

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



นางสาวอังคณา หมอนทอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTH BELIEFS, SELF - EFFICACY, HOPE, AND
PSYCHOLOGICAL SELF - CARE BEHAVIORS OF PATIENTS
WITH DEPRESSIVE DISORDER**



Miss Angkana Montong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing**

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

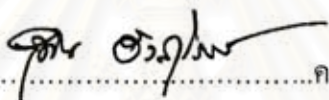
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ความหวัง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โดย นางสาวอังคณา หมอนทอง

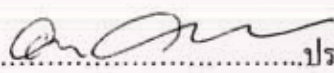
สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

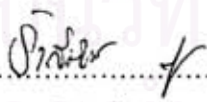
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)


.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ จัมภลิจิต)

อังคณา หมอนทอง : ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTH BELIEFS, SELF - EFFICACY, HOPE, AND PSYCHOLOGICAL SELF - CARE BEHAVIORS OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER) อาจารย์ที่ปรึกษา : อ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 117 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 จำนวน 200 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความหวัง ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 , .78, .80 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = -.151, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = .331, p < .00$) และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = .232, p < .001$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงพหุคูณพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อด้านสุขภาพ และความหวังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ร้อยละ 17 ($R^2 = .17$)

สาขาวิชา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช...ลายมือชื่อนิสิต...*อังคณา หมอนทอง*.....
ปีการศึกษา.....2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา...*รังสิมันต์ สุนทรไชยา*

4777625836: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
 KEYWORD: HEALTH BELIEFS / SELF – EFFICACY / HOPE / PSYCHOLOGICAL
 SELF - CARE BEHAVIORS / PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER
 ANGKANA MONTONG : RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTH BELIEFS,
 SELF - EFFICACY, HOPE, AND PSYCHOLOGICAL SELF - CARE
 BEHAVIORS OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER. THESIS
 ADVISOR: LECTURER DR. RUNGSIMUN SUNTONCHIYA, Ph. D., 117 pp.

The purpose of this study was to examine the relationships between health beliefs, self-efficacy, hope, and psychological self care behaviors of patients with depressive disorders. The number of sample was 200 patients with depressive disorders at Psychiatric clinic of The Fourth Mental Health Center. The instruments were the Psychological Self-Care Behavior Questionnaire, the Health Belief Questionnaire, the Self-efficacy Questionnaire, and the Hope Questionnaire. The reliability of the instrument were .82, .78, .80 and .84 respectively. Data was analyzed using frequency, percentage, means, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation and Stepwise Multiple Regression.

The results revealed that the mean score of health beliefs was at a high level whereas the mean score of self-efficacy, hope, and psychological self-care behaviors was at a moderate level. There was statistically significant low negative relationship between health beliefs and psychological self-care behaviors ($r = -.151, p < .05$), there was statistically significant low positive relationship between self-efficacy and psychological self-care behaviors ($r = .331, p < .00$), there was statistically significant low positive relationship between hope and psychological self-care behaviors ($r = .232, p < .001$). The results of stepwise multiple regression analysis showed that perceived health beliefs, self-efficacy and hope explained 17 percent ($R^2 = .17$) of variances of psychological self-care behaviors of patients with depressive disorders.

Field of study...Mental Health and Psychiatric Nursing...Student's signature *Angkana Montong*
 Academic Year.....2006.....Advisor's signature *Rungsimun Suntonchiya*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ อาจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความเอาใจใส่ช่วยเหลือให้คำปรึกษาแนะนำตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆตลอดจนคอยให้กำลังใจซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณ จึงขอกราบ ขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ คณบดีคณะ พยาบาลศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถีบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์และ อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำทำให้วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้ และขอกราบ ขอบพระคุณ อาจารย์วัชรเดช ช้างแก้ว ที่กรุณาให้คำปรึกษาเรื่องสถิติ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ที่ให้โอกาส ทางการศึกษา ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลและพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชทุกท่าน ที่อนุญาต ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลจนสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ผู้เข้าร่วมวิจัยตลอดจน ผู้ช่วยในการดำเนินงานครั้งนี้ ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยนี้จนสำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่ายิ่งแก่ผู้ศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะ พยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นทุก ท่าน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือ ความเอื้ออาทร ความ เข้าใจ และกำลังใจที่ดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทและ ครอบครัว ขอให้ท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจแข็งแรง สมบูรณ์ ตลอดไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	60
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79
รายการอ้างอิง.....	92
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ.....	103
ภาคผนวก ข. สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	105
ภาคผนวก ค. แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	107
ภาคผนวก ง. หากความสัมพันธ์รายชื่อของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ.....	116
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	117

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	59
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัวอื่นๆ	71
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	73
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกรายด้าน (N= 200).....	73
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกรายด้าน (N= 200).....	74
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกรายด้าน (N= 200).....	74
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกรายด้าน (N= 200).....	75
8	ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N= 200).....	76
9	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน(Stepwise Multiple Regression Analysis) ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N= 200).....	72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยและนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคล และเศรษฐกิจทางสังคม อัตราความชุกตลอดชีพของโรคซึมเศร้าเท่ากับ ร้อยละ 15 และอาจสูงถึง ร้อยละ 25 ในเพศหญิงและยังพบอุบัติการณ์ ในสถานบริการในระดับสาธารณสุขมูลฐานถึงร้อยละ 10 โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำ(รณชัย คงสกนธ์,2548)จากการเปรียบเทียบ การให้บริการผู้ป่วยนอกจิตเวชรายโรคปีงบประมาณ 2543-2545 พบว่าการให้บริการผู้ป่วยนอก โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี 2544 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 26.70 และปี 2545 เพิ่มขึ้นคิด เป็นร้อยละ 85.62(กรมสุขภาพจิต,2545) ผู้ป่วยไทยพบไม่น้อยที่มาหาแพทย์ด้วยอาการทางร่างกาย มีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะ พบว่ามีอาการอื่นๆ ของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย(มาโนช หล่อตระกูล, 2548) และพบว่าผู้มีผู้ที่ฆ่าตัวตาย มากถึงร้อยละ 60ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยคนกลุ่มนี้จะมีภาวะจิตใจอ่อนแอ เมื่อประสบกับความ ผิดหวังผู้ป่วยจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนปกติถึง3เท่า(กรมสุขภาพจิต,2548)ซึ่งพฤติกรรม ต่างๆที่เป็นปัญหานี้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะพบได้มากทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้และบุคลิกภาพสะท้อนให้เห็นว่าขาดการดูแลพฤติกรรมสุขภาพจิตของตน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นนี้จะเห็นได้ว่าเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและ อาการของโรคซึมเศร้านั้น ทำให้มองเห็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม กล่าวว่าแต่ละบุคคล จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ได้แก่อายุ เพศ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ สังคม และขนบธรรมเนียมประเพณี ปัจจัยทางระบบบริการ สุขภาพ ปัจจัยทางระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งประ โยชน์ที่เพียงพอและเหมาะสม และประสบการณ์ในชีวิต (Orem, 1980; 1995) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่อาจรักษาไม่หายขาดหรือต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกสูญเสียได้หลายประการ เช่น สูญเสียความมีสุขภาพอนามัยที่ดี สูญเสียการควบคุมหน้าที่ ของร่างกาย สูญเสียบทบาทหน้าที่ สูญเสียเอกลักษณ์และคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าไม่สามารถทำ อะไรได้ ไม่พยายามช่วยตนเอง ความตั้งใจเสียไป ไม่มีแรงจูงใจ รู้สึกหมดเรี่ยวแรง และหมดอนาคต (ยอดสร้อย วิเวกวรณ, 2543) ปัญหาที่กล่าวมานั้นล้วนแต่เป็นปัญหาในพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตแทบทั้งสิ้น

การดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นแม้ว่าผู้ป่วยจะทำได้ทุกเรื่องแต่จะไม่สามารถปฏิบัติให้มีคุณภาพได้เท่ากับคนทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกไม่มั่นใจ ถือได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา นั่นคือพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของดร.ณี เลิศปรีชา (2545) ที่ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่อาศัยในอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.41 มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การพัฒนาการรู้จักตนเอง การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ

ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การขาดการดูแลด้านร่างกาย ลักษณะความคิดต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตของตนบิดเบือนไปทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการปรับตัว และขาดแหล่งประโยชน์ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธุ์(2534) กล่าวว่าเป็นพฤติกรรมอนามัยที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยทางจิตเวชและผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ที่มีปัญหาใกล้เคียงกันประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรมประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะพัฒนาการ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ระบบครอบครัว สภาพสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ (Orem, Taylor & Renpenning, 1995) ปัจจัยด้านความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพ (เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์, 2547), ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1986) เป็นการรับรู้สมรรถนะในตนเองคือความเชื่อมั่นหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่กำหนดไว้ให้เป็นผลสำเร็จ และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองตามแนวคิดของ Orem ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม (นิตยา ภิญญาคำ, 2531) และในผู้ป่วยเอดส์(มรรยาท วงษาบุตร, 2539)

แนวคิดความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีความเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ทั้งในด้าน พฤติกรรมป้องกันโรค และปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้ซึ่งประกอบด้วยความรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคของของตน ในด้านที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงของ

โรคที่เป็นอยู่ได้ จากการศึกษาของ Haefer and Kirsch (1970) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตน ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรชลาตซ์ซีเมีย คล้ายกับ นิสานาถ โชคเกิด (2545) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุรา ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ซึ่ง Bandura กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือความเชื่อมั่นหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่กำหนดไว้ให้เป็นผลสำเร็จเป็นแรงผลักดันที่จำเป็นภายในตัวบุคคล เป็นตัวชี้้นำให้บุคคลมีความพยายาม กระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ให้สำเร็จมากขึ้น (Bandura, 1986) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความกระตือรือร้นและพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย และมีความมุ่งมั่นยืนหยัดไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (Dudex, 1997; Wing & Klem, 1997) จึงมีผลกระทบทต่อการกระทำของบุคคลและปฏิกิริยาทางอารมณ์ โดยผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะรู้สึกว่าจะมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา รู้สึกหมดหนทาง แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะสามารถดูแลตนเองและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม หยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ดีกว่า (Stretcher, Devellis & Rosenstorck, 1986) ดังนั้นในพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพถ้าบุคคลสามารถประสบความสำเร็จ หรือมีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเองก็จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น (นิสารัตน์ เซตววรรณ, 2543)

ความหวัง(Hope) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา มีรายงานว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดของ Orem ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม (นิตยา ภิญญาคำ, 2531) และในผู้ป่วยเอดส์(มรรยาท วงษาบุตร, 2539) แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความหวังของ Snyder กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งตามลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีภาวะรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และสิ้นหวัง ในด้านการดูแลตนเองแม้ว่าผู้ป่วยจะทำได้ทุกอย่างแต่จะไม่สามารถปฏิบัติให้มีคุณภาพได้เท่ากับคนทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกไม่มั่นใจ และไม่มีความหวัง สอดคล้องกับแนวคิดของ Snyder (1991) ที่ว่าผู้ที่มีความหวังจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมายแบบชัดเจน กล่าวคือความหวัง เป็นการคาดหมายสิ่งที่ดี ที่พัฒนาขึ้น หรือพ้นจากความรู้สึกกดดัน การคาด

หมายดังกล่าวอาจเป็นไปได้ทั้งรูปธรรมหรือนามธรรม เป็นการคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถส่วนบุคคลความสามารถในการเผชิญปัญหา การมีสุขภาพจิตดี มีจุดมุ่งหมายและมีความหมายในชีวิต หรือมีความรู้สึกเป็นไปได้ในทางที่ดี (Miller, 1992) ความหวังเป็นสิ่งที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต มีลักษณะเป็นพลัง เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติตนให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในปัจจุบันไปได้ โดยบุคคลจะมีความคาดหมายถึงผลบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Herth, 1992) ดังนั้น ความหวังจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตและความเจริญ (อุบล นิวัติชัย, 2528) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา มีรายงานผลการศึกษาว่าความหวังยังส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเอดส์ (มรรยาท วงษาบุตร, 2539) และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุอีกด้วย(นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542) ส่วนความสามารถในพฤติกรรมดูแลตนเองจะแสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตและการดำรงบทบาทของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า และมีความหวัง(Releigh, 1992) โดยระดับของความหวังสามารถทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย(Popovich, 1991) และความหวังยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพที่ดีด้วย(กาญจนา ศิริวราศัย, 2536) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าความหวังทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินอาการต่างๆ ของตนไปในทางบวก และมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนว่าไม่รุนแรง ซึ่งก่อให้เกิดให้พลังในการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง(Kesselring, 1986)

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มากนัก และยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับปัจจัยต่างๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังอาจสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง อันจะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ ของตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเองและความหวังในความสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำถามการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

3. ความหวังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

4. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังสามารถร่วมพยากรณ์ในพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธ์(2534) นภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) มีองค์ประกอบ 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดในพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองและการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดการรับรู้ศักยภาพของตนเองเพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาตนเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นก็มีความคิดและความรู้สึกในทางลบมากกว่าทางบวกทำให้เกิดการท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ หมดกำลังใจที่ต่อสู้กับปัญหา(สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) เช่นเดียวกับการศึกษาอาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล ของ มาโนช หล่อตระกูล(2542) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้ามี่ระดับอาการรู้สึกผิดและมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ สรุปรว่าความรุนแรงของอาการรู้สึกผิดสัมพันธ์กับระดับภาวะ

ซึมเศร้ามากกว่าการวินิจฉัยโรค และในโรคซึมเศร้านั้นระดับความรุนแรงของอาการรู้สึกผิดเป็นปรากฏการณ์แบบต่อเนื่องตามความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง เช่นเดียวกับ Rudi De Raedt และคณะ(2005) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาซ้ำนั้นจะมีระดับคุณค่าในตนเองที่ต่ำอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ Christine Kuehner และคณะ (2005) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีระดับคุณค่าในตนเองต่ำซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ส่วน Todd B. Kashdan และคณะ (2006) กล่าวว่าระดับของการมีคุณค่าในตนเองนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยประเมินภาวะซึมเศร้าได้ในผู้ป่วย PTSD และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์

2. ด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ดังกล่าวข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจซึมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะเข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม แม้บ้านอาจทนลูกๆ ไม่ได้ หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

3. ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนมากเกินไป มักไม่มีการวางแผนหรือแบ่งเวลาในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ทำให้การงานแย่ง ความรับผิดชอบต่องานก็ลดลง ถ้าเป็นแม่บ้านงานบ้านก็ไม่ได้ทำ หรือทำลวกๆ เพียงให้ผ่านไป คนที่ทำงานสำนักงานก็ทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มี ในช่วงแรกๆ ผู้ที่เป็นอาจจะฝืนใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมากๆขึ้นก็จะหมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลางานขาดงานบ่อยๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือก็มักจะถูกให้ออกจากงาน (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

4. ด้านการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะขาดทักษะการเผชิญปัญหาในการปรับตัวอย่างเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งหรือคับข้องใจจะใช้วิธีหลีกเลี่ยง เก็บกด และปฏิเสธมากกว่าการเข้าหาปัญหาอย่างตรงไปตรงมา บางคนกลายเป็นคนไม่มั่นใจในตนเอง จะตัดสินใจอะไรก็ลังเลไปหมด รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจ เหล่านี้ อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายได้ เพียงแค่อยากให้พ้นๆ จากสภาพตอนนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) เช่นเดียวกับการศึกษาข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ของจำลอง ดิษยวณิช (2546) กล่าวว่า การเผชิญกับความเครียดซ้ำๆ สามารถนำไปสู่การฟ้อหรือการทำลายเซลล์ประสาทมากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้เกิดอาการ โรคซึมเศร้าได้ ส่วน David A.F. Haaga และคณะ (2004) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมและส่วนมากผู้ป่วยจะคิดลบหรือ และเลิกยากกลับมาคิดซ้ำบ่อย เช่นเดียวกับ Elizabeth A. Penland และคณะ (2000) กล่าวว่านิสิตในมหาวิทยาลัยที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นพบว่าทักษะในการเผชิญปัญหาที่ต่ำด้วย

5. ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะมีเครือข่ายทางสังคม ที่จะทำให้การสนับสนุนน้อยซึ่งเป็นผลมาจากการไม่ยอมมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นก่อน แยกตัว ไม่เข้าสังคม รู้สึกว่าไม่มีใครรัก ไม่มีใครสนใจ (ดวงใจ กสถานติกุล, 2542) คล้ายกับการศึกษาระบาดวิทยาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 118 คน ในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง ของ ประยูตต์ เสรีเกียรติและคณะ(2541) พบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมไม่ปรึกษาใครเมื่อมีความทุกข์ใจ ทำให้บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าหาหรือช่วยเหลือได้เนื่องจากผู้ป่วยขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพอีกทั้งมีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย จะส่งผลกระทบต่อทำที่ตอบสนองในทางลบจากผู้อื่น เช่นเดียวกับ Simson U. และคณะ (2004) กล่าวว่าการศึกษาที่มีระดับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงนั้นพบว่าผู้ป่วยจะมีการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ และจากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ที่อยู่คนเดียวและเก็บตัวใน Antarctica ของ Lawrence A. Palinkas และคณะ(2004) พบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมที่นานเกินไปทำให้มีอารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น Shu-Shya Heh และคณะ (2004) ศึกษาโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดในประเทศไต้หวันพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญมากที่ช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Amy J. Schulz (2006) เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของแม่บ้านในอเมริกา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดด้านรายได้ของครอบครัวสูงมาก จนทำให้ไม่สนใจการสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อนบ้าน ยิ่งส่งผลต่ออาการซึมเศร้าที่สูงขึ้น และในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตาที่อยู่ตามลำพังก็พบว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้มากเนื่องจากขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ

6. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มักเกิดจากภาวะสูญเสียสิ่งที่ตนรัก ต้องการ หรือไม่ได้อย่างที่ตนต้องการซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความทุกข์ทั้งสิ้น การสูญเสียนำมาซึ่งความรักและความเกลียดตนเอง ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าจากการยึดติดกับสิ่งที่ทำให้ทุกข์นั้นมากเกินไป (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2547) ผู้ที่ไม่ใช่ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่ว้าวุ่นอ่อนแอ(พุทธทาสภิกขุ, 2542) เช่นเดียวกับการศึกษา ความสัมพันธ์ของความเชื่อและการปฏิบัติด้านศาสนา ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของ Patricia E. Murphy และคณะ (2000) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเชื่อและการปฏิบัติด้านศาสนาบ่อยมากซึ่งมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อและการปฏิบัติด้านศาสนาบ่อยๆ คล้ายกับการศึกษาของบัวลอย นนทนะ(2545) พบว่าประชากรที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดนครสวรรค์ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เพียงร้อยละ 8.8 ถือได้ว่าน้อยมาก

7. ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู้รสจะเปลี่ยนไป ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก และนอนไม่หลับ อาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ ก่อนมีอาการอื่น(มาโนช หล่อตระกูล, 2547) ในประเทศไทย พบไม่น้อยมาด้วยอาการทางร่างกาย มีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่นๆ ของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (มาโนช หล่อ

ตระกูล, 2546) โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคทางฝ้ายกายได้เสมอ พบว่าผู้ป่วยที่รักษาโรคทางกายในโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย มักจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคทางกายหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคไขมันในเลือดสูง (ตรีสุข พุ่มมณี, 2546) จากการศึกษาของ Gail M. Williamson และคณะ (1992) พบว่าในผู้ป่วยนอกสูงอายุ จะมาด้วยการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งเป็นผลมาจากอาการของโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับ Blazer & Williams (1980) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มารักษาที่คลินิกทั่วไปจะพบร้อยละ 15 ที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะการเจ็บป่วยทางกาย นั่นคือปัญหาในแต่ละพฤติกรรมของผู้ป่วยซึมเศร้า

จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างชัดเจน ซึ่งควรได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม หากผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลในพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแล้ว จะยิ่งส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น เป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ส่งผลต่อภาวะโรคของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยอาจฆ่าตัวตายได้ หรืออาจกลับเป็นซ้ำของโรคบ่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2545) ผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนี้อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยจะประสบกับข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจจากอาการป่วย ทำให้ขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ ทำให้สูญเสียความเป็นส่วนตัว สุขภาพ เวลา เศรษฐกิจ (เจนจิรา วรรมานุสสัย, 2547) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบถึงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง อีกทั้งการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีนั้น เป็นการดูแลแบบยั่งยืน และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ (Beck et al., 1979; Dobson, 1989; Fennell, 1990; Gloaguen et al., 1998)

ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพนั่นเอง Becker (1974) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถนำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน และการรักษา (Perceived Benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived Barrier) 5) แรงจูงใจ (Motivation)

จากการศึกษาพบว่า มีผู้น้องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ดังการศึกษาของ Nemcek (1990) ซึ่งได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด จากการศึกษาของ Kim (1991) ซึ่งได้พัฒนาและประเมินผลแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 150 ราย การศึกษาครั้งนี้ได้ออกแบบเครื่องมือเพื่อประเมินความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานแคลเซียมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานแคลเซียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Clare Bradley (2000) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าความเชื่อด้านพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความรู้ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) และ ศิริพร ประระมะ (2545) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับ การศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ของ อรุณีย์ ศรีนวล (2548) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ของ ศศิธร ดวงมัน (2548) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ปัจจัยด้านแรงจูงใจด้านสภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด

จะเห็นได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพนั่นเอง Becker (1974) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้สามารถนำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตั้งเป้าหมายของบุคคลในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของบุคคลได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ หรือทักษะที่ประสบความสำเร็จในอดีต (Bandura, 1977 cite in Sherer & Adam, 1983) จึงทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแตกต่างกัน และความแตกต่างนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรม Bandura (1977) กล่าวว่าในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะแปรผันไปตาม 3 มิติ ซึ่งจะสามารถนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

1.ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม(Magnitude of expectancies) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะขึ้นกับความคาดหวังของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรม ซึ่งบุคคลเลือกที่จะกระทำในสถานการณ์นั้นๆ บุคคลหนึ่งอาจมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ง่ายๆ หรือมีระดับความยากปานกลางเท่านั้น

2.ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม (Strength of expectancies) ในสถานการณ์หนึ่งๆ อาจมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะต้องปฏิบัติตามระดับความยากง่ายแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือมีความมั่นใจ ก็จะมีความพยายามและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ หรือการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ ได้เป็นอย่างดี

3.ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ (Generality of expectancies) บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อน อาจมีความคาดหวังหรือมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในสถานการณ์อื่นๆ ได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ซึ่ง Bandura กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือความเชื่อมั่นหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่กำหนดไว้ให้เป็นผลสำเร็จเป็นแรงผลักดันที่จำเป็นภายในตัวบุคคล เป็นตัวชี้้นำให้บุคคลมีความพยายาม กระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ให้สำเร็จมากขึ้น (Bandura, 1986) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความกระตือรือร้นและพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย และมีความมุ่งมั่นยืนหยัดไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (Dudex, 1997; Wing & Klem, 1997) จึงมีผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลและปฏิกริยาทางอารมณ์ โดยผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะรู้สึกว่ามีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา รู้สึกหมดหนทาง แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะสามารถดูแลตนเองและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม หยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ดีกว่า (Stretcher, Devellis & Rosenstorck, 1986)

ความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งได้ให้ความหมายของความหวังไว้ว่า เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มความคิดที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed thinking) ซึ่ง Snyder กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed behavior) ออกมาได้ นั้น จะต้องผ่านกระบวนการของความคิดที่มุ่งเป้าหมายหรือความหวังก่อน โดยมี 2 องค์ประกอบคือ

1.พลังแห่งความตั้งใจ(willpower) เป็นการคิดที่เต็มไปด้วยความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย ตัวอย่างของความคิดนี้เช่น ฉันสามารถ ฉันจะพยายาม ฉันพร้อมที่จะทำมัน ฉันจะได้ในสิ่งที่ฉันทำ เป็นต้น ซึ่งความคิดเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะริเริ่มและลงไว้ซึ่ง

การกระทำที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ พลังแห่งความตั้งใจไม่เพียงแต่จะช่วยผลักดันให้บุคคล ไปสู่เป้าหมายเท่านั้น แต่ยังช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคที่ขวางกั้นการไปสู่เป้าหมายอีกด้วย

2. พลังแห่งแนวทาง (waypower) เป็นการคิดเพื่อวางแผนหาแนวทางหรือวิธีการที่จะนำ บุคคลไปถึงเป้าหมาย รวมถึงการมีความคิดที่ยืดหยุ่นในการหาแนวทาง กล่าวคือ เมื่อประสบปัญหา หรือพบอุปสรรคในแนวทางเดิม ก็สามารถหาแนวทางใหม่ที่จะไปสู่เป้าหมายได้ บุคคลที่มีพลัง แห่งแนวทางสูงจะสามารถหาแนวทางได้หลายแนวทางในการบรรลุเป้าหมาย โดยสามารถเปลี่ยน แนวทางเหล่านี้ให้เหมาะสมกับเป้าหมายและอุปสรรคที่เขาเผชิญอยู่

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีรายงานว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองตามแนวคิดของ Orem ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม (นิตยา ภิญญา คำ, 2531) และในผู้ป่วยเอดส์ (มรรยาท วงษาบุตร, 2539) แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับ ความหวังของ Snyder กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งตาม ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีภาวะรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และสิ้นหวัง ในด้านการดูแล ตนเองแม้ว่าผู้ป่วยจะทำได้ทุกเรื่องแต่จะไม่สามารถปฏิบัติให้มีคุณภาพได้เท่ากับคนทั่วไป ทำให้ ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกไม่มั่นใจ และไม่มี ความหวัง สอดคล้องกับแนวคิดของ Snyder (1991) ที่ว่าผู้ที่มีความหวังจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมายแบบชัดเจน กล่าวคือความหวัง เป็นการคาดหมายสิ่งที่ดี ที่พัฒนาขึ้น หรือพ้นจากความรู้สึกกดดัน การคาดหมายดังกล่าวอาจเป็นได้ ทั้งรูปธรรมหรือนามธรรม เป็นการคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและมีพื้นฐาน มาจากความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถส่วนบุคคลความสามารถใน การเผชิญปัญหา การมีสุขภาพจิตดี มีจุดมุ่งหมายและมีความหมายในชีวิตหรือมีความรู้สึกเป็น ไปได้ใน ทางที่ดี (Miller, 1992) ความหวังเป็นสิ่งที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตมีลักษณะ เป็นพลัง เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติตนให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในปัจจุบันไปได้ โดยบุคคลจะมีความคาดหมายถึงผลบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Herth, 1992)

ดังนั้น ความหวังจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตและความเจริญ (อุบล นิวัติชัย, 2528) จากการ ศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีรายงานผลการศึกษาว่าความหวังยังส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเอง ในผู้ป่วยเอดส์ (มรรยาท วงษาบุตร, 2539) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตผู้ สูงอายุอีกด้วย (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542) ส่วนความสามารถในพฤติกรรมการดูแลตนเองจะแสดงถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตและการดำรงบทบาทของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า และมีความหวัง (Releigh, 1992) โดยระดับของความหวัง สามารถทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย (Popovich, 1991) และความ หวังยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพที่ดีด้วย (กาญจนา ศิริวิราชัย, 2536) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าความหวังทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินอาการต่างๆ ของตนไปในทาง

บวก และมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนว่าไม่รุนแรง ซึ่งก่อให้เกิดให้พลังในการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง(Kesselring, 1986)

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังสามารถร่วมพยากรณ์ในพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และตัวแปรที่สามารถร่วมพยากรณ์ในพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวช ในเขตศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ประชากรทั้งหมดประมาณ 648 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวช ในเขตศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวแปรต้นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง ตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต มีการพัฒนาบุคลิกภาพแบบผสมผสาน และเกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิตในสังคม ในการศึกษา

ครั้งนี้ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยปรับจากกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของ Dorothea Elizabeth Orem และแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธุ์(2534) นภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) ซึ่ง ประกอบด้วย 7 ด้านดังนี้

1. พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง(Developing self awareness) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องพยายามที่จะเข้าใจตนเองในส่วนของค่านิยม, ความคิด, ความรู้สึก, เป้าหมายในชีวิต, ความเครียด และการจัดการกับความขัดแย้ง ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดทัศนคติทางบวกกับตนเอง
2. การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ(Effective communication) เป็นกิจกรรมที่จะสร้างความเข้าใจให้ผู้อื่นและตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเป็นผู้ส่งสารและรับสารอย่างเปิดใจ, เป็นผู้ฟังที่ดี, ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น, พยายามสื่อความให้สมบูรณ์และชัดเจนในความหมาย
3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ (Time management) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรบริหารเวลาในการทำงานและการพักผ่อนแก่ตนเองอย่างเหมาะสมและกิจกรรมอื่นๆ
4. ทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill)เป็นกิจกรรมที่พัฒนาความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมส่งผลให้ ประสบความสำเร็จในการจัดการกับอุปสรรคที่เข้ามาในชีวิตได้
5. การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม (Developing and maintaining social support system)เป็นกิจกรรมบรรเทาความรุนแรงของปัญหา โดยจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล เช่น มีเพื่อนที่สามารถปรึกษาได้รู้จักเพื่อนบ้านที่เรียกช่วยเหลือได้ รู้แหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน ตรวจสอบว่าตนมีความพร้อมในการเปิดใจรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือไม่ และหาจุดเด่นหรือข้อจำกัดของตนยอมรับที่จะปรับปรุง
6. ปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา (Religious practice) เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับความเชื่อในศาสนาตน มีความเลื่อมใสศรัทธา เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ ช่วยให้สงบและปล่อยวางปัญหาได้ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี
7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Physical self care) เป็นกิจกรรมที่สร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร, การดื่มน้ำ, การออกกำลังกาย, ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราเมื่อเกิดความเครียด

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจ หรือความตระหนักของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพและการรักษา อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประเมินจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยปรับจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของ ศิริพร ประระมะ(2545) โดยอาศัยแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่ประกอบด้วย

1.การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับโอกาสการกลับเป็นซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนของโรค

2.การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับการเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefits) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับผลดีของการกระทำตามแผนการรักษา และคำแนะนำทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคได้

4.การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

5.การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Motivation) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึงความเชื่อมั่น หรือ การรับรู้ หรือการตัดสินใจพิจารณาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมด้วยความมั่นใจให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน 3 ด้าน ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง (2544) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Self-Efficacy Scale ของ Sherer (1982) ประกอบด้วย

1.ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude of expectancies) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะขึ้นกับความคาดหวังของแต่ละบุคคล อาจมีความแตกต่างกันตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรม ซึ่งบุคคลเลือกที่จะกระทำในสถานการณ์นั้นๆ บุคคลหนึ่งอาจมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ หรือมีระดับความยากปานกลางเท่านั้น

2.ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม (Strength of expectancies) ในสถานการณ์หนึ่งๆ อาจมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะต้องปฏิบัติตามระดับความยากง่ายแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือมีความมั่นใจ ก็จะมี ความพยายามและมีกำลังใจในการปฏิบัติ กิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ หรือการเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้เป็นอย่างดี

3.ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ (Generality of expectancies) บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อน อาจมีความคาดหวังหรือมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในสถานการณ์อื่นๆ ได้

ความหวัง หมายถึงกระบวนการความหวังหรือมีเป้าหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตว่าจะประสบความสำเร็จตามที่ปรารถนาใน 2 ด้าน ซึ่งประเมินจาก แบบวัดความหวัง (Hope Scale) ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดความหวังของผู้สูงอายุของนภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดความหวังของSnyder และคณะ (1991) ประกอบด้วย

1.พลังแห่งความตั้งใจ(willpower) เป็นความคิดที่เต็มไปด้วยความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย ตัวอย่างของความคิดนี้เช่น ฉันสามารถ ฉันจะพยายาม ฉันพร้อมที่จะทำมัน ฉันจะได้ในสิ่งที่ฉันทำ เป็นต้น ซึ่งความคิดเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะริเริ่มและคงไว้ซึ่งการกระทำที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ พลังแห่งความตั้งใจไม่เพียงแต่จะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสู่เป้าหมายเท่านั้น แต่ยังช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคที่ขวางกั้นการไปสู่เป้าหมายอีกด้วย

2. พลังแห่งแนวทาง (waypower) เป็นความคิดเพื่อวางแผนหาแนวทางหรือวิธีการที่จะนำบุคคลไปถึงเป้าหมาย รวมถึงการมีความคิดที่ยืดหยุ่นในการหาแนวทาง กล่าวคือ เมื่อประสบปัญหาหรือพบอุปสรรคในแนวทางเดิม ก็สามารถหาแนวทางใหม่ที่จะไปสู่เป้าหมายได้ บุคคลที่มีพลังแห่งแนวทางสูงจะสามารถหาแนวทางได้หลายแนวทางในการบรรลุเป้าหมาย โดยสามารถเปลี่ยนแนวทางเหล่านี้ให้เหมาะสมกับเป้าหมายและอุปสรรคที่เขาเผชิญอยู่

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าอายุอยู่ระหว่าง 20-59 ปี ประกอบด้วยอาการดังนี้ โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการร่วมหากพิจารณาตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(ICD-10)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.เป็นความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.เป็นแนวทางในการสร้างแบบแผนการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาศักยภาพของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและกลุ่มอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิดดังกล่าวตามลำดับดังนี้

1. โรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
2. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
6. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีความซับซ้อน เนื่องจากมีปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละบุคคล ซึ่งมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยภายในของผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต คือความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง โดยมีแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคสำคัญในทางจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอาการมาก อีกทั้งเป็นโรคที่รักษาได้ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยนั้นไม่น้อยไปกว่าโรคทางร่างกายที่สำคัญอื่น ๆ การปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อภาระและปัญหาแก่ครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจและสังคม. นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้แล้ว โรคซึมเศร้านี้ยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางร่างกาย หรือทำให้โรคทางร่างกายที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้นได้

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาโดยจิตแพทย์ยังจัดได้ว่าน้อยมากเนื่องจากปริมาณจิตแพทย์ยังมีอยู่น้อย โดยเฉพาะในต่างจังหวัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบและรักษากับ

แพทย์ทั่วไปมากกว่า และแม้ในแหล่งที่มีจิตแพทย์ประจำอยู่ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงมารักษากับแพทย์ทั่วไป เนื่องจากไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคทางจิตเวช หรือบางครั้งต้องการหลีกเลี่ยงการถูกมองว่าเป็นผู้มีปัญหาด้านจิตใจ. จากรายงานในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยนอกที่พบแพทย์ทั่วไปนั้นพบเป็นโรควิตกกังวลตั้งแต่ร้อยละ 5-8 ในผู้ป่วยในที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายจะพบสูงกว่านั้นคือร้อยละ 18-33 ดังนั้นการตระหนักถึงโรคนี้อาจมีความรู้ในการดูแลรักษาที่เหมาะสมในแพทย์ทั่วไปจึงมีความสำคัญยิ่ง เมื่อเร็วๆ นี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดให้มีการทบทวนและหาแนวการรักษาโรคทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยรวมสูง โรควิตกกังวลที่พบในเวชปฏิบัติทั่วไป (primary care setting) ถูกจัดอยู่หนึ่งในเจ็ดลำดับต้น เนื่องจากพบว่าเป็นโรคที่มักจะถูกมองข้ามวินิจฉัยผิดเป็นโรคอื่น หรือได้รับการรักษายังไม่เหมาะสม

ความหมายของภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์มี 3 นัยดังต่อไปนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

1. นัยทางอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก (Feeling) โดยนัยนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ และความรู้สึก หงอยเหงา “เซ็ง” เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง ถ้าอารมณ์เช่นนี้ เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวแล้วหายไปในเวลาไม่นาน หรือเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่มีความน่าสลดใจ มีการสูญเสียเกิดขึ้น ถือได้ว่าเป็นอารมณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้ทุกคนตลอดช่วงชีวิต ไม่ใช่ความผิดปกติ แต่อารมณ์เศร้าที่ผิดปกตินั้นจะเป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ และยิ่งนานไปยิ่งรู้สึกเศร้ามากขึ้น มีความรุนแรงจนมีพฤติกรรมผิดปกติ และมีอาการทั้งทางด้านร่างกาย และอาการทางจิต ภาวะซึมเศร้าโดยนัยทางอารมณ์จึงเป็นได้ทั้งภาวะปกติ และภาวะที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิตขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็น และความสัมพันธ์ของอารมณ์กับเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นๆ เผชิญอยู่ ถ้ามีความรุนแรงเกินกว่าที่จะเป็นปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจนมีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตตามปกติก็ถือว่าเป็นอารมณ์ และความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิต

2. นัยทางอาการ (Symptom) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น อาการหงุดหงิด ขุนเฉียว การนอนผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ ใจลอย หลงๆ ลืมๆ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับ กระส่าย กระวนกระวาย ไม่อยากพบปะกับใครๆ นอกจากนั้นยังมีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย เช่น ปวดศีรษะ ไม่สบายท้อง ปวดตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย ใจสั่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น อาการเหล่านี้เป็นอาการแสดงของโรคทางกาย และโรคทางจิตหลายโรค ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในความหมายของอาการนั้นจึงเป็นการแสดงทางอารมณ์ออกมาเป็นพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคน

3. นัยของการเป็นโรค (Disease) ภาวะซึมเศร้าที่เป็นนัยของการเป็นโรคนั้นหมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิตหลายโรค เช่น โรคประสาท วิตกกังวล (Anxiety Disorder) โรคจิตเภท(Schizophrenia) โรคซึมเศร้า(Depressive Disorder) และความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม โรคอารมณ์ผิดปกติ(Mood Disorder หรือ Affective Disorder) อื่นๆ อย่างไรก็ตามเนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นอาการเด่นของโรคซึมเศร้า ดังนั้นการกล่าวในนัยของโรคจึงเน้นที่โรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์เป็นหลัก

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบมากจนเรียกได้ว่าเป็น “โรคหวัดทางสุขภาพจิต” แม้ว่าโรคนี้ทางจิตเวชศาสตร์จะแบ่งออกเป็นหลายชนิดแต่หากพิจารณาเป็นรูปแบบใหญ่ๆ ที่พบบ่อยแล้วพบว่ามี 3 รูปแบบ คือ

1. โรคซึมเศร้ารุนแรง จะมีอาการหลายๆ อาการเกิดขึ้นพร้อมกันซึ่งจะขัดขวางการทำงาน การนอน การกิน ไม่มีความสุข เพลิดเพลินกับสิ่งที่เคยชอบ อาการในรูปแบบนี้อาจเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว หรือหลายๆ ครั้ง ในช่วงชีวิตของคนๆ นั้น

2. โรคซึมเศร้าอย่างเรื้อรัง รูปแบบนี้แม้ว่าอาการที่เป็นจะไม่ถึงกับขัดขวางการทำงาน การดำเนินชีวิต แต่ก็ทำให้คนที่ เป็นไม่สามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างเต็มที่ ความสุขในชีวิตมีได้ไม่เต็มที่ และผู้ที่ เป็น โรคซึมเศร้ารูปแบบนี้อาจมีอาการรุนแรงขึ้นจนกลายเป็น โรคซึมเศร้ารุนแรงได้เป็นระยะๆ

3. โรคอารมณ์เปลี่ยนแปลงรุนแรงแบบ 2 ขั้ว คือ ซึมเศร้า สลับ คึกคัก หรือ โรคอารมณ์ผิดปกติชนิดมีอารมณ์สองด้าน (Bipolar depression) รูปแบบนี้บางช่วงมีอาการเหมือนรูปแบบ 1 และ 2 แต่บางช่วงจะกลับมีอาการคึกคัก สนุกสนาน คิดเร็ว โมโหง่าย คิดว่าตนเองเก่ง ใช้เงินเปลือง

สาเหตุของโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น เชื่อกันว่าสัมพันธ์กันหลายๆ ปัจจัยทั้งทางด้านกรรมพันธุ์ การพลัดพรากจากพ่อแม่ในวัยเด็ก พัฒนาการของจิตใจ รวมถึงปัจจัยทางร่างกาย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมองบางตัว เป็นต้น ปัจจัยสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่

1. กรรมพันธุ์ พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้ที่ มีอาการเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง ลูก มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติทั่วไป 1.5-3 เท่า ความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนี้ในญาติที่ห่างออกไป เช่น ปู่ย่า ตายาย หรือ ลุงป้า น้าอา จะลดน้อยลง ในการศึกษาแฝดไข่ใบเดียวกันเพศหญิง พบว่าหากคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งมี โอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 66 ในคู่แฝดไข่คนละใบ มีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไป

ร้อยละ 27 อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ว่าสาเหตุทางพันธุกรรมจะเป็นคำตอบของทั้งหมดดังที่เราจะเห็นได้ว่าแม้แต่แฝดไข่ใบเดียวกันคนหนึ่งเป็น อีกคนหนึ่งไม่ได้เป็นตามไปด้วยทุกราย นอกจากนี้ในผู้ป่วยหลายๆ รายเราไม่พบว่าเรามีคนในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคนี้เลย

2. ปัจจัยทางชีวภาพ นอกจากเรื่องทางพันธุกรรมแล้ว ปัจจุบันนี้เราพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าสารเคมีในสมอง พบว่าระบบสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน โดยมีสารที่สำคัญได้แก่ Serotonin และ Norepinephrine ลดต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบสารเคมีเหล่านี้

ฮอร์โมน พบว่าผู้ป่วยมีฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ ฮอร์โมนนี้หลั่งมาจากต่อมหมวกไต (อยู่บริเวณไต) ปกติจะหลั่งออกมาตลอดเวลาที่มีความเครียด ฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มากกว่าปกตินี้จะส่งผลให้เซลล์สมองส่วนฮิปโปแคมปัสฝ่อลงหรือตายได้ คาดว่ายาแก้ซึมเศร้าที่จะผลิตในอนาคตเน้นผลการรักษาโดยไปออกฤทธิ์ลดการหลั่งฮอร์โมนตัวนี้ลง

2.1 ทฤษฎีเวลาชีวภาพ (Chronobiological)

ความผิดปกติของการนอนหลับ (sleep abnormalities) ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีการนอนไม่หลับ ตื่นบ่อยๆ หรือหลับมากไป พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวภาพ (Circadian rhythm) ดังเห็นได้จากที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ และคลื่นสมองขณะหลับ (sleep EKG) มีระยะเวลาเกิดการกลอกตาไปมาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement – REM) ไวขึ้น (shortened REM latency) ซึ่งปกติจะเกิด REM หลังจากนอนหลับแล้วประมาณ 90 นาที แต่ในผู้ป่วยจะใช้เวลาเพียง 30 นาที และ REM มีเวลานานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหลับไม่สนิทนอนฝันร้ายทั้งคืน

Hypothalamus มีศูนย์ควบคุมเวลาการหลับตื่น พบว่าการทำให้อดนอน (sleep deprivation) ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าดีขึ้น หรือกระตุ้นให้เกิด mania สารสื่อประสาทและฮอร์โมนต่างๆ เปลี่ยนแปลงตามจังหวะชีวภาพ ซึ่งเมื่อชีวเคมีของร่างกายแปรปรวนจากความผิดปกติของการนอนจึงส่งผลกระทบต่ออารมณ์ผิดปกติ ปัญหาการนอนยังเกี่ยวกับโรคอารมณ์เป็นฤดูกาล (seasonal) เช่นผู้ป่วยซึมเศร้า รู้สึกอารมณ์ดีขึ้นในฤดูร้อน (Postoloché et al 1999)

3. สาเหตุทางจิตใจ ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า อาจเป็นมาจากการที่ตนเองมีการมองสิ่งต่างๆ ในด้านลบ ได้แก่ มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสำคัญแก่ใครๆ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย มักจะเป็นคนขี้อาย ไม่มั่นใจในตนเอง อ่อนไหวง่าย เข้าสังคมไม่เก่ง ไม่ค่อยมีเพื่อน

บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ถูกทอดทิ้ง ตกงาน หย่าร้าง ก็มีแนวโน้มที่จะกำหนดตนเอง รู้สึกว่าตนเองแย่ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมอาการมากจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

Abraham อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความ โกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเอง เนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือทั้งรักและโกรธ (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิตผู้เป็นที่รักและเป็นที่พักพิงทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และภาวะกรีนเครงหรือคลุ้มคลั่ง เกิดจากการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดามารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย โดยปฏิเสธหรือกลบเกลื่อนความเศร้า ด้วยทำที่ รื่นเริงและกรีนเครง

Freud อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือจากพรากจากผู้เป็นที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง (Introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการซึมซับ (Incorporate) เอาภาพของบุคคลผู้เป็นที่รัก(แต่สร้างความคับแค้นใจ) รวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือพลัดพราก ความ โกรธก้าวร้าวที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หมกความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดพฤติกรรมถอยกลับ (regression) ไปเป็นระยะปาก (oral) หรือระยะทวาร (anal) มีทำที่แบบเด็กๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัวไม่กล้าอยู่คนเดียว หรือย่ำคิดย้ำทำ เป็นต้น และภาวะโรคจิตวิกลจริต (psychosis) ที่อาจพบบ่อยใน โรคอารมณ์ผิดปกติ ก็เป็นพฤติกรรมถอยกลับ ไปยังระดับหลงตัวเองหรือรักตัวเอง (narcissism) ในระยะปากของการพัฒนาทางจิตเพศ (psychosexual development)

3.1 ทฤษฎี Superego Development

Melanie Klein (1960) เชื่อว่า superego เกิดได้ในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรกทำให้มีภาวะเศร้าเกิดขึ้นเมื่อเด็กทารกมีปัญหาในความสัมพันธ์กับมารดา ซึ่งความเศร้าในช่วงต้นของชีวิตนี้เองที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในเวลาต่อมา และการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษหรือทำลายด้านเลวของตนเอง (bad self) ในระดับจิตไร้สำนึก

Otto Kernberg (1939) อธิบายว่า เด็กทารกวัย 6 เดือนจะเรียนรู้ว่ามารดามีทั้งข้อดีและข้อไม่ดี และแสดงความโกรธ ความก้าวร้าว ต่อมารดาโดยการกัด เช่น กัดหัวนม ขณะเดียวกันก็กลัวว่าจะทำอันตรายต่อมารดา ทำให้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (depressive position)

3.2 ทฤษฎี Ego Psychology

Jacobson (1999) อธิบายว่าภาวะเศร้า เกิดจากการ ขาดความรักความอบอุ่นในวัยทารก และมีความคับแค้นใจ ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนาการ ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับ ตัวกับโลกแห่งความจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพ และการควบคุมตัวเอง) ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมกความภาคภูมิใจในตัวเองและรู้สึกไร้ค่าซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

Bibring (1977) อธิบายว่าภาวะเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ Ego เองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน คือต้องการเป็นที่รัก เหนือ เป็นคนดีที่น่ารัก มิใช่ความขัดแย้งระหว่าง ego กับ superego หรือ ego กับ บุคคลอื่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ชั้นพื้นฐาน แต่เป็นคนละทิศทาง โดยภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้ หรือ หนี แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง ทำให้รู้สึกท้ออาลัยและหมดความภาคภูมิใจ

การวินิจฉัย

แพทย์ทั่วไปจะตรวจร่างกายเพื่อจะหาสาเหตุทางกาย เช่น โรคติดเชื้อไวรัส หรือยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ประวัติการดื่มสุรา ยาเสพติด ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย หากสงสัยว่าจะเป็นโรคซึมเศร้า จิตแพทย์ก็จะประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการร่วมหากพิจารณาตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้ามีอาการและพฤติกรรมดังนี้

1. มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา และเป็นติดต่อกันทุกวัน
2. ความกระตือรือร้น ความรู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ เคยชอบจะลดลงมาก มีพฤติกรรมเฉื่อยชาตลอดเวลาเกือบตลอดเวลา หรือทั้งวัน ติดต่อกันเกือบทุกวัน
3. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอาจลดลงหรือเพิ่มขึ้นทุกวัน หรือเกือบทุกวันทำให้น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงชัดเจน ถ้าเบื่ออาหารน้ำหนักก็จะลดชัดเจน ถ้าอยากอาหารน้ำหนักก็จะขึ้นชัดเจน
4. การนอนผิดปกติอาจนอนไม่หลับ หรือหลับบ่อยเกินไป หรือนอนหลับนานผิดปกติจากเดิมเกือบทุกวัน
5. มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งมากกว่าปกติ หรือเชื่องช้า รวมไปถึงความคิดช้าลง หรือคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน อ่อนเพลียไม่มีแรง เกือบทุกวัน
6. มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกที่ตนเองผิด หรือไม่ใช้อย่างมากเกินเหตุเกือบทุกวัน ความรู้สึกนี้อาจรุนแรงถึงขั้นหลงผิด (Delusion) ได้ สมาธิไม่ดี ความสามารถในการตัดสินใจลดน้อยลง จนถึงไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวัน
7. คิดฆ่าๆ ในเรื่องฆ่าตัวตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

(Attempted Suicide)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีอาการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นไม่ครบทุกอาการ แต่อย่างน้อยต้องมีอาการข้อ 1 หรืออาการข้อ 2 และเกิดติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีอาการมากกว่า 5 อาการ และเป็นต่อเนื่องกันนานกว่า 2 สัปดาห์จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง

การวินิจฉัยแยกโรค

1. ยาหรือสารต่างๆ ที่พบว่าสำคัญ ได้แก่ reserpine, glucocorticoid, anabolic steroids, หรือภาวะที่เกิดจากการหยุดเสพแอมเฟตามีน หรือ โคเคน.

2. โรคทางร่างกาย ที่พบบ่อยคือ โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เนื้องอกในสมอง, Parkinson disease เป็นต้น และโรคของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น hypothyroidism, SLE และ Cushing syndrome เป็นต้น.

3. อารมณ์ซึมเศร้าจากภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder with depressed mood) ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจากปรับตัวไม่ได้ต่อปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ตกงาน, หย่าร้าง, เกษียณราชการ เป็นต้น อาการซึมเศร้าจะเป็นไม่มาก พอเป็นที่เข้าใจได้เมื่อมองจากบุคลิกของผู้ป่วย. การรักษาหลักคือการช่วยเหลือด้านจิตใจ ช่วยในการปรับตัว โดยที่ยามีส่วนช่วยน้อย. อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ มากจนถึงระดับของโรคซึมเศร้าแล้ว เราจะให้การวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าตามแนวทางในการวินิจฉัยที่ได้กล่าวข้างต้น.

4. Anxiety disorders ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ, นอนไม่หลับ, อ่อนเพลีย, อาจมีอาการซึมเศร้าในบางครั้งได้. อาการสำคัญที่ช่วยในการแยกคือ ผู้ป่วยมักมีอาการของ autonomic nervous system hyperarousal เช่น ใจสั่น, มือสั่น, เหงื่อออก เป็นต้น

การรักษา

1. การช็อกไฟฟ้า Electroconvulsive therapy (ECT) เหมาะสำหรับผู้ที่เป็นรุนแรง หรือผู้ที่ไม่สามารถรับประทานยาอนโทมนัส หรือใช้ยาแล้วไม่ได้ผล

2. การใช้ยาด้านโรคซึมเศร้า ยาที่ใช้รักษามีด้วยกันหลายกลุ่มได้แก่

- selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

- tricyclics

- monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) ผู้ที่รับประทานยาในกลุ่มนี้จะต้องระวังอาหารที่มีส่วนผสมของ tyramine ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นสูง อาหารดังกล่าวได้แก่ cheeses, wines, pickles, ยาลดน้ำมูก

แพทย์อาจจะเลือกใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งหรือใช้ยาหลายชนิดรวมกัน โดยมากจะเริ่มเห็นผลใน 2-3 สัปดาห์และให้รับประทานต่อไปประมาณ 1 เดือนยาจะออกฤทธิ์เต็มที่เมื่อรับยาไปแล้ว 8 สัปดาห์ ช่วงแรกของการรับประทานยาอาจจะเกิดผลข้างเคียงของยาก่อนจะเห็นผลดีให้รับประทานต่อ เมื่ออาการดีขึ้นอย่าเพิ่งหยุดยาจนกระทั่งไปทำงานได้โดยจะต้องรับประทาน 4-9 เดือน โดยแพทย์จะค่อยๆหยุดยาเพื่อให้ร่างกายปรับตัว

3. การรักษาโดยวิธีจิตบำบัด เป็นการรักษาทางจิตใจมีอยู่หลายรูปแบบในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในรายที่ปัญหาซับซ้อนและผู้ป่วยไม่มีปัญหาภายในตนเองมากนัก การรักษา

จะใช้วิธีการช่วยมองปัญหาว่าแท้ที่จริงอยู่ตรงไหน ผู้ป่วยคาดหวังอย่างไรต่อปัญหา สางที่คาดหวังนั้นเป็นไปได้หรือไม่ มีทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาก็หรือไม่ว่าแต่ละอย่างมีข้อดีข้อเสียอย่างไรบ้าง และในที่สุดผู้ป่วยคิดว่าจะใช้วิถีทางไหนในการแก้ไขปัญหา ในรายที่ปัญหาซับซ้อนแพทย์จะใช้เวลาในการพูดคุยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจสาเหตุของปัญหาเข้าใจตนเอง แลกเปลี่ยนมุมมองกับแพทย์ว่าตนเองรับรู้สิ่งต่างๆ บิดเบือนไปอย่างไร ทั้งนี้จุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนตนเอง มากกว่าจะไปปรับเปลี่ยนสิ่งต่างๆ ภายนอก บางคนไม่กล้าพบจิตแพทย์ เพราะไม่รู้ว่าจะต้องพูดอะไรบ้างไม่รู้จะเล่าอะไรดีหรือไม่อยากเล่าเรื่องส่วนตัวให้ใครฟัง ตามจริงแล้วการได้พูดถึงปัญหาได้ระบายความคับข้องใจกับคนที่เข้าใจ จะทำให้ความอัดอั้น ถัดกลุ่มใจทุเลาลงได้ระดับหนึ่ง จิตแพทย์จะรับฟังพร้อมๆ กับค่อยๆ ถามถึงความมาเป็นมาของปัญหาหรือเรื่องที่ทำให้เราทุกข์ใจ ซึ่งกระบวนการนี้ บางครั้งก็ช่วยให้บางคนเห็นปัญหาของตนเองได้ชัดเจนขึ้น อาจมีบางเรื่องที่เราไม่อยากคุย แพทย์ก็จะไม่ซักถามรายละเอียดแต่หากเป็นไปได้ควรเล่าปัญหาต่างๆ โดยไม่ปิดบัง เพื่อที่แพทย์จะได้เข้าใจปัญหาของเราได้มากที่สุด โดยเฉพาะในทางจิตเวชแล้วเรื่องที่เราเล่า แพทย์จะไม่นำไปเปิดเผยต่อใคร แม้แต่กับญาติหรือคนใกล้ชิดหากบางเรื่อง เห็นว่าสำคัญ ต้องพูดคุยเรื่องที่เราเล่ากับผู้อื่นก็ต้องขออนุญาตผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง

การรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment)

เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการแล้วไม่ควรรีบหยุดยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปอีกนาน 4-6 เดือน จากการศึกษาพบว่าในช่วงนี้ผู้ป่วยที่หยุดยาไปเกิด relapse สูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้ยาต่อเนื่อง relapse ร้อยละ 20-29 ในแง่ของขนาดยาปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปเนื่องจากพบว่าป้องกัน relapse ได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามเท่าที่พบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักลดยาลงเอง ซึ่งควรเตือนผู้ป่วยในเรื่องของการป้องกันว่าสำคัญ ในการหยุดยาค่อยๆ ลดลง โดยใช้เวลาเป็นเดือน หากลดเร็วผู้ป่วยมักมี withdrawal effects เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นต้น

การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) มีผู้ป่วยบางคนมีประวัติการป่วยมาหลายครั้งในอดีต ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรให้กินยาป้องกันต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลานานเป็นปี ๆ โดยทั่วไปมีความเห็นว่าจะให้ยาต่อเนื่องต่อเมื่อผู้ป่วยมีประวัติอาการที่ชัดเจนของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2-3 ครั้งขึ้นไป

สรุปโรคซึมเศร้าร้ายผู้ใหญ เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น การไม่รู้สึกรสในสิ่งที่เคยสนุก ความรู้สึกผิด รู้สึกหมดเรี่ยวแรง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง และมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่ปกติอย่างมาก หากไม่ได้รับการรักษาดูแลอย่างถูกวิธี อาจส่งผลกระทบต่อ

หรือกลับเป็นซ้ำบ่อยๆได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเอง หากจะเป็นสิ่งที่ดีถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมามีชีวิตที่สดใสได้ดังเดิม

2. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้านี้ หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ที่มีอาการอาจเป็นอยู่นานตั้งแต่ 6 เดือนถึง 1 ปี และมักจะกลับมาป่วยซ้ำบ่อยครั้ง การที่ไม่ได้รับการรักษานั้นจะทำให้เจ้าตัวทุกข์ทรมานอยู่นาน ซึ่งนอกจากจะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตแล้ว ยังมีผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอลง ภูมิคุ้มกันลดลง และยังส่งผลต่อญาติและคนใกล้ชิดอีกด้วย หากได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้ว ประมาณ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยทั่วไปแล้วจะใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์อาการจะเริ่มดีขึ้น และประมาณ 8 สัปดาห์ก็มักจะเห็นผลชัดว่าอาการที่เป็นตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ หากรักษาไปประมาณ 6-8 สัปดาห์แล้วอาการยังดีขึ้นไม่มาก แพทย์ส่วนใหญ่จะเปลี่ยนไปใช้ยาชนิดอื่น

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการรักษาดี อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 5-10) ที่ยังคงมีอาการซึมเศร้าอยู่เรื่อยๆ ไม่หายขาด ซึ่งอาจเป็นจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น กินยาไม่สม่ำเสมอ หรือยังได้ยาขนาดไม่เพียงพอ ผู้ป่วยยังมีปัญหารูมเร้าอยู่มาก ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เป็นต้น พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้ แม้จะรักษาหายแล้ว ก็ยังมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำได้อีก โดยยังป่วยหลายครั้ง โอกาสที่จะเกิดการป่วยในครั้งต่อไปก็ยิ่งสูงขึ้นไปอีกมากกว่าการศึกษาพบว่าถ้าป่วยหนึ่งครั้ง โอกาสที่กลับมาเป็นอีกมีประมาณร้อยละ 50 ถ้าป่วย 2 ครั้ง โอกาสกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 70 และถ้าป่วย 3 ครั้ง โอกาสกลับมาเป็นซ้ำอีกสูงถึงร้อยละ 90 ดังนั้น การกินยาเพื่อป้องกันในผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความสำคัญพอๆกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ อีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ผู้วิจัยสรุปบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า

1. อาการของโรคไม่ได้หายทันทีที่กินยา โดยส่วนใหญ่แล้วจะใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ขึ้นไปอาการจึงจะดีขึ้นอย่างเห็นชัด แต่ยาก็ยังมีส่วนช่วยในระยะแรกๆ โดยทำให้หลับได้ดีขึ้น เริ่มรู้สึกมีเรี่ยวแรงจะทำอะไรมากขึ้น ความรู้สึกกลัดกลุ้ม หรือกระสับกระส่ายจะเริ่มลดลง

2. ยาทุกชนิดทำให้เกิดอาการข้างเคียง ได้ทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ หรือยา
ระบายก็ตาม แม้ว่าโอกาสที่เกิดอาการข้างเคียงจะมาน้อย และมีความรุนแรงต่างกันไป การใช้ยาจึง
ควรใช้ในขนาดและกินตามเวลาที่แพทย์สั่ง หากมีความจำเป็นที่ทำให้กินยาตามแพทย์สั่งไม่ได้
หรือมีอาการใดๆ ที่ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการข้างเคียงหรือไม่ ควรปรึกษาแพทย์ไม่ควรหยุดยาเอง

3. ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่กล้ากินยามากตามที่แพทย์สั่ง แพทย์สั่งกิน 4 เม็ดก็กินแค่ 2 เม็ด
หรือกินบ้างหยุดบ้าง เพราะกลัวคิดยา หรือกลัวว่ายาไปสะสมในร่างกาย จริงๆแล้วยาแก้ซึมเศร้าไม่
มีการคิดยา ถ้าขาดยาแล้วมีอาการไม่สบาย นั้นเป็นเพราะว่ายังไม่หายจากโรค การกินๆ หยุดๆ หรือ
กินไม่ครบขนาดกลับจะยิ่งทำให้การรักษาไม่ได้ผลดี และรักษายากมากขึ้น

4. ยาซึมเศร้ามีอยู่กว่าสิบขนาน จากการศึกษาไม่พบว่าชนิดไหนดีกว่าชนิดไหนอย่างชัดเจน
เรียกว่าผู้ป่วยคนไหนจะถูกกับยาชนิดไหนเป็นเรื่องเฉพาะตัว ซึ่งโดยรวมแล้วก็มักจะรักษาได้ผลทุก
ชนิด การใช้ยาขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยอายุมากไหม มีโรคทางกายหรือกำลังกินยาอื่นที่ทำให้ใช้ยาบาง
ชนิดไม่ได้หรือเปล่าและแพทย์มีความชำนาญ หรือคุ้นเคยกับการใช้ยาชนิดไหน ส่วนใหญ่แล้ว
ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อยาแก้ซึมเศร้าชนิดแรกที่ให้ หากอาการยังไม่ดีในระยะแรกๆ อาจเป็นเพราะ
ยังปรับยาไม่ได้ขนาด หรือยังไม่ได้ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์เต็มที่ ถ้ารักษาไประยะหนึ่งแล้ว และยาที่
ให้ในขนาดที่พอเพียงแล้วผู้ป่วยยังอาการไม่ดีขึ้น ก็อาจเปลี่ยนยาชนิดอื่นได้

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพจิตดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง

การรู้จักตนเอง (self-awareness) เป็นกระบวนการพิจารณาและประเมินตนเองเกี่ยวข้องกับ
การที่บุคคลรับรู้ รู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อย
และความสำคัญในคุณค่าของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด
กาเข้าใจตนเอง การเกิดโรคของตนเอง รวมทั้งเข้าใจผู้อื่นในการที่จะยอมรับปรับตัวเข้าหา
ครอบครัวและชุมชนต่อไป

กิจกรรมบางประการที่ส่งผลดีต่อกระบวนการพัฒนาการรู้จักตนเอง มีดังนี้

1)การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (Values Clarification) เป็นการพัฒนาการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความเชื่อ
ค่านิยมที่ตนเองยึดถืออยู่ และก็จะปฏิบัติตามที่ตนเองคิด และการที่จะทำให้ค่านิยมของตนเอง
กระจ่างชัด ก็โดยการประเมินตนเอง ต้องระลึกว่าไม่มีคำตอบที่ถูกต้อง หรือผิด เพียงแต่มีจุดมุ่งหมาย
เพียงกระตุ้นความคิด และทำให้รู้จักตนเองมากขึ้น ซึ่งช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่
ขัดกับค่านิยมของตน และช่วยหลีกเลี่ยงการตัดสินใจผิดพลาดของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยมของตน
เป็นปทัสถาน เช่น การเป็นผู้รับฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นในการประชุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการ
ฝึกผู้ป่วยให้รู้จักการวางใจเป็นกลาง เป็นต้น

2)การประเมินทักษะการเผชิญปัญหา (Assessment of Coping Skills)เป็นการทำความเข้าใจตนเองว่าเมื่อตนเองเผชิญปัญหา ตนเองเลือกวิธีการเผชิญอย่างไร และทำไมถึงเลือกวิธีนั้นยังรวมถึงความมุ่งมั่นผู้ป่วยที่จะพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหาหรือการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันได้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3)การรับรู้ความรู้สึก (Awareness of Feeling)เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาความรู้สึกของตนเองกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเอง เช่น “ฉันรู้สึกว้า” แทนคำพูดที่ว่า “ฉันคิดว่า” และฝึกบอกความรู้สึกของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมของคนอื่น จะช่วยให้ผู้ป่วยระบายความในใจแทนที่จะเก็บกดเอาไว้ ถือเป็น การระบายออกอย่างหนึ่ง

4)การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (Awareness of Thought and Action Patterns) เป็นการรู้จักตนเองในด้านการคิดและการกระทำของตนเองที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง บุคคลจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ และเชื่อว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าหรือมีความหมายต่อชีวิตของตน โดยมีการกระทำอยู่ในวงจรของความสำเร้จ ซึ่งประกอบด้วย มีเป้าหมายในการกระทำ มีการวางแผน การลงมือกระทำและการประเมินผลสำเร้จ

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ(Effective communication) การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตในสังคม เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่น หากการสื่อสารไม่เหมาะสมย่อมนำไปสู่ความไม่เข้าใจกัน สำหรับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นบุคคลจะต้องเข้าใจกระจ่างในสิ่งที่ต้องการและสื่อสารว่าสื่อว่าจะไร ให้กับใครเลือกช่องทางที่เหมาะสมว่าจะสื่อสารแบบใช้วาจาหรือไม่ใช้วาจา โดยสื่อความให้ชัดเจน และควรถามย้ำเพื่อเกิดความมั่นใจว่าเข้าใจตรงกัน รวมทั้งการเป็นผู้ฟังที่ดีด้วย ย่อมส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความมั่นใจและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตน มีความรู้สึกทางบวกกับตนเอง จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามด้วย เช่น ในครอบครัวควรมีการสื่อสารให้มากขึ้นเพราะในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความเครียด และความกังวลใจต่างๆ ของผู้ป่วยได้ดี ด้วยการที่ได้ระบายออกทางการพูดคุย

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ(Time management) เวลานั้นเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่นๆ ในชีวิต งานคือสิ่งที่บุคคลใช้ความรู้ความสามารถ ความชำนาญ และเวลาเพื่อเปลี่ยนให้เป็นทรัพยากรอื่นๆ เช่นเงินสำหรับซื้ออาหาร หรือที่อยู่อาศัย การจัดเตรียมการใช้เวลาให้เหมาะสมในการทำงาน นอกจากจะช่วยให้ได้ทรัพยากรต่างๆ มาแล้ว ยังช่วยให้บุคคลได้รับความรู้สึกพึงพอใจ และรู้สึกถึงความสำเร็จจากงานนั้น บุคคลอาจประสบความสำเร็จและคับข้องใจ

ที่ไม่สามารถทำงานให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายในเวลาที่กำหนดไว้ อันเป็นผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล (Smith, 1980) การพัฒนาและดำรงความสามารถในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจึงนับเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตความสำเร็จในการบริหารเวลาจะสร้างความรู้สึกลงอำนาจในตนเอง และเป็นผู้ที่มีความสามารถเหนืองาน เมื่อบุคคลใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพความเครียดจะลดลงเกิดความพึงพอใจ ผลผลิตและแรงจูงใจก็จะเพิ่มขึ้นนอกจากนั้นทำให้บุคคลมีเวลาสำหรับทำงาน พักผ่อนออกกำลังกาย เข้าสมาคมหรืออุทิศตัวให้แก่สังคม และมีเวลาสำหรับการผ่อนคลายความเครียดให้แก่ตนเอง เช่น การให้สิทธิผู้ป่วยได้กระทำการใดที่เป็นการส่งเสริมศักยภาพของตนเอง หรือการที่รับผิดชอบต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งจะส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบในตนเองให้กับผู้ป่วยอีกด้วย

4. การเผชิญปัญหา (Coping skill) เป็นกระบวนการที่เป็นความพยายามของบุคคลจะจัดการกับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหาในลักษณะต่างๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสมดุลภาพของตนเอง ซึ่งขั้นตอนของการแก้ปัญหาประกอบด้วย การประเมินปัญหา การหาสาเหตุ การกำหนดจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหา การกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา และการประเมินเพื่อค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าย่อมมีปัญหาในการเผชิญปัญหาต่างๆ อยู่ตลอดเวลา จากสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต่างๆ ที่กระทบกระเทือนจิตใจ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ และแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองก็จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เช่น การให้ผู้ป่วยตัดสินใจต่อปัญหาที่เข้ามาและแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง โดยมีผู้ดูแลต่างๆ

5. การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม (Developing and maintaining social support system) ระบบสนับสนุนทางสังคม คือกลุ่มคนที่ปฏิบัติสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกันทำให้การติดต่อสื่อสารของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ระบบนี้จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ การที่จะเข้าใจระบบการสนับสนุนทางสังคมได้คตินั้นต้องเข้าใจองค์ประกอบของระบบหรือโครงสร้างของกลุ่มที่ Norbeck เรียกว่า เครือข่ายทางสังคม (Social network) คุณสมบัติของกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมได้แก่ ความมั่นคงของกลุ่มสังคม การยึดเหนี่ยวในกลุ่มสังคม และจำนวนคนในกลุ่มสังคม รวมทั้งต้องศึกษาชนิดและปริมาณของการสนับสนุนที่บุคคล ได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีคุณค่า การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือตอบสนองภาวะเครียดของบุคคลในทางตรงกันข้าม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีก็จะ

ทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งส่งผลให้ต่อมไร้ท่อในระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานดีขึ้น ส่งเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้นทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง นอกจากนั้นยังเป็นตัวช่วยลดความเครียด โดยมีการตอบสนองความต้องการทางจิตใจอารมณ์ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ แรงงานและข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้เผชิญความเครียด โดยกิจกรรมที่จะพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน หรือรู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนยามฉุกเฉินและศูนย์บริการให้การปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพจิต และตรวจสอบความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของตนเอง รวมถึงตรวจสอบจุดดีหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบสนับสนุนทางสังคมของตน จะช่วยให้มีสุขภาพจิตดี

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Religious practice) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนยึดถือ โดยเน้นที่การละเว้นความชั่วการทำ ความดีและการทำให้จิตใจสงบ โดยในแต่ละศาสนาอาจจะมีคำสั่งสอนที่เหมือนกัน หรือแตกต่างกันในรูปลักษณะและหน้าที่ทางสังคมแต่มีจุดมุ่งหมายอย่างเดียวกันคือ สอนให้คนเป็นคนดีเข้ากับสังคมได้ ให้มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจมีแนวทางในการปฏิบัติ ตลอดจนเป็นที่รวมแห่งความเชื่อและเคารพนับถืออันสูงสุดของมนุษย์ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาตนเอง จะทำให้บุคคลสามารถปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพจิตที่ดี การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นการพัฒนาจิตใจส่งเสริมจิตใจให้มีความสงบมีความสุขสามารถแก้ไขปัญหาคด้วยเหตุผลและปัญญา คลายความเครียดและแก้ทุกข์ทางใจได้ เช่น ให้ผู้ป่วยได้รู้จักการฝึกตนเมื่อเวลาความเครียดเข้ามาจะมีสติทันต่อปัญหา ไม่ตื่นตระหนกง่าย ทำให้แก้ปัญหาได้อย่างสมเหตุสมผล

7. การดูแลตนเอง โดยทั่วไป (Physical self-care) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี เพราะบุคคลที่มีสุขภาพกายดีเท่านั้นจึงจะพร้อมในการเผชิญกับปัญหาที่มากระทบทางจิตใจได้ การดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่ อาหารและน้ำ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหลับพักผ่อน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การดูแลร่างกายให้คงสภาพที่ดีไว้ และการบำรุงร่างกายให้อยู่ในสภาวะสมดุลเป็นการช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่งส่วนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแล้วยังต้องดูแลร่างกายตัวเองมากขึ้นเพราะหากยังหมกมุ่นอยู่กับตัวเองจะยิ่งทำให้อาการของโรคเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอลงทำให้เกิดโรคต่างๆตามมาได้ง่าย ดังนั้นหากผู้ป่วยเข้าใจก็จะสามารถดูแลตนเองให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจได้ เช่น การฝึกให้

ผู้ป่วยได้สนใจในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกายด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยได้มาพบปะกับผู้อื่น และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอีกด้วย

สรุปบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้นหากกระทำได้ครบทุกข้อแล้วถือว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้ง กาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ แนวทางนี้ยังสามารถนำไปใช้ได้ในทุกๆ การพยาบาลอีกด้วย เมื่อผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญแล้วก็ยังทำให้ผู้ป่วย มีการดูแลตนเองที่ดีที่สุดได้อย่างยั่งยืน ตามหลักการพยาบาลแนวเศรษฐกิจพอเพียงได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

Orem (1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมของมนุษย์ที่กระทำด้วยความตั้งใจ (deliberate action) มีความหมายและมีเป้าหมาย(goal-seeking activity) บุคคลต้องคาดหวังผลก่อนลงมือกระทำ มีกระบวนการใช้สติปัญญาเกิดขึ้นก่อนเป็นขั้นตอน กล่าวคือ การวางแผน (planning) ลงมือกระทำ(doing) และตรวจสอบ(checking) นอกจากนี้ Orem ยังกล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน ได้มาเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในการดำรงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต ส่งเสริมความมั่นคงของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล รวมทั้งส่งเสริมให้มีการพัฒนาการของชีวิตและการเป็นอยู่ที่ดี ความสามารถในการดูแลตนเองนี้มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพัฒนาการของมนุษย์ที่เปลี่ยนไปตามวัย ทั้งยังจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพของบุคคล ระดับการศึกษา ประสบการณ์เรียนรู้ของชีวิต การได้มีประสบการณ์ทางวัฒนธรรม และทรัพยากรที่มีอยู่ในการดำรงชีวิต ปัจจัยดังกล่าวซึ่งเป็นภูมิลักษณ์ของบุคคลจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล

Orem ได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภท คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป(Universal self-care) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ(Developmental self-care) และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ(Health Diviation Self-care) ในการดูแลตนเองแต่ละประเภท Orem จะกล่าวถึงความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self care requirsites) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) ได้แก่ 1)การได้รับอากาศบริสุทธิ์ 2)การได้รับน้ำสะอาด 3)การได้รับอาหารที่มีคุณภาพ 4)การขยับถ่าย และถ่ายเทของเสียออกจากร่างกาย 5)การรักษาความสมดุลระหว่างการกระทำกิจกรรมและการพักผ่อน 6)การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่ต้น โดษ และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 7)การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต การทำหน้าที่ตนและสวัสดิภาวะของตนเอง 8)การส่งเสริมให้มนุษย์ได้ทำหน้าที่ และมีการพัฒนาการภายในกลุ่มสังคมที่

คนสังกัดอยู่ตามศักยภาพ รับรู้ความจำกัดของตนเอง และส่งเสริมให้มีความต้องการและอยู่อย่างปกติ

การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ(Developmental self-care) ได้แก่ 1)การสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิต ซึ่งสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการตามระยะพัฒนาการของชีวิต โดยพิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป 2)การจัดการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อมนุษย์ในสภาพแวดล้อมที่อาจจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์ หรือเพื่อระงับ บรรเทา หรือเอาชนะสิ่งที่จะเป็นอันตราย

การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ(Health Diviation Self-care) ได้แก่ 1)การแสวงหา และยึดมั่นในการช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ เมื่อเกิดความผิดปกติ หรือเกิดโรคขึ้น 2)รู้และใส่ใจในสภาพที่เกิดขึ้น 3)ปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพ ตามคำสั่งการวินิจฉัยโรค แผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ 4)รู้และใส่ใจหรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย หรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อร่างกายให้เป็นไปตามมาตรการการรักษา 5)ปรับอัตมโนคติ (Self-concept) และอัตลักษณ์ (Self-image) เสียใหม่ให้เหมาะสม โดยยอมรับในสภาพของตน 6)เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตในสภาพที่เจ็บป่วยในปัจจุบัน

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องในภาวะปกติเพื่อประคับประคองจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต รวมทั้งเมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจ และเมื่อตนเองเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ หรือมีปัญหาทางด้านจิตใจในด้านสุขภาพนั้น กิจกรรมการดูแลตนเองแต่ละอย่างส่งผลกระทบต่อบุคคลทุกคน ในเรื่องสุขภาพจิตก็เช่นเดียวกัน นับว่าเป็นองค์รวมของบุคคลด้านจิตใจ ดังนั้น การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จึงควรพิจารณาทักษะสำคัญๆ ที่เป็นพื้นฐานในการเสริมสร้างความเป็นบุคคล และส่งเสริมให้บุคคลมีความพึงพอใจ มีความสุข รู้สึกมั่นคงในชีวิต สิ่งเหล่านี้จะเสริมสร้างความเป็นบุคคล และส่งเสริมให้บุคคลมีความพึงพอใจ มีความสุข รู้สึกมั่นคงในชีวิต สิ่งเหล่านี้จะเสริมสร้างสุขภาพจิตให้บุคคล ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลทุกคน เมื่อบุคคลมีสภาพจิตที่เข้มแข็งมีสุขภาพจิตที่ดี ก็จะสามารเผชิญกับความเครียด และสามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะที่สมดุลได้ภายในระยะเวลาอันสั้น(จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) Hill & Smith (1985; 1990 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและทำให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างผสมผสาน

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตคือ พฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองจิตใจและส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีภาวะจิตใจที่ไม่

ปกติร่วมกับต้องกระทบกับสิ่งกระตุ้นรอบข้างอยู่ตลอดเวลาส่งผลต่ออารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ดังนั้นหากสามารถให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้เข้าใจต่อภาวะโรคซึมเศร้าของตน และดูแลตนได้ลดการพึ่งพาผู้อื่นลงได้ ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้นมี 7 ด้าน ประกอบด้วย

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Developing self awareness) เป็นกระบวนการพิจารณาและประเมินตนเองเกี่ยวข้องกับบุคคลที่รับรู้รู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ค่านิยม จุดเด่น จุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน การพัฒนาการรู้จักตนเองจึงเป็นความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ การพัฒนาการรู้จักตนเองเป็นกระบวนการที่พัฒนาได้ตลอดชีวิต บุคคลที่รู้จักตนเองตามความเป็นจริงจะสามารถดำรงชีวิตกับปัจจุบันได้อย่างปกติสุข

ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามสภาพความเป็นจริงแล้ว ย่อมเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในตนเอง สามารถปรับตัวและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงได้ดี และมองเห็นว่าชีวิตยังมีค่า (ฟาริดา อิบราฮิม, 2530) นอกจากนี้การทบทวนทัศนคติ วิธีชีวิตอยู่เสมอ และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี(บรรลุ ศิริพานิช, 2538)

กิจกรรมบางประการที่ส่งผลดีต่อกระบวนการพัฒนาการรู้จักตนเอง มีดังนี้ 1)การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (Values Clarification) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยมที่ตนเองยึดถืออยู่ และก็จะปฏิบัติตามที่ตนเองคิด และการที่จะทำให้อ่านิยมของตนเองกระจ่างชัด ก็โดยการประเมินตนเอง ต้องระลึกว่าไม่มีคำตอบที่ถูก หรือผิด เพียงแต่มีจุดมุ่งหมายเพียงกระตุ้นความคิด และทำให้รู้จักตนเองมากขึ้น 2)การประเมินทักษะการเผชิญปัญหา (Assessment of Coping Skills) เป็นการทำความเข้าใจตนเองว่าเมื่อตนเองเผชิญปัญหา ตนเองเลือกวิธีการเผชิญอย่างไร และทำไมถึงเลือกวิธีนั้นยังรวมถึงความมุ่งมั่นของบุคคลที่จะพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหาหรือการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันได้ 3)การรับรู้ความรู้สึก (Awareness of Feeling)เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาความรู้สึกของตนเองกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเอง เช่น “ฉันรู้สึกท้อ” แทนคำพูดที่ว่า “ฉันคิดว่า” แลฝึกบอกความรู้สึกของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมของคนอื่น และ4)การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (Awareness of Thought and Action Patterns)เป็นการรู้จักตนเองในด้านการคิดและการกระทำของตนเองที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง บุคคลจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อว่าคุณมีความสามารถ และเชื่อว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าหรือมีความหมายต่อชีวิตของตน โดยมีการกระทำอยู่ในวงจรของความสำเร็จซึ่งประกอบด้วย มีเป้าหมายในการกระทำ มีการวางแผน การลงมือกระทำและการประเมินผลสำเร็จ

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ(Effective communication) การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตในสังคม เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่น หากการสื่อสารไม่เหมาะสมย่อมนำไปสู่ความไม่เข้าใจกัน สำหรับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นบุคคลจะต้องเข้าใจกระจำในสิ่งที่ต้องการและสื่อสารว่าสื่อว่าจะไร ให้กับใครเลือกช่องทางที่เหมาะสมว่าจะสื่อสารแบบใช้วาจาหรือไม่ใช้วาจา โดยสื่อความให้ชัดเจน และควรถามย้ำเพื่อเกิดความมั่นใจว่าเข้าใจตรงกัน รวมทั้งการเป็นผู้ฟังที่ดีด้วย ย่อมส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความมั่นใจและเกิดความรู้สึกรักมีคุณค่าในตน มีความรู้สึกทางบวกกับตนเอง จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามด้วย

เอกชัย กี่สุขพันธ์ (2530) ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนี้ 1)ผู้ส่งข่าวจะต้องทำความเข้าใจให้กระจำชัดในสิ่งที่ต้องการจะสื่อสารว่าจะสื่ออะไรกับใคร 2)เลือกช่องทางในการสื่อสาร ที่เหมาะสมกับข่าวสารที่ต้องการจะสื่อออกไปให้ผู้รับทราบ ไม่ว่าจะเป็นแบบใช้วาจา (Verbal Communication) หรือแบบไม่ใช้วาจา (Non-Verbal Communication) 3)พยายามสื่อความให้สมบูรณ์ ชัดเจน และให้ข้อมูลเพียงพอเหมาะสมกับผู้รับข่าวสาร 4)คำนึงถึงพื้นฐานของผู้รับข่าวสาร อันได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อและทัศนคติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเลือกช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม 5) ควรถามย้ำเพื่อรับข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) จะช่วยให้ผู้ส่งข่าวสารเกิดความมั่นใจว่าผู้รับข่าวสารได้รับความรู้ความหมายหรือมีความเข้าใจถูกต้อง และ6)พยายามเป็นผู้ฟังที่ดี โดยจะต้องฟังเพื่อให้รู้จุดมุ่งหมายและทัศนคติของผู้พูด

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ(Time management) เวลานั้นเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่นๆ ในชีวิต งานคือสิ่งที่บุคคลใช้ความรู้ความสามารถ ความชำนาญ และเวลาเพื่อเปลี่ยนให้เป็นทรัพยากรอื่นๆ เช่นเงินสำหรับซื้ออาหาร หรือที่อยู่อาศัย การจัดเตรียมการใช้เวลาให้เหมาะสมในการทำงาน นอกจากจะช่วยให้ได้ทรัพยากรต่างๆ มาแล้ว ยังช่วยให้บุคคลได้รับความรู้สึกพึงพอใจ และรู้สึกถึงความสำเร็จจากงานนั้น บุคคลอาจประสบความเครียดและคับข้องใจที่ไม่สามารถทำงานให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายในเวลาที่กำหนดไว้ อันเป็นผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล (Smith, 1980 อ้างใน ศรีรัตนาศุภพิทยากุล, 2534) การพัฒนาและดำรงความสามารถในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจึงนับเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตความสำเร็จในการบริหารเวลาจะสร้างความรู้สึกลึกถึงอำนาจในตนเอง และเป็นผู้ที่มีความสามารถเหนืองาน เมื่อบุคคลใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ความเครียดจะลดลงเกิดความพึงพอใจ ผลผลิตและแรงจูงใจก็จะเพิ่มขึ้นนอกจากนั้นทำให้บุคคลมีเวลาสำหรับทำงาน พักผ่อนออกกำลังกาย เข้าสมาคมหรืออุทิศตัวให้แก่สังคม และมีเวลาสำหรับการผ่อนคลายความเครียดให้แก่ตนเอง

4. การเผชิญปัญหา (Coping skill) เป็นกระบวนการที่เป็นความพยายามของบุคคลจะจัดการกับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหาในลักษณะต่างๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสมดุลภาพของตนเอง ซึ่งขั้นตอนของการแก้ปัญหาประกอบด้วย การประเมินปัญหา การหาสาเหตุ การกำหนดจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหา การกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา และการประเมินเพื่อค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าย่อมมีปัญหาในการเผชิญปัญหาต่างๆ อยู่ตลอดเวลา จากสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต่างที่กระทบกระเทือนจิตใจ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ และแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองก็จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เช่นงานวิจัยของ วีรพล นิธิพงศ์(2542) เรื่องกลไกการเผชิญปัญหาและเงื่อนไขที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดราชบุรี พบว่านักเรียนที่มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะมีการนึกถึงคุณค่าในตนเองที่มีต่อผู้อื่นสูง ทำให้เมื่อเกิดอาการซึมเศร้าพวกเขาจะไม่เคยคิดทำร้ายตัวเอง และผู้อื่น อีกด้วย

ทักษะในการเผชิญปัญหานั้น เป็นการเตรียมตัวเผชิญกับปัญหาที่เป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่ง Hill & Smith (1985 อ้างใน เกษณี คำจันทร์, 2546) ได้เสนอขั้นตอนไว้ สรุปได้ดังนี้ 1)การประเมินสภาพการณ์ เหตุการณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การปรับตัวแหล่งประโยชน์ ผลกระทบต่อตนเอง 2)การวินิจฉัยสภาพการณ์ หาสาเหตุว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงมีผลกระทบต่อตนเอง 3)วิธีการแก้ปัญหา วางแผนและลงมือปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา และ4) การประเมิน ค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนมากมักจะพบว่ามีส่วนบกพร่องในทักษะการเผชิญปัญหา เช่นการศึกษาของจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน (2549) และ รณชัย คงสกนธ์ (2548) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ส่วนหนึ่งก็คือทักษะในการเผชิญปัญหานั้นเอง จากนั้นก็มีผลงานวิจัยหลายๆ ชิ้นที่ได้นำแนวทางทักษะการเผชิญปัญหามาทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งได้ผลดีมากด้วย เช่นการศึกษาของ อรุณ พยุงธรรม(2549) เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ การศึกษาของ นงลักษณ์ วรรัชชานันท์ (2549) เรื่องการนำวิธีสัมผัสมาใช้ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัว ซึ่งล้วนแต่มีการนำทักษะการเผชิญปัญหามาผนวกเข้ากับโปรแกรมแทบทั้งสิ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นอีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจจากการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่จะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีด้วยเช่นเดียวกัน

5.การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม (Developing and maintaining social support system) ระบบสนับสนุนทางสังคม คือกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกันทำให้การติดต่อสื่อสารของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ระบบนี้จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะเป็นองค์ประกอบที่

สำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ การที่จะเข้าใจระบบการสนับสนุนทางสังคมได้ดีนั้นต้องเข้าใจองค์ประกอบของระบบหรือโครงสร้างของกลุ่มที่ Norbeck เรียกว่า เครือข่ายทางสังคม (Social network) คุณสมบัติของกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมได้แก่ ความมั่นคงของกลุ่มสังคม การยึดเหนี่ยวในกลุ่มสังคม และจำนวนคนในกลุ่มสังคม รวมทั้งต้องศึกษาชนิดและปริมาณของการสนับสนุนที่บุคคล ได้รับความจากการติดต่อสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีคุณค่า การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือตอบสนองภาวะเครียดของบุคคลในทางตรงกันข้าม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งส่งผลให้ต่อมไร้ท่อในระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกัน โรคทำงานดีขึ้น ส่งเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้นทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง นอกจากนั้นยังเป็นตัวช่วยลดความเครียด โดยมีการตอบสนองความต้องการทางจิตใจอารมณ์ และมีการช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ แรงงานและข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้เผชิญความเครียด โดยกิจกรรมที่จะพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน หรือรู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนยามฉุกเฉินและศูนย์บริการให้การปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพจิต และตรวจสอบความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของตนเอง รวมถึงตรวจสอบจุดดีหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบสนับสนุนทางสังคมของตน จะช่วยให้มีสุขภาพจิตดี

การเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องพึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยในการตอบสนองความต้องการ และช่วยในการปรับตัวต่อภาวะที่เครียด (Mcneil, 1987) ครอบครัวนับเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุด การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความภาคภูมิใจส่งผลให้กำลังใจที่จะดูแลสุขภาพตัวเองให้ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Religious practice) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนยึดถือ โดยเน้นที่การละเว้นความชั่วการทำ ความดีและการทำให้จิตใจสงบ โดยในแต่ละศาสนาอาจจะมีคำสั่งสอนที่เหมือนกัน หรือแตกต่างกันในรูปลักษณะและหน้าที่ทางสังคมแต่มีจุดมุ่งหมายอย่างเดียวกันคือ สอนให้คนเป็นคนดีเข้ากับสังคมได้ ให้มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจมีแนวทางในการปฏิบัติ ตลอดจนเป็นที่รวมแห่งความเชื่อและเคารพนับถืออันสูงสุดของมนุษย์ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 อ่างใน เกษณี คำจันทร์, 2546) ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จึงเป็นการพัฒนาทางจิตใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผล และปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ หลักคำสอนของศาสนาจะช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพ

ความเป็นจริงของชีวิตได้ หลักคำสอนของศาสนาจะช่วยให้จิตใจสงบ คลายความเครียด และแก้
ทุกข์ทางใจได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี

เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาตนเอง จะทำให้บุคคลสามารถ
ปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพจิตที่ดี การปฏิบัติ
กิจกรรมทางศาสนาเป็นการพัฒนาจิตใจส่งเสริมจิตใจให้มีความสงบมีความสุขสามารถแก้ไขปัญหา
ด้วยเหตุผลและปัญญา คลายความเครียดและแก้ทุกข์ทางใจได้

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Physical self-care) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อดำรงไว้
ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี เพราะบุคคลที่มีสุขภาพกายดีเท่านั้นจึงจะพร้อมในการเผชิญกับปัญหาที่มา
กระทบทางจิตใจได้ การดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่ อาหารและน้ำ การ
ออกกำลังกาย การพักผ่อนหลับพักผ่อน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย

การดูแลร่างกายให้คงสภาพที่ดีไว้ และการบำรุงร่างกายให้อยู่ในสภาวะสมดุลเป็นการช่วย
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่งส่วนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแล้วยังต้องดูแลร่างกายตัวเองมาก
ขึ้นเพราะหากยังหมกมุ่นอยู่กับตัวเองจะยิ่งทำให้อาการของโรคเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ
ลงทำให้เกิดโรคต่างๆตามมาได้ง่าย ดังนั้นหากผู้ป่วยเข้าใจก็จะสามารถดูแลตนเองให้แข็งแรงทั้ง
ร่างกายและจิตใจได้

กิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปได้แก่ 1)การดูแลตนเองให้รับสารอาหารที่ถูกต้อง มี
คุณค่าตามหลักโภชนาการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารเสพติดทุกชนิด งดอาหารหรือควบคุมอาหารตาม
ความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้เวลาในการรับประทานอาหารก็ยังมีผลต่ออารมณ์ของบุคคล
ในการต่อสู้กับความเครียด (Jacobson, 1985 อ้างใน เกษณี คำจันทร์, 2546) 2)การออกกำลังกายและ
การพักผ่อนหย่อนใจ ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งจะส่งผล
ในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่ง เรียกว่า Endorphine ซึ่งมีคุณสมบัติคล้าย Morphine แต่แรง
กว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอจึงเกิดการเสพติดออกกำลัง เกิด
ความปีติสุข นอกจากนั้นพบว่าสารชนิดนี้ยังช่วยให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายแข็งแรงขึ้นอีกด้วย เชื่อ
ว่าสามารถต้านเชื้อโรค ผู้ที่สามารถออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มีอาการเครียดของจิต
ประสาท (แจก ชนะศิริ, 2533) วิธีลดความเครียดอีกวิธีหนึ่ง คือ การพักผ่อนหย่อนใจ ความสนุก
สนานนับเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาอารมณ์ให้สมดุล และเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดซึ่งสังคม
ยอมรับ การพักผ่อนหย่อนใจส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะกลางแจ้งหรือในร่ม ทำให้เราต้องมีกิจกรรมหรือมี
ส่วนร่วมกับผู้อื่น การที่เราจะมีส่วนร่วมในความสนุกสนานเพลิดเพลินหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการที่เห็น
ผู้อื่นเขาสนุกสนานด้วย ดังนั้นการร่วมสนุกสนานกับคนอื่นๆ จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งทำให้ความ
เครียดของเราผ่อนคลายลง (วารุณี อมรทัต, 2536) 3)การพักผ่อนนอนหลับ นับเป็นวิถีธรรมชาติในการ
บรรเทาความเครียด การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงาน
มาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการนอนหลับ

มากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่เพียงพอในไม่ช้าก็จะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอมนิ่งง คิดอะไรไม่
ออก ในการนอนหลับพบว่า จิตใจเครียดจะถูกปลดปล่อยให้สงบ แก้ปัญหาส่วนที่กลางวันแก้ไม่ตก
สิ่งที่ไม่อยากรับรู้ จำในสิ่งที่ต้องการ ร่างกายจะคลายพัก (ศรีรัตนาศุภพิทยากุล, 2534) และ4)
การฝึกทักษะการผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันภาวะเครียดมากและนาน
เกินไป เพื่อมิให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ กิจกรรมนั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงร่างกาย
อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การเผาผลาญลดลง อัตราการหายใจลดลง และทำให้สุขภาพอยู่ใน
สภาพที่ดีขึ้น บุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายจะสามารถปรับตัว และเผชิญกับความกดดันในชีวิต
ประจำวันได้ ทั้งนี้เพราะในภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท
Sympathetic จะลดลงด้วยจึงช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้
นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำจะช่วยให้มีภาวะทางจิตใจมั่นคง ความวิตก
กังวลต่ำ และมีความรู้สึกว่าคุณควบคุมตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธี
ได้แก่ การหายใจลึกๆ การกำหนดรู้ด้วยตนเอง และการทำสมาธิ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิด
ของโอเรมประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะพัฒนาการ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะ
สุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ระบบ
ครอบครัว สภาพสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ (Orem, Taylor & Renpenning, 1995) เนื่องจาก
พฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรมมองสุขภาพของบุคคลโดยรวมครอบคลุมทั้งกาย
จิต สังคม ดังนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จึงพิจารณาตาม
ปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว โดยสรุปได้ดังนี้

อายุและระยะพัฒนาการ Orem (1991) กล่าวว่า เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้าน
พัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถใน
การจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการ
ดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก็
เช่นเดียวกัน เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกายและจิตใจสูงขึ้น บุคคลจะสั่งสมประสบการณ์ชีวิต มีการ
ปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตลอดเวลาเพื่อตอบสนองความต้องการของตน เพื่อให้ตนเองเกิด
ความรู้สึกมั่นคงและพึงพอใจ(จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

เพศ Orem (1991) กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างด้านร่างกายและด้าน
ค่านิยมของบุคคล มีผลต่อการดูแลตนเอง และสังคมมีบรรทัดฐานเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับเพศ
หญิงและเพศชายไว้ต่าง จึงเป็นเหตุส่งเสริมหรือขัดจำกัดให้เพศหญิงและการมีพฤติกรรมดูแล
ตนเองด้านสุขภาพจิตในเพศหญิงและเพศชายก็แตกต่างกัน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Subhash (1999) พบว่าผู้หญิงจะเป็นโรคซึมเศร้า และกลับป่วยซ้ำมากกว่าเพศชาย แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าผู้ชาย

สถานภาพการสมรส Orem (1991) กล่าวว่า เป็นความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจโดยตรง ส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูล (2548) กล่าวว่าผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพคู่ จะมีอัตราการหายหรือไม่ป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด ม่าย หย่าร้าง ในขณะที่ ชลธิชา วังวิเวก (2537) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจำนวน 202 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส เช่นเดียวกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธ์(2534) พบว่าประชาชนที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านการติดต่อสื่อสาร การเผชิญปัญหา และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าประชาชนที่มีสถานภาพสมรสโสด จึงกล่าวได้ว่าสถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ระดับการศึกษา Orem (1991) กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่การศึกษาต่ำ สอดคล้องกับ การศึกษาขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร(2535) พบว่า ระดับการศึกษาสามารถพยากรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงด้วยเช่นกัน เช่นเดียวกับจินตนา ยูนิพันธ์(2534) ได้ศึกษาพบว่าประชาชนไทยภาคกลางที่มีการศึกษาต่ำ จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่การศึกษาสูง

รายได้ Orem (1991) กล่าวว่า รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและความสามารถในการดูแลตนเองด้วย ดังการศึกษาของ สายสุนีย์ สารวานานุกร และคนยา ธนะอุดม(2540) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเอง ของเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 กรณีศึกษา โรงเรียนวัดเกาะสุวรรณาราม กรุงเทพมหานคร พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของนักเรียนที่มีฐานะดี จะดีไปด้วย

ภาวะสุขภาพ Orem กล่าวว่า เป็นภาวะสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่บ่งบอกถึงระดับความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, Taylor & Renpenning, 1995) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาด้วยอาการทางร่างกาย หรือมีภาวะเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย จะพบว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางกายร่วมด้วย

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดแน่นแฟ้นมากเท่าใด ก็ย่อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น จะเป็นผลให้บุคคลในครอบครัวดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งมีความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคลเป็นกลุ่มใหญ่กว่าครอบครัวเดี่ยว จึงมีโอกาสได้รับการสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น เห็นได้จากการศึกษาของ ทศนีย์ เกริกกุลธร (2536) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับจินดา ยูนิพันธ์ (2534) ที่พบว่าประชาชนที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าประชาชนในครอบครัวขยาย

สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างของแหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของบุคคล (อรพรรณ อิศราภรณ์, 2536 อ้างใน นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542) โดยสภาพแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ และมีส่วนช่วยให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังการศึกษาของ จินดา ยูนิพันธ์ (2534) พบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่าประชาชนในเขตชนบท เนื่องจากประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสดูแลสุขภาพจิตได้มากกว่าประชาชนในเขตชนบท เนื่องจากประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสดูแลสุขภาพจิตได้มากกว่าประชาชนในเขตชนบท

แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งนี้ได้นำมาจากการพัฒนาแนวคิดของ orem โดยจินดา ยูนิพันธ์ (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นอันดับแรกคือความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และรองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง โดยผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยในระดับสูงมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูง ส่วนประชาชนที่รับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในระดับสูง จะมีแนวโน้มของการดูแลตนเองในระดับต่ำ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

การศึกษาของดร.ฉวี เลิศปรีชา (2545) ที่ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่อาศัยในอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.41 มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การ

พัฒนาการรู้จักตนเอง การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

จากรายงานผลการศึกษาความหวังกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของนภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) มีแบบวัดพฤติกรรมทั้ง 7 ด้าน คือ พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง, การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ, การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ, ทักษะในการเผชิญปัญหา, การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม, ปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามแนวคิดของ Orem ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตคือ กิจกรรมการรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ในหัวข้อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป เนื่องจากมีเนื้อหาคาบเกี่ยวและซ้ำซ้อนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพและด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม แต่อย่างไรก็ตามแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา युนิพันธ์ มีการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปได้ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามแนวคิดของ Orem ยกเว้นเพียงกิจกรรมเดียวกันคือกิจกรรมการคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึก นึกคิดความเข้าใจหรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา (Barbara, Phipps & Wood, 1983) หรือกล่าวได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และได้มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมด้านสุขภาพต่างๆ ของบุคคล และจากการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker, et.al. (1977) ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวคิดที่สามารถอธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลได้

ความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก โดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของ Lewin (Lewin's Motivation Theory) เป็นแบบแผนที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคเท่านั้น ซึ่งสมมุติฐานว่าบุคคลมักจะแสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจร่างกายประจำปี ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นนอกจากจะรับรู้ว่าคุณอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงอาจกล่าวได้ว่าแรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ถึง

ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ และจะไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker & Maiman, 1974)

จากการศึกษาพบว่า มีผู้นำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ดังการศึกษาของ Nemcek (1990) ซึ่งได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด จากการศึกษาของ Kim (1991) ซึ่งได้พัฒนาและประเมินผล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุจำนวน 150 ราย การศึกษาครั้งนี้ได้ออกแบบเครื่องมือเพื่อประเมินความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานแคลเซียมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานแคลเซียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Clare Bradley (2000) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าความเชื่อด้านพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความรู้ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) และ ศิริพร ประระมะ (2545) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับ การศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ของ อรุณีย์ ศรีนวล (2548) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ของ ศศิธร ดวงมัน (2548) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือปัจจัยด้าน แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และระยะเวลาภายหลังจากผ่าตัด

จะเห็นได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพนั่นเอง Becker (1974) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถนำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย หรือ โรคต่างๆ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ คือ 1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน

และการรักษา (Perceived Benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived Barrier) 5) แรงจูงใจ (Motivation)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) Becker กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้ทราบการวินิจฉัยโรคของตน การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยจะแตกต่างไปจากผู้ที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยโรค หรือผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้จะเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะดังนี้ 1) การคาดการณ์หรือความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลที่ไม่มีความเชื่อมั่นในแพทย์หรือการวินิจฉัย หรือผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ จะไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ดังนั้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรค บิดเบือนจากความเป็นจริง 2) ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน และ 3) ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้นและทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ทั้งนี้ Becker ได้อ้างถึงรายงานวิจัยต่างๆ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับการมารับการรักษา ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Elling และคณะ พบว่า ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำของไข้รูห์มาติก ในบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการนำบุตรมารับยาและการมาตรวจตามนัด และได้กล่าวถึงการศึกษาของ Becker และคณะ พบว่า มารดาที่มีความรู้สึกว่าบุตรของตนเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน จะทำให้เกิดความร่วมมือในการนำบุตรมารับยา มาตรวจตามนัดมากกว่ามารดาที่ไม่ค่อยตระหนักถึงโอกาสเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Hallal (1982) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมเร็งเต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ

ดังนั้น อาจกล่าวโดยสรุปว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ได้กล่าวว่า แม้บุคคลจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่จะไม่กระทำการใดๆ จนกว่าเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะของร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมของตน ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคดังกล่าว จะหมายถึงความรุนแรงของโรคดังกล่าวจะหมายถึงความรุนแรงตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง

Mikhail (1981) ได้ศึกษารวบรวมผลการวิจัยหลายท่านพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และกล่าวถึง การศึกษาของ Egeles (1963) และการศึกษาของ Tash และคณะ พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ

Hellenbrand (1983) ได้กล่าวถึงการรับรู้ถึงความรุนแรงไว้ว่า การให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ และแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย หรือลดอันตรายที่เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้แต่ไม่ทราบวิธีการที่จะเผชิญก็อาจทำให้เกิดกลไกการป้องกัน เช่น มีพฤติกรรมปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับมากกว่าจะให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก็เป็นพฤติกรรมสุขภาพแบบหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์ด้วยเช่นเดียวกัน

3. การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน และการรักษา (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา วิธีการรักษา รวมทั้งความสามารถของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยเชื่อว่าสามารถช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้ ความเชื่อในด้านนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

Becker (1974) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีความเชื่อว่าการรักษาของแพทย์มีประโยชน์ต่อตน และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สิ่งสำคัญประการหนึ่งก็คือ ถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยที่ว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นสามารถลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของเขาได้จริง และจะคุ้มค่างับค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือเวลาที่ต้องเสียไปตลอดจนคุ้มค่างับความเจ็บป่วยหรือความไม่สบายจากการรักษา

Mikhail (1981) กล่าวว่า การลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีน้อย และถ้าผู้ป่วยต้องประสบกับความลำบากความไม่สบาย หรือไม่มีสิ่งเอื้ออำนวยก็มักจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความไม่ร่วมมือในการรักษาพบได้เสมอในรายที่ไม่ค่อยแน่ใจถึงผลดีในการปฏิบัติตัวตามข้อกำหนด หรือในรายที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาหรือการรักษาบางอย่าง และในรายที่ได้รับแผนการรักษาพยาบาลที่ยุ่งยาก และใช้เวลานาน

ดังนั้น นอกจากผู้ป่วยจะรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาแล้ว การรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การรับรู้ถึงอุปสรรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้น ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญมาก

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived Barrier) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนในทางลบ อุปสรรคในการปฏิบัติตัว ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาเวลาที่มารับบริการ การปฏิบัติพฤติกรรมที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้เกิดความขัดแย้งโดยบุคคลจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ และอุป

สรรคที่เกิดขึ้น แล้วตัดสินใจปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ Klinger (1984) ศึกษาพบว่า การปฏิบัติตัวที่จะต้องใช้เวลานาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สบายจากการรักษา และการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และจากการศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสากล (2533) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาจึงน่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

5. แรงจูงใจ (Motivation) แรงจูงใจที่กล่าวในแบบความเชื่อด้านสุขภาพของBecker (1974) หมายถึง ความแตกต่างทางด้านอารมณ์ หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความสนใจในด้านสุขภาพอนามัย และเมื่อมีโอกาสผิดปกติก็พร้อมที่จะไปพบแพทย์ และรับการรักษา สิ่งเร้านี้อาจจะเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำและร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจที่จะแสวงหาและยอมรับการรักษา หรือในบางรายอาจเกิดจากความกลัดกลุ้มกังวลใจ (Mikhail, 1981)

Champion (1984) กล่าวว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งจะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพในทางบวก และยินดีที่จะแสวงหาหรือให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยเชื่อว่าทำให้การเกิดโรคลดลง

Connelly (1987) กล่าวว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Joseph (1980) ที่ว่า แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าแรงจูงใจนับเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางบวก หรืออาจกล่าวได้ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง กล่าวคือ บุคคลที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพจะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนและผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีความสนใจในการแสวงหาความรู้และแหล่งบริการทางสุขภาพทั้งในภาวะปกติหรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการประเมินความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึก ของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและพฤติกรรมที่แสดงออกในการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพราะเชื่อว่าทำให้ตนมีสุขภาพดี ซึ่งแตกต่างกันตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนปัจจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่างๆ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

ของการปฏิบัติ (Champion, 1984) ถึงแม้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีการนำมาใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคแต่ละโรคมีความแตกต่างกันในเนื้อหา จึงทำให้เครื่องมือประเมินความเชื่อด้านสุขภาพไม่สามารถนำไปใช้อย่างต่อเนื่องได้ในการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ Kim และคณะ (1991) ซึ่งเป็นแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540), ศิริพร ประระมะ (2545) และ อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ศึกษาในพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่นเดียวกับ ศศิธร ดวงมัน (2548) ศึกษาในพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นเองเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ จำนวน 15 ข้อโดยศึกษาค้นคว้าตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมผู้ป่วย ของ Becker โดยมีคำถามครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

สรุปความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึก นึกคิดความเข้าใจหรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยแนวทางคือการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย, การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค, การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน และการรักษา, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจ จึงมีความเชื่อว่าหากผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพแล้วผู้ป่วยจะมีแนวทางในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy theory) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่กล่าวถึง ความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่ช่วยสร้างพลังให้กับตนเอง และมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ (Ross, 1992) กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีบทบาทที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” โดย Bandura (1986) กล่าวว่าสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคล คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลต่อชีวิต นั่นคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั่นเอง ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ อารมณ์ และการกระทำของบุคคลเป็นสำคัญ โดยผ่านกระบวนการจูงใจ กระบวนการทางปัญญา และกระบวนการทางอารมณ์

Bandura(1986) สรุปว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่น หรือ การรับรู้ หรือการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตามแนวคิดนี้ Evans (1989) กล่าวว่า บุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนสามารถจัดการได้แต่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมที่นอกเหนือไปจากความสามารถของตนเอง การที่บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถ จะมีความอดทน อดทน ไม่ท้อถอยได้โดยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างใน นิสารัตน์ เขตวธรณ, 2543) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีผลต่อการกระทำของบุคคลสองคน อาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่ประสิทธิภาพของการแสดงออกอาจแตกต่างกันได้ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน แม้ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ต่างกัน

แหล่งที่มาของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura(1986) เสนอแนะว่า บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้นเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับแหล่งที่มา 4 ประการ ดังนี้ 1)การบรรลุผลจากการกระทำของตนเอง (enactive attainment) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ภายหลังจากกระทำนั้นถ้าประสบความสำเร็จจะทำให้เขารับรู้ถึงความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประสบการณ์ที่ยากลำบากหรือที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ (enactive mastery experience) (Bandura, 1986) ในทางตรงกันข้ามถ้าล้มเหลวจะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง 2)การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จจากการกระทำพฤติกรรม การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้าย คลึงกันแล้วประสบความสำเร็จก็จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ 3)การได้รับคำพูดชักจูง(verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นใช้ความพยายาม ในการพูดกับบุคคล เพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การพูดเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจและมีความสำคัญต่อตัวเขา และเพื่อให้ได้ผลดีควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจต้องค่อยๆ สร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งพูดชักจูงร่วมกัน และ4)ภาวะทางสรีระ(physiological state) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลจะสูงหรือต่ำส่วนหนึ่งขึ้นกับสภาวะทางสรีระวิทยาของเขาเอง อาทิเช่น ในภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว

เช่น วิตกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรือเมื่อถูกปลุกเร้าอารมณ์ (Emotion arousal) เช่น ถูกคุกคามกว่ากล่าวตักเตือน หรือในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่ไม่ดีเท่าที่ควรหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่ไม่เหมาะสม อันจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำลง (Evans, 1989 อ้างใน นิสารัตน์ เศวตวรรณ, 2543) นอกจากนี้ Bandura (1997) กล่าวถึงสภาวะทางจิตใจว่าเป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลด้วย เช่น ในขณะที่บุคคลมีความเครียด ซึมเศร้า หดหู่ จะรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีที่มาจากแหล่งต่างๆ หลายประการดังกล่าวมาโดยอาจเกิดจากแหล่งที่มาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆ อย่างประกอบกันก็ได้ โดยที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลครอบคลุมใน 4 เรื่องคือ (Bandura, 1986)

1. พฤติกรรมทางเลือก (choice behavior) ในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องคิด ตัดสินใจ อยู่ตลอดเวลาว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยบุคคลจะเลือกทำสิ่งนั้นถ้าเขาสามารถที่จะทำสิ่งนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำสิ่งนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะเลี่ยงการกระทำสิ่งนั้นๆ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมักจะเลือกทำพฤติกรรมหรือทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนให้สูงขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมักจะหลีกเลี่ยงงาน ที่ถอย ขาดความมั่นใจในตนเองเป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาตนเอง

2. การใช้พลังและการยืนหยัด (effort expenditure and persistence) ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความมานะพยายามเท่าใดและจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงเท่าใดบุคคลนั้นก็ยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำสิ่งต่างๆ มากเท่านั้น และมักจะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ท้าทายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมักจะสงสัยในความสามารถของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรค หรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายากทำให้ขาดความพยายาม และยกเลิกกระทำไปในที่สุด

3. แบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ (thought patterns and emotional reactions) การตัดสินใจในความสามารถของตนเอง หรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของเขาระหว่างการกระทำพฤติกรรมและการคาดการณ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีสมรรถนะต่ำมักจะรู้สึกว่าคุณภาพในการเผชิญปัญหาซึ่งเขามีโอกาสสร้างขึ้น ได้จากการเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลว นั้น ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพมีสมรรถนะสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สูง การพบกับอุปสรรคจะเป็นการกระตุ้นตนเองให้มีความพยายามมากยิ่งขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นตัวกำหนดแบบแผนความคิดของบุคคล ในการแก้ปัญหาที่ยากนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพมี

สมรรถนะสูงจะอนุมานถึงสาเหตุของความล้มเหลวของตัวที่จะเกิดจากการขาดความพยายาม ขณะที่ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะต่ำอธิบายว่า เกิดจากการขาดความสามารถของเขาเองและเขาก็จะไม่มี ความพยายามในการแก้ปัญหา รู้สึกหมดหนทาง ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา เช่น เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น (Colins, 1982 cited in Bandura, 1986)

4.เป็นผู้เลือกกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม (human as producers rather than simply foretellers of behavior) บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะคิด รู้สึก และกระทำ พฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ โดยเขาจะสนใจและเลือกทำสิ่งที่ท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ และกระทำการต่างๆอย่างไม่วิตกกังวล ตรงกันข้ามผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะต่ำ มักเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถของตนโดยหลีกเลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบอุปสรรคก็เลิกทำการกระทำ ทำให้มีความปรารถนา ทะเยอทะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียด ความวิตกกังวลอย่างมาก

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตั้งเป้าหมายของบุคคลในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของบุคคลได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ หรือทักษะที่ประสบความสำเร็จในอดีต (Bandura, 1977 cite in Sherer & Adam, 1983) จึงทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแตกต่างกัน และความแตกต่างนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรม Bandura (1977) กล่าวว่าในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะแปรผันไปตาม 3 มิติ ซึ่งจะสามารถนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

1.ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude of expectancies) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะขึ้นกับความคาดหวังของแต่ละบุคคล อาจมีความแตกต่างกันตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรม ซึ่งบุคคลเลือกที่จะกระทำในสถานการณ์นั้นๆ บุคคลหนึ่งอาจมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ หรือมีระดับความยากปานกลางเท่านั้น

2.ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม (Strength of expectancies) ในสถานการณ์นั้นๆ อาจมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะต้องปฏิบัติตามระดับความยากง่ายแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือมีความมั่นใจ ก็จะมี ความพยายามและมีกำลังใจในการปฏิบัติ กิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ หรือการเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้เป็นอย่างดี

3.ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ (Generality of expectancies) บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อน อาจมี

ความคาดหวังหรือมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในสถานการณ์อื่นๆ ได้

ปัจจุบันมีผลงานการวิจัยที่มุ่งเน้นเฉพาะความคาดหวังในสมรรถนะของบุคคล (efficacy expectation) เพื่อเป็นการทำนายผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะแห่งตนในลักษณะที่เฉพาะพฤติกรรม และการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura ดังนี้คือ

การวัดระดับการรับรู้สมรรถนะทั่วไป ในการประเมินถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประเภทนี้ จะมุ่งที่ความเชื่อมั่นในระดับความสามารถต่างๆ ของบุคคล ในการกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งเป็นการวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ดังนั้นจึงมีการพัฒนาและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งแบบวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปที่ได้รับความนิยมเพื่อนำไปปรับใช้ในงานวิจัยต่างๆ คือ แบบวัดสมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปของ Sherer (1982) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยอาศัยแนวคิดของ Bandura โดยสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้น เรียกว่าแบบวัดการรับรู้สมรรถนะทั่วไป (The general Self-Efficacy Scale)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นเองเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ จำนวน 10 ข้อ โดยศึกษาค้นคว้าตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura โดยมีคำถามครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1)ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม 2)ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม 3)ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่

ปัจจุบันได้มีการนำแบบวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยทั่วไป ตามแนวคิดของ Sherer และคณะ ไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยต่างๆ ด้านต่างๆ เช่น การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการคาดหมายถึงพฤติกรรมสุขภาพ ในประชากรกลุ่มต่างๆ ดังนี้

ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง (2544) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลอุดรธานี โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .82 และ .84

นิสารัตน์ เศวตวรรณ (2543) ที่ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โดยทดสอบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 คน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้าของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และ .95

สายรุ้ง บัวระพา (2547) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรู้แรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังได้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และ .99

หยวน ห่าวบิน (2543) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 และ .90

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป ตามแนวคิด ของ Sherer และคณะ (1982) โดยใช้เฉพาะแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยทั่วไป จำนวน 17 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามที่มีความหมายทั้งทางบวก และทางลบ เพื่อประเมินถึงระดับความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการกระทำกิจกรรมโดยทั่วไป ในการตอบแบบสัมภาษณ์ผู้ศึกษาจะให้กลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเองในแต่ละข้อความ ผู้ตอบจะเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ

สรุปการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตั้งเป้าหมายของบุคคลในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยต้องรับรู้ตนเองถึงขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม, ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และระดับความสามารถที่จะถ่ายโอนประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ เมื่อทราบถึงหลักการแล้ว และปฏิบัติตามได้ จะทำให้สามารถปฏิบัติในพฤติกรรมต่างได้ดีและประสบความสำเร็จได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Snyder (1994) ให้ความหมายของความหวังไว้ว่าเป็นการตอบสนองพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มความคิด (Cognitive set) อันประกอบไปด้วยพลังแห่งความตั้งใจ และพลังแห่งแนวทางของบุคคลในการไปถึงเป้าหมาย

Dufault & Martocchio (1985) ได้ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นแรงขับของชีวิตที่เป็นพลวัตรและมีหลายมิติ ซึ่งมีลักษณะเป็นการคาดหมายที่จะบรรลุถึงผลสำเร็จในอนาคต โดยอาจมีความรู้สึกเชื่อมั่นหรือไม่มั่นใจในการคาดหมายนั้นก็ได้

Miller (1991) อธิบายความหมายของความหวังว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี

Stephenson (1991) มองความหวังว่าเป็นกระบวนการของการคาดหมายของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมและสัมพันธภาพ โดยมีเป้าหมายในทางบวกและมีความหมายต่อบุคคล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ความหวังของ Snyder (1994) ซึ่งได้ให้ความหมายของความหวังไว้ว่าเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มความคิดที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed thing) ซึ่ง Snyder กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed behavior) ออกมาได้ นั้น จะต้องผ่านกระบวนการของความคิดที่มุ่งเป้าหมายหรือความหวังก่อน โดยมี 2 องค์ประกอบคือ

1. พลังแห่งความตั้งใจ (willpower) เป็นการคิดที่เต็มไปด้วยความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย ตัวอย่างของความคิดนี้เช่น ฉันสามารถ ฉันจะพยายาม ฉันพร้อมที่จะทำมัน ฉันจะได้ในสิ่งที่ฉันทำ เป็นต้น ซึ่งความคิดเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะริเริ่มและคงไว้ซึ่งการกระทำที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ พลังแห่งความตั้งใจไม่เพียงแต่จะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสู่เป้าหมายเท่านั้น แต่ยังช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคที่ขวางกั้นการไปสู่เป้าหมายอีกด้วย

2. พลังแห่งแนวทาง (waypower) เป็นการคิดเพื่อวางแผนหาแนวทางหรือวิธีการที่จะนำบุคคลไปถึงเป้าหมาย รวมถึงการมีความคิดที่ยืดหยุ่นในการหาแนวทาง กล่าวคือ เมื่อประสบปัญหาหรือพบอุปสรรคในแนวทางเดิม ก็สามารถหาแนวทางใหม่ที่จะไปสู่เป้าหมายได้ บุคคลที่มีพลังแห่งแนวทางสูงจะสามารถหาแนวทางได้หลายแนวทางในการบรรลุเป้าหมาย โดยสามารถเปลี่ยนแนวทางเหล่านี้ให้เหมาะสมกับเป้าหมายและอุปสรรคที่เขาเผชิญอยู่

องค์ประกอบทั้งสองต่างเป็นสิ่งจำเป็นในการนิยามความหวัง ถ้ามีเพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็ไม่เพียงพอที่จะนิยามความหวังได้ โดยกระบวนการของความหวังไม่จำเป็นว่า จะต้องมีความตั้งใจเกิดขึ้นก่อนพลังแห่งแนวทางเสมอไป แต่สามารถเกิดพลังแห่งความตั้งใจและพลังแห่งแนวทาง สลับกันเป็นกระบวนการต่อเนื่องกันไปตลอดระยะเวลาของการแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย

แม้ความหวังตามแนวคิดนี้จะมีลักษณะเป็นกระบวนการความคิดที่ชัดเจน แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไม่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ โดยอารมณ์เป็นผลลัพธ์ที่ตามมาของกระบวนการความหวัง ซึ่งอารมณ์จะออกมาลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับระดับความหวังของบุคคล บุคคลที่มีระดับความหวังสูงจะมีภาวะอารมณ์ทางบวก มีความรู้สึกทำทนาย ส่วนบุคคลที่มีความหวังระดับต่ำ จะเกิดอารมณ์ในทางลบ และมีความรู้สึกไม่แน่ใจตามมา

ในส่วนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นความเป็นหวังเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในการที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปอย่างปกติสุข ผู้ป่วยต้องมีความหวังอยู่ในระดับหนึ่งแม้จะอยู่ในสถานการณ์หรือช่วงระยะเวลาใดในการเจ็บป่วยของตน เมื่อบุคคลมีความหวังจะมีพฤติกรรมเพื่อบรรลุตามสิ่งที่คาดหวังไว้ ได้แก่ พยายามปฏิบัติตน พักผ่อน และออกกำลังกายตามคำแนะนำ รวมทั้งเริ่มวางแผนในการดูแลตนเอง(McGee, 1984) แต่เมื่อบุคคลหมดหวังจะพบว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง (Miller, 1985) ถ้าบุคคลที่สภาพร่างกายอยู่ในภาวะการเจ็บป่วยไม่ว่าเป็นโรคทางกาย หรือทางจิต เกิดความรู้สึกหมดหวังก็จะมีแต่ความทุกข์ความเจ็บปวด รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตัวเอง และรู้สึกว่าชีวิตหมดความหมาย ดังนั้น การหวังจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตและเจริญ(มณีรัตน์ โปธิ์นิล, 2546) การส่งเสริมความหวังจึงถูกจัดให้เป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของพยาบาล(Watson, 1979) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและเกิดกำลังใจที่เข้มแข็งที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่และกลับสู่ภาวะปกติเร็ว (Kirkpatrick et al., 1995) จะเห็นว่าความหวังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิต มีลักษณะเป็นพลัง เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้สามารถพ้นจากภาวะของโรคนั้นๆ โดยผู้ป่วยมีความหวังถึงความสุขสบายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นความหวังจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความหวังจะเป็นผู้มีการปรับสภาพจิตใจให้มองเห็นหนทางในการแก้ไขปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้น และมองสิ่งที่มาคุกคามตนเองจากความเจ็บป่วยว่าไม่ได้เป็นสิ่งที่รุนแรงเกินกว่าจะแก้ไขได้ (Raleigh, 1992) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหากมีความหวังก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวัง

Snyder (1994) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความหวังของบุคคลไว้หลายประการ สรุปได้ดังนี้ 1) ความสามารถทางปัญญา เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ที่คุกคามและการรับรู้ความสามารถหรือศักยภาพของตนในการรับมือกับสถานการณ์นั้น เมื่อเกิดสถานการณ์แล้วร้ายหรือคุกคามต่อบุคคล บุคคลที่มองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีทางแก้ไข หรือบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีแนวทางสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ จะเป็นบุคคลที่มีความหวังในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดความหวังของNowotny(1989)ที่กล่าวว่าความหวังเกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมและมีทางเลือกในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตน 2)แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับจากามีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม การได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ เหล่านี้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวัง

จากหลายการศึกษาที่ผลพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ติดเชื้อเอดส์ (บุญทิวา โปธิ์เจริญ, 2539) และในผู้ป่วย multiple sclerosis (Foote et. Al., 1990) 4)ภาวะสุขภาพกาย Snyder มองว่าสุขภาพกายเป็นเป้าหมายพื้นฐานในการนำไปสู่

เป้าหมายอื่นๆ เนื่องจากร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด บุคคลที่มีสุขภาพกาย แข็งแรงสมบูรณ์ย่อมมีพลังใจที่จะคิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งเป้าหมายนั้นด้วย Gail M. Williamson และคณะ (1992) พบว่าในผู้ป่วยนอก สูงอายุ จะมาด้วยการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งเป็นผลมาจากอาการของโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับ Blazer & Williams (1980) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มารักษาที่คลินิกทั่วไปจะพบร้อยละ 15 ที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะการเจ็บป่วยทางกาย นั่นคือ ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งมีต่อความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5) ประสิทธิภาพของความสำเร็จในอดีตของตนหรือของผู้อื่นหรือความสามารถเอาชนะอุปสรรคในการไปสู่เป้าหมายได้ โดยเฉพาะประสิทธิภาพเกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวัง

นอกจากปัจจัยต่างๆ ข้างต้นแล้วยังมีปัจจัยด้านศรัทธา ความเชื่อทางศาสนา ปรัชญา หรือ สิ่งที่เหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นแหล่งของความหวังเฉพาะของบุคคล โดยอยู่บนความเชื่อของแต่ละคน (Miller, 1991) ดังการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความหวังของผู้สูงอายุของ (Farran & McCann, 1989) พบว่าความเชื่อทางศาสนาเป็นตัวแปรหนึ่งในสามตัวแปรที่ทำนายความหวังได้ดีที่สุด ซึ่งปัจจัยด้านความเชื่อ ความศรัทธานี้ มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถทางปัญญาของบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งใดทำให้บุคคลมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีพลังในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้

พัฒนาการของความหวัง

Snyder (1994) กล่าวว่า ความหวังมีพัฒนาการมาจากกระบวนการเรียนรู้ ตามธรรมชาติของบุคคล (natural learning) ตั้งแต่ช่วงแรกเกิดถึงสองขวบ โดยกระบวนการนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ที่ต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การรับสัมผัสและการรับรู้ 2) การเชื่อมโยง 3) การได้มาซึ่งเป้าหมายที่ต้องการ 4) การยอมรับในตนเอง 5) การยอมรับในตนเองว่าเป็นผู้ริเริ่มการกระทำเพื่อไปสู่เป้าหมายพัฒนาการของความหวังตามกระบวนการนี้ สามารถอธิบายโดยยึดองค์ประกอบของความหวังคือพลังแห่งการตั้งใจ และพลังแห่งแนวทางเป็นหลักได้ดังนี้

พลังแห่งแนวทาง เป็นกระบวนการความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นก่อนพลังแห่งความตั้งใจ โดยพัฒนามาตั้งแต่แรกเกิด เริ่มจากการที่ทารกแรกเกิดมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวด้วยการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรับกลิ่น และการรับรส แล้วนำข้อมูลเหล่านี้มาทำความเข้าใจ (understanding) และจัดกระทำ (organizing) กลายเป็นการรับรู้ในระบบความคิด นอกจากนี้ทารกยังสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน หรือ ใกล้เคียงกัน รวมถึงสามารถเรียนรู้ที่จะคาดเดาถึงแบบแผนการเกิดและผลลัพธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นๆ ได้ เช่น เรียนรู้ว่าเมื่อหิวจะให้กินนม เป็นต้น ต่อมาเมื่อทารกอายุย่างเข้า 3 เดือน เขาสามารถที่จะเลือกวัตถุที่อยู่รอบตัวที่เขาต้องการได้ เช่น มารดา นม ของเล่น โดยการชี้นิ้ว หรือออกเสียง ซึ่ง

สะท้อนให้เห็นการมีเป้าหมายและพัฒนาการของความคิดในวิธีการให้ได้มาซึ่งเป้าหมายที่เขาต้องการ ดังนั้น ความสามารถในการรับรู้และการเชื่อมโยงสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์รอบตัวที่พัฒนาไปสู่การไปถึงเป้าหมายนี้ จึงเป็นพื้นฐานของความหวังด้านพลังแห่งแนวทาง

ส่วนพลังแห่งความตั้งใจ จะพัฒนาตามมาในช่วงอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เริ่มจากความสามารถในการยอมรับตนเอง ดังจะเห็นได้จากการรู้จักชื่อตัวเอง การชี้ตัวเองถูก ตลอดจนการใช้สรรพนามแทนตัวเอง จากนั้นในช่วงอายุ 21 เดือนขึ้นไป เด็กจะพัฒนาระดับของการยอมรับตนเองขึ้นมาเป็นการยอมรับว่าตนเองสามารถเป็นแหล่งพลัง (Source) เป็นผู้ริเริ่ม (Originator) ให้เกิดการกระทำเพื่อไปสู่ผลลัพธ์หรือเป้าหมายที่ต้องการ เห็นได้จากคำพูดของเด็กในวัยนี้ เช่น หนูจะถอดรองเท้าของของหนูเอง, หนูสามารถใส่เสื้อผ้าได้เอง เป็นต้น แม้จะเป็นความคิดในการไปถึงเป้าหมายง่ายๆ สั้นๆ แต่สองขั้นตอนนี้ก็เป็นพื้นฐานในการพัฒนาไปสู่การมีความหวังของบุคคลด้านพลังแห่งความตั้งใจ

พัฒนาการของความหวังจะสมบูรณ์ทั้งสององค์ประกอบในวัยหัดเดิน หรือตั้งแต่ 2 ขวบขึ้นไป และจะถูกพัฒนามากขึ้นตามลำดับเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

การประเมินความหวัง

เครื่องมือวัดความหวัง(Hope Scale) ตามแนวคิดของ Snyder นำไปทดลองใช้ครั้งแรกกับนักศึกษามหาวิทยาลัย Kansas จำนวน 384 คน โดย Harris (1988) cited in Snyder et al.(1991) และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางจิตในโรงพยาบาล 2 แห่ง จากนั้นนำเครื่องมือมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74-.84 และนำมาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test – retest reliability) ได้ค่าความสัมพันธ์ของการวัดสองครั้ง เท่ากับ .80 และจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบวัดพบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed behavior) ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นเองเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ จำนวน 10 ข้อ โดยศึกษาค้นคว้าตามกรอบแนวคิดความหวังของ Snyder โดยมีคำถามครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) พลังแห่งแนวทาง 2) พลังแห่งความตั้งใจ

สรุปได้ว่าความหวังตามแนวคิดของ Snyder เป็นกระบวนการคิดที่มุ่งไปสู่เป้าหมาย อันจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่มีเป้าหมายของบุคคลตามมา อีกทั้งความหวังเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมและพัฒนาได้ (Snyder, 1994; 1995) ความหวังจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ควรตระหนักถึง เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีดังนี้
จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
ของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท
จำนวน 970 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดการ
รับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ
การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ใน
ระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความ
สัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับ
ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และ
การรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน
เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.1 ตัวแปรที่
สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ เป็นอันดับแรกคือ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และรองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษา
และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง โดยผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการมี
พฤติกรรมอนามัยในระดับสูงมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูง ส่วน
ประชาชนที่รับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในระดับสูง จะมีแนวโน้มของการ
ดูแลตนเองในระดับต่ำ

ศรีสุดา แซ่ลิ้ม (2538) ศึกษาผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน
สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2538 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน
โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการฝึกการแก้ปัญหาตามโปรแกรมจำนวน 12 ครั้ง ส่วนควบคุมให้อยู่ใน
สภาพการเรียนการสอนตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการฝึกการแก้ปัญหา มากกว่าก่อนการฝึกการ
แก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม
การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของนักศึกษาในกลุ่มทดลองมากกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ .05

จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ณ สถานสงเคราะห์คนชรา บ้าน
บางละมุง จังหวัดชลบุรี คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและ
แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา กลุ่มทดลอง คือ ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุม
ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและแบบวัด

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ และการดูแลตนเองโดยทั่วไปมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

เกษณี คำจันทร์ (2546) ศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบวัดความเครียดในชีวิตประจำวัน กลุ่มทดลอง คือ ได้รับโปรแกรมของกระบวนการกลุ่มตามแนวพิจารณาความเป็นจริง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมของกระบวนการกลุ่มตามแนวพิจารณาความเป็นจริง และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับโปรแกรมของกระบวนการกลุ่มตามแนวพิจารณาความเป็นจริง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมของกระบวนการกลุ่มตามแนวพิจารณาความเป็นจริง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ธนพร วิชชเวศคามินทร์ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลอ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศศิธร ดวงมัน (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และด้านความต่อเนื่องในการรักษากับแพทย์คนเดิม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมที่สามารถร่วมทำ นายพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง (2544) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นิสาร์ตน์ เขตวรารณ (2543) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของจิตใจเชื่อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งของจิตใจเชื่อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

หยวน ห่าวบิน (2543) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

นภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) ศึกษาความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility)
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefits)
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier)
5. การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Motivation)

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง

1. ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude of expectancies)
2. ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม (Strength of expectancies)
3. ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ (Generality of expectancies)

ความหวัง

- 1) พลังแห่งความตั้งใจ (Will power)
- 2) พลังแห่งแนวทาง (Way power)

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 7 ด้าน คือ

1. พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง (Developing self awareness)
2. การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication)
3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ (Time management)
4. ทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill)
5. การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม (Developing and maintaining social support system)
6. การปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา (Religious practice)
7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Physical self care)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่มารับการรักษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2549 ถึง ธันวาคม 2549 ที่คลินิกจิตเวช ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี, สุพรรณบุรี, ราชบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ มีประชากรทั้งหมดประมาณ 648 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษากำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Cochran and Cox, 1992; Tabachnick and Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยได้นำการศึกษาของนันทพร พิชัยยะ (2546) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร $effect\ size = 0.20$ พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน แต่เพื่อให้ข้อมูลของการวิจัยที่น่าเชื่อถือมากขึ้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างการวิจัยทั้งสิ้น 200 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีดังนี้

- 1.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20-59ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย
- 1.2 เป็นผู้ป่วยที่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง
- 1.3 ไม่มีโรคทางกายร้ายแรงที่ขัดต่อการเก็บข้อมูล มีความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

2. สุ่มอย่างง่าย(Sample random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากเลือกจังหวัด ที่จะศึกษา ใน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 มี จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี, สุพรรณบุรี, ราชบุรี, นครปฐม, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ทำการขออนุญาตสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนได้รายชื่อ มา จำนวน 4 จังหวัดคือ จังหวัดราชบุรี จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดกาญจนบุรี, และจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์

3. เลือกสุ่มเก็บข้อมูลที่คลินิกจิตเวชในจังหวัดที่ได้ทั้ง 4 จังหวัด มีทั้งหมด 8 คลินิก เพื่อให้ ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ จึงสุ่มเก็บข้อมูลผู้ที่มีรายชื่อในแต่ละคลินิกเป็น สัดส่วน 1: 2 ซึ่งแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

จังหวัด	คลินิกจิตเวช	ประชากร(คน) N= 397	กลุ่มตัวอย่าง(คน) N=200
ราชบุรี	-โรงพยาบาลราชบุรี	129	65
	-โรงพยาบาลโพธาราม	35	18
	-โรงพยาบาลบ้านโป่ง	38	19
	-โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	25	13
กาญจนบุรี	-โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	38	19
	-โรงพยาบาลมะการักษ์	35	17
เพชรบุรี	-โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี	40	20
ประจวบคีรีขันธ์	-โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	30	15
	-โรงพยาบาลบางสะพาน	27	14

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ปัจจุบัน และโรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งแบ่งออกเป็นการดูแลตนเองด้านต่างๆ 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษา ระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier) และแรงจูงใจ (Motivation)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และระดับความสามารถที่จะถ่ายโอนประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครอบคลุมความหวังทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ พลังแห่งความตั้งใจ และพลังแห่งแนวทาง

การสร้างและลักษณะของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้ในระดับหนึ่ง

2. สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ปัจจุบัน และโรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาค้นคว้าวรรณคดีต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประยุกต์ตามกรอบทฤษฎีการ自我ดูแลตนเองของ Dorothea Elizabeth Orem และแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธ์(2534) นภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) มีข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็นการ自我ดูแลตนเองด้านต่างๆ 7 ด้าน คือ 1)การพัฒนาการรู้จักตนเองจำนวน 6 ข้อ 2)การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจำนวน 4 ข้อ 3)การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจำนวน 3 ข้อ 4)การเผชิญปัญหาจำนวน 3 ข้อ 5)การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมจำนวน 5 ข้อ 6)การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจำนวน 5 ข้อ 7)การ自我ดูแลตนเองโดยทั่วไปจำนวน 4 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับ .82

การตอบแบบสอบถามให้เลือกรับตามความถี่ของการกระทำกิจกรรม แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านกระทำเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวันหรือเป็นครั้งคราว
บางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นบางครั้ง เว้นระยะไปนานจึงจะทำสักครั้ง
เกือบหรือไม่เคยทำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านแทบจะไม่เคยทำ หรือไม่เคยทำเลย

การให้คะแนนมีเกณฑ์ในการให้ค่าคะแนน ดังนี้

กิจกรรมที่กระทำด้วยตนเอง	คะแนน
ประจำ	4
บ่อยครั้ง	3
บางครั้ง	2
เกือบหรือไม่เคยทำ	1

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม และแปลความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ประกอบ กรรณสูต : 2542 : 73) ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.1-4	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.1-3	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1-2	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประยุกต์ตามกรอบทฤษฎี พฤติกรรมความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และแนวคิดของ ศิริพร ประระมะ(2545) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาล จังหวัดลำพูน โดยครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1)การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility) มีจำนวน 3 ข้อ 2)การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) มีจำนวน 2 ข้อ 3)การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefits)มีจำนวน 3 ข้อ 4)การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier)มีจำนวน 3 ข้อ และ5)แรงจูงใจ (Motivation)มีจำนวน 4 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด โดยแบ่งลักษณะของข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวก (Positive) และข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงลบ(Negative) ดังนี้

- ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก(Positive) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ1-8 และข้อ12 -15
- ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ(Negative) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9-11

การตอบแบบสอบถามให้เลือกรับตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยชน์นั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด
-------------------	---------	--

เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นค่อนข้างมาก
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

การให้คะแนนมีเกณฑ์ในการให้ค่าคะแนน ดังนี้

ความคิดเห็นในความเชื่อด้านสุขภาพ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม และแปลความหมายความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.1-4	หมายถึง	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.1-3	หมายถึง	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1-2	หมายถึง	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประยุกต์ตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของ Bandura และแนวคิดของ ชญาณิชฐ์ ปัญญาทอง (2544) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลอุดรธานี โดยครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1)ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากง่ายของพฤติกรรม 2)ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม

3)ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การตอบแบบสอบถามให้เลือกรับตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นค่อนข้างมาก
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

การให้คะแนนมีเกณฑ์ในการให้ค่าคะแนน ดังนี้

ความคิดเห็นในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม และแปลความหมายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.1-4	หมายถึง	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.1-3	หมายถึง	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1-2	หมายถึง	มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประยุกต์จากกรอบทฤษฎีความหวังของ Snyder และแนวคิดของนภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) ครอบคลุมความหวังทั้ง 2 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) พลังแห่งความตั้งใจ 2) พลังแห่งแนวทาง โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การตอบแบบสอบถามให้เลือกรายการตามความถี่ของความคิดเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นค่อนข้างมาก
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

การให้คะแนนมีเกณฑ์ในการให้ค่าคะแนน ดังนี้

ความคิดเห็นของความหวัง	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน มีเกณฑ์การคิดค่าคะแนน โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสอบถาม และแปลความหมายความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.1-4	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.1-3	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1-2	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

1. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เคยหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542)
2. แบบสอบถามความเชื่อ ด้านสุขภาพ เคยได้แปลเป็นภาษาไทยและนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ศิริพร ประระมะ, 2545)
3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เคยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ชญานิษฐ์ ปัญญาทอง, 2544)
4. แบบสอบถามความหวัง เคยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงตามเนื้อหา ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาเนื้อหา และความครอบคลุม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของช่วงคะแนนที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นั้นมีคุณสมบัติดังนี้

อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	1	ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	1	ท่าน

ตัดสินใจโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน ดังนั้นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในครั้งนี้จึงมีค่าความตรงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาในการแก้ไขคำศัพท์ ภาษาให้กระชับ เข้าใจง่ายและตรงกับแนวคิดทฤษฎีให้มากขึ้น

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบสอบถามความเชื่อ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเท่ากับ	0.82
แบบสอบถามความเชื่อ ด้านสุขภาพเท่ากับ	0.78

(มีรายละเอียด Item Correlation ไว้ในภาคผนวก ง.)

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ	0.80
แบบสอบถามความหวังเท่ากับ	0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี, โรงพยาบาลโพธาราม, โรงพยาบาลบ้านโป่ง, โรงพยาบาลดำเนินสะดวก, โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, โรงพยาบาลมะการักษ์, โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี, โรงพยาบาลบางสะพาน และโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์เพื่อขออนุญาต โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอพบหัวหน้าแผนกคลินิกจิตเวช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ผู้ศึกษาวิจัยขอความร่วมมือต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ และแจ้งสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น 2) เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้านิยดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการตอบแบบสอบถามจนผู้ป่วยเข้าใจ แล้วจึงทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

3. ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้เข้าไปอ่านให้ฟังและให้ผู้ป่วยเลือกที่จะตอบด้วยตนเองทุกข้อ

4. ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2549

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยพบกับผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยการตอบแบบสอบถามนั้น ไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีเหตุผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลในขณะนี้ ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากไม่ต้องการทำต่อจนเสร็จ สามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด โดยคำตอบจะเป็นความลับและจะเสนอผลการศึกษาในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น ในระหว่างสัมภาษณ์หากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะมีการพยาบาลและมีการส่งต่อผู้ป่วยต่อพยาบาลและแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้การพยาบาลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสข้อมูลของแบบสอบถามเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ พบว่าข้อมูลมีความครบถ้วนนำไปวิเคราะห์ต่อไปได้

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัวอื่นๆ โดยใช้จำนวนและร้อยละ

3. คำนวณค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต, ความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด ที่ระดับ .05

5. วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวังที่เป็นตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด ที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ศึกษาวิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวช ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 200 ฉบับ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัวอื่นๆ โดยใช้จำนวนและร้อยละดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต, ความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4 - 8

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, ความหวังและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวังที่เป็นตัวพยากรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงไว้ในตารางที่ 6

สัญลักษณ์ในการวิจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Y	หมายถึง	พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
X_1	หมายถึง	ความเชื่อด้านสุขภาพ
X_2	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
X_3	หมายถึง	ความหวัง
N	หมายถึง	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย(Mean)
S.D	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation)

F	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาใน F-distribution
t	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาใน t-distribution
df	หมายถึง	องศาอิสระ(Degree of Freedom)
SS	หมายถึง	ผลรวมของกำลังสองของค่าเบี่ยงเบน (Sum of Square)
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนกำลังสอง(Mean Square)
R	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ(Multiple R)
R ²	หมายถึง	ประสิทธิภาพในการทำนาย(R Square)
Adj R ²	หมายถึง	ประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square)
S.E.	หมายถึง	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (Standard Error of the Estimate)
R Square Change	หมายถึง	ค่า R ² ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเพิ่มตัวแปรอิสระ เข้าสมการถดถอย
b	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (Regression Coefficients)
Beta	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (Standardized Regression Coefficients)
Sig	หมายถึง	ค่าระดับนัยสำคัญของสถิติทดสอบ (Significance)
Constant(a)	หมายถึง	ค่าคงที่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัวอื่นๆ โดยใช้จำนวนและร้อยละดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัวอื่นๆ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=200)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	24
หญิง	152	76
อายุ (ปี)		
20-30	45	22.50
31-40	50	25
41-50	45	22.50
51-59	60	30
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)		
1-5	155	77.50
6-10	35	17.50
11-15	5	2.50
16-20	0	0
21-26	5	2.50
สถานภาพสมรส		
แยกกันอยู่	25	12.50
หย่าร้าง	10	5
ม่าย	15	7.50
คู่	40	50
โสด	50	25

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัวอื่นๆ(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=200)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	20	10
ระดับประถมศึกษา	74	37
ระดับมัธยมศึกษา	60	30
ระดับอนุปริญญา	20	10
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	12.50
รายได้ (บาท)		
ไม่มีรายได้	65	32.50
500 - 5,000	75	37.50
5,100 - 10,000	50	25
10,100 - 15,000	0	0
5,100 - 20,000	0	0
20,100 - 25,000	5	2.50
25,100 - 30,000	5	2.50
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	135	67.50
มี	65	32.50

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 76 ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 30 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปีคิดเป็นร้อยละ 77.50 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 37 มีรายได้อยู่ในช่วง 500-5,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 37.50 และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 67.50

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3 - 7

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N = 200)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	2.27	0.67	ปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.24	0.75	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	2.83	0.37	ปานกลาง
ความหวัง	2.66	0.49	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.27, SD = 0.67$) ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.24, SD = 0.75$) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปาน ($\bar{X} = 2.83, SD = 0.37$) และความหวังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.66, SD = 0.49$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกรายด้าน (N = 200)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง	2.26	0.64	ปานกลาง
การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	2.46	0.62	ปานกลาง
การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ	2.43	0.68	ปานกลาง
ทักษะในการเผชิญปัญหา	2.39	0.64	ปานกลาง
การพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคม	2.16	0.67	ปานกลาง
การปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา	2.33	0.64	ปานกลาง
การดูแลสุขภาพทั่วไป	2.05	0.77	ต่ำ
รวม	2.29	0.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงสุด คือ การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.46, SD = 0.62$) และต่ำสุดคือ การดูแลสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.05, SD = 0.77$)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกรายด้าน (N = 200)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน	2.65	0.59	ปานกลาง
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	3.17	0.90	สูง
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	3.60	0.62	สูง
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	3.22	0.60	สูง
การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ	3.57	0.60	สูง
รวม	3.24	0.66	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพสูงสุด คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.60$, $SD = 0.62$) และต่ำสุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.65$, $SD = 0.59$)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกรายด้าน (N = 200)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ระดับการรับรู้ความสามารถ	2.80	0.42	ปานกลาง
ระดับความมั่นใจ	2.84	0.38	ปานกลาง
ระดับการถ่ายโอนประสบการณ์	2.86	0.37	ปานกลาง
รวม	2.83	0.39	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ระดับการถ่ายโอนประสบการณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.86$, $SD = 0.37$) และต่ำสุดคือ ระดับการรับรู้ความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.80$, $SD = 0.42$)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
จำแนกรายด้าน (N = 200)

ความหวัง		\bar{X}	S.D.	ระดับ
พลังแห่งแนวทาง	2.52	0.47	ปานกลาง	
พลังแห่งความตั้งใจ	2.79	0.51	ปานกลาง	
รวม	2.65	0.49	ปานกลาง	

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความหวังสูงสุด คือ พลังแห่งความ
ตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.79, SD = 0.51$) และต่ำสุดคือ พลังแห่งแนวทางอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 2.52, SD = 0.47$)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังแสดงไว้ในตารางที่

ตารางที่ 8 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N = 200)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
ความเชื่อด้านสุขภาพ	-.151 *
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.331 **
ความหวัง	.232 **

* $p < .05$ และ ** $p < .01$

จากตารางที่ 8 พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.151$) การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .331$) และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .232$)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวังที่เป็นตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังแสดงไว้ในตารางที่

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน(Stepwise Multiple Regression Analysis) ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n=200)

ตัวพยากรณ์	b	Beta	t
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.042	.294	3.956*
ความเชื่อด้านสุขภาพ	-.419	-.293	-3.662*
ความหวัง	.799	.267	2.991*
Constant (a)	1.290		
R = 0.416			R ² = 0.173
			F = 13.662

* $P < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงพยากรณ์ของตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ทั้งหมดมีค่าเท่ากับ .173 ตามลำดับการเข้าสมการดังนี้ ตัวพยากรณ์เข้าสมการตัวแรก คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตัวที่สอง คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ และตัวสุดท้าย คือ ความหวัง นั่นคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อด้านสุขภาพ และความหวังสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าการใช้ตัวพยากรณ์ตัวเดียวหรือเพียงสองตัว โดยตัวพยากรณ์ ทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 17 และสมการที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรนำเข้าสมการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Standardized Coefficients) ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ซึ่งเป็นค่านำหนักของความสำคัญของแต่ละตัวแปรพยากรณ์ที่มีต่อตัวแปรตาม กล่าวคือ ถ้าค่า Beta ของตัวแปรพยากรณ์ใดมีค่าสูง แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์นั้นมีความสำคัญต่อตัวแปรตาม (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2543 : 207) จากการวิเคราะห์นี้พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Beta = .294) แสดงว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีน้ำหนักสูงสุดในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รองลงมาคือ ความหวัง (Beta = .267) และความเชื่อด้านสุขภาพ (Beta = -.293) ตามลำดับ สามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์การถดถอยได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ :

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า = 38.692 + 1.042(การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) - .419(ความเชื่อด้านสุขภาพ) + .799(ความหวัง)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน :

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า = .294(การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) - .293(ความเชื่อด้านสุขภาพ) + .261(ความหวัง)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ในลักษณะวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัยมีดังนี้

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเองและความหวังในความสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ในเขตศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 จำนวน 648 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ในเขตศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างวิจัยทั้งหมด 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามมี 5 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และส่วนที่ 5 แบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82, .78, .80 และ .84 ตามลำดับ

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลราชบุรี, คลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลโพธาราม, คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบ้านโป่ง, คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลดำเนินสะดวก,

คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลมะการักษ์, คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลพระปกเกล้าเพชรบุรี และคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โดยประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยแต่ละคลินิก ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน ได้ครบจำนวน 200 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Correlation Coefficient)ของความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับ(Multiple Regression Analysis)ของความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวัง ที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กำหนดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

โดยมีสมมติฐานดังต่อไปนี้

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเองและความหวังสามารถร่วมพยากรณ์ในพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 76 ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 30 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.5 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 37 มีรายได้ในช่วง 500-5,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 37.5 และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 67.5
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 และผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 และมีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.27

3. การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Correlation Coefficient)ของความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($r = -1.51$) มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 แสดงว่า บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลางเท่านั้น

3.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($r = 0.331$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 แสดงว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงด้วย

3.3 ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($r = 0.232$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 แสดงว่า บุคคลที่มีความหวังสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงด้วย

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธี Stepwise Multiple Regression Analysis ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงพยากรณ์ของตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 17 ($R^2 = .17$) ตามลำดับการเข้าสมการดังนี้ ตัวพยากรณ์เข้าสมการตัวแรก คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตัวที่สอง คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ และตัวสุดท้าย คือ ความหวัง นั่นคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อด้านสุขภาพ และความหวังสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าการใช้ตัวพยากรณ์ตัวเดียวหรือเพียงสองตัว โดยตัวพยากรณ์ ทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 17 และสมการที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรนำเข้าสมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 4

ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ :

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า = $38.692 + 1.042(\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}) - .419(\text{ความเชื่อด้านสุขภาพ}) + .799(\text{ความหวัง})$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน :

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า = $.294(\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}) - .293(\text{ความเชื่อด้านสุขภาพ}) + .261(\text{ความหวัง})$

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษาแยกอภิปรายได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Correlation Coefficient)ของความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า

1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่เป็นไปในทิศทางตรงข้าม ($r = -.151$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.24$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Clare Bradley (2000), Glanz, K., and others(2002), ศิริพร ประระมะ (2545), อรุณีย์ ศรีนวล (2548), และ ศศิธร ดวงมัน (2548) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้ทำการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยทางกายจากโรคต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่สูงแล้วจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สูงด้วย แต่สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้านี้ซึ่งยังไม่เคยมีใครศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างจริงจัง อาจจะมีผลจากโรคที่ส่งผลต่อด้านความเชื่อของผู้ป่วยกับการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกันด้วยลักษณะอาการของโรคซึมเศร้านี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างต่ำกว่าบุคคลทั่วไปอยู่แล้ว ซึ่งเหตุนี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน , การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค, การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายนอกที่กระทำต่อผู้ป่วย ดังนั้นก็ไม่ใช่ที่

น่าสงสัยเลยว่าเหตุใดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมีความเชื่อด้านสุขภาพที่สูง แต่กับมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแต่ละระดับปานกลางเท่านั้น

จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ศึกษานั้นมีอายุระหว่าง 51-59 ปี และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี เป็นไปได้ว่าด้วยอายุผู้ป่วยที่มากขึ้นอาจทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพที่มากขึ้นแต่ด้วยปัจจัยด้านสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติได้ดี จึงไปลดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ไม่ดีเท่าที่ควร และระยะเวลาที่ป่วยนั้น เป็นช่วงเพียงเริ่มต้นเท่านั้นที่มารักษาอาการที่ไม่สุขสบายของตนเอง ในช่วงเวลานี้ผู้ป่วยย่อมต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพบางอย่างที่เป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ามารับรักษา ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้นเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ค่อนข้างจะยากที่จะลงกระทำอย่างจริงจังนั้น ไม่ใช่เรื่องง่าย ที่จะประเมินเพียงระยะเพียง 1-5 ปีเท่านั้น คงต้องมีการจัดกระทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้น แล้วให้ช่วงเวลาที่มากพอแล้วจะประเมินได้ว่าผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้สูงขึ้นหรือไม่

จากการศึกษาพบว่า มีผู้นำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ดังการศึกษาของ Nemcek (1990) ซึ่งได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด จากการศึกษาของ Kim (1991) ซึ่งได้พัฒนาและประเมินผล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุจำนวน 150 ราย การศึกษาครั้งนี้ได้ออกแบบเครื่องมือเพื่อประเมินความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานแคลเซียมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและแรงจูงใจทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานแคลเซียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Clare Bradley (2000) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าความเชื่อด้านพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความรู้ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) และ ศิริพร ประระมะ (2545) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับ การศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ของ อรุณีย์ ศรีนวล (2548) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ของ ศศิธร ดวงมัน (2548) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001คือปัจจัย ด้าน แรงจูงใจด้านสภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ใน ประเทศไทยยังไม่พบใครศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อศึกษาจากวารสาร ต่างประเทศพบว่ามีผู้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจากโรคทางกายเช่น โรค กลุมโป่งพอง โรคเบาหวาน หลังคลอดและอื่นๆ ซึ่งก็ยังไม่ใช่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แท้จริงแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในรูปแบบผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพสูงสุด คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ ของการรักษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.60, SD = 0.62$) และต่ำสุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคและภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.65, SD = 0.59$) อย่างไรก็ตามเมื่อมา พิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับ ปานกลาง($\bar{X} = 2.65, SD = 0.59$) ส่วนด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค($\bar{X} = 3.17, SD = 0.90$), รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา($\bar{X} = 3.60, SD = 0.62$), รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ($\bar{X} = 3.22, SD = 0.60$) และรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ($\bar{X} = 3.57, SD = 0.60$) อยู่ใน ระดับสูงทั้งหมด ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นอยู่ในระดับ ปานกลาง($\bar{X} = 2.27$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ American College of Chest Physicians(2005) ที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจากเป็น โรคกลุมโป่ง พองนานๆ จะมีความเชื่อด้านสุขภาพที่สูงในระดับหนึ่ง แต่เมื่อดูพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่าอยู่ ในระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น และจากการศึกษาของ Lisa S. Meredith, and others(2007) พบว่า ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชนนั้นมีภาวะซึมเศร้าแบบรุนแรงน้อยนั้นจะมีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ต่ำแม้ว่าจะมีความเชื่อด้านสุขภาพที่สูงก็ตาม เช่นเดียวกับ David Neubauer (2007) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามารับคำปรึกษาที่คลินิกของเขานั้นพบว่าส่วนใหญ่ จะมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อถือในตัวแพทย์ผู้รักษาที่สูง ด้วย ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ตามนัดหมายและจะกินยาตามแพทย์สั่งเท่านั้น ส่วนพฤติกรรมการดูแล ด้านสุขภาพของตนเองอื่นๆ ยังพบว่าอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น เช่น การออกกำลังกาย การ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งในพฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพจิตด้วย

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นแม้จะมีความเชื่อด้านสุขภาพที่สูงแต่พฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพจิตอาจจะไม่สูงด้วยก็ได้ จากการได้ไปเก็บข้อมูลและได้พูดคุยกับผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าด้วยตนเองพบว่า ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในระยะแรกๆ แต่ในช่วงหลัง(มากกว่า 3 ปีขึ้นไป) พบว่าผู้ป่วย จะพบแพทย์ไม่ตรงตามนัด ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มาคลินิกนี้เป็นผู้ป่วยที่ให้ความ

ร่วมมือในการรักษาดี มีความสนใจตนเองค่อนข้างดี จึงแสดงว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มนี้มีความเชื่อ ด้านสุขภาพที่ดี หากพิจารณาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแล้วพบว่าอยู่ในระดับ ปานกลาง นั้นแสดงว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มนี้ส่วนใหญ่ยังคงสนใจดูแลสุขภาพจิตของตนเอง เท่าที่ควร เมื่อพบเช่นนี้ย่อมเป็น โอกาสให้กลับไปพิจารณาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ ถูกทางมากขึ้นด้วย

ก่อนนำข้อมูลที่ได้อภิปรายให้ข้อมูลความถดถอยแบบขั้นตอนนี้ ได้วิเคราะห์หาค่า Residuals Multicollinearity (Barbara, 1997: 270-272) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การกระจายแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) พบว่าการกระจายของตัวความ เชื่อด้านสุขภาพมีการกระจายแบบไม่โค้งปกติดังรูปภาพที่ 1 ฮิสโตแกรม (histogram) ในภาค ผนวก ง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเลือกตอบที่ไม่เหมือนกันมาก เช่นเดียวกับ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานโดยรวมของความเชื่อด้านสุขภาพ (S.D. = 0.75)

2. การวิเคราะห์ Homoscedasticity โดยใช้ Scatter plot ผลพบว่าตัวแปรความเชื่อ ด้านสุขภาพมีการกระจายเป็นเส้นตรงจากมุมล่างซ้ายทแยงขึ้นไปทางมุมบนขวา ตามรูปภาพที่ 2 ในภาคผนวก ง และนอกจากนี้ได้ตรวจสอบคุณสมบัติข้อนี้ด้วยการทำ probability paper plot ได้ผลคือ การกระจายของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพมีลักษณะเข้าใกล้เส้นแกนกลาง ตามรูปภาพ ที่ 2 ในภาคผนวก ง แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์

1.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($r=.331$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญาณิชฐ์ ปัญญาทอง (2544) และสายรุ้ง บัวระพา (2547) ซึ่งพบว่าการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพทางกายของผู้ป่วยโรคทางกาย และจากการศึกษาของหยวน หัวบิน (2543) ที่พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ

แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยเองด้วย สำหรับในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.83$) และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.27$) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มนี้ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง หากต้องการจะเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นสูงขึ้นหรือให้อยู่ในระดับสูง ควรจะเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สูงขึ้นด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือความเชื่อมั่นหรือการตัดสินใจ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะพฤติกรรมใดพฤติกรรม

หนึ่งที่กำหนดไว้ให้เป็นผลสำเร็จเป็นแรงผลักดันที่จำเป็นภายในตัวบุคคล เป็นตัวชี้ นำให้บุคคลมีความพยายาม กระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ให้สำเร็จมากขึ้น (Bandura, 1986) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความกระตือรือร้นและพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายและมีความมุ่งมั่นยืนหยัดไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (Dudex, 1997) จึงมีผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลและปฏิกริยาทางอารมณ์ โดยผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะรู้สึกที่มีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา รู้สึกหมดหนทาง แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะสามารถดูแลตนเองและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม หยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ดีกว่า (Stretcher, Devellis & Rosenstorck, 1986) ดังนั้นในพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพถ้าบุคคลสามารถประสบความสำเร็จ หรือมีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเองก็จะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น(นิสารัตน์ เขตวรรณ, 2543) สนับสนุนด้วยการศึกษาของชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง (2544) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค และหยวน หัวบิน (2543) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ และคณะ(2544) ที่ศึกษาปัจจัยบางประการ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด พบว่าสมรรถนะแห่งตนช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากด้วยภาวะของโรคซึมเศร้านั้นทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนค่อนข้างต่ำถึงปานกลางเท่านั้น ผู้ป่วยจะมีความคิดเกี่ยวกับคุณค่าในตนเองโดยทั่วไปน้อยกว่าคนปกติโดยเฉพาะใน 3 ด้าน คือ การรับรู้ระดับความสามารถของตนเอง, ความมั่นใจในการแสดงออกและการนำเสนอประสบการณ์มาใช้แก้ปัญหา (Bandura, 1977) จึงจำเป็นต้องดูแลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สูงขึ้น เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นแล้ว ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้าสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างปกติสุขด้วย

2.3 ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า($r= 0.232$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร วงศ์ใหญ่ (2542) ที่พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง(2540) พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV

แสดงให้เห็นว่าความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยเองด้วย สำหรับในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่ามีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.66$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.27$) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง หากต้องการจะเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นสูงขึ้นหรือให้อยู่ในระดับสูง ควรจะเพิ่มความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สูงขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากความหวังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Gaskins & Forte, 1995) ความหวังเป็นพลังภายในที่สำคัญของบุคคลในการที่จะตอบสนองหรือปรับสภาพต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ เพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง เช่น ความสูญเสีย ความไม่แน่นอน หรือสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ (Herth, 1990; Stephenson, 1991) ความหวังจะเป็นพลังที่คลอใจให้บุคคลมีพลัง กำลัง มีความอดทน มีกำลังใจที่จะคิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยการรับรู้ถึงปัญหาหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้น ไม่ใช่สิ่งรุนแรงเกินกว่าที่จะแก้ไขได้ ด้วยความรู้สึกที่ดีและเชื่อมั่นว่าบรรลุผลสำเร็จในสิ่งที่หวัง จะทำให้ผู้ป่วยที่มีความหวังเกิดความสงบ มั่นใจ ไว้วางใจ เกิดความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย โดยการจัดระบบความคิด วางแผน ตัดสินใจ การคิดค้นหาแนวทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดไว้ (Dufault & Martocchio, 1985) เช่น การขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพเมื่อปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำอันจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ตามแนวคิดของ Snyder (1991) ที่ว่าผู้ที่มีความหวังจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมายแบบชัดเจน กล่าวคือความหวัง เป็นการคาดหมายสิ่งที่ดี ที่พัฒนาขึ้น หรือพ้นจากความรู้สึกกดดัน การคาดหมายดังกล่าวอาจเป็นไปได้ทั้งรูปธรรมหรือนามธรรม เป็นการคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถส่วนบุคคลความสามารถในการเผชิญปัญหา การมีสุขภาพจิตดี มีจุดมุ่งหมายและมีความหมายในชีวิตหรือมีความรู้สึกเป็นไปได้ในทางที่ดี สนับสนุนด้วยผลการศึกษางานของวันทาหวังเลี้ยงกลาง (2549) ที่ศึกษาการทำกลุ่มเสริมสร้างความหวังและควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ความหวังมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงทำให้ไม่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น และการศึกษาของชลธิดา สิมะวงศ์ (2545) เรื่องการใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ดา ขำคม (2545) เรื่องการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทด้วยกระบวนการกลุ่ม พบว่าความหวังเป็นสิ่งสำคัญยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการดูแลตนเองได้ทั้งร่างกายและจิตใจ Miller, (1985) กล่าวว่าความหวังมีอิทธิพลต่อกระบวนการหายกลับสู่ปกติและจำเป็นในการป้องกันการเบี่ยงเบนของสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งเกิดจากการท้อแท้ หดหวัง เนื่องจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ความหวังยังเป็นตัวกลางสำคัญในกระบวนการจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าที่คุกคาม ทั้งในผู้ป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง

และใกล้ตาย (Herth, 1990; Stephenson, 1991) และความหวังยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้วย (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542) ที่ศึกษาความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

เนื่องจากด้วยภาวะของโรคซึมเศร้านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการหรือความหวังต่อตนเองค่อนข้างต่ำถึงปานกลางเท่านั้น ผู้ป่วยจะมีความคิดเกี่ยวกับความพยายามต่อการกระทำหรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองโดยทั่วไปน้อยกว่าคนปกติ โดยเฉพาะใน 2 ด้าน คือ ความตั้งใจในการกระทำหรือแก้ไขปัญหา และความพยายามหาแนวทางจัดกระทำหรือแก้ไขปัญหา (Snyder, 1995) จึงจำเป็นต้องดูแลเกี่ยวกับความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สูงขึ้น เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นแล้ว ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้าสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างปกติสุขด้วย

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับ(Multiple Regression Analysis)ของความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวังที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าตัวพยากรณ์เข้าสมการตัวที่แรก คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน($R^2 = 0.110$) ตัวที่สอง คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ($R^2 = 0.135$) และตัวสุดท้าย คือ ความหวัง($R^2 = 0.173$) แสดงว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 11 หากเพิ่มตัวที่สอง คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ เข้าไปจะสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 14 และเพิ่มตัวสุดท้าย คือ ความหวังเข้าไปได้จะสามารถพยากรณ์ได้ถึงร้อยละ 17 นั่นคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน , ความเชื่อด้านสุขภาพ , และความหวังสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าการใช้ตัวพยากรณ์ตัวเดียวหรือเพียงสองตัว โดยตัวพยากรณ์ ทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 17

จากผลการอภิปราย สรุปว่า การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความหวังนั้นมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ผู้ศึกษาขอ

เสนอแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งใน
ด้านวิชาการและด้านการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ใน
ในระดับสูง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรสร้างเสริมความเชื่อด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยด้วยเพื่อให้
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีอีกทั้งยังเป็นการช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยของ
ญาติที่ดีอีกด้วย หากผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่สูงแล้วผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษา
อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงควรพิจารณาในการนำไปพัฒนาเป็นเครื่องมือในการดูแล
ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะใน
ตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นควรนำมาเป็น
แนวคิดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นควรมีการพัฒนาในด้านนี้ให้
มากเพราะจะทำให้การพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเห็นผลมากขึ้น

3. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความหวังอยู่ในระดับ
ปานกลางความหวังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากเพราะหากผู้ป่วยอยู่แบบไร้
ความหวังแล้วผู้ป่วยจะไม่มีอาการดูแลตนเองที่ดีได้เลยในทุกด้าน เช่นเดียวกันควรมีการพัฒนา
ความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพราะจะสามารถทำนายได้ถึงพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน
สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ด้วย

4. พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถือได้ว่า
ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างนี้ โดยรวมแล้วไม่มีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต แต่หาก
พิจารณารายด้านจะพบว่า 1)การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.26$)
2)การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.46$) 3)การใช้เวลาอย่างมี
ประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.43$) 4)ทักษะในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 2.39$) 5)การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.16$) 6)การ
ปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.33$) 7)การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.05$) ถ้าหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตใน
ทุกด้านอยู่ในระดับใกล้เคียงสูงขึ้นไปก็จะเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตอยู่อย่าง
ปกติ ช่วยบรรเทาหรือหายขาดจากโรคได้เร็วขึ้นด้วย

5. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีสัมพันธภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิต จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นควรมีหลายปัจจัยในการดูแลสุขภาพจิตให้มากขึ้น แม้ว่าปัจจัยที่หามานี้ยังอาจไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพจิตได้ครอบคลุม จึงควรมีการหาตัวแปรใหม่ๆมาหาความสัมพันธ์ให้มากขึ้นต่อไป เพื่อจะนำรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมาใช้ต่อไป ส่วนตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นตัวแปรที่ถือได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเชื่อต่อการรักษาอยู่จึงทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่คลินิกจิตเวชตามนัด แม้ว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตจะไม่เพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ถือได้ว่าผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นต่อไป

6. การพยากรณ์ตัวแปรทำนายร่วมพบว่าทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตทั้งสิ้น ดังนั้นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นสามารถนำแนวคิดทั้งสามไปใช้ได้ และควรนำแนวคิดต่างๆ ไปประยุกต์เป็นเครื่องมือหรือนวัตกรรมในการให้การพยาบาลที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความหวัง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตที่ดีได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญเน้นการกระตุ้นและส่งเสริมผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วยความเข้าใจ ไม่รู้สึกเป็นภาระหรือจำหน และยอมรับผู้ป่วยตามศักยภาพ ส่งเสริมและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พยาบาลควรให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวและดูแลสุขภาพมากขึ้นตามศักยภาพ หรือให้คำแนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ด้วย

ด้านการศึกษา

ควรจะมีการจัดฝึกอบรมพยาบาลในเรื่องการส่งเสริมการรับรู้ ความเชื่อ ความหวัง สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มอื่นๆ ว่ามีผลแตกต่างกันอย่างไร เพื่อจะได้นำมาศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตัวเอง เป็นต้น

ด้านบริหาร

ควรจัดนโยบายส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรมีแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความสนใจในแนวทางการดูแลดังกล่าว เพื่อจะได้เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรมีการจัดพยาบาลให้ความรู้สลับเปลี่ยนเวียนกันไปดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง

ด้านวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าทุกตัวแปรสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ แต่ได้เพียงร้อยละ 17 ดังนั้น ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเขตที่อยู่อาศัยระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในเขตเมืองใหญ่กับเขตชนบท หรือการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตพฤติกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประชากรกลุ่มวัยอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยเด็ก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้หญิง และควรมีการนำตัวแปรที่มีผลการทำนายที่ดี คือ ความหวัง ไปศึกษาทฤษฎีและแนวปฏิบัติให้ชัดเจน โดยทำเป็นงานวิจัยแบบทดลองให้มากขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กชกร สังขชาติ. (2536). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ชลบุรี : ภาควิชาการศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). คู่มือการฝึกอบรมการดูแลทางสังคมจิตใจ สำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2542). “ข้าวน่ารู้ การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี” วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 7(3): 188-190.
- กรรณิการ์ ภาวะไพบูลย์. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษม วัฒนชัย. (2543). ทำไมต้องปฏิรูประบบสุขภาพ จากจุดเริ่มต้น จนถึงวันนี้. ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- เกษณี คำจันทร์. (2546). ผลของกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความจริงต่อความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ. (2543) ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ เหมะธร และคณะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 11(1): 49-56.
- จิตสมร วุฒิพงษ์. (2543). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตนา ยูนิพันธุ์. (2534). รายงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จินห์จุกา ซัยเสนา. (2541). ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในเขตชายแดนไทย-ราชอาณาจักรกัมพูชา จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร มงคลประเสริฐ. (2548). การส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสาร สร้างเสริมสุขภาพ. ปีที่ 2, 3-4 (ก.ค – ต.ค 2548)
- เจนจิรา วรรณมานุสสัย. (2547). การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า : กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชญานิษฐ์ ปัญญาทอง. (2544). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย วัณโรค โรงพยาบาลอุดรธานี. โครงการค้นคว้าอิสระปริญญาโท สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลธิดา สิมะวงค์. (2545). การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. งานวิจัยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ครุณี เลิศปรีชา. (2545). การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. กรมสุขภาพจิต ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติ รักษาได้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ธนพร วิชชเวศคามินทร์. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. (2542). ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพร วงศ์ใหญ่. (2542). ความหวังและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูง อายุจังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตานาด โขกเกิด. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราในโรงพยาบาล ลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นิศารัตน์ เขตวรรณ. (2543) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องเปิดของลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัยนา อินทร์ประสิทธิ์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญทิศา โพธิเจริญ. (2539). แรงสนับสนุนทางสังคมกับความหวังในผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญพา ณ นคร. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญศรี นุกฤต. (2541). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุษดี ศรีคำ. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2538). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.

- ประคอง วรรณสุด.(2538). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประยูคต์ เสรีเสถียร. (2541). การศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของศูนย์ที่จังหวัดระยอง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** ฉบับที่ 43 เล่มที่ 1 ม.ค-มี.ค.
- ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.ตามหลักพุทธ
- ปริญญา โทมานะและคณะ.(2548). “ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกี่ยวพันอื่นๆ”. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 หน้า 28-37.
- ฝ่ายวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย.(2543) **สรุปการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย เรื่อง การปฏิรูประบบบริการพยาบาล : ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต**. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 13 (ก.ค-ธ.ค) : 1- 11.
- พระธรรมปิฎก. (2542). **วิธีคิดตามหลักพุทธธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม.
- พวงเพ็ญ เขียวปัญญาธิ . (2542). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช**. **กรมสุขภาพจิต**
- ไพจิตรดา ล้อสกุลทอง และคณะ.(2546). “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน”. **วารสารพจนานิตยศาสตร์** ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เม.ย-มิ.ย หน้า 3-10.
- ฟาริดา ฮิบราฮิม. (2530). การปรับตัวเพื่อสุขภาพอนามัยในผู้สูงอายุ. **วารสารผู้สูงอายุ**, 6(1), 7-12.
- มณีนรัตน์โพธิ์นิต.(2546).**การสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- มานิต ศรีสุรภานนท์. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. ตำราโครงการแพทย์เชียงใหม่ ; ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์
- มาโนช หล่อตระกูล และคณะ.(2537). อาการของกลุ่มโรคซึมเศร้าในผู้ป่วย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 39 : 68-77.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2545). **จิตเวชศาสตร์รามาชิตี**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2548).**จิตเวชศาสตร์รามาชิตี**. เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต.
- รณชัย คงสกนธ์.(2548). **ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์วินาศภัย Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)**. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์.

รังสิมันต์ สุนทร ไชยา. (2547). แนวคิดร่วมของโรคซึมเศร้าและแนวทางการบำบัด : ประสบการณ์
ในผู้สูงอายุไทยในสหรัฐอเมริกา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 18 ฉบับที่
1 ม.ค-มิ.ย.

วรรณิ ชัชวาลทิพากรและคณะ.(2543). “พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุใน
กรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท”. วารสารพัฒนาวิทยาสังคม ปีที่ 4 ฉบับที่ 3
ก.ค-ก.ย หน้า 4-13.

แววดาว ทวีชัย. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมใน
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิต
วิทยาลัยมหาวิทาลัยเชียงใหม่.

วันทา หวังเลี้ยงกลาง.(2549). การทำกลุ่มเสริมสร้างความหวังและความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
ติดเชื้อเอชไอวี. งานวิจัยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ศศิธร ดวงมัน. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิต
วิทยาลัยมหาวิทาลัยเชียงใหม่.

ศรีสุดา แซ่ลิ้ม. (2538). ศึกษาผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้าน
สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาจิตวิทยา
การศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร ปาระมะ. (2545).ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรง
พยาบาลลี จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและ
การแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทาลัยเชียงใหม่.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2540). การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพฯ :
บริษัท พชรกานต์พับลิเคชั่น จำกัด.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติ
กิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทาลัยเชียงใหม่.

ศักดิ์ดา ขำคม. (2545). การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทด้วยกระบวนการกลุ่ม. งานวิจัยของ
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สภาการพยาบาล. (2545). ขอบเขตการปฏิบัติงานของ APN และมาตรฐานบริการพยาบาลและผดุง
ครรภ์. รวบรวมโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทาลัยเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการจัดการเรียน
การสอน

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). ทฤษฎีและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมิต อาชวณิจกุล. (2543). การพัฒนาตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : บริษัทสยามบรรณ.
- สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2541). พฤติกรรมองค์กร : ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สว่างจิตต์ จันทร์. (2544). ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่อง
โรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดัน
โลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพุมล ธนาเศรษฐ์อังกูล. (2546). “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหญิง เขตอำเภอ
เมือง จังหวัดขอนแก่น”. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 26, 3
หน้า 10-19.
- สุภาพ อารีเอื้อ และคณะ. (2544). ปัจจัยบางประการ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวดี จันดีกระยอม. (2546). การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ตามการรับรู้
ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา
วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจ
วายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หยวน ห่าวบิน. (2543). การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อ
หัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2546). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรุณี ศรีนาว. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
อัมพร โอตระกูล. (2538). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : น้าอักษรการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Aili, I. (2000). **Perceived information support and self-care behavior among pulmonary tuberculosis patient.** Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing. Chaing Mai University.
- American College of Chest Physicians. (2005). **In The Health Belief Model and Personal Health Behavior.** New Jersey: Charies B. Slack.
- Amy J. Schulz and Other. (2006). Psychosocial stress and social support as mediators of relationships between income, length of residence and depressive symptoms among African American woman on Detroit's eastside. **Social & Medicine** 62 510-522.
- Bandura, A. (1977). **Social learning theory.** New Jersey : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). **Social foundation of action : A social cognitive theory.** New Jersey : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy : **The exercise of control.** New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1997). **Statistical Methods for Health Care Research.** 3rd ed. (pp.270-272). Massachusette : Lippincott.
- Becker, M.H. (1974). **In The Health Belief Model and Personal Health Behavior.** New Jersey: Charies B. Slack.
- Becker, M.H. (1974). In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. **Health Education Monograph.** 2 winter: 326-473.
- Becker, M.H. et. al. (1977). The Health Belief Model and prediction of dietary Compliance: A field experiment. **Journal of Health and Social Behavior.** 18 December: 348-366.

- Becker, M.H., Drachma, R.H. and Kirsch, J.P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income population. **American Journal of Public Health**. 64 March: 205-216.
- Berker, M.H. and Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of compliance with Health and Medical care Recommendation. **Medical care**. 13 January: 10-24.
- Bibring, (1977). **Lectures in Medical Psychology : An Introduction to the Care of Patients**. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Biixen, C.E. (1998). Aging and mental health care. **Journal of Gerontological Nursing**. 14 (11), 11-14.
- Blazer & Williams. (1980). Abbreviated instrument to measure hope : Development and psychometric evaluation. **Journal of Advance Nursing**, 17, 1251-1259.
- Burgess, A.W. (1990). Mental Health Function and Dysfunction. **Psychiatric Nursing in the Hospital and the community**. 5 th ed. California : Appleton & large.
- Christine Kuehner and Cristin Buerger. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients : The role of self-esteem , response styles, and social support. **Journal of Affective Disorder** 86 205-213.
- Clare Bradley. (2000). Health beliefs and complience of cardiac patient. **Applied Nursing Research**. 5, 181-185.
- David A.F. Haaga and other. (2004). Cognitive coping skills and depression vulnerability among cigarette smokers. **Addictive Behaviors** 29,1109-1122.
- David Neubauer. (2007). **Psychiatric-Mental health nursing : Adaptation and growth**. 4th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Dudex. (1997). Health beliefs and complience of cardiac patient. **Applied Nursing Research**. 5, 181-185.
- Dufault and Martocchio. (1985). **confident yet uncertain expectation of achieving a future good**. Rehabilitation nursing. 18(3).
- Duffy, B.(1997). Using a creative teaching process. **Home Healthcare Nurse**. 15(2), 102-108.
- Eliszabeth A. Penland. (2000). Possible selves, depression and coping skills in university students. **Personality and Individual Differences** 29, 963-969.

- Farran & McCann. (1989). **Joining together : group theory and group Skills**. Sixth ed. America; Allyn & Bacon .
- Folden, S.L. (1993). **Effect of a supportive-education nursing intervention on older adult's perception of self-care after stroke**. *Rehabitation nursing*. 18(3), 162-166.
- Foot et. Al. (1990). **Organization behavior**. New Jersey : Prentice-Hall.
- Gail M. Williamson and Richard Schulz. (1992). Physical Illness and Symptoms of Depression Among Eldrely Outpatients. **Psychology and Aging** 7(3),343-351.
- Gene, V.G., and Julian, C.S. (1970). **Statistical Medthods in Education and Psychology**. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey,
- Glanz, K., and others. (2002). In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. **Health Education Monograph**. 2 winter: 326-473.
- Herth, K.A. (1990). Fortering hope in terminal ill people . **Journal of Advance Nursing**, 15,1250-1259.
- Herth, K.A. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal**, 5(1), 39-51.
- Herth, K.A. (1992). Abbreviated instrument to measure hope : Development and psychometric evaluation. **Journal of Advance Nursing**, 17, 1251-1259.
- Herth, K.A. (1993). Hope in older adults in community and institution settings. **Issues in Mental Health Nursing**, 14, 139-156.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). **Self – care nursing : Promotion of health (2nd ed.)**. Norwalk : Appleton & Lange.
- Hogstel, M.O. (1994). **Nursing care of the older adult**.(3th ed) . New York : Delmer.
- Jacobson. (1999). Causal uncertainty's role in the relationship between reassurance-seeking and depression. **Psychological Inquiry**, 10, 288-290.
- Johnson, B.S. (1997). **Psychiatric-Mental health nursing : Adaptation and growth**. 4th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Johnson DW, Johnson FP.(1997). **Joining together : group theory and group Skills**. Sixth ed. America; Allyn & Bacon .
- Kadam, U.T., Croft, P., McLeod, J., and Hutchinson, M.A. (2001). Qualitative study of patients' views on anxiety and depression. **British Journal of General Practice**. 51 (466) : 375-380.

- Kison, C. (1992). Health beliefs and compliance of cardiac patient. **Applied Nursing Research**. 5, 181-185.
- Kolb, D.A. (1995). **Organization behavior**. New Jersey : Prentice-Hall.
- Kolb DA, Robin IM, Osland JS. (1997).**Organizational behavior : an experiential approach**. Fifth Ed. Englewood : Prentice hall ; 1997
- Kim. (1991). Health behavior and health education : San Francisco review. **AAOHN Journal**. 39, 21-24.
- Lawrence A. Palinkas and other. (2004). **Social support and depressed mood in isolated and confined environments**. Acta Astronautica 54 639-647.
- Lisa S. Meredith, and others. (2007). **Psychiatric-Mental health nursing : Adaptation and growth**. 4th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- McGee. (1984). **Essentials of gerontology nursing : Adaptation to the aging process**. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Melanie Klein. (1960). **Therapeutic techniques for children**. New Jersey : Prentice-Hall.
- Miller, C.A. (1995). **Nursing care of older adult : Theory and practice** (2nd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Miller, J.F. (1991). **Inspiring hope**. In **J.F. Miller (Ed.), Coping with chronic illness : Overcoming Powerlessness** (2nd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.
- Nantawon Suwonnaroop. (2002). "The Effect of Social Support, Perceived Health Status, and Personal factors on Health-Promoting Behaviors among American Older Adults." **Thai J Nurs Res**. April-June 2002.
- Nemcek. (1990). In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. **Health Education Monograph**. 2 winter: 326-473.
- Orem, D.F.(1991). **Nursing concepts of practice** (4th ed.). St. Louis : Mosby.
- Orem, D.F., Taylor, S.G., & Renpenning, K.M. (1995). **Nursing concepts of practice**(5th ed.). St. Louis : Mosby.
- Otto Kernberg. (1939). **Psychoanalytic psychotherapy known as Transference-Focused Psychotherapy (TFP)**. St. Louis : Mosby.

- Patricia E. Murphy and Other. (2000). The Relation of Religious Belief and Practices, Depression, and Hopelessness in Persons With Clinical Depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 68(6), 1102-1106
- Rosenstock, I.M. (1990). Health behavior and health education : San Francisco review. **AAOHN Journal**. 39, 21-24.
- Rudi De Raedt and other. (2005). Self-esteem and depression revisited : Implicit positive self-esteem in depressed patients?. **Behaviour Research and Therapy**. 8 August.
- Schreiber, R.(2001). Wandering in the Dark : woman's experiences with depression. *Health Care Woman International*.22(1-2): 85-98.
- Shu-Shya Heh. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese woman during the month. *International Journal of Nursing Studies* 41 573-579.
- Simson U.Perings. (2004). The Impact of ICD Discharges Attachment Styles and Social Support on Anxiety and Depression. *Journal of Psychosomatic Research* 56 581-673.
- Snyder, C.R. (1994). *The Psychology of hope*. New York : The Free Press.
- Snyder, C.R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nutring hope. **Journal of Counseling & Development**, 73, 355-360.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J., Holleren, S., Irving, L, Sigmon, S., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The Will and the ways : Development and validation of an individual – defferences measure of hope. **Journal of Personality and Social Psychology**, 60(40), 570-585.
- Staab, A.S.,& Hodges, L.C.(1996). **Essentials of gerontology nursing : Adaptation to the aging process**. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Stanley, M.,& Beare, P.G. (1995). **Gerontological nursing**. Philadelphia : F.A. Davis.
- Stephenson, C. (1991). The concepts of hope revisited for nursing. **Journal of Advanced Nursing**, 16, 1456-1461.
- Todd B. Kashdan and other. (2005). Fragile self-esteem and affective instability in posttraumatic stress disorder. **Behaviour Research and Therapy**. 17 December.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | | |
|--|---------------------------|--|
| 1. อาจารย์กาญจนา เลิศถาวรธรรม | พยาบาลวิชาชีพ 8 | วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี ราชบุรี 84/21 ถนน
คณาทร ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง
จังหวัดราชบุรี 70000 |
| 2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์
ณรงค์ มณีทอง | รองศาสตราจารย์
ระดับ 9 | คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110 ถ. อินทวิโรธ
อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50200 |
| 3. อาจารย์สาวณะ พบสุข | พยาบาลวิชาชีพ 8 | โรงพยาบาลราชบุรี ถนนสมบรมณ์กุล
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(ประกอบ กรรณสูต, 2538)

$$r = \frac{N\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{\{N\sum x^2 - (\sum x)^2\} \{N\sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X และ Y

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

X = คะแนนของตัวแปร X

$\sum x^2$ = ผลรวมของตัวแปร X แต่ละคะแนนยกกำลังสอง

y = คะแนนของตัวแปร Y

$\sum y^2$ = ผลรวมของตัวแปร Y แต่ละคะแนนยกกำลังสอง

2. การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ โดยใช้สูตร ดังนี้ (Gene and Julian, 1970: 186-191)

$$R = \frac{SS_{rxy}}{SS_t}$$

เมื่อ r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 SS_{rxy} = ความแปรปรวนของตัวแปรเกณฑ์ที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรพยากรณ์
 SS_t = ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์



ภาคผนวก ค

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ผู้วิจัย นางสาวอังคณา หมอนทอง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 84/21 ถนนคณาธร อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000
โทรศัพท์ที่ทำงาน 032-314603 โทรสาร 032-314605
โทรศัพท์มือถือ 085-3076546
E-mail : angkana_montong@yahoo.com
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
 - 4.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 4.3 เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะรบกวนเวลาประมาณ 30 นาที กับผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม
 - 4.4 ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้
 - 5.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และแพทย์อนุญาตให้ตอบแบบสอบถามได้ ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลเพชรบุรี โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ผู้วิจัยขอพบหัวหน้าแผนกคลินิกจิตเวช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 5.2 แบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความหวัง

6. หากผู้ที่เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวอังคณา หมอนทอง หมายเลขโทรศัพท์ 085-3076546 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
7. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือหากมีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น ผู้วิจัยจะประเมินสภาพให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อแพทย์ผู้ดูแลต่อไป
8. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
9. จำนวนผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ 200 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อ โครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอังคณา หมอนทอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบผลดี และความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้นซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆซึ่งข้าพเจ้าได้รับ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้

.....
สถานที่/วันที่ (.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/วันที่ (นางสาวอังคณา หมอนทอง)
ผู้วิจัยหลัก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่			
--------	--	--	--

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเติมข้อความในช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ

 หญิง ชาย

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี

3. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี

4. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

 ระดับสูงกว่าปริญญาตรี ระดับอนุปริญญา ระดับมัธยมศึกษา ระดับประถมศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์การกระทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลงมือกระทำด้วยตนเองเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ความพอใจในการดำรงชีวิตและบรรเทาจากความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ คำตอบของท่าน ไม่มีถูกหรือผิด จึงขอให้ท่านตอบ โดยคำนึงถึงการกระทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่เป็นจริงมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ประจำ หมายถึงกิจกรรมนั้นท่านกระทำเป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
 บ่อยครั้ง หมายถึงกิจกรรมนั้นท่านทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวันหรือเป็นครั้งคราว
 บางครั้ง หมายถึงกิจกรรมนั้นท่านทำเป็นบางครั้ง เว้นระยะไปนานจึงจะทำสักครั้ง
 เกือบหรือไม่เคยทำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านแทบจะไม่เคยทำ หรือไม่เคยทำเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	เกือบหรือไม่ เคยทำ
การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง				
1. ท่านบอกได้ถึงพฤติกรรมของตนเองที่เกิดจากโรคซึมเศร้า				
2. ท่านสำรวจได้ว่าตนเองมีความคิดไปในทางบวกหรือทางลบมากกว่าในแต่ละวัน				
3. ท่านสำรวจความรู้สึกของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้				
4. ท่านมีความพึงพอใจการเป็นตัวของตัวเองในการตัดสินใจต่อเรื่องต่างๆ				
5. ท่านค้นหาจุดด้อยเพื่อการปรับปรุงแก้ไขได้				
6. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสามารถหรือความดีของตนเอง				

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์ในความเข้าใจ หรือความตระหนักของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพและการรักษา อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประ โยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประ โยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นค่อนข้างมาก
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประ โยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประ โยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉยๆ หรือไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน</u>				
1.ผู้ป่วย โรคซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงต่อกลับเป็นโรคซ้ำหากได้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง				
2.ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าอาจเกิดอาการแทรกซ้อนทางกายได้ เช่น โรคกระเพาะ				
3.ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าอาจเกิดภาวะไม่สุขสบายต่างๆจากผลข้างเคียงของยารักษา				

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นค่อนข้างมาก
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

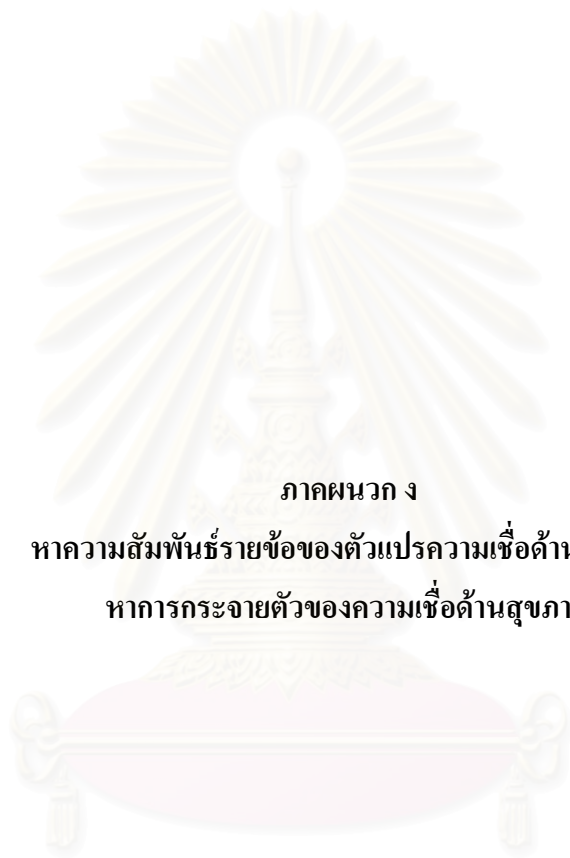
ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เฉยๆ หรือไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1. ฉันทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความสามารถของตนเอง				
2. ฉันรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ในระดับที่แตกต่างกัน				
3. กิจกรรมบางอย่างที่ยากเกินความสามารถฉันยอมรับว่าฉันทำไม่ได้				
4. ฉันมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง				
5. ฉันมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง				
6. ฉันมีความมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์				
7. ฉันสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาได้				
8. ฉันสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้หลายวิธี				
9. ฉันมีวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้				

ส่วนที่ 5 แบบวัดความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความตั้งใจและการคิดหาแนวทางที่จะไปให้ถึงเป้าหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นค่อนข้างมาก
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉยๆ หรือไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1.ฉันมีความตั้งใจจะดูแลตนเองให้หายจากโรคซึมเศร้า				
2.ฉันจะพยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นก่อน				
3.ฉันคิดว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต				
4.ฉันควบคุมตนเองรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้				
5.ฉันสามารถศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ				
6.ฉันหาทางออกกับปัญหาหนึ่งๆได้หลายแนวทาง				
7.ฉันหาวิธีการแก้ไขปัญหาคด้วยเหตุผล				
8.ฉันยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นตามสภาพเป็นจริงได้				



ภาคผนวก ง

หาความสัมพันธ์รายข้อของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ

หาการกระจายตัวของความเชื่อด้านสุขภาพ

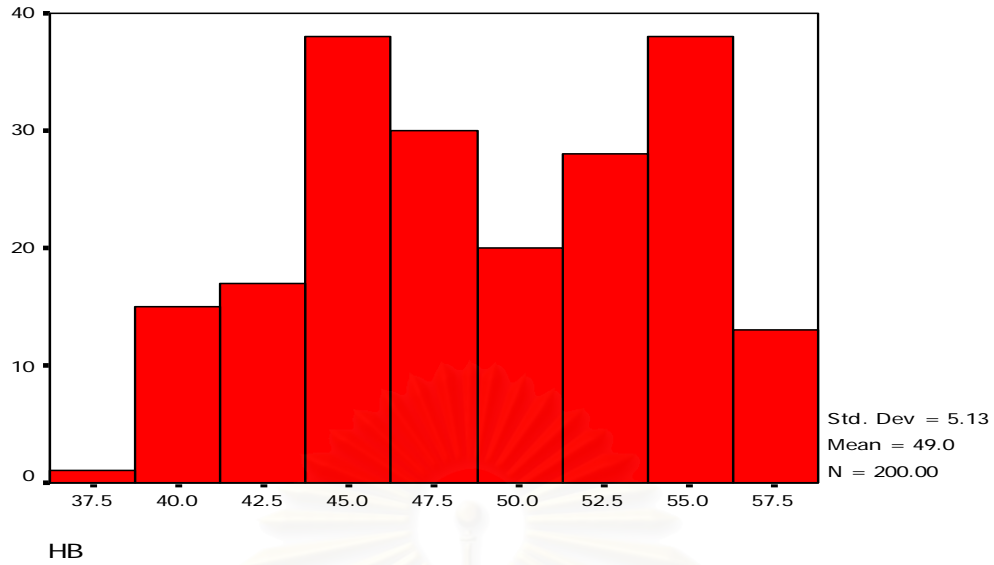
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ค่า Corrected Item Total Correlation ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

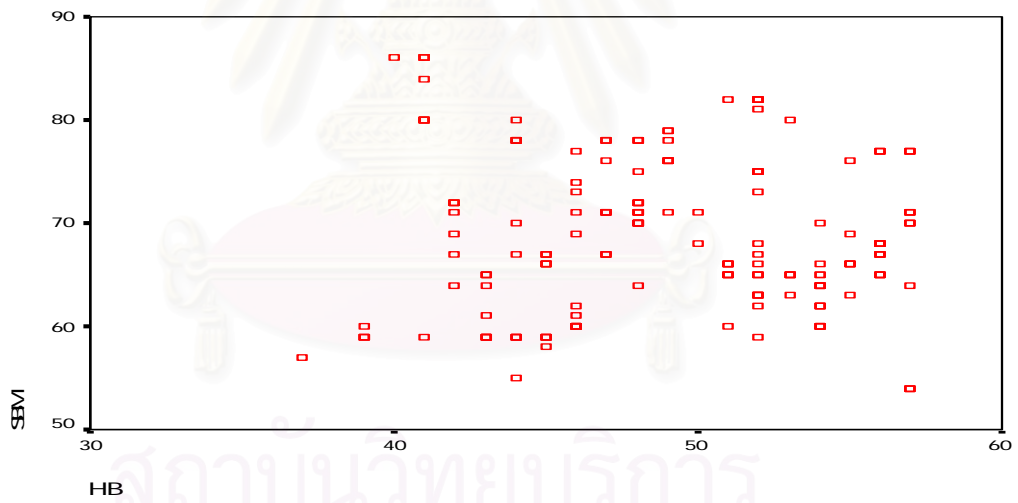
ข้อที่ 1 เท่ากับ	.64
ข้อที่ 2 เท่ากับ	.52
ข้อที่ 3 เท่ากับ	.61
ข้อที่ 4 เท่ากับ	.88
ข้อที่ 5 เท่ากับ	.92
ข้อที่ 6 เท่ากับ	.67
ข้อที่ 7 เท่ากับ	.62
ข้อที่ 8 เท่ากับ	.58
ข้อที่ 9 เท่ากับ	.94
ข้อที่ 10 เท่ากับ	1.12
ข้อที่ 11 เท่ากับ	.98
ข้อที่ 12 เท่ากับ	.67
ข้อที่ 13 เท่ากับ	.58
ข้อที่ 14 เท่ากับ	.58
ข้อที่ 15 เท่ากับ	.56



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1 ภาพ Histogram ของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 2 ภาพการกระจายตัวของความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอังคณา หมอนทอง เกิดเมื่อวันที่ 09 พฤษภาคม 2521 ที่อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรีสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาจากโรงเรียนวัดราษฎร์สมานฉันท์ มัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนนารีวิทยา มัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนราชโบริกานุเคราะห์ จากนั้นเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี และเข้ารับการศึกษาคู่หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2547

ปัจจุบันเป็นอาจารย์ในภาควิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย