข้อความด้านลบ 10 ข้อ คำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบ โดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด (Self-Report Measure of Anxiety) แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด ค่อนข้างมาก มีบ้าง ไม่มีเลย คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึงมีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยหมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielburger, 1983) ชื่อThe State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form) โดยนำมาเฉพาะความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (STAI Form Y-1) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ใหม่ นิยมใช้ในบุคคลหลายกลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ มีการใช้แบบประเมินนี้ในการวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย มีค่าความเชื่อมั่น และค่าความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับ

4.7 เหตุการณ์เครียดในชีวิต

Holmes and Rahe (1967) ได้อธิบายความหมายเหตุการณ์เครียดในชีวิตว่า หมายถึง เหตุการณ์ใดๆที่เมื่อเกิดกับบุคคลแล้วจะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการดำเนินชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

- 1) เหตุการณ์ความเครียดด้านสุขภาพ คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของภาวะสุขภาพร่างกาย
- 2) เหตุการณ์ความเครียดด้านครอบครัว คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว
- 3) เหตุการณ์ความเครียดด้านเศรษฐกิจ คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของฐานะทางการเงินและทรัพย์สิน
- 4) เหตุการณ์ความเครียดด้านการทำงาน คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของหน้าที่ความรับผิดชอบและอาชีพ
- 5) เหตุการณ์ความเครียดด้านสังคม หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ซึ่ง

เกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต และทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียง

Rabking and Struening (1976) กล่าวว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของบุคคล ซึ่งทำให้สภาพทางสังคมของบุคคลนั้นเปลี่ยนไป เช่น ความทุกข์ยากต่างๆ การแต่งงาน การตกงาน

Muller (1977) กล่าวว่า เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ

สรุปได้ว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

- 1) เหตุการณ์ความเครียดด้านสุขภาพ คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของภาวะสุขภาพร่างกาย
- 2) เหตุการณ์ความเครียดด้านครอบครัว คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว
- 3) เหตุการณ์ความเครียดด้านเศรษฐกิจ คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของฐานะทางการเงินและทรัพย์สิน
- 4) เหตุการณ์ความเครียดด้านการงาน คือ การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของหน้าที่ความรับผิดชอบและอาชีพ
- 5) เหตุการณ์ความเครียดด้านสังคม หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ซึ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต และทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียง

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์เครียดในชีวิตและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า

จากการศึกษาความเครียดทางสังคมของ Rahe (1964) พบว่า เหตุการณ์ของชีวิตคุกคามความมั่นคงของบุคคล ทำให้เกิดการปรับตัว และเกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของเนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบต่างๆของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้ความต้านทานโรคของร่างกายลดลง ดังนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากเท่าใดโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วยยิ่งมีมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ มีการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่อสาเหตุระยะเวลา การดำเนินของโรค และผลลัพธ์ต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภท วิตกกังวล และซึมเศร้า (Stuart and Sundeen, 1983) จะเห็นได้ว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ง่าย เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อมีเหตุการณ์เครียดในชีวิตมาก จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ และเกิดภาวะสิ้นยินดีได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษา ดังนี้

Hundt et al. (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างเหตุการณ์เครียดในชีวิตกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่สูงขึ้น สามารถทำนายระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ที่ $p < .05$ ($\beta = 0.44$)

การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต

1) แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิตของ Hankin, Abramson, and Siler (2001) ที่ใช้ศึกษาการรับรู้ที่ทำให้สะท้อนใจในผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพจิต สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเพื่อน และด้านการเรียนรู้ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 เหมาะกับกลุ่มที่ไม่มีโรคทางกาย ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต มี 30 ข้อ ด้านครอบครัว 14 ข้อ ด้านเพื่อน 9 ข้อ ด้านการเรียนรู้ 5 ข้อ

2) แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดตามแนวคิดของ Amster and Kraus(1974) ซึ่งพัฒนาโดย Piboon et al.(2010) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านการรู้จัก ด้านอารมณ์ โดยข้อคำถามประเมินเหตุการณ์ที่เกิดภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาว่าประสบกับเหตุการณ์ความเครียดหรือไม่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลดี หรือผลเสียต่อตนเองหรือไม่ มีค่าความเชื่อมั่น 0.85

3) แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตซึ่งสมจิตร์ นครพานิช (2531) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวทางแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิต(Social Readjustment Rating Scale) ของ Holmes and Rahe (1967) โดยสร้างข้อความเหตุการณ์ในชีวิตแต่ละด้านให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย จำนวน 43 ข้อ ซึ่ง ได้แบ่งเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) เหตุการณ์ความเครียดด้านสุขภาพ 2) เหตุการณ์ความเครียดด้านครอบครัว 3) เหตุการณ์ความเครียดด้านเศรษฐกิจ 4) เหตุการณ์ความเครียดด้านการงาน 5) เหตุการณ์ความเครียดด้านสังคม ซึ่งค่าความเที่ยงเท่ากับ .99

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตซึ่งสมจิตร์ นครพานิช (2531) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวทางแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิต(Social Readjustment Rating Scale) ของ Holmes and Rahe (1967) เพราะเครื่องมือมีการพัฒนาโดยสร้างข้อความเหตุการณ์ในชีวิตแต่ละด้านให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย มีความน่าเชื่อถือสูง และมีการนำมาใช้ประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า(พรพรรณ ศรีโสภา, 2552)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธรณินทร์ กองสุข (2558) ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิต และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ศึกษาวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย และขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ สูงถึงร้อยละ 48.5

จิราภา บุญศิลป์ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย ซึ่งโปรแกรมนี้จะเป็นรูปแบบการบำบัดที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์ทางบวก และคาดหวังความสุขเพิ่มขึ้น รวมทั้งเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และลดภาวะสิ้นยินดีได้ โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน มี 10 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6 – 7 คน จำนวน 3 กลุ่ม ใช้เวลา 45 – 60 นาที โดยแต่ละกิจกรรมเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความรู้สึกเชิงบวกและฝึกการมุ่งสร้างความสุข ผลการวิจัยพบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแล้วพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับภาวะสิ้นยินดีลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

Joiner, Brown, & Metalsky (2003) ที่ศึกษาเปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาล VA Hospital จำนวนทั้งหมด 102 ราย โดยได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จำนวน 50 ราย และได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท จำนวน 52 ราย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสิ้นยินดีมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มากกว่าโรคจิตเภท โดยจะพบความชุกของภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มากกว่าโรคจิตเภท ($t(100) = 2.10, p < .05$)

Amr and Volpe (2013) ศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า อาการหุนหันพลันแล่น กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กับผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 121 ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 29 ราย ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 92 ราย ที่มีอายุ 18 – 60 ปี ที่คลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาล Mansoura University Hospital ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 ถึง 2011 พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดี โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีภาวะสิ้นยินดีในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

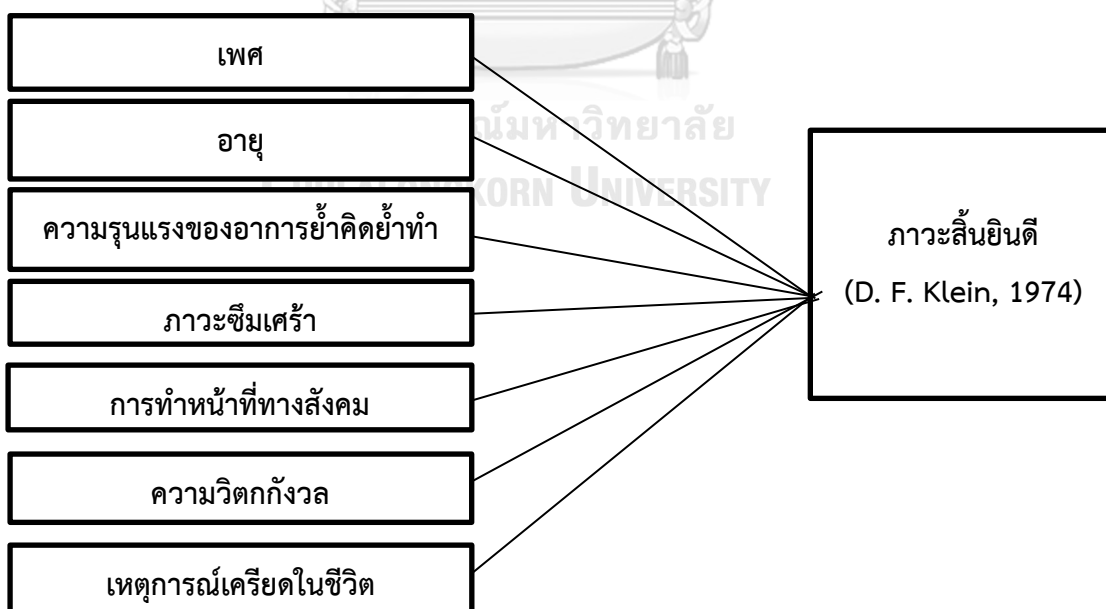
Vinckier, Gourion, and Mouchabac (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสิ้นยินดีและการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์รักษาโรคทั่วไป โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1570 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยยา agomelatine พบว่า ภาวะสิ้นยินดีสามารถทำนายระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และ

ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา agomelatine ลดระดับความรุนแรงของภาวะสิ้นยินดีและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้ $p < 0.0001$ ($r = 0.64$)

Liu et al. (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสิ้นยินดี และความไวในการตอบสนองทางบวกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 47 ราย อายุ 18 – 52 ปี ซึ่งเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล Guangzhou Psychitric Hospital ประเทศจีน ซึ่งใช้เครื่องมือ Temporal experience of pleasure scale (TEPS) ในการวัดระดับภาวะสิ้นยินดี ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสิ้นยินดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($F = 4.63$)

Chensova-Dutton & Hanley (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และภาวะสิ้นยินดี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 61 ราย โดยเป็นนักศึกษาจากคณะศิลปศาสตร์ ที่มีอายุระหว่าง 18 – 24 ปี ซึ่งได้รับการประเมินพบว่า มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ BDI (Beck Depression Inventory) ในการวัดระดับภาวะซึมเศร้า และใช้เครื่องมือ Temporal experience of pleasure scale (TEPS) ในการวัดระดับภาวะสิ้นยินดี ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดี โดยภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นทำให้ระดับภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์ ICD-10 ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F 32 – F 33) ที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 144 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 20 -59 ปี
- 2) สามารถฟัง พูดภาษาไทยได้ ให้ความร่วมมือดี และยินยอมในการให้ข้อมูล
- 3) ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power analysis of sample size โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล .24 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลางในการศึกษาหาความสัมพันธ์ในวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 131 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 (Dilman, 2000) งานวิจัยนี้จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 144 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาลโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 โรงพยาบาลในภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งมีคลินิกจิตเวชให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาล และเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ตามระยะเวลาที่

กำหนด โรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 2 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางในการรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่มีเพียง 2 แห่งในภาคใต้ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้ง 14 จังหวัดในเขตภาคใต้ แบ่งเขตรับผิดชอบ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ให้บริการ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ให้บริการ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมงานวิจัยในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 7 สิงหาคม – 10 ตุลาคม พ.ศ.2560 จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 144 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 7 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ปี) มีลักษณะเป็นแบบตัวเลือกตอบ โดยผู้วิจัยสำรวจจากทะเบียนประวัติและสัมภาษณ์จากผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการย้ำคิดย้ำทำ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินอาการย้ำคิดย้ำทำด้วยตนเอง ฉบับภาษาไทย (ThaiVersion of the Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition (Y-BOCS II)) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Goodman et al. (1989) แปลไทยโดย อลงกรณ์ เถกิงศักดิ์ากุล, ธนิตา หิรัญเทพ และรัตนา สายพานิชย์ (2555) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ และได้เพิ่มหัวข้อเกี่ยวกับอาการหลักของความย้ำคิดและการย้ำทำในแบบประเมิน เครื่องมือนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบประเมินลักษณะอาการย้ำคิดย้ำทำ และความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะสิ้นยินดี ในงานวิจัยนี้จึงนำมาใช้เฉพาะส่วนของความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งจำนวน 10 ข้อ โดยประเมินความรุนแรง ของอาการย้ำคิด 5 ข้อ และอาการย้ำทำ 5 ข้อ คำถามแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดคือ 40 คะแนน โดยคิดจากการรวมคะแนนทุกข้อเข้าด้วยกัน ซึ่งคะแนนที่มากแสดงว่ามีอาการรุนแรงมาก

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

คำถามแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 0 – 40 คะแนน โดยคะแนนที่มากกว่า 7 คะแนน หมายถึง อาการย้ำคิดย้ำทำ อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้

| | | |
|-------------|---------|---------------------------------|
| คะแนน 0-7 | หมายถึง | อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| คะแนน 8-15 | หมายถึง | อาการย้ำคิดย้ำทำรุนแรงเล็กน้อย |
| คะแนน 16-23 | หมายถึง | อาการย้ำคิดย้ำทำรุนแรงปานกลาง |
| คะแนน 24-31 | หมายถึง | อาการย้ำคิดย้ำทำรุนแรงมาก |
| คะแนน 32-40 | หมายถึง | อาการย้ำคิดย้ำทำรุนแรงมากที่สุด |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินอาการย้ำคิดย้ำทำ เป็นเครื่องมือที่นำมาพัฒนาและแปลเป็นไทย เพื่อนำมาศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยได้เพิ่มหัวข้อเกี่ยวกับอาการหลักของความย้ำคิดและการย้ำทำในแบบประเมิน และมีอาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับแก้ตามคำแนะนำ และมีการนำแบบประเมินไปทดลองใช้เบื้องต้นกับผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาริบัติเป็นเวลา 1 เดือน และนำข้อมูลไปปรับปรุง และประเมินแบบสอบถามอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.00 ส่วนค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน พบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาไทย (Thai Version of the Beck Depression Inventory: BDI) ซึ่งพัฒนาโดย Beck (1967) ตามแนวคิดของBeck แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างถึงใน พรพรรณ ศรีโสภา, 2552) เป็นเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นอาการทางกาย 6 ข้อ และเป็นอาการทางกาย 6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นอาการทางกาย 6 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คิดคะแนนโดยรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้

ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) ดังนี้

| | | |
|---------------|---------|---------------------------|
| คะแนน 0 – 9 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ |
| คะแนน 10 – 15 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย |
| คะแนน 16 – 19 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง |
| คะแนน 20 – 29 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับมาก |
| คะแนน 30 – 63 | หมายถึง | ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดภาวะซึมเศร้า ในประเทศไทย พบว่า พรพรรณ สุดใจ (2552) นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 40 ราย เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งก่อน และหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.86

จากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญโรคซึมเศร้า 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ส่วนค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน พบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมิน Social Functioning Scale (SFS) สร้างขึ้นโดย Birchwood et al. (1990) แปลไทยโดย ชัญชฎา คมขำ (2555) มีจำนวน 75 ข้อ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ 7 ด้าน โดยพิสัยของคะแนน 0 – 3 คะแนน คือ

- 1) การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม มีจำนวน 5 ข้อ มีค่าคะแนน 0 - 15 คะแนน
- 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล มีจำนวน 4 ข้อ มีข้อให้คะแนน 3 ข้อ คะแนน 0 – 9 คะแนน
- 3) การมีกิจกรรมทางสังคม มีจำนวน 22 ข้อ มีค่าคะแนน 0 – 66 คะแนน

- 4) กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ มีจำนวน 15 ข้อ มีค่าคะแนน 0 – 45 คะแนน
- 5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีจำนวน 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0 – 39 คะแนน
- 6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีจำนวน 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0 – 39 คะแนน
- 7) การจ้างงาน/อาชีพ มีข้อคำถาม 3 ข้อ ถ้าทำงาน มีการทำงาน ระดับคะแนน 7 – 10 คะแนน ถ้าไม่ได้ทำงาน ระดับคะแนน 0 – 6 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

แต่ละข้อมีพิสัยของคะแนน 0-3 คะแนน ให้นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน ข้อคำถามมีทั้งหมด 75 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 223 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้

นำคะแนนที่ได้ไปเทียบกับคะแนนดิบ (Raw Score) ในตารางแปลผลคะแนน ได้ตามค่าคะแนน ดังนี้

| | | |
|-----------------|---------|------------------------------|
| คะแนน 0 – 95 | หมายถึง | ทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับต่ำ |
| คะแนน 96 – 105 | หมายถึง | ทำหน้าที่ทางสังคมได้ปานกลาง |
| คะแนน 106 – 125 | หมายถึง | ทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี |
| มากกว่า 126 | หมายถึง | ทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีมาก |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช และโรคซึมเศร้าในต่างประเทศ Doherty & Casey (2012) ได้นำมาใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 185 ราย พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89 และ Shahar & Davidson (2003) ได้นำเครื่องมือนี้เก็บข้อมูลวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย ในประเทศไทยจากงานวิจัยของ ชัชฎา คมขำ (2555) มีการนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ราย พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.80

จากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคซึมเศร้า 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ส่วนค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ใช้แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตซึ่งสมจิตร์ นครพานิช (2531) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวทางแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์

ในชีวิต (Social Readjustment Rating Scale) ของ Holmes and Rahe (1967) และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบสอบถามให้ผู้ช่วยเลือกตอบ โดยให้ผู้ช่วยพิจารณาเหตุการณ์ในข้อความ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นเคยเกิดขึ้นกับท่าน
ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 20 ท่าน กำหนดคะแนนเหตุการณ์ในชีวิตในแต่ละข้อด้วยวิธีการของเรอร์สตัน เป็น 1 – 11 คะแนน มีการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ที่รุนแรงมากขึ้นให้คะแนน 2,3,4,5,6,7,8,9,10 และ 11 คะแนน ตามลำดับ นำคะแนนของข้อความแต่ละข้อมาหาค่ามัธยฐาน(Median) ค่ามัธยฐานจะเป็นคะแนนความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละข้อนั้นๆ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนแบบสัมภาษณ์แล้ว 1 สัปดาห์ นำแบบสัมภาษณ์ชุดเดิมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิคณะเดิมให้คะแนนอีกครั้ง เพื่อหาความเที่ยงของคะแนนเหตุการณ์ในชีวิต แล้วนำมาหาค่ามัธยฐานใหม่ ได้ค่าความเที่ยงรวมของคะแนนก่อนและหลัง เท่ากับ .97 และ .94 ตามลำดับ แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิตได้ถูกนำมาใช้สัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิตของหญิงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี และขณะตั้งครรภ์ ที่มีอายุระหว่าง 17 – 35 ปี ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .99 และ .98 ตามลำดับ นอกจากนี้ ได้ถูกนำมาใช้ในหญิงวัยเปลี่ยนอายุ 45 – 59 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย (พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด, 2548)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้

การแปลผลคะแนนการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิต ดังนี้

| คะแนน | หมายถึง |
|----------------|------------------------------------------|
| 77.37 - 170.17 | มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง |
| 53.36 – 77.36 | มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตปานกลาง |
| 5.17 – 53.35 | มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่ำ |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เครื่องมือนี้มีการนำมาใช้ในการประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอย่างแพร่หลาย ในประเทศไทย พรพรรณ ศรีโสภา (2552) ได้นำมาใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 140 ราย หาความเที่ยงภายนอกของเครื่องมือด้วยวิธีวัดซ้ำ พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ในส่วนของกรวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยหาความเที่ยงภายนอกด้วยวิธีวัดซ้ำ (Test - retest) โดยวัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มเดียวกันซ้ำ 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 - 3 สัปดาห์ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์, 2536) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้ง 2 ค่า มาหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน และจากการหาค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 แสดงให้เห็นว่า เครื่องมือนี้มีค่าความคงที่ในการวัดค่อนข้างสูง

ส่วนที่ 6 แบบวัดความวิตกกังวล ใช้แบบวัด The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y-1) ของ Spielberger et al. (1983) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาคิต ชาติรี นนทศักดิ์ และจิ้น แบรี, 2535 (อ้างถึงในธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม, 2553) ซึ่งนำมาจากแบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory Form Y ซึ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลที่มี 2 ส่วน คือ แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (STAI Form Y-1) และแบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว (STAI Form Y-2) ในงานวิจัยนี้วัดเฉพาะความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จึงใช้เฉพาะแบบวัด The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y-1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในด้านบวก 10 ข้อ และข้อความด้านลบ 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---|-------------|
| 1 | = | ไม่มีเลย |
| 2 | = | มีบ้าง |
| 3 | = | ค่อนข้างมาก |
| 4 | = | มากที่สุด |

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

แบบวัด The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y-1) จะมีคะแนนรายข้อตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน แบบวัดมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ (Spielberger et al., 1983)

| | คะแนนข้อความทางลบ | คะแนนข้อความทางบวก |
|-----------|-------------------|--------------------|
| หมายเลข 1 | 1 | 4 |
| หมายเลข 2 | 2 | 3 |
| หมายเลข 3 | 3 | 2 |
| หมายเลข 4 | 4 | 1 |

การให้คะแนนจะคิดคะแนนแบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y-1 ในทิศทางตรงกันข้ามกัน ซึ่งข้อความทางบวกมีข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้

แบบวัดความวิตกกังวล คะแนนต่ำสุด คือ 20 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 80 คะแนน โดยแปลผลตามเกณฑ์ ดังนี้ (Spielberger et al., 1983)

| | | |
|---------------|---------|-------------------------|
| คะแนน 20 - 40 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลเล็กน้อย |
| คะแนน 41 - 60 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลปานกลาง |
| คะแนน 61 - 70 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลสูง |
| คะแนน 71 - 80 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลรุนแรง |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการนำมาใช้ในการประเมินความวิตกกังวล ในต่างประเทศ Clarke et al. (2005) นำมาใช้ในการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคซึมเศร้า พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90 ในประเทศไทย ฐิตารัตน์ ชื่นเอี่ยม(2553) นำมาใช้ประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวล จำนวน 40 ราย พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ส่วนค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน พบค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 7 แบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) ผู้วิจัยปรับปรุงจากเครื่องมือ TEPS ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Gard et al. (2006) ตามแนวคิดของ Klein (1974) ได้รับการพัฒนาและแปลภาษาไทย โดย จิราภา บุญศิลป์ (2559) เครื่องมือนี้ใช้ในการวัดภาวะสิ้นยินดี มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ โดยข้อคำถามจะประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์ความสุขของบุคคล โดยคะแนนที่น้อยกว่า 54 แปลผลว่า ประสบการณ์ความสุข หรือความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ หมายถึงบุคคลมีภาวะสิ้นยินดี แต่ละข้อมีค่าคะแนน 6 ระดับ เป็นแบบ Likert scale ดังนี้

| | | |
|---------|---|------------------------------------------|
| คะแนน 6 | = | ข้อความตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด |
| คะแนน 5 | = | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงมาก |
| คะแนน 4 | = | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงค่อนข้างมาก, |
| คะแนน 3 | = | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย |
| คะแนน 2 | = | ข้อความนี้ค่อนข้างไม่ตรงกับความเป็นจริง |
| คะแนน 1 | = | ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย |

ผู้วิจัยได้นำมาปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยปรับเปลี่ยนข้อความให้เหมาะสมในการใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมในภาคใต้ และนำมาใช้ในงานวิจัยเพื่อศึกษาภาวะสิ้นยินดีโดยรวม

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

แบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) ในแต่ละข้อจะมีคะแนน ตั้งแต่ 1 – 6 คะแนน แบบวัดมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ ซึ่งในแบบวัดนี้ข้อความทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13 และข้อความทางบวก 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 12 และ 14 – 18 คิดคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้จากแต่ละข้อมารวมกัน เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

| | คะแนนข้อความทางบวก | คะแนนข้อความทางลบ |
|---------|--------------------|-------------------|
| คะแนน 1 | 1 | 6 |
| คะแนน 2 | 2 | 5 |
| คะแนน 3 | 3 | 4 |
| คะแนน 4 | 4 | 3 |
| คะแนน 5 | 5 | 2 |
| คะแนน 6 | 6 | 1 |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้

ให้นำคะแนนที่ได้จากแต่ละข้อมารวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คือ 18 ซึ่งค่าคะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนเฉลี่ยซึ่งคะแนนต่ำสุด คือ 1 คะแนน และสูงสุด 6 คะแนน โดยแปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ยที่น้อยกว่า 3 คะแนน หรือร้อยละ 50 แสดงว่า ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความสุขต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ แสดงว่า ผู้ป่วยมีภาวะสิ้นยินดี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะสิ้นยินดีในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กลับค่าคะแนนของตัวแปรภาวะสิ้นยินดี เพื่อให้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามหลักสถิติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยได้ดำเนินการกลับค่าคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ดังนี้ คือ

| | | |
|---------|---|-----------------------------------------|
| คะแนน 6 | = | ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย |
| คะแนน 5 | = | ข้อความนี้ค่อนข้างไม่ตรงกับความเป็นจริง |
| คะแนน 4 | = | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย |
| คะแนน 3 | = | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงค่อนข้างมาก |
| คะแนน 2 | = | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงมาก |
| คะแนน 1 | = | ข้อความตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด |

ดังนั้น ในการแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยที่มากกว่า 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะสิ้นยินดี ในทางกลับกันถ้าได้คะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะสิ้นยินดี

การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในต่างประเทศ Liu et al., (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสิ้นยินดีกับความจำทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือนี้วัดภาวะสิ้นยินดี ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 71 ราย พบเครื่องมือมีความเที่ยง เท่ากับ 0.78 และ Liu et al., (2014) ใช้เครื่องมือนี้ในการวัดภาวะสิ้นยินดีเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสิ้นยินดีกับการตอบสนองทางลบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 27 ราย พบค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.77 นอกจากนี้ Liu et al. (2016) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในงานวิจัยในการศึกษาภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 47 ราย พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 และจากงานวิจัยของ Chentsova – Dutton & Kaitlin (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสิ้นยินดีกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือนี้ในการวัดภาวะสิ้นยินดี พบว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.76 ในประเทศไทย จิราภา บุญศิลป์ (2559) มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ราย พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83 ส่วนค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.95

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดบุคลิกภาพแบบย้าคิดย้าทำ ฉบับภาษาไทย แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิต และแบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

| | |
|---------------------------------------------|--------------|
| จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า | จำนวน 1 ท่าน |
| อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านโรคซึมเศร้า | จำนวน 1 ท่าน |
| พยาบาลชำนาญการทางด้านโรคซึมเศร้า | จำนวน 2 ท่าน |

พยาบาล APN ด้านโรคซึมเศร้า

จำนวน 1 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับ
วัตถุประสงค์

การศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจน การจัดลำดับของเนื้อหา และขอ
ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 4
ระดับ ดังนี้

| | | |
|---------|---------|--------------------------------------------|
| คะแนน 1 | หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| คะแนน 2 | หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย |
| คะแนน 3 | หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม |
| คะแนน 4 | หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก |

การตรวจความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณามาคำนวณค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็น
ตรงกัน และสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (ศรีสทิถย์นราภรณ์, 2553) โดยคำนวณได้
จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรง
ตามเนื้อหา (CVI) ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

| เครื่องมือ | ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ |
|----------------------------------------------|---------------------------------|
| แบบวัดบุคลิกภาพแบบย้าคิดย้าทำ ฉบับภาษาไทย | 1.00 |
| แบบวัดภาวะซึมเศร้า | 1.00 |
| แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม | 0.94 |
| แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน | 1.00 |
| แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิต | 0.94 |
| แบบวัด Temporal experience of pleasure scale | 0.83 |

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้ว ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาตามรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 2 การแก้ไขข้อคำถามของแบบวัดอาการย้าคิดย้าทำ ฉบับภาษาไทย

| ข้อที่ | ข้อคำถามเดิม | ข้อคำถามใหม่ |
|--------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 4 | คุณสามารถต้านทานอาการย้าคิดได้หรือไม่ | - คุณสามารถจัดการอาการย้าคิดได้หรือไม่ |
| 9 | คุณสามารถต้านทานอาการย้าทำได้หรือไม่ | - คุณสามารถจัดการอาการย้าทำได้หรือไม่ |

ส่วนแบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในแต่ละข้อไปแก้ไขและปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับบริบทด้านสังคมและวัฒนธรรมของภาคใต้ รวมทั้งมีความถูกต้องตามหลักภาษาต้นฉบับ ดังนี้

ตารางที่ 3 การแก้ไขข้อคำถามของแบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS)

| ข้อที่ | ข้อคำถามเดิม | ข้อคำถามใหม่ |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | เมื่อฉันรู้ว่าคาราที่ฉันชื่นชอบจะมีหนึ่งเรื่องใหม่ทำให้ฉันตั้งตารอดู | - เมื่อคุณรู้ว่าจะมีการแสดงหนึ่งทะเลง โนห์รา เพลงเพื่อชีวิต การแสดง หรือศิลปินที่ชื่นชอบทำการแสดง ทำให้คุณตั้งตารอดู |
| 5 | ฉันชอบให้มีคนมาดูแลผมของฉัน เช่น หวีผม สระผมของฉัน หรือฉันชอบให้คนมาเล่นผมของฉัน | - คุณชอบให้คนที่คุณรักมาสัมผัสหรือ ลูบผมของคุณเบาๆ |
| 10 | คืนก่อนวันหยุดฉันจะรู้สึกตื่นเต้นจนนอนไม่หลับ | - คืนก่อนวันหยุดฉันจะรู้สึกดีใจ |
| 11 | เมื่อฉันกำลังจะไปงานรื่นเริง เช่น งานวัด งานแต่งงานบวช ฉันรู้สึกรอไม่ได้และอยากไปให้ถึงงานนั้นเร็วๆ | - เมื่อคุณกำลังจะไปงานรื่นเริง เช่น งานวัด งานมัสยิต งานแต่งงานคุณรู้สึกอยากไปให้ถึงงานนั้นเร็วๆ |
| 14 | ฉันชอบฟังเสียงฝนในขณะที่ฉันนอนอยู่ในเตียงที่อบอุ่น | - ฉันชอบฟังเสียงฝนในขณะที่ฉันนอนสบายๆ |
| 16 | ขณะสั่งอาหารจากรายการอาหาร ฉันสามารถจินตนาการถึงความอร่อยของอาหารนั้นได้เลย | - ขณะสั่งอาหารที่ชอบในร้านอาหาร ฉันสามารถนึกถึงความอร่อยของอาหารนั้นได้เลย |
| 17 | เมื่อได้ยินเสียงที่ไพเราะ เช่น เสียงนก ร้อง เสียงน้ำไหล เสียงเพลงที่ชื่นชอบ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายอย่างมาก | - เมื่อได้ยินเสียงที่ไพเราะ เช่น เสียงนก ร้อง เสียงน้ำไหล เสียงเพลงที่ชื่นชอบทำให้รู้สึกผ่อนคลาย |
| 18 | เมื่อมีเรื่องน่าตื่นเต้นบางสิ่งบางอย่างผ่านเข้ามาในชีวิต ฉันก็ตั้งตารอคอยสิ่งนั้น | - เมื่อมีเรื่องน่าตื่นเต้นจะผ่านเข้ามาในชีวิต ฉันก็ตั้งตารอคอยสิ่งนั้น |

2.การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

การวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน
2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบวัดบุคลิกภาพแบบย้าคิดย้าทำ ฉบับภาษาไทย แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม แบบวัดความวิตกกังวล ขณะปัจจุบัน และแบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ คือ .70 ขึ้นไป (Jacobson, 1988; Burns and Grove อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยันทรากร, 2553) นำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเที่ยง มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

| เครื่องมือ | ความเที่ยง |
|-----------------------------------------------------|------------|
| แบบวัดอาการย้าคิดย้าทำ | 0.98 |
| แบบวัดภาวะซึมเศร้า | 0.94 |
| แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม | 0.85 |
| แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน | 0.95 |
| แบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) | 0.92 |

4. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิต ผู้วิจัยหาความเที่ยงภายนอกด้วยวิธีวัดซ้ำ (Test - retest) โดยวัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มเดียวกันซ้ำ 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 - 3 สัปดาห์ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์, 2536) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้ง 2 ค่า มาหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 จากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ระยะห่างในการเก็บใช้เวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาค่อนข้างห่างกันมากไป เนื่องจากมีข้อจำกัดในความสะดวก และการนัดมารับบริการครั้งต่อไปของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยขอหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและหนังสือขอเสนอ

โครงการวิจัยเพื่อขอ อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยและขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 เมื่อได้หนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยผู้วิจัยส่งหนังสือดังกล่าวพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับสมบูรณ์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยและของแต่ละโรงพยาบาล

2.2 ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้ง 2 โรงพยาบาล ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของทั้ง 2 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และนัดหมายวันเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาที่ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย รวมทั้งการสัมภาษณ์ ดำเนินการคัดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.3.2 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3.3 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบประเมินแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านแบบประเมินได้ ผู้วิจัยจะให้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 30 - 45 นาที

หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินด้วยตนเองได้

2.3.4 ในขณะที่เก็บข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีท่าทีเศร้า หรือสะท้อนใจจากข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 9 ราย ผู้วิจัยจึงให้การพยาบาลโดยการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยในจำนวน 9 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง จนถึงระดับรุนแรง ผู้วิจัยจึงส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่และแพทย์เจ้าของไข้ตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด

2.3.5 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน เช่น เข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยก็จะให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นๆ แล้ว ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายตอบแบบประเมินได้ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากคลินิกซึมเศร้ามีการให้บริการให้คำปรึกษา การทำสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล และการทำจิตบำบัดทุกราย รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง โดยพยาบาลจิตเวช ก่อนไปพบแพทย์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการและรอลำดับมีช่วงเวลาในการพูดคุยและทำแบบสอบถามในการวิจัยได้ครบถ้วน

2.3.6 เมื่อได้รับแบบประเมินกลับคืนมา ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลให้เรียบร้อย

2.3.7 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

2.3.8 กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

2.3.9 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 144 ฉบับ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เอกสารเลขที่ 20/2560 และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หมายเลขโครงการ SSR REC 14/2560 ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ และผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ในขณะที่เก็บข้อมูลหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีท่าทีเศร้า มีอารมณ์โกรธ หรือสะท้อนใจจากข้อคำถาม ผู้วิจัยมีแนวทางในการให้การพยาบาลจิตใจตามแนวทางของพยาบาลจิตเวช และหากพบคะแนนการประเมินใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่และแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้การรักษาต่อไป ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับภาวะสิ้นยินดี โดยใช้ไคสแควร์ และ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนไคเรียม ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ (Cohen, 1992) ดังนี้

| ค่า r | ระดับความสัมพันธ์ |
|-------------|--------------------------|
| 0.10 – 0.29 | มีความสัมพันธ์กันต่ำ |
| 0.30 – 0.49 | มีความสัมพันธ์กันปานกลาง |
| 0.50 – 1.00 | มีความสัมพันธ์กันสูง |



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 144 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งประกอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 7 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดอาการย้ำคิดย้ำทำ ฉบับภาษาไทย แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม แบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิต และแบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 193 ข้อ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย โดยเรียงลำดับไว้ ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ศาสนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับของความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล เหตุการณ์เครียดในชีวิต และภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของอายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ศาสนา โดยการใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (N = 144) | ร้อยละ (%) |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| เพศ | | |
| ชาย | 45 | 31.3 |
| หญิง | 99 | 68.8 |
| อายุ(ปี) | | |
| อายุ(ปี) (\bar{x} = 42.94, S.D. = 11.01, Min = 20, Max = 59) | | |
| 20 – 29 ปี | 24 | 16.7 |
| 30 – 39 ปี | 29 | 20.1 |
| 40 – 49 ปี | 42 | 29.2 |
| 50 – 60 ปี | 49 | 34.0 |
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ | 98 | 68.1 |
| โสด | 27 | 18.8 |
| หม้าย | 4 | 2.8 |
| หย่า | 10 | 6.9 |
| แยกกันอยู่ | 5 | 3.5 |

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียด ดังนี้ ด้านเพศ พบเพศหญิง ร้อยละ 68.8 เพศชาย ร้อยละ 31.3 ด้านอายุ พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 42.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.01 อายุต่ำสุด เท่ากับ 20 ปี และอายุสูงสุด เท่ากับ 59 ปี เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีมากที่สุดในกลุ่มอายุ 50 – 60 ปี ร้อยละ 49 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 42 กลุ่มอายุ 30 – 39 ปี ร้อยละ 29 และกลุ่มอายุ 20 – 29 ปี ร้อยละ 29 ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรส พบสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 68.1 รองลงมา สถานภาพโสด ร้อยละ 18.8 หย่า ร้อยละ 6.9 แยกกันอยู่ ร้อยละ 3.5 และหม้าย ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (N = 144) | ร้อยละ (%) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 24 | 16.7 |
| ประถมศึกษา | 36 | 25.0 |
| มัธยมศึกษา | 45 | 31.3 |
| อาชีวศึกษา/อนุปริญญา | 7 | 4.9 |
| ปริญญาตรี | 29 | 20.1 |
| ปริญญาโท | 3 | 2.1 |
| ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ปี) (\bar{x} = 4.19, S.D. = 4.82, Min = 0, Max = 30) | | |
| 0 – 9 ปี | 124 | 86.1 |
| 10 – 19 ปี | 17 | 11.8 |
| 20 – 30 ปี | 3 | 2.1 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 131 | 91.0 |
| อิสลาม | 11 | 7.6 |
| คริสต์ | 2 | 1.4 |

จากตารางที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.3 รองลงมาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25.0 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 16.7 ระดับอาชีวศึกษา/อนุปริญญา ร้อยละ 4.9 และระดับปริญญาโท ร้อยละ 2.1 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 0 – 9 ปี ร้อยละ 86.1 รองลงมาช่วง 10 – 19 ปี ร้อยละ 11.8 และช่วง 20 – 30 ปี ร้อยละ 2.1 ตามลำดับ ศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.0 รองลงมาศาสนาอิสลาม ร้อยละ 7.6 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล เหตุการณ์เครียดในชีวิต และภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ (n = 144)

| ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ | ร้อยละ | คะแนน | จำนวน |
|-------------------------------|---------|------------|------------|
| ระดับปกติ | 0 - 7 | 50 | 34.7 |
| ระดับเล็กน้อย | 8 - 15 | 37 | 25.7 |
| ระดับปานกลาง | 16 - 23 | 26 | 18.1 |
| ระดับมาก | 24 - 31 | 19 | 13.2 |
| ระดับรุนแรง | 32 - 40 | 12 | 8.3 |
| รวม | | 144 | 100 |

$$\bar{x} = 14.02, S.D. = 10.38, \text{Min} = 0, \text{Max} = 39$$

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำระดับปกติ จำนวน 50 ราย คิดเป็น ร้อยละ 34.7 รองลงมามีอาการย้ำคิดย้ำทำในระดับเล็กน้อย จำนวน 37 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.7 มีอาการย้ำคิดย้ำทำระดับปานกลาง จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1 มีอาการย้ำคิดย้ำทำระดับมาก จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 และมีอาการย้ำคิดย้ำทำระดับรุนแรง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน และร้อยละ ของภาวะซึมเศร้า (n = 144)

| ภาวะซึมเศร้า | คะแนน | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------|---------|-------|--------|
| ระดับปกติ | 0 – 9 | 62 | 43.1 |
| ระดับเล็กน้อย | 10 – 15 | 23 | 16.0 |
| ระดับปานกลาง | 16 – 19 | 10 | 6.9 |
| ระดับมาก | 20 – 29 | 19 | 13.2 |
| ระดับรุนแรง | 30 – 63 | 30 | 20.8 |
| รวม | | 144 | 100 |

$\bar{x} = 16.49, S.D. = 14.78, \text{Min} = 0, \text{Max} = 60$

จากตารางที่ 8 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.0 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.9 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.8

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละ ของการทำหน้าที่ทางสังคม (n = 144)

| การทำหน้าที่ทางสังคม | คะแนน | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------|-------------|-------|--------|
| ระดับต่ำ | 0 – 95 | 26 | 18.1 |
| ระดับปานกลาง | 96 – 105 | 11 | 7.6 |
| ระดับดี | 106 – 125 | 25 | 17.4 |
| ระดับดีมาก | มากกว่า 125 | 82 | 56.9 |
| รวม | | 144 | 100 |

$\bar{x} = 125.37, S.D. = 28.03, \text{Min} = 54, \text{Max} = 185$

จากตารางที่ 9 พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.9 รองลงมา พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1 การทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับดี จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.4 และการทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละ ของความวิตกกังวล (n = 144)

| ความวิตกกังวล | คะแนน | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------|---------|-------|--------|
| วิตกกังวลระดับเล็กน้อย | 20 – 40 | 41 | 28.5 |
| วิตกกังวลระดับปานกลาง | 41 – 60 | 70 | 48.6 |
| วิตกกังวลระดับสูง | 61 – 70 | 32 | 22.2 |
| วิตกกังวลระดับรุนแรง | 71 – 80 | 1 | 0.7 |
| รวม | | 144 | 100 |

$\bar{x} = 49.34, S.D. = 11.67, \text{Min} = 21, \text{Max} = 79$

จากตารางที่ 10 พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมา มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.5 มีความวิตกกังวลระดับสูง จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 และมีความวิตกกังวลระดับรุนแรง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน และร้อยละ ของเหตุการณ์เครียดในชีวิต (n = 144)

| เหตุการณ์เครียดในชีวิต | คะแนน | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------|----------------|-------|--------|
| ระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตต่ำ | 5.17 – 53.35 | 69 | 47.9 |
| ระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตปานกลาง | 53.36 – 77.36 | 26 | 18.1 |
| ระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตสูง | 77.37 – 170.17 | 49 | 34.0 |
| รวม | | 144 | 100 |

$\bar{x} = 59.72, S.D. = 37.58, \text{Min} = 8.50, \text{Max} = 173.90$

จากตารางที่ 11 พบว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตต่ำ จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองลงมา มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตสูง จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.0 และมีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตปานกลาง จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน และร้อยละ ของภาวะสิ้นยินดี (n = 144)

| ตัวแปร | คะแนน | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|--------|
| ไม่มีภาวะสิ้นยินดี | มากกว่า หรือเท่ากับ 3 | 54 | 37.5 |
| มีภาวะสิ้นยินดี | น้อยกว่า 3 | 90 | 62.5 |
| รวม | | 144 | 100 |
| $\bar{x} = 3.52, S.D. = 1.03, \text{Min} = 1.67, \text{Max} = 5.56$ | | | |

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสิ้นยินดี จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 และไม่มีภาวะสิ้นยินดี จำนวน 54 ราย คิดเป็น 37.5 ราย

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของอายุ อาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

| ปัจจัย | ค่าไคสแควร์ (χ^2) | P-value | ระดับความสัมพันธ์ |
|--------|--------------------------|---------|-------------------|
| เพศ | .106 | .745 | ไม่มีความสัมพันธ์ |

จากตารางที่ 13 พบว่า ตัวแปรเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .106, p = .745$)

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

| ปัจจัย | \bar{x} | S.D. | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{pb}) | P-value | ระดับความสัมพันธ์ |
|---------------------------------|-----------|-------|----------------------------------------|---------|-------------------|
| - อายุ | 42.94 | 11.01 | .163 | .025 | - |
| - ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ | 14.02 | 10.38 | .382** | .000 | ปานกลาง |
| - ภาวะซึมเศร้า | 16.49 | 14.78 | .444** | .000 | ปานกลาง |
| - การทำหน้าที่ทางสังคม | 125.37 | 28.03 | -.470** | .000 | ปานกลาง |
| - ความวิตกกังวล | 49.34 | 11.67 | .294** | .000 | ต่ำ |
| - เหตุการณ์เครียดในชีวิต | 59.72 | 37.58 | .294** | .000 | ต่ำ |

** $p < .05$

จากตารางที่ 14 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้ มีดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .163$, $p = .025$)

ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .382$ และ $r_{pb} = .444$ ตามลำดับ)

ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .294$ และ $r_{pb} = .294$ ตามลำดับ)

การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = -.470$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

- 1) เพศ อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดี
- 2) การทำหน้าที่ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 3) ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์ ICD-10 (International classification of Diseases and health-related problems) ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F 32 – F 33) ที่มีอายุตั้งแต่ 20 -59 ปี จำนวน 144 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง Power Analysis of sample size โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นเพศชายและหญิง อายุ 20 - 59 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า สามารถฟัง พูดภาษาไทยได้ ให้ความร่วมมือดี และยินยอมในการให้ข้อมูล ด้วยการลงลายมือชื่อยินยอมในการให้ข้อมูล และผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกโรงพยาบาลโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 โรงพยาบาลในภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมงานวิจัยในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 144 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ปี) มีลักษณะเป็นแบบตัวเลือกตอบ และระบุรายละเอียดบางส่วน โดยผู้วิจัยสำรวจจากทะเบียนประวัติและสัมภาษณ์จากผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการย้ำคิดย้ำทำ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินอาการย้ำคิดย้ำทำด้วยตนเอง ฉบับภาษาไทย (Thai Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition (Y-BOCS II)) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Goodman et al. (1989) แปลไทยโดยอลงกรณ์ เถกิงศักดิ์ากุล, ธนิตา หิรัญเทพ และรัตนา สายพานิชย์ (2555) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ เครื่องมือนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบประเมินลักษณะอาการย้ำคิดย้ำทำ และความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาไทย (Thai Version of the Beck Depression Inventory: BDI) ซึ่งพัฒนาโดย Beck (1967) ตามแนวคิดของ Beck แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างถึงในพรพรรณ ศรีโสภา, 2552) เป็นเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมิน Social Functioning Scale (SFS) สร้างขึ้นโดย Birchwood et al. (1990) แปลไทยโดย ชัญชฎา คมขำ (2555) มีจำนวน 75 ข้อ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ 7 ด้าน ในงานวิจัยนี้ผ่าน

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ใช้แบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตซึ่งสมจิตร์ นครพานิช (2531) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวทางแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิต (Social Readjustment Rating Scale) ของ Holmes and Rahe (1967) และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และหาความเที่ยงภายนอกโดยการวัดซ้ำ (Test-retest) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 6 แบบวัดความวิตกกังวล ใช้แบบวัด The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form) ของ Spielberger et al. (1983) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ชาติรี นนทศักดิ์ และจิน แบรี, 2535 (อ้างถึงในธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม, 2553) โดยเลือกใช้เฉพาะแบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State Anxiety) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 7 แบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS) ผู้วิจัยปรับปรุงจากเครื่องมือ TEPS ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Gard et al. (2006) ตามแนวคิดของ Klein (1974) ได้รับการพัฒนาและแปลภาษาไทย โดย จิราภา บุญศิลป์ (2559) เครื่องมือนี้ใช้ในการวัดภาวะสิ้นยินดี มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ โดยข้อคำถามจะประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์ความสุขของบุคคล ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.83 และทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.95

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยหมุนเวียนกันไปในแต่ละโรงพยาบาลตามช่วงวัน และเวลากำหนดให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลาจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 7 สิงหาคม – 10 ตุลาคม พ.ศ.2560 เป็นระยะเวลา 2 เดือน ดังนี้

1. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา แผนกผู้ป่วยนอกเปิดให้บริการวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม ใช้ระยะเวลาในการเก็บประมาณ 1 เดือน

2. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี คลินิกโรคซึมเศร้าเปิดให้บริการวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ใช้ระยะเวลาในการเก็บประมาณ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ศาสนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล เหตุการณ์เครียดในชีวิต และภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์สถิติพอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาภาวะสิ้นยินดี และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 42.94 สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 68.1 รองลงมา สถานภาพโสด และหย่าร้าง ร้อยละ 18.8 และ 6.9 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.3 รองลงมา ระดับประถมศึกษา และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25.0 และ 20.1 ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย เท่ากับ 4.19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.0 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม และคริสต์ ร้อยละ 7.6 และ 1.4 ตามลำดับ
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคัดสรร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 และเพศชาย ร้อยละ 31.3 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50 – 60 ปี ร้อยละ 49 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 42 ($\bar{x} = 42.94$, S.D. = 11.01) ด้านความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำระดับปกติ

จำนวน 50 ราย คิดเป็น ร้อยละ 34.7 รองลงมามีอาการย้ำคิดย้ำทำในระดับเล็กน้อย จำนวน 37 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.7 ($\bar{x} = 14.02$, S.D. = 10.38) ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.1 รองลงมาภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.8 ($\bar{x} = 16.49$, S.D. = 14.78) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.9 รองลงมา พบว่า ทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1 ($\bar{x} = 125.37$, S.D. = 28.03) ด้านความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมาความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.5 ($\bar{x} = 49.34$, S.D. = 11.67) ด้านเหตุการณ์เครียดในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตต่ำ จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองลงมา มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตสูง จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.0 ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = 1.03)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

3.1 เพศ อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.1.1 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้านเพศ กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .106$, $p = .745$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 1

3.1.2 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้านอายุ กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .163$, $p = .025$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 1

3.2 การทำหน้าที่ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.2.1 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = -.470$) แสดงว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 2

3.3 ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.3.1 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้านภาวะซึมเศร้า กับภาวะสิ้น
 ยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล พบว่า ภาวะซึมเศร้า มี
 ความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .444$) แสดงว่า ระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีที่
 รุนแรงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 3

3.3.2 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้านความรุนแรงของอาการย้ำคิด
 ย้ำทำกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล พบว่า
 ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของ
 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .382$) โดยระดับอาการย้ำคิดย้ำทำที่
 รุนแรงขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 3

3.3.3 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้านความวิตกกังวลกับภาวะสิ้น
 ยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล พบว่า ความวิตกกังวล
 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 ($r_{pb} = .294$) โดยระดับความวิตกกังวลที่รุนแรงขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น
 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 3

3.3.4 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้านเหตุการณ์เครียดในชีวิตกับ
 ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล พบว่า
 เหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่าง
 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .294$) โดยเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับ
 ภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรค
 ซึมเศร้า เขตภาคใต้ ผลการอภิปรายจำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สามารถอภิปรายได้ว่า การเกิด
 โรคซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกัน โดยเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า โดยมีการอธิบาย
 สมมติฐานไว้ว่า เกิดจากความแตกต่างของฮอร์โมน ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม
 เหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นต้น (Stein, Kupfer, & Schatzberg, 2006) งานวิจัยนี้ศึกษาพบว่า
 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะสิ้นยินดีค่อนข้างสูง โดยพบถึงร้อยละ 64.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ

Llorca & Gourion (2015) ที่พบว่า ภาวะสิ้นยินดีจะพบในผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าแถบยุโรป พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะสิ้นยินดีอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 86.2 อภิปรายผลได้ว่า ภาวะสิ้นยินดี เป็นลักษณะอาการหลักที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามแนวทางการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (APA, 1994) ซึ่งภาวะนี้จะพบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขลดลง พบได้ในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Laos, 1996) ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะสิ้นยินดีเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งภาวะนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่มีภาวะกระตือรือร้นต่อกิจกรรมต่างๆ มักแยกตัวอยู่คนเดียว และจะขาดความสนใจหรือความเพลิดเพลินต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) โดยความรุนแรงของภาวะสิ้นยินดีมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารุนแรงมากขึ้น (Kaviani et al., 2004) ซึ่งนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดภาวะสิ้นยินดีเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ภาวะนี้เป็นอาการหลักที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการหาแนวทางในการจัดการกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพัฒนาโปรแกรม หรือการรักษา มาจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสิ้นยินดี เพื่อช่วยป้องกัน และลดการเกิดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย่ำคิดย่ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าวได้ว่า เพศชายและหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า เกิดภาวะสิ้นยินดีไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al.(2012) ที่ศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ Hanley (2007) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสิ้นยินดีและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดี โดยพบว่า เพศหญิงมีภาวะสิ้นยินดีมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า โรคซึมเศร้าจะมีลักษณะการดำเนินตามพยาธิสภาพของโรคเหมือนกันทั้งในเพศหญิงและชาย ส่วนการพยากรณ์ของโรค ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการทำให้อาการกำเริบ หรือ ฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็ว (Rush et al. 2006) การมีประสบการณ์ชีวิตและความสามารถในการเผชิญเรื่องต่างๆ ไม่แตกต่างกัน ทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน ด้วยสังคมไทยในปัจจุบันทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมาย อาชีพ สังคม และการศึกษา ทำให้ความสามารถของทั้งชายและหญิงไม่ต่างกัน (Mulder, 1990 อังในศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) จากการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และ

สิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีชีวิตของประชาชนไทยมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะความเท่าเทียมกันทางเพศ ในการใช้ชีวิตในสังคม ทั้งเพศชายและหญิง ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพเหมือนกัน โดยเฉพาะภาคใต้ซึ่ง ประกอบอาชีพทำสวน ซึ่งอยู่ไม่ไกลจากบ้าน และเป็นอาชีพที่ถ่ายทอดกันมารุ่นสู่รุ่นทั้งในเพศหญิง และเพศชาย ทำให้ความรับผิดชอบในการดูแลครอบครัวไม่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ ผู้หญิงจึงสามารถ เรียนรู้การใช้ชีวิต การเผชิญปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ และสภาพจิตใจให้สามารถดำเนินชีวิต ได้อย่างเป็นปกติ รวมทั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิง สามารถหารายได้เลี้ยงดูตนเองและ ครอบครัว บางรายเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัว ส่วนน้อยมากที่จะเป็นแม่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการปัญหา และอารมณ์ได้ดี จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่พบความแตกต่าง ระหว่างเพศ ดังนั้น เครื่องมือที่ใช้ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลจึงควรให้ความสำคัญในการซักถาม เกี่ยวกับรายได้ และการประกอบอาชีพ

2.2 อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นยืนยติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Rizvi et al. (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยา Benzodiazepines กับภาวะสั่นยืนยติใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี พบว่า เพศ อายุ รายได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะสั่นยืนยติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

อภิปรายผลได้ว่า การเพิ่มขึ้นของอายุในแต่ละปี ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสำคัญใน ระบบประสาท โดยอธิบายว่าน้ำหนักของสมองจะสูงสุดราว 1400 กรัม ที่อายุ 20 จากนั้นลดลงราว 2 - 3 % ต่อ 10 ปี ทำให้เซลล์ประสาทลดจำนวนลง สมองบางส่วนจะฝ่อตัวมากกว่าส่วนอื่น เช่นส่วนที่ รับผิดชอบเกี่ยวกับความคิดอ่าน สติปัญญา หรือส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความจำที่ temporal cortex ทำให้การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติที่มีความเสื่อมถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) เช่นเดียวกับแนวคิดของ Klein (1974) ที่กล่าวว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุที่เพิ่มขึ้น จะพบภาวะสั่นยืนยติในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่ง เกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์ ดังนั้น อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการนำไปวางแผนทางในการให้บริการอย่างเหมาะสมใน แต่ละช่วงอายุเพื่อป้องกัน และลดระดับความรุนแรงของภาวะสั่นยืนยติ

2.3 ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ มีความสัมพันธ์ทางความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับภาวะสั่นยืนยติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าวได้ว่าบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำที่มีความ รุนแรงขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นยืนยติที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Abramovitch et al.(2014) ที่ศึกษาภาวะสั่นยืนยติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วย พบว่า ระดับอาการย้ำคิดย้ำทำที่รุนแรงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสั่นยืนยติที่สูงขึ้น

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ระดับปกติ จำนวน 50 ราย คิดเป็น ร้อยละ 34.7 รองลงมามีอาการย้ำคิดย้ำทำในระดับเล็กน้อย จำนวน 37 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.7 มีอาการย้ำคิดย้ำทำระดับปานกลาง จำนวน 26 ราย คิดเป็น ร้อยละ 18.1 มีอาการย้ำคิดย้ำทำระดับมาก จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 และมีอาการย้ำคิดย้ำทำระดับรุนแรง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 ตามลำดับ อภิปรายผลได้ว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะพบผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วย ประมาณร้อยละ 60 –90 (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งนี้ ที่พบบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำมีจำนวนร้อยละ 66.2 บุคลิกภาพแบบย้ำคิดเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีความคิดซ้ำๆ ที่ทำให้เกิดความกังวลใจ และมีการตอบสนองต่อความคิดด้วยการทำพฤติกรรมซ้ำๆ เพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่มีความเป็นเหตุเป็นผล แต่ก็ไม่สามารถหยุดความคิดและการกระทำดังกล่าวได้ (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2557) ความผิดปกติดังกล่าวได้ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำมีความบกพร่องในการตอบสนองของอารมณ์ทางบวก และทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีในที่สุด (Nielen et al., 2009) เช่นเดียวกับแนวคิดของ Klein (1974) กล่าวว่า บุคลิกภาพเป็นปัจจัยกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดภาวะสิ้นยินดีได้ โดยเฉพาะบุคลิกภาพแบบย้ำคิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดซ้ำๆ และตอบสนองความคิดออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เป็นอยู่ โดยที่ไม่สามารถควบคุมความคิด และพฤติกรรมได้ ทำให้การดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ดำเนินไปอย่างไม่เป็นปกติสุข ส่งผลให้ความสุขในการทำกิจกรรมอื่นๆ แ่ลงไปเรื่อยๆ จนไม่สามารถมีความสุขได้อย่างที่เคยเป็น เกิดภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้นตามมา จากเหตุผลดังกล่าวหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำลดลง จะทำให้ภาวะสิ้นยินดีลดลงไปด้วย ผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ความสนใจในการส่งเสริม หรือจัดกิจกรรมที่สามารถจัดกระทำเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามปกติสุข ซึ่งจะช่วยป้องกัน และบรรเทาการเกิดภาวะสิ้นยินดีในระดับที่รุนแรงมากขึ้น จนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการตำหนิตนเองตามมา

2.4 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น มีผลต่อระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amr and Volpe (2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 18 – 60 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชที่ โรงพยาบาล Mansoura University Hospital ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 ถึง 2011 พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้นด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gourion,

Vinckier, and Mouchabac (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1570 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Agomelatine โดยแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ทำการรักษา พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความรุนแรงในภาวะสิ้นยินดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al.(2016) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 47 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสิ้นยินดี

จากผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.0 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.9 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.8 ซึ่งอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะแบ่งระดับความรุนแรง ที่พิจารณาจากอาการและอาการแสดงของโรค โดยภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่จะหลีกเลี่ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความคิดอยากตาย ส่วนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงและไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นโดยผู้อื่นให้ปฏิบัติได้ แยกตัวออกจากสังคม หลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญ มีความรู้สึกจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง มีความคิดและความพยายามที่จะทำร้ายตนเอง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ในระดับนี้ผู้ป่วยแทบจะไม่ทำกิจกรรมอะไรเลย ไม่มีแรงจูงใจในชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลทั้งหมด ผู้ป่วยทุกข์ทรมานกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่และไม่สนใจสิ่งต่างๆ (Beck, 1967: Beck et al., 1979)

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า ภาวะซึมเศร้า มีระดับความรุนแรงหลายระดับ ซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมแตกต่างกันไป โดยภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกลดลง(D. F. Klein, 1974) ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ทำให้ขาดความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ ประสบการณ์ความสุขลดลงจากเดิมที่เคยเป็น และระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสบการณ์ความสุขที่ลดลงตามมา ซึ่งหมายถึงเกิดภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้นนั่นเอง (Chentsova-Dutton & Hanley, 2010) จากเหตุผลดังกล่าวหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร่าลดลง จะทำให้ภาวะสิ้นยินดีลดลงไปด้วย ผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้มีความสนใจในการวางแผนหาแนวทางในการให้บริการ เพื่อช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองในระดับปฐมภูมิ และให้การช่วยเหลือตามขั้นตอนและแนวทางในการดูแลอย่างเคร่งครัด รวมทั้งมีการประเมินหลังการให้การพยาบาล หรือให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

2.5 การทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gourion, Vinckier, and Mouchabac (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 1570 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Agomelatine โดยแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ทำการรักษา พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายความรุนแรงในภาวะสิ้นยินดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0001$ ($r = 0.64$) โดยพบว่า การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างรุนแรง ส่งผลให้ระดับภาวะสิ้นยินดีมีความรุนแรงมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Clark et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ทางสังคมกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้า พบว่า การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมมีผลทำให้ระดับภาวะสิ้นยินดีรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.9 รองลงมา พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1 การทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับดี จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.4 และการทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.6 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมลดลงในหลายด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และด้านความสามารถในการปรับตัวทางสังคม เช่น การติดต่อสื่อสาร การประกอบอาชีพ การร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น (Birchwood et al., 1990) ความสามารถที่ลดลงในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น เปรียบเทียบได้กับความบกพร่องจากความพิการจากโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ ซึ่งเมื่อวัดจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย พบว่า ในประเทศไทย โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 4 จากผลการเปรียบเทียบภาระโรคและการบาดเจ็บใน 135 ประเภท และพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งจะเห็นได้ว่า โรคซึมเศร้าได้ก่อให้เกิดความสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศรารู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และทำให้อารมณ์ทางบวกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายไป (Rottenberg and Hindash, 2015) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว จนกลายเป็นภาวะสิ้นยินดีในที่สุด

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า โรคซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการที่ผู้ป่วยทำหน้าที่ทางสังคมได้ลดลง ทำให้เกิดคุณค่าในตนเองลดลง ผู้ป่วยขาด

แรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ทำให้ขาดความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกลดลง ส่งผลให้ระดับภาวะสิ้นยินดีรุนแรงขึ้นตามมา (Clarke et al., 2003) กล่าวได้ว่า การบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรของตนเองได้ รวมทั้งไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วยจะรู้สึกมีศักยภาพในตนเองต่ำ มองตนเองในแง่ลบ หลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ขาดความสุขในชีวิต จากเหตุผลดังกล่าวหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมที่มากขึ้น จะทำให้ภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้นด้วย ผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ความสนใจในการวางแผนหาแนวทางในการให้การดูแล เพื่อช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยพัฒนาโปรแกรมที่สร้างทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมให้ครอบคลุมในหลายด้าน รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีกำลังใจในการดำเนินบทบาทหน้าที่ทางสังคมให้ดีขึ้นต่อไป

2.6 ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางความวิตกกังวลระดับต่ำกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oei et al. (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลขณะปัจจุบัน กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 55 ราย ที่มารับบริการแผนกจิตเวชใน University Hospital in Utrecht ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมาวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.5 มีความวิตกกังวลระดับสูง จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 และมีความวิตกกังวลระดับรุนแรง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักพบมีภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย มีความคิดที่หมกมุ่น และคิดว่าตนเองไร้ค่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อมีความวิตกกังวลมากขึ้น จะเกิดความคิดที่หมกมุ่น ทำให้ขาดความสามารถที่จะรับมือกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นได้ และทำให้ประเมินศักยภาพของตนเองต่ำลงกว่าเดิม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัว ส่งผลให้ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกไม่เหมาะสม และเกิดภาวะสิ้นยินดีขึ้นในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้น (Oei et al., 1990) จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้เห็นระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้น ส่งผลให้ระดับภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้นด้วย ผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการวางแผนให้การพยาบาล หรือการรักษาเพื่อป้องกัน หรือลดระดับภาวะสิ้นยินดี โดยการจัดการกระทำกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเริ่มด้วยการคัดกรองตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ และให้การช่วยเหลือเพื่อลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2.7 เหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hundt et al. (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างเหตุการณ์เครียดในชีวิตกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่สูงขึ้น สามารถทำนายระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ที่ $p < .05$ ($\beta = 0.44$)

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตต่ำ จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองลงมา มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตสูง จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.0 และมีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตปานกลาง จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิต ได้แก่ ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง การเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง เป็นต้น ซึ่งในประเทศไทย เหตุการณ์เครียดเหล่านี้มีค่าความชุกสูง และพบว่า ความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้า (จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และธณินทร กองสุข, 2549) สถานการณ์เครียดที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งอารมณ์อ่อนไหวต่อสถานการณ์ที่กดดัน ขาดความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา มองศักยภาพของตนเองต่ำ พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์เหล่านั้น และแยกตัวไปในที่สุด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้าง การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกลดลง ขาดความสุขการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลต่อระดับภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงตามมา

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นปัจจัยกระตุ้นหลักที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางบวกลดลง ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่กดดัน และโทษตัวเอง มองว่าตนเองขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ขาดแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหา ทำให้ระดับภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้น (Hundt et al., 2007) จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้เห็นว่า สถานการณ์เครียดที่รุนแรงขึ้น ส่งผลให้ระดับภาวะสิ้นยินดีสูงขึ้นด้วย ผู้วิจัยจึงเห็นควรแนะนำบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ความสำคัญในการจัดการกับปัจจัยเหตุการณ์เครียดในชีวิต โดยพัฒนารูปแบบทักษะการจัดการกับเหตุการณ์เครียดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดจากสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งคอยให้คำปรึกษา และสร้างแรงจูงใจในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทาง และมีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลจิตเวช ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดี ซึ่งได้แก่ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การทำหน้าที่ทางสังคม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต ไปวางแผนหาแนวทางในการจัดกระทำในการป้องกัน หรือบรรเทาความรุนแรงของปัจจัยเหล่านี้ โดยการวางแผนหาแนวทางในการดูแลให้ชัดเจน ตั้งแต่เริ่มประเมินและคัดกรองในระดับปฐมภูมิ ซึ่งในการคัดกรองจะพบทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีความผิดปกติ ให้จัดการตามแนวทางที่มีการวางแผนไว้ โดยแนวทางนั้นเน้นการป้องกัน และบรรเทาความรุนแรงของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การพยาบาลได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อลดความรุนแรงของภาวะสิ้นยินดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. นำข้อมูลปัจจัยคัดสรรที่ทำให้ระดับภาวะสิ้นยินดีรุนแรงขึ้น ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์เครียดในชีวิต ไปพัฒนาองค์ความรู้ในการจัดการปัจจัยแต่ละปัจจัย โดยพัฒนาในรูปแบบของโปรแกรมที่สามารถมาจัดกระทำกับตัวแปรเหล่านี้ได้ โดยสร้างกิจกรรมที่สามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของปัจจัยเหล่านี้ และเสริมทักษะให้ผู้ป่วยในการจัดการกับปัจจัยที่เป็นปัญหา และส่งผลให้เกิดภาวะสิ้นยินดีที่รุนแรงขึ้นได้ด้วยตนเอง

ด้านการบริหาร

เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาล และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนระบบบริการ และกำหนดแผนการปฏิบัติชัดเจนในการคัดกรองตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ และมีแนวทางการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง และวางแผนแนวทางการดูแลร่วมกับครอบครัว และชุมชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยให้เป็นปกติสุขได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

1. พัฒนางานวิจัยในการหาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การสนับสนุนทางสังคม การรู้คิด เป็นต้น โดยศึกษาในปัจจัยที่พยาบาลจิตเวชสามารถเข้าไปจัดกระทำได้

2. ศึกษาวิจัยในการจัดทำกิจกรรม หรือพัฒนาโปรแกรมในการจัดกระทำกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดี ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การทำหน้าที่ทางสังคม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต โดยพัฒนาโปรแกรมที่จะนำมาใช้ให้สามารถป้องกัน และบรรเทาความรุนแรงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อช่วยป้องกันและลดระดับความรุนแรงของภาวะสิ้นยินดี เช่น พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น โปรแกรมจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จัดกิจกรรม หรือพัฒนาทักษะการจัดการกับความวิตกกังวล เป็นต้น



รายการอ้างอิง

- เกรียงไกร เกิดศิริ และคณะ. (2556). *โครงการศึกษาวิจัยเพื่อจัดการความรู้เรื่องที่อยู่อาศัยและวิถีการอยู่อาศัยผ่านภูมิปัญญาท้องถิ่น*. ฝ่ายวิชาการพัฒนาที่อยู่อาศัย การเคหะแห่งชาติ.
- เกรียงไกร เกิดศิริ และคณะ. (2556). *โครงการศึกษาวิจัยเพื่อจัดการความรู้เรื่องที่อยู่อาศัยและวิถีการอยู่อาศัยผ่านภูมิปัญญาท้องถิ่น*. ฝ่ายวิชาการพัฒนาที่อยู่อาศัย การเคหะแห่งชาติ.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2536). *เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์. (2536). *เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์*. สงขลา: สงขลา อัลลายด์เพรส.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์. (2536). *เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์*. สงขลา: สงขลา อัลลายด์เพรส.
- โรงพยาบาลนารมย์. (2553). *วัยกับการเปลี่ยนแปลง*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2560. จาก <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=45>.
- โรงพยาบาลนารมย์. (2553). *วัยกับการเปลี่ยนแปลง*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2560. จาก <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=45>.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). *ผลการสำรวจระดับวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติปี 2551 หนังสือแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). *ผลการสำรวจระดับวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติปี 2551 หนังสือแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท.
- กรรณิการ์ ผ่องโต. (2555). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤติกา บุญรัตนภา และสรสิน บัวทอง. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาสาธารณสุขชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

- จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, & ธรณินทร์ กองสุข. (2549). การทบทวนปัจจัยเสี่ยงที่มี
ความสัมพันธ์กับการเกิดโรค. ขอนแก่น: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราภา บุญศิลป์. (2559). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะลึ้นยินดีในผู้ป่วย
จิตเภทที่มีอาการทางลบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑามาศ วังทะพันธ์. (2551). ผลการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในภาวะวิกฤตทางอารมณ์.
ยโสธรเวชสาร, 10(1), 288.
- จุฑามาศ วังทะพันธ์. (2551). ผลการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในภาวะวิกฤตทางอารมณ์.
ยโสธรเวชสาร, 10(1), 288.
- จุมพล สมประสงค์. (2555). ภาวะวิตกกังวล. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ
แพทย์. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. ปียอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- จุมพล สมประสงค์. (2555). ภาวะวิตกกังวล. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ
แพทย์. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. ปียอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันท์สุข, & และศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). การดูแลบุคคลที่มีความวิตก
กังวล การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ชวนันท์ ชาญศิลป์. (2552). เอกสารประกอบการสอน เรื่องทฤษฎีการเรียนรู้. ชลบุรี: มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- ชัญญา คมขำ. (2555). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทาง
สังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2536). โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน เกษม ต้นติผลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการ
พิมพ์.

- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2555). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ธัญญา กรดสุวรรณ. (2555). *การพัฒนาบุคลิกภาพ*. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2560. จาก www.chumporn2.mju.ac.th/km/?p=500.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- ธณินทร์ กองสุข. (2558). *การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของไทย*. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2559. จาก www.econ.nida.ac.th/attachments/article/2852/13.pdf.
- ธณินทร์ กองสุข. (2558). *การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของไทย*. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2559. จาก www.econ.nida.ac.th/attachments/article/2852/13.pdf.
- ธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม. (2553). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิดารัตน์ ศรีสุโข และส่องโสม พึ่งพงศ์. (2550). *ความแม่นยำตรงของการใช้แบบทดสอบ Millon Clinical Multiaxial Inventory-III(MCMI-III)ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช*. เชียงใหม่.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). *ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). *ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิรา หงษ์ศรี. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 19(38), 105-118.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท*. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2559. จาก http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/knowledge_article/knowledge_healthy_2_008.html.

- ปรียารัตน์ แคมคำ. (2554). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตาย เพราะโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: ไกล่หมอ.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2552). *ปัจจัยทำนายความเครียดของทหารที่ปฏิบัติงานในอำเภอสรีสาคร จังหวัดนราธิวาส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2552). *ปัจจัยทำนายความเครียดของทหารที่ปฏิบัติงานในอำเภอสรีสาคร จังหวัดนราธิวาส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนม เกตุมาน. (2550). *ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชและปัญหาพฤติกรรม*. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม. จาก http://www.psychclin.co.th/new_page_9.htm.
- พรพรรณ ศรีโสภา. (2552). *ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพรรณ ศรีโสภา. (2552). *ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพรรณ สุขใจ. (2552). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2557). *โรควัยคิดวัยทำ*. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2560. จาก <http://med.mahidol.ac.th/ramamenta/generalknowledge/general/05012014-1443>.
- มณฑา โชคชัยไพศาล, ประภาพร สังข์ประไพ, & สุนทรี เรือนตระกูล และยุวศรี กليبโกมุท. (2553). *เทคนิคการใช้ CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 9*.

- มนัสพร มานัสสถิตย์ และรัตนา สายพานิชย์. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำและผู้ใกล้ชิด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(4), 297 - 306.
- มนัสพร มานัสสถิตย์ และรัตนา สายพานิชย์. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำและผู้ใกล้ชิด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(4), 297 - 306.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2557). *โรคซึมเศร้าโดยละเอียด*. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2560 จาก <http://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014x-1017>.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2557). *โรคซึมเศร้าโดยละเอียด*. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2560 จาก <http://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014x-1017>.
- มาโนช หล่อตระกูล และคณะ. (2543). ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ทั่วไปโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(3).
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.
- มานิตย์ วัชรชัยนันท์. (2555). *Brain fitness and cognitive reserve*. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2560. จาก www2.ipsr.mahidol.ac.th/ThaiPopulationJournal/index.php/.../7-tpj-vol.4-no1?
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2555). *การใช้ภาษาไทย*. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2560. จาก www.royin.go.th/upload246/FileUpload/2146_3750.pdf.
- ละเอียด ชูประยูร. (2521). การศึกษาแบบทดสอบ Scl-90 ในคนไข้โรคประสาท. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 9.
- วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2548). การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย. *ไทยเภสัชสาร*, 24, 92-111.
- วันวิสา เกตุแก้ว, รัตนา สายพานิชย์, ธนิตา หิรัญเทพ, สุดาวรรณ จุลเกตุ, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, & มาโนช หล่อตระกูล, &. (2558). โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 3-12.
- วิริยา สุวัตถิ. (2538). การศึกษาความจำในผู้สูงอายุด้วยแบบทดสอบเวคสเลอร์ เมมมอรี สเกล-รีไวส์. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 25(2), 119-131.

- วีระชัย เตชเชนิรัตติศัย. (2551). การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย
ในโครงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์. การศึกษา
อิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระชัย เตชเชนิรัตติศัย. (2551). การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย
ในโครงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์. การศึกษา
อิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีสทิษฐ์นรากร, บ. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ
อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- ศรีสทิษฐ์นรากร, บ. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ
อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้. (2559). ฐานข้อมูลDSID: การวิเคราะห์ข้อมูลเหตุการณ์ความไม่สงบ
ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในรอบปี 2558. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2560. จาก
<http://www.deepsouthwatch.org/node/7942>.
- ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้. (2559). ฐานข้อมูลDSID: การวิเคราะห์ข้อมูลเหตุการณ์ความไม่สงบ
ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในรอบปี 2558. สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2560. จาก
<http://www.deepsouthwatch.org/node/7942>.
- ศูนย์เวชระเบียนและเวชสถิติ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2559). สถิติข้อมูลผู้รับบริการ.
สงขลา.
- ศูนย์เวชระเบียนและเวชสถิติ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2559). สถิติข้อมูลผู้รับบริการ.
สุราษฎร์ธานี.
- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2559). รายงานการเข้าถึงบริการ
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2559. จาก
http://www.thaidepression.com/www/report/main_report/.
- ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2559). รายงานการเข้าถึงบริการ
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2559. จาก
http://www.thaidepression.com/www/report/main_report/.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). สถานการณ์โรคซึมเศร้า.
กรุงเทพมหานคร.

ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *สถานการณ์โรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร.

สมจิตร นครพานิช. (2531). *เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ของหญิงที่มี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.

สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ. (2557). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ. (2557). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ส.เอเชียเพรส.

สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ส.เอเชียเพรส.

สารานุกรมเสรี. (2556). *เพศภาวะ*. จาก

<https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A8>.

สารานุกรมเสรี. (2556). *บุคลิกภาพ*. สืบค้นเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2560. จาก

<https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E>.

สารานุกรมเสรี. (2556). *อายุ*. สืบค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2560. จาก

<https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8>.

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2554). *ส่องภัยพิบัติ 2554 กับผลสะท้อนสุขภาพคนไทย. จดหมายข่าวเพื่อการเท่าทันสถานการณ์สุขภาพ, 34*.

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2554). *ส่องภัยพิบัติ 2554 กับผลสะท้อนสุขภาพคนไทย. จดหมายข่าวเพื่อการเท่าทันสถานการณ์สุขภาพ, 34*.

สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. นนทบุรี.

สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. นนทบุรี.

- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาล. (2556). *ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อลงกรณ์ เกิงศักดิ์ากุล, ธนิตา หิรัญเทพ และรัตนา สายพานิชย์, &. (2555). การศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 463-476.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. นครปฐม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารยา ผลธัญญา และคณะ. (2556). *พื้นฐานทางสรีรวิทยาของพฤติกรรม*. สืบค้นเมื่อ 6 มีนาคม 2560. จาก <http://www.slideshare.net/kobchaikhamboonruang/present2-28357991>.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- Abramovitch, A., Pizzagalli, D. A., Reuman, L., & Wilhelm, S. (2014). Anhedonia in obsessive-compulsive disorder: beyond comorbid depression. *Psychiatry Res*, 216(2), 223-229.
- Abramovitch, A., Pizzagalli, D. A., Reuman, L., & Wilhelm, S. (2014). Anhedonia in obsessive-compulsive disorder: beyond comorbid depression. *Psychiatry Res*, 216(2), 223-229.
- Adams, J. A. (1967). *Human memory*. McGraw-Hill.
- Agrawal, A., Nelson, E. C., Littlefield, A. K., Bucholz, K. K., Degenhardt, L., Henders, A. K., . . . Lynskey, M. T. (2012). Cannabinoid receptor genotype moderation of the effects of childhood physical abuse on anhedonia and depression. *Arch Gen Psychiatry*, 69(7), 732-740.

- Akiskal, H. S. (1995). Mood disorder: Introduction and overview. In Kaplan, H. I., Sadock, B. J. eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1(6), 1067-1079.
- Akiskal, H. S. (1995). Mood disorder: Introduction and overview. In Kaplan, H. I., Sadock, B. J. eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1(6), 1067-1079.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of Mental disorders (4th ed., Text Revision)*. Washington, DC; Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depression* (2nd ed. ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the undergraduate psychology major: Version 2.0. *The American psychologist*, 71(2), 102.
- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the undergraduate psychology major: Version 2.0. *The American psychologist*, 71(2), 102.
- Amr, M., & Volpe, F. M. (2013). Relationship between anhedonia and impulsivity in schizophrenia, major depression and schizoaffective disorder. *Asian J Psychiatr*, 6(6), 577-580.
- Amster, L. E., & Krauss, H. H. (1974). The relationship between life crises and mental deterioration in old age. *Int J Aging Hum Dev*, 5(1), 51-55.
- Barnaby, D., Iolanta, S., Kate, B., Andrew D., Lawrence, & Tim, D. (2009). A reduction in positive self-judgment bias is uniquely related to the anhedonic symptoms of depression. *J affect dis*, 47, 374-381.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T. (1973). *The Diagnosis and Management of Depression*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol*, 44(4), 499-505.
- Berlin, I., Givry-Steiner, L., Lecrubier, Y., & Puech, A. J. (1998). Measures of anhedonia and hedonic responses to sucrose in depressive and schizophrenic patients in comparison with healthy subjects. *Eur Psychiatry*, 13(6), 303-309.
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Res Brain Res Rev*, 28(3), 309-369.
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Res Brain Res Rev*, 28(3), 309-369.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 157, 853-859.
- Blazer. (1982). *Depression in late life*. St. Louis : C.V. Mosby.
- Boehm, W. (1958). The nature of social work. *Social Work.*, 3(2), 5-8.
- Cassar, R., Applegate, E., & Bentall, R. P. (2013). Poor savouring and low self-efficacy are predictors of anhedonia in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res*, 210(3), 830-834.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *J Abnorm Psychol*, 85(4), 374-382.
- Chentsova-Dutton, Y., & Hanley, K. (2010). The effects of anhedonia and depression on hedonic responses. *Psychiatry Research*, 179(2), 176-180.
- Clarke, D. M., Mackinnon, A. J., Smith, G. C., McKenzie, D. P., & Herrman, H. E. (2000). Dimensions of psychopathology in the medically ill. A latent trait analysis. *Psychosomatics*, 41(5), 418-425.

- Clarke, D. M., Smith, G. C., Dowe, D. L., & McKenzie, D. P. (2003). An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. *J Psychosom Res*, *54*(4), 323-330.
- Clarke, D. M., Smith, G. C., Dowe, D. L., & McKenzie, D. P. (2003). An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. *J Psychosom Res*, *54*(4), 323-330.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, *112*(1), 155-159.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, *112*(1), 155-159.
- Der-Avakian, A., & Markou, A. (2012). The neurobiology of anhedonia and other reward-related deficits. *Trends Neurosci*, *35*(1), 68-77.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications (Vol. 26)*. Sage publications.
- Dichter, G. S. (2010). Anhedonia in unipolar major depressive disorder: A review. *open psychiatry journal*, *4*, 1-9.
- Dillman, D. A., & (2000). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*. Newyork: John Wiley and Sons.
- Dryden and Golden. (1987). "Developments in Psychotherapy Historical Perspectives". 20 Jan 2016. Retrieved from <https://books.google.co.th/books?id=0TzwDWwq5LAC&pg=>
- Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. John Wiley & Sons.
- Elwood, R. W. (1991). The Wechsler Memory Scale-Revised: psychometric characteristics and clinical application. *Neuropsychol Rev*, *2*(2), 179-201.
- Eysenck, H. J. (1985). *Dimensions of personality (Vol. 5)*. Transaction Publishers.
- Fawcett, J., Clark, D. C., Scheftner, W. A., & Gibbons, R. D. (1983). Assessing anhedonia in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*, *40*(1), 79-84.

- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*, *8*(7), e69637.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*, *8*(7), e69637.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, *12*(3), 189-198.
- Francis, L. J., Brown, L. B., & Philipchalk, R., (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and individual differences*, *13*(4), 443-449.
- Franken, I. H., Rassin, E., & Muris, P. (2007). The assessment of anhedonia in clinical and non-clinical populations: further validation of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). *J Affect Disord*, *99*(1-3), 83-89.
- Franken, I. H., Rassin, E., & Muris, P. (2007). The assessment of anhedonia in clinical and non-clinical populations: further validation of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). *J Affect Disord*, *99*(1-3), 83-89.
- Gabbard, G. O. (2000). *Love and hate in the analytic setting*. Jason Aronson, Incorporated.
- Gabbard, G. O. (2000). *Love and hate in the analytic setting*. Jason Aronson, Incorporated.
- Gard, D. E., Kring, A. M., Germans, M. K., Werner, K., (2000). *Emotion in the daily life of patients with schizophrenia. Poster session presented at the Society for Research in Psychopathology*. Boulder, CO.
- Gard, D. E., Kring, A. M., Germans, M. K., Werner, K., (2000). *Emotion in the daily life of patients with schizophrenia. Poster session presented at the Society for Research in Psychopathology*. Boulder, CO.

- Gard, D. E., Gard, M.G., Kring, A. M., & John, O.P.,. (2006). Anticipatory and Consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of research in personality, 40*, 1086-1102.
- Garland.L.M., & Bush.C.T. (1982). *Coping behavior and nursing*. Virginia: Reston Publishing.
- Germans, M. K., & Kring, A. M.,. (2000). Hedonic deficit in anhedonia: Support for the Role Of approach motivation. *Personality and Individual Differences, 28*, 659-672.
- Gilbert, D. T., & Wilson, T. D.,. (2000). *Miswanting: Some problems in the forecasting of future affective states*. In E. Joseph & P. Forgas (Eds.), *Feeling and thinking: The role of affect in social cognition* (pp. 178–197). New York: Cambridge University Press.
- Gooding, D. C., & Pflum, M. J. (2014). The assessment of interpersonal pleasure: introduction of the Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale (ACIPS) and preliminary findings. *Psychiatry Res, 215*(1), 237-243.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry, 46*(11), 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., . . . Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry, 46*(11), 1006-1011.
- Gourion, D., Vinckier, F., & Mouchabac, S., . (2015). A longitudinal study of the Relationships between anhedonia and functioning in a large cohort of depressed patients treated by general practitioners. *European Neuropsychopharmacology, 25*(2), S393-S394.
- Gourion, D., Vinckier, F., & Mouchabac, S., . (2015). A longitudinal study of the Relationships between anhedonia and functioning in a large cohort of depressed patients treated by general practitioners. *European Neuropsychopharmacology, 25*(2), S393-S394.
- Greden, J. F. (2001). The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry, 62 Suppl 22*, 5-9.

- Greden, J. F. (2001). *Treatment of Recurrent Depression*. U.S.A.: American Psychiatric Publishing.
- Grenhoff, J., Aston-Jones, G., & Svensson, T. H. (1986). Nicotinic effects on the firing pattern of midbrain dopamine neurons. *Acta Physiol Scand*, 128(3), 351-358.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., & Siler, M. (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 607-632.
- Hanley, K. (2007). *Anhedonia and depression: Anticipatory, Consummatory, and Recall Deficits.*, Colby college.
- Hanley, K. (2007). *Anhedonia and depression: Anticipatory, Consummatory, and Recall Deficits.*, Colby college.
- Hilgard, E. R. (1983). *Introduction to psychology* (8rd ed.). New York: Harcourt.
- Hintzman, D. L. (1988). Judgments of frequency and recognition memory in a multiple-trace memory model. *Psychological review*, 95(4), 528.
- Ho, N., & Sommers, M. (2013). Anhedonia: a concept analysis. *Arch Psychiatr Nurs*, 27(3), 121-129.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11(2), 213-218.
- Hsu, D. T., Sanford, B. J., Meyers, K. K., Love, T. M., Hazlett, K. E., Walker, S. J., . . . Zubieta, J. K. (2015). It still hurts: altered endogenous opioid activity in the brain during social rejection and acceptance in major depressive disorder. *Mol Psychiatry*, 20(2), 193-200.
- Hundt, N. E., Nelson-Gray, R. O., Kimbrel, N. A., Mitchell, J. T., & Kwapil, T. R. . (2007). The interaction of reinforcement sensitivity and life events in the prediction of anhedonic depression and mixed anxiety-depression symptoms. *Personality and individual differences*, 43(5), 1001-1012.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing research*, 33(3), 157-161.

- Jette, A. M., Haley, S. M., Coster, W. J., Kooyoomjian, J. T., Levenson, S., Heeren, T., & Ashba, J. (2002). Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 57(4), M209-216.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Metalsky, G. I. (2003). A test of the tripartite model's prediction of anhedonia's specificity to depression: patients with major depression versus patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 119(3), 243-250.
- Kaviani, H., Gray, J. A., Checkley, S. A., Raven, P. W., Wilson, G. D., & Kumari, V. (2004). Affective modulation of the startle response in depression: influence of the severity of depression, anhedonia, and anxiety. *Journal of affective disorders*, 83(1), 21-31.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (2010). Stressful life events, genetic liability and the onset of an episode of major depression in women. *Focus*, 8(3), 459-470.
- Kiernan, R. J., Mueller, J., Langston, J. W., & Van Dyke, C. (1987). The Neurobehavioral Cognitive Status Examination: a brief but quantitative approach to cognitive assessment. *Ann Intern Med*, 107(4), 481-485.
- Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression. A conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry*, 31(4), 447-454.
- Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression. A conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry*, 31(4), 447-454.
- Klein, D. F. (1987). *Depression and Anhedonia*. In: Clark, D.C. and Fawcett, J. (Eds.), *Anhedonia and affect deficit states (1-14)*. New York: PMA Publishing.
- Klein, D. F. (1987). *Depression and Anhedonia*. In: Clark, D.C. and Fawcett, J. (Eds.), *Anhedonia and affect deficit states (1-14)*. New York: PMA Publishing.
- Knutson, B., Adams, C. M., Fong, G. W., & Hommer, D. (2001). Anticipation of increasing monetary reward selectively recruits nucleus accumbens. *J Neurosci*, 21(16), RC159.

- Knutson, B., Adams, C. M., Fong, G. W., & Hommer, D. (2001). Anticipation of increasing monetary reward selectively recruits nucleus accumbens. *J Neurosci*, *21*(16), RC159.
- Leung, W. W., Couture, S. M., Blanchard, J. J., Lin, S., & Llerena, K. (2010). Is social anhedonia related to emotional responsivity and expressivity? A laboratory study in women. *Schizophr Res*, *124*(1-3), 66-73.
- Liu, W. H., Roiser, J. P., Wang, L. Z., Zhu, Y. H., Huang, J., Neumann, D. L., . . . Chan, R. C. K. (2016). Anhedonia is associated with blunted reward sensitivity in first-degree relatives of patients with major depression. *J Affect Disord*, *190*, 640-648.
- Liu, W. H., Roiser, J. P., Wang, L. Z., Zhu, Y. H., Huang, J., Neumann, D. L., . . . Chan, R. C. K. (2016). Anhedonia is associated with blunted reward sensitivity in first-degree relatives of patients with major depression. *J Affect Disord*, *190*, 640-648.
- Liu, W. H., Wang, L. Z., Shang, H. R., Shen, Y., Li, Z., Cheung, E. F., & Chan, R. C. (2014). The influence of anhedonia on feedback negativity in major depressive disorder. *Neuropsychologia*, *53*, 213-220.
- Liu, W. H., Wang, L. Z., Zhao, S. H., Ning, Y. P., & Chan, R. C. (2012). Anhedonia and emotional word memory in patients with depression. *Psychiatry Res*, *200*(2-3), 361-367.
- Liverant, G. I., Sloan, D. M., Pizzagalli, D. A., Harte, C. B., Kamholz, B. W., Rosebrock, L. E., . . . Kaplan, G. B. (2014). Associations among smoking, anhedonia, and reward learning in depression. *Behav Ther*, *45*(5), 651-663.
- Liverant, G. I., Sloan, D. M., Pizzagalli, D. A., Harte, C. B., Kamholz, B. W., Rosebrock, L. E., . . . Kaplan, G. B. (2014). Associations among smoking, anhedonia, and reward learning in depression. *Behav Ther*, *45*(5), 651-663.
- Llerena, K., Park, S. G., McCarthy, J. M., Couture, S. M., Bennett, M. E., & Blanchard, J. J. (2013). The Motivation and Pleasure Scale-Self-Report (MAP-SR): reliability and validity of a self-report measure of negative symptoms. *Compr Psychiatry*, *54*(5), 568-574.

- Llorca, P., & Gourion, D. (2015). Management of Anhedonia and Depressive Symptoms in Depressed Outpatients: Benefit for Functioning. *European Psychiatry, 30*, 364.
- Llorca, P., & Gourion, D. (2015). Management of Anhedonia and Depressive Symptoms in Depressed Outpatients: Benefit for Functioning. *European Psychiatry, 30*, 364.
- Loas, G., Noisette, C., Legrand, A., & Boyer, P. (1996). Anhedonia, depression and the deficit syndrome of depression. *Acta Psychi Scand, 94*, 477 - 479.
- McIntyre, R. S., Woldeyohannes, H.O., Soczynska, J.K., Maruschak, N.A., Wium-Andersen, I.K., et al. . (2015). Anhedonia and cognitive function in adults with MDD: results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *CNS Spectr, 21(5)*, 362-366.
- Mickley Steinmetz, K. R., Addis, D. R., & Kensinger, E. A. (2010). The effect of arousal on the emotional memory network depends on valence. *Neuroimage, 53(1)*, 318-324.
- Millon, T., Davis, R. D., & Millon, C. (1997). *MCMI-III Manual*. National Computer Systems.
- Muller, E. N. (1977). Behavioral correlates of political support. *American Political Science Review, 71(02)*, 454-467.
- Nagi, S. Z. (1991). *Disability concepts revisited: implications for prevention* Disability in America: Toward a national agenda for prevention. 30927.
- Newbrough, J. R. (1976). *Social functioning: Definitions and methods. Paper presented at the Symposium on Social Functioning*. Western Institute for Continuing Health Education, Boulder, CO.
- Nielen, M. M., den Boer, J. A., & Smid, H. G. (2009). Patients with obsessive-compulsive disorder are impaired in associative learning based on external feedback. *Psychol Med, 39(9)*, 1519-1526.
- Oei, T. I., Verhoeven, W. M. A., Westenberg, H. G. M., Zwart, F. M., & Van Ree, J. M. . (1990). Anhedonia, suicide ideation and dexamethasone nonsuppression in depressed patients. *Journal of psychiatric research, 24(1)*, 25-35.

- Oei, T. I., Verhoeven, W. M. A., Westenberg, H. G. M., Zwart, F. M., & Van Ree, J. M. . (1990). Anhedonia, suicide ideation and dexamethasone nonsuppression in depressed patients. *Journal of psychiatric research*, *24*(1), 25-35.
- Piboon, K., Subgranon, R., Hengudomsub, P., Wongnam, P., & Louise, C.B. . (2010). A causal model of depression among older adults in Chonburi Province Thailand. *Issues in mental health nursing*, *33*, 118-126.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. In Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Artes médicas.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. . (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Nursing research principles and methods.
- Rabkin, J. G., & Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science Review*, *194*(4269), 1013-1020.
- Rahe, R. H., Meyer, M., Smith, M., Kjaer, G., & Holmes, T. H. (1964). Social Stress and Illness Onset. *J Psychosom Res*, *8*, 35-44.
- Rizvi, S. J., Pizzagalli, D. A., Sproule, B. A., & Kennedy, S. H. (2016). Assessing anhedonia in depression: Potentials and pitfalls. *Neurosci Biobehav Rev*, *65*, 21-35.
- Rizvi, S. J., Quilty, L. C., Sproule, B. A., Cyriac, A., Michael Bagby, R., & Kennedy, S. H. (2015). Development and validation of the Dimensional Anhedonia Rating Scale (DARS) in a community sample and individuals with major depression. *Psychiatry Res*, *229*(1-2), 109-119.
- Rottenberg, J., & Hindash, A.C. (2015). Emerging evidence for emotion context insensitivity in depression. *Curr. Opin. Psychol. Depress*, *4*, 1-5.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, , & D., M., P. J. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, *163*(11), 1905-1917.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Dev Psychopathol*, *12*(3), 265-296.

- Sadock, B. J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (8th ed.). U.S.A.: Lippincott Williams and Wilkins.
- Shives, L. R. (2012). *Anxiety Disorder. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Shives, L. R. (2012). *Anxiety Disorder. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Skodol, A. E., & Gunderson, J. G. (2009). *Personality Disorders, Chapter 20. In The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry* (5th ed.). Hales, RE, Yudofsky, SC, Gabbard, GO. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Smith, A. R., Ribeiro, J. D., Mikolajewski, A., Taylor, J., Joiner, T. E., & Iacono, W. G. (2012). An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry Res*, 197(1-2), 60-65.
- Smoski, M. J., Felder, J., Bizzell, J., Green, S. R., Ernst, M., Lynch, T. R., & Dichter, G. S. (2009). fMRI of alterations in reward selection, anticipation, and feedback in major depressive disorder. *J Affect Disord*, 118(1-3), 69-78.
- Snaith, R. P., Hamilton, M., Morley, S., Humayan, A., Hargreaves, D., & Trigwell, P. (1995). A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *Br J Psychiatry*, 167(1), 99-103.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual For the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y): "Self-Evaluating Questionnaire"*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual For the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y): "Self-Evaluating Questionnaire"*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. P. (1988). *The experience, expression, and control of anger. In Individual differences, stress, and health psychology (pp. 89-108)*. Springer New York.

- Spielberger, C. D. (1989). *A Stress and anxiety in sports*. In D. Hackfoet and C. D. Spielberger, (eds.). *Anxiety in sport: An international perspective*. New York: Hemisphere.
- Stein, D. J., Kupfer, D. J., & Schatzberg, A. F. (2006). *Textbook of Mood Disorder*. U.S.A.: American Psychiatric Publishing.
- Stuart, G. H., & Sundeen, S. J. (1983). *Principle and practice of psychiatric nursing*. Saint Louis: The C. V. Mosby.
- Taylor, S. E. (1990). *Health psychology* (2nd ed.). USA: Mc Graw-hill.
- Thompson, R., Bogner, H. R., Coyne, J. C., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2004). Personal characteristics associated with consistency of recall of depressed or anhedonic mood in the 13-year follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area survey. *Acta Psychiatr Scand*, 109(5), 345-354.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Gardner press, Inc.
- Thurstone, L. L. (1973). *Primary mental abilities*. In *The Measurement of Intelligence* (pp. 131-136). Springer Netherlands.
- Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., MacLean, C., Rao, B., & Johnson, T. (2005). The Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), 265-275.
- Varcarolis, M. E. (2013). *Essentials of psychiatric mental health nursing a communication approach to evidence-based care*. Saunders: an imprint of Elsevier Inc.
- Varcarolis, M. E. (2013). *Essentials of psychiatric mental health nursing a communication approach to evidence-based care*. Saunders: an imprint of Elsevier Inc.
- Vinckier, F., Gourion, D., & Mouchabac, S. (2017). A LONGITUDINAL STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ANHEDONIA AND SOCIAL FUNCTIONING IN A LARGE COHORT OF PATIENTS TREATED FOR MAJOR DEPRESSIVE DISORDER BY GENERAL PRACTITIONERS. *European Psychiatry*, 44, 1-8.

- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2010). *Strategies for theory construction in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
- Ware and Gandek for the IQOLA Project Group. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide* The Health Institute, New England Medical Center, Boston.
- Ware and Gandek for the IQOLA Project Group. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: The IQOLA Project approach. *J. Clin.Epidemiol*, *51*, 945-952.
- Ware and Gandek for the IQOLA Project Group. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: The IQOLA Project approach. *J. Clin.Epidemiol*, *51*, 945-952.
- Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2010). On the specificity of positive emotional dysfunction in psychopathology: Evidence from the mood and anxiety disorders and schizophrenia/schizotypy. *Clinical psychology review*, *30*(7), 839 - 848.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York :Basic books.
- William, J. M. G. (1989). *The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive-behavior therapy*. New York: Free press.
- Wilson, P. H., Spence, S. H., & Kavanagh, D. J. (1989). *Cognitive-behavioral interviewing for adult disorders: A practical handbook*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Winer, E. S., Nadorff, M. R., Ellis, T. E., Allen, J. G., Herrera, S., & Salem, T. (2014). Anhedonia predicts suicidal ideation in a large psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Res*, *218*(1-2), 124-128.
- Winer, E. S., Nadorff, M. R., Ellis, T. E., Allen, J. G., Herrera, S., & Salem, T. (2014). Anhedonia predicts suicidal ideation in a large psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Res*, *218*(1-2), 124-128.
- Winer, E. S., Veilleux, J. C., & Ginger, E. J. (2014). Development and validation of the Specific Loss of Interest and Pleasure Scale (SLIPS). *J Affect Disord*, *152-154*, 193-201.

World Health Organization. (2004). Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry and Disability adjusted life years. 10 jan 2016. Retrieved from <http://www.who.int>





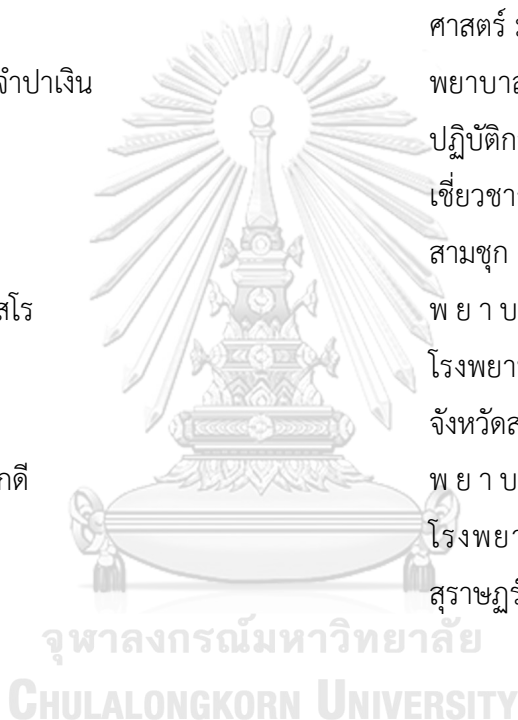
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ | จิตแพทย์ประจำหน่วยส่งเสริมสุขภาพ นิสิต และอาจารย์ประจำภาควิชาจิต เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิต เวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 3. นางสาวรวงคณา จำปาเงิน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และเป็นผู้ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(APN) มีความ เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า โรงพยาบาล สามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 4. นายชัยวัฒน์ พุทธิสโร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา |
| 5. นายอุดมศักดิ์ สุขภักดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี |



ที่ ศธ 0512.11/1065



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตา อาแว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเส้นเอ็นตีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายอุดมศักดิ์ สุขภักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ ศธ 0512.11/1069



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตา อาแว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อูปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายชัยวัฒน์ พุทธิสโร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตาส่งมาขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายชัยวัฒน์ พุทธิสโร

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อูปเสน โทร. 02-218-1137

ชื่อนิสิต

นางสาวนิตา อาแว โทร. 089-739-3736

ที่ ศธ 0512.11/ 1065



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอรรคมหาศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตา อาแนว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสันดานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุทรไชยา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราทร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

นิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุทรไชยา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุปเสน โทร. 02-218-1137

นางสาวนิตา อาแนว โทร. 089-739-3736



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศธ 0512.11/1015 วันที่ 2 มิถุนายน 2560
 เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตา อาแว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ นายแพทย์ ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ จิตแพทย์ประจำหน่วยส่งเสริมสุขภาพภาวะนิสิต และอาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
 อาจารย์ที่ปรึกษา
 ที่อนิสิต

อาจารย์ นายแพทย์ ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 02-218-1137
 นางสาวนิตา อาแว โทร. 089-739-3736

ที่ ศร 0512.11/1065



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2/ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววนิดา อาแว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรวงคณา จำปาเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เลกพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวรวงคณา จำปาเงิน

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีกร อุปเสน โทร. 02-218-1137

นางสาววนิดา อาแว โทร. 089-739-3736



ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นยืนดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางสาววนิดา อาแว นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลติดต่อ โทรศัพท์ 089 - 7393736 E-mail: Wanida.kinson@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่างๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสั่นยืนดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาภาวะสั่นยืนดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ บุคลิกภาพแบบย่ำคิดย่ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะสั่นยืนดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์ ICD-10 ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F 32 – F 33) ที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 154 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) เป็นเพศชายและหญิง อายุ 20 -59 ปี
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า
- 3) สามารถฟัง พูดภาษาไทยได้ ให้ความร่วมมือดี และยินยอมในการให้ข้อมูล
- 4) ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

5. ผู้วิจัยคาดว่าจะรบกวนเวลาประมาณ 40 นาที กับผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม โดย ซึ่งแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 7 ตอน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดบุคลิกภาพแบบย้าคิดย้าทำ แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิต แบบวัดภาวะสิ้นยินดี (TEPS) ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถามจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น

6. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในการวิจัยนี้

6.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าโรคซึมเศร้า ซึ่งมีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชาย และหญิง มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ 154 คน ผู้วิจัยศึกษาเพิ่มประวัติโดยได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามลงในแบบสอบถาม ส่วนในรายที่มีข้อจำกัดในการอ่าน หรือตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ และผู้วิจัยช่วยทำเครื่องหมาย

6.2 หากเกิดอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัย เช่นเกิดอาการเศร้าเสียใจ หรือร้องไห้ระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและดูแลตลอดจนให้การพยาบาลและส่งต่อให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบอาการเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง จนผู้เข้าร่วมวิจัยอาการดีขึ้น

6.3 ประโยชน์โดยตรงที่ผู้มีส่วนร่วมวิจัยจะได้รับคือการสอบถามปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากนั้น การศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่แก้ไขและป้องกันภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะสิ้นยินดีอีกด้วย

6.4 การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ เป็นต้นว่าไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

6.5 หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวนิตดา อาแว หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 089- 7393736 ที่ทำงาน 074 - 317400 หากผู้วิจัย มีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6.6 ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลในแบบสอบถามจะ
ใช้รหัส แทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะ
นำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น

6.7 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โทร.074-
317400



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการดูแลอย่างละเอียด รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)



คำชี้แจงการทำแบบสอบถาม

ด้วยการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความวิตกกังวล และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้ โดยใช้แบบสอบถาม 7 ชุด คือ

- ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ชุดที่ 2 แบบวัดอาการย้ำคิดย้ำทำ ฉบับภาษาไทย
- ชุดที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้า
- ชุดที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (SFS)
- ชุดที่ 5 แบบวัดความวิตกกังวล
- ชุดที่ 6 แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิต
- ชุดที่ 7 แบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS)

ขอความกรุณาผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด ให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด หากมีข้อสงสัย หรือไม่เข้าใจข้อคำถาม กรุณาติดต่อผู้วิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY ผู้วิจัย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่าง (....) ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันคุณมีอายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มปี โดยอายุเกิน 6 เดือนคิดเป็น ปี)
3. สถานภาพสมรส
 1. คู่ 2. โสด
 3. หม้าย 4. หย่า
 5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. อาชีวศึกษา , อนุปริญญา
 5. ปริญญาตรี 6. อื่น ๆโปรดระบุ.....
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้าปี (นับจำนวนเต็มปี โดยเกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)
6. ศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. อื่นๆ.....

ชุดที่ 2 แบบวัดอาการย้ำคิดย้ำทำ ฉบับภาษาไทย

(ThaiVersion of the Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale–Self Report)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมายวงกลมข้อคำตอบที่ตรงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาว่าปัญหานั้นได้รบกวนท่านมากเพียงใดในสัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงวันนี้ (โปรดตอบคำถามทุกข้อ) โดยคำตอบจะมี 5 ตัวเลือก ดังนี้

1. ระยะเวลาที่มีอาการย้ำคิด หรือคิดเรื่องเดิมซ้ำๆต่อวัน

| | |
|--------------------------|----------------------|
| 0) ไม่เกิดเลย | 1) 0 – 1 ชั่วโมง/วัน |
| 2) 1 – 3 ชั่วโมง/วัน | 3) 3 – 8 ชั่วโมง/วัน |
| 4) มากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน | |
2. คุณคิดว่าอาการย้ำคิดรบกวนชีวิตประจำวันหรือไม่

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| 0) ไม่รบกวน | 1) รบกวนเล็กน้อย |
| 2) รบกวนขึ้นพอจัดการได้ | 3) รบกวนค่อนข้างมาก |
| 4) รบกวนถึงขั้นไม่สามารถจัดการได้ | |
3. คุณมีความทุกข์ทรมานกับอาการย้ำคิด หรือไม่

| | |
|-------------------------|---------|
| 0) ไม่มี | 1) น้อย |
| 2) พอสมควรแต่จัดการได้ | 3) มาก |
| 4) มากจนทำอะไรไม่ได้เลย | |
4. คุณสามารถจัดการอาการย้ำคิด ได้หรือไม่

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| 0) จัดการได้ทั้งหมด | 1) จัดการได้เป็นส่วนมาก |
| 2) จัดการได้บ้าง | 3) จัดการได้น้อย |
| 4) จัดการเกือบไม่ได้เลย | |
5. คุณสามารถควบคุมอาการย้ำคิดได้หรือไม่

| | |
|---------------------|---------------------|
| 0) ควบคุมได้ทั้งหมด | 1) ควบคุมได้ส่วนมาก |
| 2) ควบคุมได้บ้าง | 3) ควบคุมได้น้อย |
| 4) ควบคุมไม่ได้เลย | |

6. ระยะเวลาที่มีอาการร้ายทำ หรือทำพฤติกรรมซ้ำๆ ต่อวัน

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 0) ไม่เกิดเลย | 1) 0 – 1 ชั่วโมง/วัน |
| 2) 1 – 3 ชั่วโมง/วัน | 3) 3 – 8 ชั่วโมง/วัน |
| 4) มากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน | |

.....

.....

.....

.....

.....

10. คุณสามารถควบคุมอาการร้ายทำได้หรือไม่

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 0) ควบคุมได้ทั้งหมด | 1) ควบคุมได้ส่วนมาก |
| 2) ควบคุมได้บ้าง | 3) ควบคุมได้น้อย |
| 4) ควบคุมไม่ได้เลย | |



ชุดที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ○ (วงกลม) ล้อมรอบตัวเลขข้อใดข้อหนึ่ง

(0,1,2,3) ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในระยะเวลาที่ผ่านมา 1 สัปดาห์

1. ความรู้สึกเศร้า
 - 0) คุณไม่รู้สึกเศร้า
 - 1) คุณรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
 - 2) คุณรู้สึกเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3) คุณรู้สึกเศร้ามากหรือไม่มีความสุข จนคุณไม่สามารถทนได้อีกต่อไปแล้ว
2. การมองโลกในแง่ร้าย
 - 0) คุณไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 1) คุณรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 2) คุณไม่มีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3) คุณไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้
3. ความรู้สึกถึงความล้มเหลว
 - 0) คุณไม่ค่อยรู้สึกจะทำอะไรล้มเหลว
 - 1) คุณรู้สึกจะทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ
 - 2) เมื่อคุณมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่คุณจำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด
 - 3) คุณรู้สึกว่า你是คนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
4. การไม่พึงพอใจ
 - 0) คุณมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ
 - 1) คุณรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างดังเช่นเคย
 - 2) คุณรู้สึกไม่พอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
 - 3) คุณรู้สึกไม่พอใจ และเบื่อหน่ายต่อทุกสิ่งทุกอย่าง
5. ความรู้สึกผิด

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| 0) คุณไม่เคยรู้สึกผิด | 1) คุณรู้สึกผิดบางครั้ง |
| 2) คุณรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา | 3) คุณรู้สึกผิดตลอดเวลา |

6. การคาดว่าจะเป็นถูกลงโทษ

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 0) คุณไม่รู้ว่าคุณจะถูกลงโทษ | 1) คุณรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ |
| 2) คุณคาดว่าจะถูกลงโทษ | 3) คุณรู้สึกว่าคุณจะถูกลงโทษ |

.....

.....

.....

.....

19. น้ำหนักลด

- 0) น้ำหนักของคุณไม่ลดลง
- 1) น้ำหนักของคุณลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
- 2) น้ำหนักของคุณลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม
- 3) น้ำหนักของคุณลดลงประมาณ 5 กิโลกรัม

20. กังวลกับอาการทางกาย

- 0) คุณไม่วิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ
- 1) คุณวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด หรือท้องผูก
- 2) คุณวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
- 3) คุณวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย จนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้

21. การสูญเสียความสนใจทางเพศ

- 0) ความสนใจทางเพศของคุณเป็นไปตามปกติ
- 1) คุณสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
- 2) คุณสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
- 3) คุณไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

ชุดที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง

1. การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม

1.1 คุณตื่นนอนตอนเช้าเวลา

ก่อน 09:00 น 9:00- 11:00 น 11:00 - 13:00น หลัง 13:00น.

1.2 โดยเฉลี่ยในหนึ่งวัน คุณใช้เวลาอยู่คนเดียวนานเท่าไร เช่น อยู่ในห้อง เดินเล่นคนเดียว

0-3 ชั่วโมง 3-6 ชั่วโมง 6-9 ชั่วโมง 9-12 ชั่วโมง

1.3 คุณมักจะเป็นผู้เริ่มต้นสนทนา พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว

เกือบจะไม่เคย ไม่ค่อยมี บางครั้ง บ่อย

1.4 คุณมักจะออกไปนอกบ้าน (ด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม)

เกือบจะไม่เคย ไม่ค่อยมี บางครั้ง บ่อย

5

2. การสื่อสารระหว่างบุคคล

2.1. ขณะนี้คุณมีเพื่อนกี่คน ?คน

.....

.....

2.4. คุณสามารถพูดคุยร่วมสนทนากับผู้อื่นได้ อย่างเข้าใจตรงกับความต้องการ

ง่ายมาก ปานกลาง ค่อนข้างยาก ยาก

3. การทำหน้าที่โดยอิสระในการพึ่งพาตนเอง

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องให้เหมาะสมตามกิจกรรมต่อไปนี้

| ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา | ไม่เคย | นานๆ ครั้ง | บางครั้ง | บ่อย |
|-----------------------------------------------|--------|------------|----------|------|
| 3.1 ไปซื้อสินค้าจากร้านค้าใกล้บ้านได้เอง | | | | |
| 3.2 เก็บและล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ ให้สะอาด | | | | |
| 3 อาบน้ำ และทำความสะอาดร่างกาย | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 3.13 แต่งกายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม | | | | |

4. นันทนาการ / การพักผ่อนหย่อนใจ

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องให้เหมาะสมตรงตามสิ่งที่คุณได้ทำดังต่อไปนี้

| ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา | ไม่เคย | นานๆ ครั้ง | บางครั้ง | บ่อย |
|----------------------------------------------------------|--------|------------|----------|------|
| 41 เล่นดนตรี | | | | |
| 42 เย็บปักถักร้อย | | | | |
| 4.3 ทำไร่ ทำสวน | | | | |
| 4.4 อ่านหนังสือ | | | | |
| โทรทัศน์ | | | | |
| 46 ฟังวิทยุ | | | | |
| 7 ปรุงอาหารเพื่อรับประทาน | | | | |
| 4.8 จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้ (กวาดบ้าน ถูบ้าน) | | | | |
| 9 ซ่อม/แก้ไข (รถยนต์, รถจักรยาน, ของใช้ในครัวเรือน ฯลฯ) | | | | |
| 10. เดินเล่น | | | | |
| 4.11 ขับรถหรือนั่งรถเที่ยว ขี่จักรยานเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ | | | | |
| 12 ว่ายน้ำ หรือเล่นกีฬาออกกำลังกาย | | | | |
| | | | | |
| .. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4.15 ทำกิจกรรมด้านศิลปะ เช่น ภาพวาด, งานฝีมือ ฯลฯ | | | | |

5.กิจกรรมทางสังคม

กรุณาทำเครื่องหมายลงในช่องที่เหมาะสมตรงตามที่คุณได้ทำกิจกรรมต่อไปนี้

| ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา | ไม่ เคย | นานๆ ครั้ง | บาง ครั้ง | บ่อย |
|----------------------------------------------------------|------------|---------------|--------------|------|
| .1 ไปดูภาพยนตร์กับเพื่อน | | | | |
| .2 ไปดูละคร ดูลิเก หรือดูคอนเสิร์ต | | | | |
| 5.3 ไปดูกีฬาในสนามกีฬาในร่ม (ปิงปอง สนุกเกอร์ หมากกรุก) | | | | |
| 4 ไปดูกีฬาในสนามกลางแจ้ง (ฟุตบอล, การแข่งกรีฑา) | | | | |
| 5 ไปห้องสมุดประจำหมู่บ้านในชุมชน | | | | |
| 6 ร่วมงานแสดงนิทรรศการต่างๆ | | | | |
| 7 ไปเที่ยวสถานที่ที่น่าสนใจ | | | | |
| .8 พบปะสังสรรค์ พูดคุยกับเพื่อน | | | | |
| .9 ร่วมกิจกรรมต่างๆของครอบครัวและชุมชน | | | | |
| 5.10 ไปเยี่ยมญาติ | | | | |
| 11 ต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมได้ | | | | |
| 12 ไปเยี่ยมเพื่อนหรือแฟน | | | | |
| 13 ร่วมงานเลี้ยง งานสังสรรค์ในบ้านได้ | | | | |
| 14 ร่วมงานเลี้ยง งานสังสรรค์นอกบ้านได้ | | | | |
| 5.15 ไปสถานที่ เต็นรำ ดิสโกเทคหรือร้านอาหารโอเกะ | | | | |
| 16 ไปไนท์คลับชมรมทางสังคมต่างๆ | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 1 รับประทานอาหารนอกบ้าน | | | | |
| 22 ทำกิจกรรมทางศาสนา | | | | |

6. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง

กรุณาทำเครื่องหมายลงในช่องให้เหมาะสมตรงตามสิ่งที่คุณได้ใช้/ทำกิจกรรมต่อไปนี้

| ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา | ไม่เคย | นาน ๆครั้ง | บางครั้ง | บ่อย |
|-------------------------------------------------------------|--------|---------------|----------|------|
| 61 เดินทางโดยรถประจำทางด้วยตนเอง | | | | |
| 6.2 รับผิดชอบการใช้จ่ายเงินได้เอง | | | | |
| 3 มีการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่าย ของตนเอง | | | | |
| 4 จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทานเอง | | | | |
| 5 ซื้อของตามร้านสะดวกซื้อหรือห้างสรรพสินค้าได้ เอง | | | | |
| 6 มองหางาน หรือมีส่วนร่วมในการหารายได้ ช่วยเหลือครอบครัว | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 11 ออกจากบ้านไปทำธุระนอกบ้านได้ตามลำพัง | | | | |
| 12 เลือกซื้อเสื้อผ้าของใช้สำหรับตัวเองได้ | | | | |
| 13 แต่งกายได้เหมาะสมทุกกาลเทศะ | | | | |

7. การจ้างงาน/อาชีพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7.1.คุณได้รับการจ้างงานหรือประกอบอาชีพอย่างไร (รวมถึงการอบรมฟื้นฟูอาชีพ/สมรรถภาพ)

| | ทำงานเต็ม เวลา | บางเวลา | เพิ่งออกจากงานได้ ไม่เกิน 6เดือน | กำลังอยู่ในช่วง ฟื้นฟูอาชีพ/ ฝึกอบรม/ฟื้นฟู สมรรถภาพ |
|--------------------------------------------------|-------------------|---------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| ลักษณะงานที่คุณ ได้รับการจ้างงาน เป็นอาชีพ | | | | |

7.2 ถ้าไม่มีงานทำหรือไม่ได้รับการจ้างงาน ถ้าไม่มีงานทำ

7.2.1 คุณคิดว่าคุณมีความสามารถทำงานหรือไม่

- มีแน่นอน อาจจะเป็นไปได้ น่าจะเป็นไปได้ยาก ไม่แน่นอน

7.2.2 คุณใช้ความพยายามที่จะหางานใหม่บ่อยครั้งเพียงใด (เช่น ไปที่ศูนย์จัดหางาน อ่านหนังสือพิมพ์)

- ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง



ชุดที่ 5 แบบวัดความวิตกกังวล

คำชี้แจง ในการตอบคำถามข้อ 1 – 20 เป็นข้อความที่ใช้สำหรับบรรยายเกี่ยวกับตัวของท่านเอง โปรดอ่านประโยคในแต่ละข้อต่อไปนี้อย่างละเอียดและกรุณาใส่เครื่องหมายถูก / ลงในช่องซึ่งอยู่ทางขวาของประโยคที่ตรงกับ

“ความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด”

| ข้อความแสดงความรู้สึก | ไม่เลย | มีบ้าง | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
|-----------------------------------------|--------|--------|-------------|-----------|
| 1. คุณรู้สึกสงบ | | | | |
| 2. คุณรู้สึกมั่นคงในชีวิต | | | | |
| 3. คุณรู้สึกดีใจ | | | | |
| 4. คุณรู้สึกเหนื่อยล้า | | | | |
| 5. คุณรู้สึกสบายใจ | | | | |
| 6. คุณรู้สึกหงุดหงิด | | | | |
| 7. คุณรู้สึกมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 18. คุณรู้สึกสับสน | | | | |
| 19. คุณรู้สึกแฉะมึน | | | | |
| 20. คุณรู้สึกเบิกบานใจ | | | | |

ชุดที่ 6 แบบประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวน 43 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต นับตั้งแต่ที่ท่านเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจนถึงปัจจุบัน โปรดพิจารณาเหตุการณ์ในข้อความแต่ละข้อความแล้วเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมายถูก / ในช่องว่างที่ ตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว

ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นเคยเกิดขึ้นกับท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน

| เหตุการณ์ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| ด้านสุขภาพ | | |
| 1. คุณเจ็บป่วยมากจนถึงกับต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | | |
| 2. คุณเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือกิจกรรมที่ทำตามปกติ | | |
| 3. คุณดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ | | |
| 4. การนอนของคุณไม่คงเส้นคงวา เช่น นอนไม่หลับ หรือ นอนมากเกินไป | | |
| | | |
| 7. คุณสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นโรคติดต่อ (เช่น วัณโรค เอชไอวี) | | |
| ด้านครอบครัว | | |
| 8. สามีหรือภรรยาของคุณเสียชีวิต | | |
| 9. หย่า แยกทางกับคู่สมรส | | |
| 10. สามีหรือภรรยาของท่านป่วยหนัก | | |
| 11. บุตรเสียชีวิต | | |
| 12. บุตรเจ็บป่วยหนัก | | |
| 13. คุณและสามี/ภรรยา หรือแฟน มีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ ขอบเที่ยว) | | |
| 14. คุณและสามี/ภรรยา หรือแฟน มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ | | |
| 15. บิดา หรือมารดาของคุณเจ็บป่วยหนัก | | |
| 16. | | |

| เหตุการณ์ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย) | | |
| 18. มีการโยกย้ายที่อยู่ | | |
| 19. | | |
| ด้านเศรษฐกิจ | | |
| 20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวของคุณผิดเคือง ชัดสน | | |
| 21. คุณหรือสามีหรือภรรยา มีหนี้สินล้นพ้นตัว | | |
| 22. คุณหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน ที่ดิน) | | |
| 23. ครอบครัวของคุณ ถูกยึดหรือไล่ที่ | | |
| 24. กิจการของคุณหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป | | |
| 25. | | |
| ด้านการงาน | | |
| 26. คุณเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก | | |
| 27. คุณถูกให้ออกจากงาน | | |
| 28. สามีหรือภรรยาของคุณถูกให้ออกจากงาน | | |
| 29. คุณตกงาน | | |
| 30. สามีหรือภรรยาของคุณตกงาน | | |
| | | |
| | | |
| 35. สามีหรือภรรยาของคุณต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว | | |
| ด้านสังคม | | |
| 36. ครอบครัวของคุณประสบอุบัติเหตุภัยอันตรายภัยสูญหาย (เช่น ไฟไหม้บ้าน น้ำท่วมบ้าน เหตุการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ ได้แก่ การลอบวางระเบิด) | | |
| | | |
| 38. สามีหรือภรรยาของคุณต้องโทษ (สถานเบาโดยไม่ถูกคุมขังหรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน) | | |

| เหตุการณ์ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 39. คุณถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ | | |
| 40. สามีหรือภรรยาของคุณถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ | | |
| 41. เพื่อนสนิทของคุณเสียชีวิต | | |
| 42. คุณหรือสามีหรือภรรยา มีการเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท) | | |
| 43. | | |



ชุดที่ 7 แบบวัด Temporal experience of pleasure scale (TEPS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย / ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของคุณมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

| | | |
|---|---------|-----------------------------------------|
| 6 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด |
| 5 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงมาก |
| 4 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงค่อนข้างมาก |
| 3 | หมายถึง | ข้อความนี้ตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย |
| 2 | หมายถึง | ข้อความนี้ค่อนข้างไม่ตรงกับความเป็นจริง |
| 1 | หมายถึง | ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย |

| ข้อความ | ระดับคะแนน | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. เมื่อคุณรู้ว่าจะมีการแสดงหนังตะลุง โนห์รา เพลงเพื่อชีวิต การแสดงหรือศิลปินมาทำการแสดงที่ชื่นชอบ ทำให้คุณตั้งตารอคู | | | | | | |
| 2. คุณรู้สึกเพลิดเพลินใจที่สุดต่ออากาศที่สดชื่นเมื่อเดินออกไปข้างนอก | | | | | | |
| 3. กลิ่นจากธรรมชาติ เช่น ดอกไม้ กลิ่นหญ้าที่ตัดใหม่ กลิ่นดินภายหลังฝนตกทำให้คุณรู้สึกเพลิดเพลิน | | | | | | |
| 4. คุณตั้งตารอเพื่อหลาย ๆ สิ่งในชีวิต | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 17. เมื่อได้ยินเสียงที่ไพเราะ เช่น เสียงนกร้อง เสียงน้ำไหล เสียงเพลงที่ชื่นชอบ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย | | | | | | |
| 18. เมื่อมีเรื่องน่าตื่นเต้นผ่านเข้ามาในชีวิต คุณก็ตั้งตารอคอยสิ่งนั้น | | | | | | |



FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 163
วันที่ ๗.๘.๖๐
เวลา ๖.๐๐ น.
ผู้รับ M-kin

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า.....นางสาวนิตา.....อาแมว.....รหัสประจำตัว.....5877195636.....
นิสิตสาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....83.....
ซอย.....13.....ถนน.....เจริญเขต.....ตำบล.....สุโหงโโก - ลก.....อำเภอ.....สุโหงโโก - ลก.....
จังหวัด.....นราธิวาส.....รหัสไปรษณีย์.....96120.....โทรศัพท์.....089-7393736.....
Email.....wanida.kinson@gmail.com.....

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

.....ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้.....

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ.....แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข.....
- ชื่อวิทยานิพนธ์.....ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิต.....
.....จิตเภทที่มีอาการทางลบ.....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ.....นางสาวจิราภา บุญศิลป์.....
- ปีของวิทยานิพนธ์.....พ.ศ.2559.....

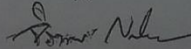
ลงนาม.....อนิชา.....ส.เนว.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....นางสาวนิตา.....อาแมว.....)

...../...../.....

| ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ | ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| | |
| | |
| | |

อนุญาต



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....

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

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 16/.....
วันที่ 7 มี.ค. 60
เวลา 16.00 น.
ผู้รับ 17-860

เรื่อง ขอบหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้านางสาววนิดา อาแว.....รหัสประจำตัว5877195636.....
นิสิตสาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่83.....ซอย13.....ถนนเจริญเขต
ตำบล.....สุไหงโก-ลก.....อำเภอ.....สุไหงโก-ลก.....จังหวัด.....นราธิวาส.....
รหัสไปรษณีย์96120..... โทรศัพท์089-7393736.....Emailwanida.kinson@gmail.com.....

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
.....ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้.....

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ.....แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า.....
- ชื่อวิทยานิพนธ์.....ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและ
.....การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน.....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือนางสาวพรพรรณ สุดใจ.....
- ปีของวิทยานิพนธ์.....พ.ศ.2552.....

ลงนามฉันทิยา ใจใส..... ผู้ยื่นคำร้อง
(.....นางสาววนิดา อาแว.....)

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>..... เห็นชอบในหลักการ ขอให้ออกใบ 50 ลงนาม (.....ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อูปเสน.....) 7 / มี.ค. / 60</p> | <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>..... ลงนาม (.....ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิภพ อภิชาติ.....) 7 / มี.ค. / 60</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
9 / มี.ค. / 60

20
8 มี.ค. 60

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย</p> <p>เขียน รองคณบดี</p> <p>ข้าพเจ้านางสาววนิดา อาแว.....รหัสประจำตัว5877195636.....</p> <p>นิสิตสาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่83.....ซอย13..... ถนนเจริญเขต.....</p> <p>ตำบล.....สุโงโกะ-ลก.....อำเภอ.....สุโงโกะ-ลก..... จังหวัด.....นราธิวาส.....</p> <p>รหัสไปรษณีย์96120..... โทรศัพท์089-7393736..... Emailwanida.kinson@gmail.com.....</p> <p>หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)ปัจจัยศัตรูที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอื่นอันดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้.....</p> <p>มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชื่อเครื่องมือ.....แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน..... 2. ชื่อวิทยานิพนธ์.....ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะ.....การผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป..... 3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือนางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม..... 4. ปีของวิทยานิพนธ์.....พ.ศ. 2553..... <p style="text-align: right;">ลงนามธิดา อ.แฉ..... ผู้ยื่นคำร้อง (.....นางสาววนิดา อาแว.....)</p> | <p>เลขที่รับ168.....</p> <p>วันที่7 8/8/60.....</p> <p>เวลา16.00 น.....</p> <p>ผู้รับN-80.....</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>.....แนชอน ใบนีลิตา ใบนีลิตา.....</p> <p>ลงนาม<i>[Signature]</i>.....</p> <p>(.....ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน.....)</p> | <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม<i>[Signature]</i>.....</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ค้อมพูนศรีศุข.....)</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

อนุญาต

[Signature]

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

28
8-8-60

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ / 60
วันที่ 7 มี.ค. 60
เวลา 16.00 น.
ผู้รับ 99-800-

เรื่อง ขอนั่งสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้านางสาววนิดา อาแว.....รหัสประจำตัว5877195636.....
นิสิตสาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่83..... ซอย13..... ถนนเจริญเขต.....
ตำบล.....สุโขทัย.....อำเภอสุโขทัย..... จังหวัด.....นราธิวาส.....
รหัสไปรษณีย์96120..... โทรศัพท์089-7393736..... Emailwanida.kinson@gmail.com.....
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
.....ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยั้งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้.....

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ.....แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต.....
- ชื่อวิทยานิพนธ์.....ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก.....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือนางสาวพรรณ ศรีโสภาค.....
- ปีของวิทยานิพนธ์..... พ.ศ. 2552.....

ลงนามจณิศา อาแว..... ผู้ยื่นคำร้อง

(.....นางสาววนิดา อาแว.....)

..... / /

| ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ | ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| เห็นชอบในหลักการ ใช้เครื่องมือ | เห็นชอบ |
| ลงนาม (.....ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน.....) | ลงนาม (.....ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิภพ อุดมดี.....) |
| 7 / พ.ค. / 60 | 7 / พ.ค. / 60 |

อนุญาต

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

9 / มี.ค. / 60

20
5 มี.ค. 60

ที่ ศธ 0512.11/09๗8



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/4 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวนิตา อาแว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเส้นเอ็นตีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามลักษณะอาการ และความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ จากวิทยานิพนธ์ เรื่องการศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ของนายอลงกรณ์ เถลิงศักดิ์กุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2555) โดยมี อาจารย์ แพทย์หญิง อนิศา หิรัญเทพ และรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัตนา สายพานิชย์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 02-218-1137
นางสาวนิตา อาแว โทร. 089-739-3736



ที่ ศธ 0512.11/ 1159



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 กรกฎาคม 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 3 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 3 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตา อาแว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยศัตรูที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิตา อาแว เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 02-218-1137

นางสาวนิตา อาแว โทร. 089-739-3736

ที่ ศธ 0512.11/ 11๑๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๔ กรกฎาคม 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 3 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 3 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตา อาแว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เขตภาคใต้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิตา อาแว เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 02-218-1137
นางสาวนิตา อาแว โทร. 089-739-3736

หมายเลขโครงการ SSR REC ๑๔/๒๕๖๐

กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
สุราษฎร์ธานีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
ที่อยู่ ๒๙๘ ถนน ธาราธิติ ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
เขตภาคใต้

เลขที่โครงการวิจัย : SSR REC ๑๔/๒๕๖๐

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนิตา อาแว

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่ได้รับการรับรอง : ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
๔. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลงนามประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
(นายอดตพงษ์ ถนิมพาสน์)

ลงนามผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
(นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา)

วันที่รับรอง : ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารเลขที่.....20...../2560

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

โครงการวิจัย: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรครึมเศร้า เขตภาคใต้
(SELECTED FACTORS RELATED TO ANHEDONIA AMONG PERSONS WITH
MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, SOUTHERN REGION)

รหัสโครงการ: -

ผู้ดำเนินการวิจัย: นางสาวนิตา อาแว

สถานที่ดำเนินการวิจัย: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย: 12 เดือน

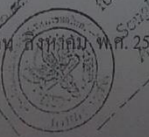
เอกสารที่อนุมัติ:

- 1.โครงการวิจัย ลงวันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560
- 2.ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลงวันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560
- 3.ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลงวันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560
- 4.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลงวันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560
- 5.แผนงานการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย ลงวันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560
- 6.ประวัติผู้วิจัย

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯพิจารณาอนุมัติในแจ้งวิธีกรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้น ได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก อีกทั้ง ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯทราบทุกปี เพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการต่อไปจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

.....ประธานกรรมการ
.....กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561



ภาคผนวก ฉ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

anhedonia_level * เพศ Crosstabulation

| | | | เพศ | | Total |
|-----------------|-------------|--------------|--------|--------|--------|
| | | | ชาย | หญิง | |
| anhedonia_level | น้อยกว่า 54 | Count | 16 | 38 | 54 |
| | | % within เพศ | 35.6% | 38.4% | 37.5% |
| | มากกว่า 54 | Count | 29 | 61 | 90 |
| | | % within เพศ | 64.4% | 61.6% | 62.5% |
| Total | | Count | 45 | 99 | 144 |
| | | % within เพศ | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .106 ^a | 1 | .745 | | |
| Continuity Correction ^b | .019 | 1 | .889 | | |
| Likelihood Ratio | .106 | 1 | .745 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .853 | .447 |
| Linear-by-Linear Association | .105 | 1 | .746 | | |
| N of Valid Cases | 144 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.88.

b. Computed only for a 2x2 table

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

| Correlations | | | |
|-----------------|---------------------|-----------------|------|
| | | anhedonia_level | อายุ |
| anhedonia_level | Pearson Correlation | 1 | .163 |
| | Sig. (2-tailed) | | .050 |
| | N | 144 | 144 |
| | Pearson Correlation | .163 | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .050 | |
| | N | 144 | 144 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการย้ำคิดย้ำทำ กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

| Correlations | | | |
|-----------------|---------------------|-----------------|-----------|
| | | anhedonia_level | total OCD |
| anhedonia_level | Pearson Correlation | 1 | .382** |
| | Sig. (2-tailed) | | .000 |
| | N | 144 | 144 |
| total OCD | Pearson Correlation | .382** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | |
| | N | 144 | 144 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

| | | anhedonia_level | total_depress |
|-----------------|---------------------|-----------------|---------------|
| anhedonia_level | Pearson Correlation | 1 | .444** |
| | Sig. (2-tailed) | | .000 |
| | N | 144 | 144 |
| total_depress | Pearson Correlation | .444** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | |
| | N | 144 | 144 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

| | | anhedonia_level | total_anxiety |
|-----------------|---------------------|-----------------|---------------|
| anhedonia_level | Pearson Correlation | 1 | .294** |
| | Sig. (2-tailed) | | .000 |
| | N | 144 | 144 |
| total_anxiety | Pearson Correlation | .294** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | |
| | N | 144 | 144 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

| | | anhedonia_level | total_stress |
|-----------------|---------------------|-----------------|--------------|
| anhedonia_level | Pearson Correlation | 1 | .294** |
| | Sig. (2-tailed) | | .000 |
| | N | 144 | 144 |
| total_stress | Pearson Correlation | .294** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | |
| | N | 144 | 144 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

7. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ทางสังคม กับภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

| | | anhedonia_level | total_sfs |
|-----------------|---------------------|-----------------|-----------|
| anhedonia_level | Pearson Correlation | 1 | -.470** |
| | Sig. (2-tailed) | | .000 |
| | N | 144 | 144 |
| total_sfs | Pearson Correlation | -.470** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | |
| | N | 144 | 144 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววนิดา อาแว เกิดเมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2530 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ในปีการศึกษา 2554 หลังจบการศึกษาเข้ารับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลย่านตาขาว จังหวัดตรัง ตั้งแต่ เดือนเมษายน พ.ศ. 2554 – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 และสอบบรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 – ปัจจุบัน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2556 – 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 เข้าร่วมฝึกอบรมการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ วันที่ 26 – 28 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ปัจจุบันเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย