

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ
การปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดู
โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร



นางบุญสม กองนิล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1130-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, HEALTH PERCEPTION,
NEGATIVE AUTONOMOUS THINKING, SOCIAL ADJUSTMENT,
AND DEPRESSION IN MENOPAUSE WOMAN,
GOVERMENTAL HOSPITALS,
BANGKOK METROPOLIS



Mrs. Boonsom Kongnin

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing
ChulalongKorn University
Academic Year 2002
ISBN 974-17-1130-1

โดย

หญิงวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร
นางบุญสม กองนิล

สาขาวิชา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโทบริหารบัณฑิต



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

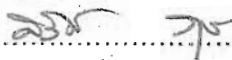
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)



.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุขิวะ)

บุญสม กองนิล : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดูโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, HEALTH PERCEPTION, NEGATIVE AUTONOMOUS THINKING, SOCIAL ADJUSTMENT, AND DEPRESSION IN MENOPAUSAL WOMEN, GOVERMENTAL HOSPITAL, BANGKOK METROPOLIS) อาจารย์ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุวัชรวิชัย, 110 หน้า. ISBN 974-17-1130-1

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือหญิงวัยหมดระดูโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานครได้จากการสุ่มแบบอนุปฏิบัติการณ์ จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความซึมเศร้า แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และแบบประเมินการปรับตัวทางสังคม ซึ่งได้ผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความไม่เพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมาก ส่วนการไม่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำและความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความซึมเศร้า ($r = .222, .288, .655$ ตามลำดับ) กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ และการปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง กับความซึมเศร้า ($r = .212, .288, .305$ และ $.670$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช...
ปีการศึกษา 2545.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

437 75705 36 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING .

KEY WORD: DEPRESSION / MENOPAUSAL WOMEN / HEALTH PERCEPTION / NEGATIVE AUTONOMOUS THINKING/ SOCIAL ADJUSTMENT

BOONSOM KONGNIN: RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, HEALTH PERCEPTION, NEGATIVE AUTONOMOUS THINKING, SOCIAL ADJUSTMENT, AND DEPRESSION IN MENOPAUSAL WOMEN, GOVERNMENTAL HOSPITALS, BANGKOK METROPOLIS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUERBOONTAVATCHAI, Ph.D.98 pp. ISBN 974-17-1130-1

The purposes of this research were to study relationships between personal factors, health perception, negative autonomous thinking, social adjustment, and depression. The subjects consisted of 130 menopausal women in governmental hospitals Bangkok metropolis by accidental sampling. The instruments were personal data form, health perception questionnaire, depression test, negative autonomous thinking test, social adjustment test which had been tested for validity and reliability. Statistical methods used to analyze data included mean, standard deviation and Pearson's product correlation

Major findings were as follows:

1. The inadequated income, Non depressive person in family, Negative autonomous thinking were positive significantly related to depression in menopausal women ($r = .222, .288, .655,)$ at .05 level.
2. The adequated income, Depressive person in family, health perception, and social adjustment were negative significantly related to depression in menopausal women ($r = -.212, -.288, -.305, -.670)$ at .05 level.



Field of study: Mental Health and Psychiatric Nursing

Student's signature

Boonsom Kongnin

Academic year 2002.....

Advisor's signature

Oraphun Luerboontavatchai

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรวณ ลีอนุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า เพื่อให้คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อคิดเห็น และตรวจแก้ไข ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจอย่างดียิ่งเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ท่านประธานในการสอบที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ และตรวจสอบแก้ไข อาจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษาในเรื่องสถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนถ่ายทอดประสบการณ์ต่างๆ

ขอขอบพระคุณ คุณเอี่ยมเดือน เนตรเขม ที่ให้ใช้ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และคุณমনทกานต์ สุนปาน ที่ให้ใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อสร้อย คงสมลาภ คุณเบญจรงค์ เด็กหญิงเบญจมาภรณ์ กองนิล ผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและเป็นกำลังใจมาตลอด อีกทั้งความช่วยเหลือและกำลังใจจากคุณ บุญสืบ คงสมพจน์ รวมทั้งเพื่อนๆ รุ่นพี่ รุ่นน้องบัณฑิตศึกษาทุกท่านที่ทำให้ผู้เขียนมีกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้

บุญสม กองนิล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า.....	9
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า	
ปัจจัยส่วนบุคคล.....	14
การรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	17
ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ.....	23
การปรับตัวทางสังคม.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับหญิงวัยหมดระดู.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
ประชากร.....	56
กลุ่มตัวอย่าง.....	56

บทที่	สารบัญ (ต่อ)	หน้า
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	61
	การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง.....	2
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	2
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	71
	รายการอ้างอิง.....	84
	ภาคผนวก.....	91
	ภาคผนวก ก. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	91
	ภาคผนวก ข.....	92
	ภาคผนวก ค.....	103
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	105

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว.....	65
2. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความซึมเศร้า.....	71
3. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละของคะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ต่ำสุด ของความซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคมของหญิงวัยหมดระดู.....	72
4. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคมกับความซึมเศร้า.....	76

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกว่าในปี พ.ศ. 2560 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542) ในอเมริกา โรคซึมเศร้ายากลายเป็นปัญหาสาธารณสุขร้ายแรง ส่งผลกระทบต่อประชาชนอเมริกัน 16 ล้านคนในแต่ละปี เสียค่าใช้จ่ายของประเทศ 44 พันล้านเหรียญดอลลาร์ จากการรายงานของผู้ให้บริการบำบัดทาง Primary care พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาในนั้นมีจำนวนเทียบได้กับผู้เป็นหวัด (Henderson and Pollard, 1995 cited in Berber and Charlie, 1998; Greenberg et al., 1993) ค่ารักษาโรคซึมเศร้ามียาแพง Rush man and Rossen(1993) ชี้แจงว่าค่ารักษาที่สูงนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าจะเลยต่อสุขภาพ การนอนหลับ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารอาการทางกายที่มีปัญหาจากสุขภาพจิต คือ เหตุการณ์ที่ทำให้แพทย์เพิ่มความถี่ของการให้บริการเพิ่มมากขึ้น และต้องคิดเงินค่ายาและสำหรับค่าการตรวจวินิจฉัยโรคสูง Eisenber (1992) ประเมินว่าในปี 1989 แพทย์มากกว่า 7.5 ล้านคน มีประสบการณ์ในการฝึกหัดในเรื่องทั่วไปสำหรับวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Hughes – hammer et al., 1998)

แนวโน้มผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทยมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี 2539-2543 มีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า 37,755 44,755 47,313 50,302 และ 50,051 คน ตามลำดับ มีจำนวนมากเป็นอันดับ 3 รองจากโรคจิตและโรควิตกกังวล เมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ติดสารเสพติด จำนวน 33,979 36,116 38,775 40,274 และ 45,176 คน โรคลมชักจำนวน 35,141 38,357 36,204 33,501 และ 27,972 คน และปัญญาอ่อน 18,278 16,505 19,886 23,251 21,545 คน จะเห็นว่าสถิติ ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีจำนวนมากกว่า (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2543)

จากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540 – 2544) รัฐบาลได้บรรจุแผนงานพัฒนาอนามัยสตรีหลังวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นวัยที่มีการสิ้นสุดของระดูอย่างถาวรเนื่องจากรังไข่หยุดการทำงาน เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระวิทยาของร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติ เกิดขึ้นเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนที่จำเป็นของเพศหญิง โดยเฉพาะเอสโตรเจน มีผลกระทบต่ออวัยวะในระบบต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ได้แก่ อากาศทางจิตประสาท ทางระบบหลอดเลือดและประสาท

ควบคุม ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูก ระบบผิวหนัง ระบบปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นส่งเสริมอีกคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม ในด้านอายุของผู้หมดระดูอยู่ในช่วง 45-59 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6.15 ของประชากร (3,797,702 ต่อ 61,737,000 ในปี 2540) ซึ่งคาดว่าปี 2553 จะมีประชากรวัยหมดระดูเพิ่มขึ้นเป็น 6.4 ล้านคน จากความเจริญด้านสาธารณสุขทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น อายุไขเฉลี่ยของคนไทยปัจจุบันเท่ากับ 71.74 ปี คาดว่าในปี 2558 - 2563 อายุไขเฉลี่ยของคนไทยจะสูงขึ้นเป็น 74 ปี จะเห็นได้ว่าหญิงที่หมดระดูจะต้องมีอายุยืนยาวไปอีกประมาณ 25 ปี คิดเป็นเวลา 1 ใน 3 ของช่วงชีวิตซึ่งเป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบหลายบทบาทหน้าที่ได้แก่ผู้บริหารงานระดับสูงในหน่วยงาน ภรรยา มารดาผู้ดูแลบุตรในวัยเรียน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ หากเกิดผลกระทบต่อหญิงวัยดังกล่าวจะเกิดผลเสียต่อบุคคลอีกหลายกลุ่มในสังคม

ความซึมเศร้าของหญิงวัยหมดระดูเกิดขึ้นได้มาก จากการศึกษาของ กัลยา แซ่เอี้ยว (2539) พบว่ามีความชุกของอารมณ์เศร้าในสตรีที่มาใช้บริการคลินิกวัยหมดระดูโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ 31 และเมื่อแยกตามระยะเวลาของการหมดระดูพบว่า กลุ่มก่อนหมดระดูมีอัตราการเกิดอารมณ์เศัรร้อยละ 27 กลุ่มใกล้หมดระดูร้อยละ 26.8 กลุ่มหลังหมดระดูร้อยละ 31.1 จากการศึกษาของกองอนามัย กรมอนามัยปี 2537 พบว่า หญิงวัยหมดระดูร้อยละ 27-53 เคยมีอาการซึมเศร้า ในกลุ่มที่หมดระดูไปแล้ว 12 เดือนหรือ post menopause มีอาการซึมเศร้าไม่มีปัญหาร้อยละ 23.2 มีอาการมีปัญหาร้อยละ 7.8 และหะทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย (2540) กล่าวว่าอาการทางจิตใจที่พบในหญิงวัยหมดระดูได้แก่ ซึมเศร้า หงุดหงิด กังวลใจ ห้วนไห้วง่าย ความจำเสื่อม ไม่มีสติ อ่อนเพลี เปื่อหน่ายในการดำรงชีวิต ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และความต้องการทางเพศลดลง

จากการศึกษาโรคซึมเศัรรุนแรง (Major depressive disorder,) โรคซึมเศัรรู้รัง (Dysthymia) และภาวะซึมเศัรร่า (Depression) มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมหน้าที่และอาการของโรครู้รัง (Jacobson, and Jacobson, 1996) จากอัตราการเสียชีวิต สังคม เศรษฐกิจและสุขภาพ ทำให้โรคซึมเศัรร่ามีความสำคัญเทียบได้ หรือมากกว่าโรครู้รัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอด กระเพาะลำไส้ และข้ออักเสบ ใช้เวลาครองเตียงมากกว่าโรคที่กล่าวมายกเว้นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยซึมเศัรร่าจะมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้น 5 เท่า (Cutter, and Marcus, 1999)

การศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชพบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศัรร่าในหญิงวัยหมดระดูมักเนื่องมาจาก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศัรร่าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบกับการปรับตัวทางสังคม (Townsend, 1998; Warren, 1994; Pettijohn, 1998) โดยอธิบายไว้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระดับการศึกษาพบเป็นปกติในผู้มีการศึกษาน้อย รายได้ระดับของรายได้ที่ต่ำมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับอาการซึมเศร้า สถานภาพสมรส พบเป็นปกติในผู้ไม่ได้แต่งงาน ผู้อาศัยอยู่คนเดียวได้แก่คนโสด ผู้ประสบปัญหาในชีวิตสมรสได้แก่ผู้ที่แยกกันอยู่หย่าร้างและเป็นหม้าย (Salokangas, and Poatanen, 1998) กลุ่มหญิงที่ใช้แรงงานจะเกิดอารมณ์เศร้ามากกว่าชนชั้นกลาง ในผู้ยากจนเศรษฐกิจที่บีบรัดทำให้เกิดความเครียด ความทุกข์ ขาดความผ่อนคลาย และขาดความสะดวกสบาย มีหนี้สินก่อให้เกิดความเครียด (วาริรัตน์ หอมโกศล, 2536) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว จากทฤษฎีพันธุกรรมเชื่อว่ามียีนส์อย่างน้อย 1 ตัวบนโครโมโซมคู่ที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า (Beck et al., 1984 อ้างใน วาริรัตน์ หอมโกศล, 2536) ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5-3 เท่า บิดาหรือมารดาเป็นโรค บุตรมีโอกาสป่วยเป็นโรคด้วยอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า ถ้าเป็นทั้งบิดามารดา บุตรมีโอกาสเป็น 4 เท่า คู่แฝดจากไข่ใบเดียวกันคนหนึ่งเป็น อีกคนเป็นด้วยร้อยละ 54 คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคร้อยละ 24

การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าในผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีนั้นจะมีระดับของภาวะซึมเศร้าที่ต่ำลง (Burns R. et al., 1995)

ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ตาม Cognitive theory (Beck, 1967; Beck, 1967 cited in Townsend, 1998) กล่าวว่าความคิดอัตโนมัติในทางลบมีผลทำให้ผู้ป่วยพิจารณาตนเอง โลกของตนเอง และอนาคตของตนเอง ในทางที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง สืบเนื่องมาจากการเรียนรู้ที่ผิดทำให้มีการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลทางเดียว สนใจเฉพาะส่วนประสบการณ์ที่เป็นลบ มีความคิดทางใดทางหนึ่งมากเกินไป มีความรับผิดชอบในส่วนที่ตนเองไม่เกี่ยวข้อง และด่วนสรุปจากข้อมูลที่ไม่เพียงพอ Nevis, et al. (1994, cited in Townsend, 1998) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้ามีจุดเด่นด้านการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลง คือมีความคิดด้านลบ เกี่ยวกับตนเองและอนาคต ยุพดี ศิริวรรณ (2544) กล่าวว่าผู้ป่วยซึมเศร้าจะมองเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ร้ายไปหมด จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง มองตนเอง สังคม อนาคตในแง่ลบ คือมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจ หรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง มองโลกและสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สำหรับการปรับตัวทางสังคม ถือว่ามีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จาก Learn Helplessness Theory ของ Martin Selicman (1975, cited in Pettijohn, 1998) เสนอทฤษฎีที่อธิบายว่าทำไมบางคนดูราวกับว่ายอมแพ้และกลายเป็นคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ Selicman เชื่อว่าเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดแต่เป็นการตอบสนองที่ไม่มีความรู้สึกต่อผลที่เกิดขึ้น อารมณ์ของบุคคลนั้นจะมีประสบการณ์ของความวิตกกังวลและซึมเศร้า Selicman สังเกตว่าการเรียนรู้ถึงการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นปัญหาใหญ่ของการปรับตัวในสังคมของบุคคลเหล่านี้และจะสามารถพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สำคัญและก่อให้เกิดความเสียหายมากโรคหนึ่ง ซึ่งตามความเชื่อในระบบสาธารณสุขแผนใหม่ จากเดิมที่ตั้งรับผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลมาเป็นการเร่งสร้างสุขภาพเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นวิธีที่ง่าย ประหยัด และลดการสูญเสียดีกว่าการรักษาโรค ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2544 - 2549 ดังนั้นการที่เราสามารถรู้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดูและสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลก่อนที่จะมีภาวะซึมเศร้าและผู้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะต้น ๆ ก่อนที่จะมีอาการของโรคที่รุนแรง จึงถือว่ามีประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในหญิงวัยดังกล่าวเป็นอย่างดีทางหนึ่งประกอบกับยังไม่เคยมีผู้ใดศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ข้างต้นไว้ ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรที่จะทำวิจัยในเรื่องดังกล่าว

ปัญหาการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การปรับตัวทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดู

แนวเหตุผลสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า จากการศึกษายี่สิบสี่สำหรับภาวะซึมเศร้าในการดูแลเบื้องต้นพบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้เป็นปกติในผู้ที่มีการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างสูงกับผู้ไม่ได้แต่งงาน ผู้อาศัยอยู่คนเดียว ผู้มีปัญหาในชีวิตสมรส และระดับของรายได้ที่ต่ำ (Salokangas and Poutanen, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hough, et al. (1999) ที่พบว่าอายุและสถานภาพสมรสเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้สูงเป็นอันดับ 3 และ 4 การศึกษาเรื่องประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในคลินิกและในชุมชนกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 - 44 ปี กลุ่มที่ 1 เป็นหญิงในชุมชนจำนวน 54 คนที่เคยเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อ 1 ปีก่อน กลุ่มที่ 2 เป็นหญิงที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในคลินิกจำนวน 41 คน และหญิงในชุมชนที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อ 1 ปีก่อนจำนวน 37 คน บิดามารดา พี่และน้องของกลุ่มตัวอย่าง

จะถูกประเมินโดยวิธีหาปริมาณ และวิธีประเมินประวัติครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีคะแนนของประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของครอบครัวที่สูงกว่าอีก 2 กลุ่ม (Sullivan et al., 1996)

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับภาวะซึมเศร้านั้น จากการศึกษาเรื่องผลกระทบที่ต่อเนื่องของการจัดการผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทหารผ่านศึกสูงอายุ พบว่าหลังจาก 1 ปีผ่านไปกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลสม่ำเสมอ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ใช้น้ำน้อยลง ทำกิจกรรมทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตสูง และการปรับปรุงด้านจิตใจสูง (Burns R. et al., 1995)

จากการศึกษาในบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้านั้นมักมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านลบ คือ เมื่อมีความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นก็จะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบเพิ่มสูงขึ้น ดังเช่นในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (เอ็อมเคือน เนตรแวม, 2541) ในวัยรุ่นตอนปลายพบว่าภาวะซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติด้านลบยิ่งเพิ่มความรุนแรงของเนื้อหามากขึ้น (ลัดดา แสนสีหา, 2536) การศึกษาเรื่องการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและหน้าที่ของจิตสังคม ทดสอบทฤษฎี การรับรู้ของเบค พบว่าคะแนนการมองตนเอง โลก และอนาคตในด้านลบจากต่ำไปสูงเรียงตามลำดับได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้าเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกที่เคยนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล และผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Zuasniewski, and Ru Rong, 1999) นอกจากนี้จากการศึกษาเรื่องความคิดด้านลบก่อให้เกิดผล จากความสำนึกในคุณค่าแห่งตนบนอาการซึมเศร้าในหญิงวิทยาลัย พบว่าร้อยละ 35 มีอาการซึมเศร้าระดับสูง ความคิดในด้านลบเป็นสื่อกลางของความสัมพันธ์ระหว่างความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและอาการซึมเศร้า (Penden, 2000)

จากการศึกษาการปรับตัวของบุคคลในภาวะซึมเศร้า พบว่ามีการปรับตัวทางสังคมที่ต่ำกว่าคนปกติ จากการศึกษาการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมในหญิงก่อนมีระดูที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ก่อนและหลังการรักษาด้วยยา Sertraline หรือ Placebo พบว่า การปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้นตามแบบวัดการปรับตัวของ Weissman (1971) มีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (Pearlstein et al., 2000) และนอกจากนี้จากการศึกษาเรื่องการปรับตัวทางสังคมและการนับถือตนเองในการหายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์แบบขั้วเดียว (unipolar disorder) และแบบสองขั้ว (bipolar disorder) การศึกษาก่อนศึกษาที่ควบคุมพบว่าการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สูง (Shapira et al., 1999)

อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้า ได้แก่ ผู้มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความซึมเศร้าที่สูงซึ่งเป็นความสัมพันธ์เช่นเดียวกับรายได้ สำหรับการหย่าร้าง การเสียชีวิต

ของผู้เป็นที่รัก การสูญเสียคู่ครองก่อนเกิดโรค ความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นขาดการปรับตัวของวัยกลางคนในด้านชีวิตสมรสก่อให้เกิดความเครียดที่สูง พันธุกรรมก็มีอิทธิพลทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในครอบครัวผู้เป็นโรคมามากกว่าครอบครัวปกติ การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีทำให้มีระดับของความเครียดลดลง ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ได้แก่การรับรู้ที่ไม่เหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงต่อสิ่งแวดล้อม ต่อตนเอง และต่ออนาคต ก่อให้เกิดความเครียดเช่นเดียวกับในผู้ที่เรียนรู้อยู่เสมอว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ไม่สามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ ก่อให้เกิดความสิ้นหวัง มีความเครียด มีความคิดที่จะอยู่เฉยๆ ไม่ปรับตัวต่อบทบาทและสิ่งแวดล้อมที่ตึงเครียดนั้น

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรสที่ต้องอยู่คนเดียวได้แก่โสด ม่าย หรือหย่าร้าง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด
2. ผู้มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด
4. ผู้มีความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด
5. การปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม กับความเครียดของหญิงวัยหมดระดูที่มาตรวจ ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

1. ประชากร คือ หญิงไทยวัยหมดระดูที่มารับการตรวจที่คลินิกวัยหมดระดู แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงไทยวัยหมดระดูที่มารับการตรวจที่คลินิกวัยหมดระดูแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียดในหญิงวัยหมดระดู

ตัวแปรต้น ได้แก่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้

สถานภาพสมรส และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

3. ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

4. การปรับตัวทางสังคม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1.ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนชั้นปีที่ได้รับการศึกษาอย่างเป็นทางการ

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่หญิงวัยหมดระดูได้รับต่อเดือนเป็นบาท

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย และญาติอื่นๆ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออก ถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของหญิงวัยหมดระดูต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนในปัจจุบันว่า อยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยเพียงใด ครอบคลุมใน 4 ด้านคือ การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ความคิดอัตโนมัติในทางลบ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตที่ไม่เหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริง มองตนเองไม่มีคุณค่า คิดว่าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้ ไม่มีความสุข เป็นความคิดที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม

การปรับตัวทางสังคม หมายถึงการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับสิ่งแวดล้อมภายนอก และความคาดหวังของสังคมปกติ เพื่อให้บุคคลคงสภาวะสมดุล ลดความตึงเครียด ความไม่พอใจ และการไม่มีความสุข ความวิตกกังวล ประกอบด้วยการปรับตัว 3 ด้านได้แก่ การปรับตัวด้านการทำงาน ด้านการใช้เวลาว่าง และด้านความสัมพันธ์กับญาติหรือเพื่อน

ความซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของวัยหมดระดูที่ไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน ความผิดปกติของแรงจูงใจได้แก่เบื่อหน่าย ความสนใจสิ่งต่างๆลดน้อยลง ความผิดปกติด้านร่างกายได้แก่เบื่ออาหารน้ำหนักตัวลด หรือรับประทานอาหารจุน้ำหนักตัวเพิ่ม นอนไม่หลับหรือหลับมากผิดปกติ การเคลื่อนไหวช้าหรือพุงพลา น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และความผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกไร้ค่า สมาธิเสีย อาจมีความคิดอยากตาย มีอาการในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

วัยหมดระดู หมายถึง หญิงที่มารับบริการที่คลินิกหญิงวัยหมดระดูซึ่งอยู่ในวัยสิ้นสุดการมีระดูอย่างถาวร เนื่องจากรังไข่หยุดการทำงาน มีการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน มีผลต่ออวัยวะในระบบต่างๆทั่วร่างกาย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม ทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า
2. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดูและวัยอื่นๆ โดยฝึกหัดที่จะมีความคิดในด้านบวก และฝึกหัดที่จะมีความคิดในการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมเพื่อการปรับตัวที่ดี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดูโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า

1.1 ความหมายของความซึมเศร้า

1.2 อุบัติการณ์ของความซึมเศร้า

1.3 ระดับของความซึมเศร้า

1.4 ปัจจัยเหตุของความซึมเศร้า

1.4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว

1.4.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.4.3 ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

1.4.4 การปรับตัวทางสังคม

2. แนวคิดเกี่ยวกับหญิงวัยหมดระดู

2.1 ความหมายของหญิงวัยหมดระดู

2.2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อถึงวัยหมดระดู

2.3 อาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู

2.4 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับวัยหมดระดู

2.5 แนวทางในการดูแลผู้เข้าสู่วัยหมดระดู

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า

1.1 ความหมายของความซึมเศร้า

Kaplan & Sadock (1989) กล่าวถึงความซึมเศร้าว่า มีความหมายใน 3 ด้าน ได้แก่ด้านที่หนึ่ง ความซึมเศร้าหมายถึง ความรู้สึกเศร้า เสียใจ เมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ด้านที่สอง ความซึมเศร้าหมายถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกเศร้าใจ ไม่มีความสุข มีความทุกข์ทรมานจากประสบการณ์ต่างๆในแต่ละวัน ความคิดเชิงซ้ำ และ ไม่ตระหนักในตนเอง ด้านสุดท้ายความซึมเศร้าใช้เรียกชื่อโรค หรืออาการของโรคที่มีลักษณะซึมเศร้า

Stuart and Laraia (2001) กล่าวว่าความซึมเศร้าหมายถึง ความผิดปกติในลักษณะที่แสดงอาการเศร้าโศก และเสียใจอย่างมาก คำว่า ความซึมเศร้าสามารถที่จะหมายถึงปรากฏการณ์ที่หลากหลาย อาการ อาการแสดง และอาการต่างๆ ของโรค ภาวะทางอารมณ์ ปฏิกริยาตอบสนองของโรคหรืออาการทางคลินิก

Lemma (1996) กล่าวว่า ความซึมเศร้าคือ อาการทางจิตใจที่พบได้บ่อย และเป็นเรื่องปกติที่จะมองความเป็นอยู่ในด้านการสูญเสียและความผิดหวังที่เราต้องเผชิญในภาวะที่แตกต่างของช่วงชีวิต นอกจากนั้น Rippere (1994, cited in Lemma, 1996) ยังชี้ว่า เพราะคนส่วนใหญ่ผู้ซึ่งเข้ารับการบำบัดโรคซึมเศร้าในระดับต่าง ๆ การแบ่งระหว่างผู้ป่วยซึมเศร้า และไม่ซึมเศร้าเป็นเรื่องใหญ่ คำว่าความซึมเศร้าหมายถึง ปรากฏการณ์หลากหลายเริ่มจากอารมณ์ปกติที่เป็นอยู่จนถึงระยะที่มีอารมณ์รุนแรง ขณะที่คนส่วนใหญ่มีอาการเศร้าแบบอ่อน ๆ (mildly depressor) ในการตอบสนองเหตุการณ์ในชีวิตมีส่วนน้อยที่ตอบสนองกับความเศร้าที่รุนแรง การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับความอ่อนแอทางชีววิทยาและหรือจิตวิทยา ซึ่งมักได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก จุดเด่นที่สำคัญของอาการซึมเศร้าประกอบด้วยอาการทางอารมณ์ เหตุจูงใจ การรับรู้ และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นปฏิกริยาตอบโต้จากกระบวนการทางจิต

Warren (1994) กล่าวถึงความซึมเศร้าว่าหมายถึง คำที่ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างแพร่หลายคำหนึ่งในสหรัฐอเมริกาในการติดตามบทความ จุดเด่นที่จำเป็นของความซึมเศร้าคืออาการรบกวนอารมณ์ของบุคคลที่หลากหลาย ความรู้สึก และการตอบสนองทางคลินิก มีอิทธิพลต่อการทำงานประจำวัน ความซึมเศร้าในหญิงชาวอเมริกัน – ออฟริกัน จะแสดงออกเป็นความรู้สึกในด้านลบที่เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นความคิดที่ก่อความวุ่นวาย และทำให้ระดับพลังงานลดลง

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(1994,อ้างใน สมภพ เรื่องตระกูล,2541) กล่าวว่า ความซึมเศร้า คือ ลักษณะความผิดปกติของอารมณ์โดยมีอารมณ์เศร้าบ่อยๆขาดความเพลิดเพลิน ไม่มีสมาธิ สูญเสียพลังงาน มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีความหมกมุ่นและลงมือฆ่าตัวตาย

Beck (1967) กล่าวว่าความซึมเศร้ามีลักษณะคือ มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ ตีเดียวนตนเอง มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายลดน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ความซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่ความวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้คนๆนั้นมีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สรุป ความซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้าเสียใจ หรือความผิดปกติทางอารมณ์หรืออาการของโรค ที่มีอาการของความเศร้า ความผิดปกติทางอารมณ์ ความผิดปกติของเหตุจูงใจ การรับรู้ในทางที่ผิด ความคิดในด้านลบ และอาการทางกายที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้แก่เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มากขึ้นตามลำดับของความรุนแรงจากน้อยไปมาก

1.2 อุกติการณ์

ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร(2539) กล่าวว่า อุกติการณ์ของโรคซึมเศร้าชนิดชั่วเดียวในชายเท่ากับ 80-200/100,000 คน ในหญิงเท่ากับ 250-7,800/100,0008 คน

สมพร บุษราทิจ และพนม เกตุมาน (2541) กล่าวว่า โรคซึมเศร้ามีอุกติการณ์สูง การศึกษาความชุกของโรคนี้ ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ชั่วชีวิตของผู้หญิงคนหนึ่งมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ร้อยละ20 ใน12เดือน ผู้หญิงมีโอกาสเป็นโรคนี้ ร้อยละ 10 ชั่วชีวิตของผู้ชายคนหนึ่งมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ ร้อยละ 10 ในเวลา12 เดือน ผู้ชายมีโอกาสเป็นโรคนี้ ร้อยละ 5 โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรัง การศึกษาของสถาบันวิจัยสุขภาพจิตแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาพบว่า หลังจากป่วยแล้ว 2 ปี มีผู้ป่วยร้อยละ 43 หายป่วย และเป็นปกติดี มีผู้ป่วยร้อยละ 17ยังมีอาการป่วย หลังจากป่วย 5ปี มีผู้ป่วย 2ใน 3กลับมาป่วยอีก และร้อยละ 12ป่วยตลอด 5 ปี

สมภพ เรื่องตระกูล (2541) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยโรคหนึ่งในประชากรทั่วไป จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี 2560 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสอง พบว่าร้อยละ 10-25 ของผู้หญิง และร้อยละ 5-12 ของผู้ชายเป็นโรคนี้ในผู้ใหญ่พบในผู้หญิงต่อผู้ชายในอัตรา 2:1 อุกติการณ์ของโรคในคนต่างเชื้อชาติ

ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะและสถานภาพสมรสจะไม่แตกต่างกัน โรคนี้พบได้ในทุกอายุ อายุเมื่อเริ่มเป็นโรคโดยเฉลี่ยคือ 24

สรุปอุบัติการณ์ พบร้อยละ 10-20 ของประชากร โดยพบในหญิงต่อชายเท่ากับ 2 ต่อ 1

1.3 ระดับของความซึมเศร้า

Townsend (1998) กล่าวถึงระดับของความซึมเศร้าไว้ 4 ระดับดังนี้

1.3.1 ความซึมเศร้าระดับชั่วคราว อาการในระดับนี้มีระดับคงเดิมตั้งแต่ต้นจนจบไม่จำเป็นต้องมีการทำงานที่ไม่เป็นปกติ มีการเปลี่ยนแปลงคือ

- 1) อารมณ์: ความเศร้าโศกเสียใจ, เศร้าซึม, ความรู้สึกถูกกดต่ำ
- 2) พฤติกรรม: ร้องไห้บางครั้ง
- 3) การรับรู้: บางครั้งเป็นการยากที่จะตั้งใจ (mind) ออกมาจากความผิดหวัง
- 4) อาการทางกาย: รู้สึกเหนื่อยและเบื่อหน่าย

1.3.2 ความซึมเศร้าระดับไม่รุนแรงมีลักษณะสัมพันธ์กับความเสียใจที่เป็นปกติ มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. อารมณ์ :ปฏิเสธความรู้สึก, โกรธ, วิตกกังวล, รู้สึกผิด ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ลึกลับ, เสียใจ มีความท้อแท้ใจ
- 2) พฤติกรรม: ร้องไห้ตลอด การเสื่อมถอย พักผ่อนไม่ได้ กระสับกระส่าย ถดถอย
- 3) การรับรู้ : หมกมุ่นอยู่กับการสูญเสีย โทษตนเอง สองฝักสองฝ่าย โทษผู้อื่น
- 4) อาการทางกาย : ไม่อยากรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารมากกว่าปกตินอนไม่หลับหรือหลับมาก ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก และอาการอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการสูญเสีย

1.3.3 ความซึมเศร้าระดับปานกลาง

ความซึมเศร้าระดับนี้ แสดงถึงการรบกวนที่ก่อให้เกิดปัญหามากขึ้น อาการแสดงสัมพันธ์กับความผิดปกติแบบเรื้อรัง (dysthymia) มีลักษณะดังนี้

- 1) อารมณ์ : รู้สึกเสียใจ, ความโศกเศร้า, การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้, ไม่มีกำลัง ไม่มีความหวัง, เศร้าและมองโลกในแง่ร้าย การนับถือตนเองต่ำ ยากที่จะยินดีในการทำกิจกรรม

2) พฤติกรรม : เคลื่อนไหวร่างกายช้า ทำทางที่อืด พุดช้า พุดน้อย มีการใช้ความคิดเกี่ยวกับความล้มเหลวในชีวิตหรือการเสียใจ แยกตัวออกจากสังคมด้วยการสนใจตนเอง ใช้สารมากขึ้น มีพฤติกรรมเป็นอันตรายกับตนเอง สนใจในความสะดวกส่วนตัวน้อยลงและแต่งตัวน้อยลง

3) การรับรู้กระบวนการคิดล่าช้า ไม่มีสมาธิและความสนใจโดยตรงอยู่ในลักษณะหมกมุ่นและมีความคิดหลาย ๆ ครั้ง มองโลกในแง่ร้าย และวิธีการพูดเป็นในลักษณะคัดค้านมีความคิดฆ่าตัวตาย

4) อาการทางกาย เบื่ออาหารหรือรับประทานได้มากผิดปกติ นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป การนอนถูกรบกวน รอบประจำเดือนขาดหายไป สัญชาติญาณทางเพศลดน้อยลง ปวดหลัง เจ็บหน้าอก ปวดท้อง ระดับพลังงานลดลง อ่อนเพลีย และเหนื่อยหน่าย มีความรู้สึกดีในตอนเช้า ต่อมาอาการแย่ลงในตอนกลางวัน (การเปลี่ยนแปลงในกลางวัน) มีความสัมพันธ์กับระดับสารสื่อประสาทที่มีผลต่ออารมณ์และระดับของกิจกรรม

1.3.4 ความซึมเศร้าระดับรุนแรง มีลักษณะอาการที่รุนแรงกว่าภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ได้แก่โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) และ โรคซึมเศร้าแบบสองขั้ว (Bipolar disorder) มีลักษณะดังนี้

1) อารมณ์ : มีความรู้สึกสิ้นหวังโดยสิ้นเชิง ไร้ความหวัง และรู้สึกด้อยคุณค่า มีความรู้สึกเรื้อรัง (ไม่เปลี่ยนแปลง) มีความรู้สึกกว้างเปล่า เหนื่อยชา โดดเดี่ยว เสียใจ ขาดความสามารถที่จะมีความรู้สึกผลิตเพลิน

2) พฤติกรรม : ร่างกายหยุดการเคลื่อนไหว หรือรวดเร็ว กระวนกระวายใจ การเคลื่อนไหวปราศจากจุดมุ่งหมาย นั่งในท่าขัดตัว เดินช้า และแข็ง เมื่อมีการสนทนาจะมีความคิดหลงผิด ไม่รักษาความสะดวก ไม่แต่งตัว แยกตัวออกจากสังคมที่เคยเป็นอยู่

3) การรับรู้ : หลงผิดเกี่ยวกับการลงโทษ และด้านร่างกายมากที่สุด สับสนลังเล และขาดความสามารถที่จะคิด, มีหูแว่ว มีความเห็นคัดค้านตนเอง กล่าวหาตนเองและคิดฆ่าตัวตายมากกว่าปกติ

4) อาการทางกาย : ร่างกายเคลื่อนไหวช้าอย่างสมบูรณ์แบบ การย่อยอาหาร เชื่องช้า ท้องผูก กลั้นปัสสาวะ ระบุไม่มา ไร้สมรรถภาพทางเพศ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หลับยาก และตื่นเร็วมากในตอนเช้า มีความรู้สึกแย่ในตอนเช้า และดีขึ้นในตอนกลางวัน เหมือนกับความซึมเศร้าแบบปานกลาง ที่ความเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ วันขึ้นกับระดับสารสื่อประสาทที่มีผลกระทบต่ออารมณ์และกิจกรรม

Beck (1967)กล่าวถึงระดับของความซึมเศร้าไว้ว่าแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

- 1) ระดับน้อย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเศร้า มีความรู้สึกไม่สบายใจสลับไปมาตลอดวัน ขณะที่ไม่เศร้าจะรู้สึกผ่อนคลาย อารมณ์เศร้าสามารถบรรเทาได้บางส่วนหรือทั้งหมดด้วยสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น คำชมเชย เรื่องตลก เหตุการณ์ที่ส่งเสริมในทางที่ดี สิ่งที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือความสามารถของผู้ตรวจสอบเพียงเล็กน้อยก็สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยพ้นจากอารมณ์เศร้าได้ ผู้ป่วยในระดับนี้จะตอบสนองกับความเปลี่ยนแปลงของเรื่องสนุกหรือเรื่องเล่าที่ตลกอย่างเป็นปกติ
- 2) ระดับปานกลาง ความเศร้ามีเพิ่มมากขึ้นบ่อยๆ ความรู้สึกของผู้ป่วยจะไม่ชอบต่อการที่บุคคลอื่นพยายามที่จะทำให้เขามีความสุขและมีการผ่อนคลายในบางขณะ ในทุกวันจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏขึ้นบ่อย อารมณ์เศร้าจะเป็นมากตอนเช้าและดีขึ้นในตอนกลางวัน
- 3) ระดับรุนแรง ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง หรือเป็นทุกข์ ผู้ป่วยที่กระวนกระวายใจ จะกล่าวว่าเขารู้สึกกังวล ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงจะมีความรู้สึกเศร้าตลอดทั้งวัน และไม่สามารถหลุดพ้นออกจากความเศร้าได้ง่าย บุคคลที่เศร้าจะมีความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สามารถหลุดพ้นจากมันได้

Beck (1961, อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ได้สร้างเครื่องมือวัดความซึมเศร้าที่ละเอียดโดยแบ่งระดับความเศร้าเป็น 5 ระดับตามคะแนนของแบบวัดดังนี้

- คะแนน 0-9 มีความเศร้าระดับปกติ
- คะแนน 10-15 มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
- คะแนน 16-19 มีความซึมเศร้าระดับปานกลาง
- คะแนน 20-29 มีความซึมเศร้าระดับมาก
- คะแนน 30-63 มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า ก่อนที่บุคคลจะเกิดมีภาวะซึมเศร้าขึ้นนั้นย่อมมีสิ่งชักนำ หรือปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสภาวะที่บุคคลประสบอยู่ สิ่งที่เป็นองค์ประกอบของบุคคล และสภาพแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ประกอบด้วย

1.4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

- 1) **ระดับการศึกษา** Salokangas and Poutanen (1998) ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าพบเป็นปกติในผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย

Beck (1967) กล่าวว่าระดับการศึกษาคือเครื่องชี้วัดขั้นต้นในสังคม จากการศึกษาโดยใช้แบบวัด Hollingshead Scale พบว่าการศึกษาและความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ที่ผกผันกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายถึงผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีความซึมเศร้าสูง

จากการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิของแพทย์ 765 คน ในผู้ป่วย 75,000 พบว่าผู้มีการศึกษาต่ำ มีความเป็นไปได้สูงที่จะมีความซึมเศร้า (Zong , 1967 cited in Houg E.S., 1999)

2) **รายได้** Salokangas and Poutanen(1998) ศึกษาพบว่าระดับของรายได้ที่ต่ำ มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับอาการซึมเศร้า

3) **สถานภาพสมรส** โรคซึมเศร้าเกิดจากผู้มีปัญหาด้านจิตใจร้ายแรงเช่นการหย่าร้าง หรือ การเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก (สมภพ เรืองตระกูล, 2541) ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการสูญเสีย คู่ครองช่วงก่อนจะเกิดโรค (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากรณ์, 2539) จาก Object Loss Theory กล่าวว่า การหย่าร้างเป็นสาเหตุของซึมเศร้าได้ (Stuart, 2001) ความซึมเศร้าอย่างรุนแรง (melancholia) เกิดขึ้นหลังจากสูญเสียบุคคลที่รัก โดยการตาย หรือจากอารมณ์ที่ถูกปฏิเสธ หรือการสูญเสียจากการครุ่นคิดเกี่ยวกับคุณค่าแห่งตนเอง Freud แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยซึมเศร้า บุคคลที่สูญเสีย จะระบุเกี่ยวกับตัวตนของตัวเอง (ego) โดยกระบวนการรวบรวมหรือ ความขัดแย้ง และความรู้สึกของความ เป็นศัตรูรู้สึกได้โดยการปฏิเสธต่อต้านตนเอง (Mendelson, 1982 cited in Townsend, 1996) Freud เชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะมีประสบการณ์ของความเศร้าอย่างรุนแรง ในความ ขัดแย้งในความรักความสูญเสียทำให้บุคคลรู้สึกเป็นศัตรูกับตัวเอง มีความรู้สึกต่อต้านตนเอง Freud (1917 cited in Townsend, 1998) กล่าวว่า อุบัติการณ์สูงสุดของอาการซึมเศร้าเกิดจากความ โศกเศร้าจากการสูญเสียคู่ชีวิต (Townsend, 1998)

ความทุกข์โศกจากการสูญเสียชีวิตของชายและหญิงมักแตกต่างกัน หญิงจะปล่อยวางได้ดีกว่า ในเวลาเดียวกัน ผู้ชายมักไม่ค่อยแสดงความโศกเศร้าออกมาจนออกหน้า และยอมรับความจริงได้เร็วกว่าหญิง ระหว่างที่กำลังโศกเศร้านั้น ชายมักจะคิดอะไรไม่ค่อยออก และทำอะไรไม่ค่อยได้ หญิงกลับมีความเข้มแข็งกว่า และสามารถจัดการเกี่ยวกับงานศพได้เรียบร้อย การสอบถามหญิงที่ สามีได้เสียชีวิตโดย Lopata (1973, cited in Townsend, 1998) พบว่าหญิงม่าย 48% คลายทุกข์โศก ลงได้ภายใน 1 ปี อีก 20% ยังโศกเศร้าโดยไม่รู้ว่าจะหายไปเมื่อใด แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ที่สูญเสียสามี หรือภรรยาจะเริ่มคลายโศกเศร้าหลังสัปดาห์ที่ 2 ความโศกเศร้าทำให้ร่างกายอ่อนแอ และภูมิคุ้มกัน ของร่างกายต่ำลง Freidman (cited in Williams, 1988) เชื่อว่าชีวิตแต่งงานที่ราบรื่น ทำให้ชีวิต วัยกลางคนอยู่รอด และพิสูจน์ถึงการมีเวลาอยู่ร่วมกันของคู่สมรสมากขึ้นด้วย การแต่งงานที่ไม่ได้ ปรับเปลี่ยนจะทำให้เป็นอันตรายต่อวัยกลางคน เนื่องจากความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส บุคคลจะรักษาสุขภาพ

สมรสไว้เพราะต้องการพึ่งพาคู่สมรส กลัวที่จะต้องอยู่คนเดียว มีความรู้สึกผิดหรือต้องพึ่งพาด้านการเงินของ คู่สมรส การหย่าร้างเป็นทางออกทางหนึ่งของชีวิตวัยกลางคน คู่สมรสที่หย่าร้างหลังจากไปด้วยกันไม่ได้มา 20 ปี การหย่าร้างหลังจากทำหน้าที่พ่อแม่มาหลายปีเหตุผลที่รักษาสถานภาพสมรสไว้เพื่อประโยชน์ของลูก หญิงที่ทำงานนอกบ้านไม่จำเป็นต้องพึ่งเงินจากสามี ดังนั้นจึงมีการหย่าร้างมากหากชีวิตแต่งงานไม่ราบรื่น การหย่าร้างในวัยกลางคนเกิดขึ้นไม่บ่อย เนื่องจาก การไม่มีความสุข การเข้ากันไม่ได้ในชีวิตแต่งงาน คู่สมรสจะรับมือโดยพยายามไม่ใส่ใจโดยถอนตัวจากอารมณ์และร่างกายที่มี อุปสรรค การเสียชีวิตของคู่ครองคือหนึ่งในความเครียดส่วนใหญ่ของคนวัยกลางคน ผู้หญิงต้องเตรียมเรื่องนี้ในวัยกลางคน แนวโน้มของหญิงแต่งงานกับชายที่อายุมากกว่า และชายวัยกลางคนจะตายมากขึ้น โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเป็นม่ายที่เพิ่มสูงขึ้น ปฏิบัติการสูญเสียของชายและหญิงแตกต่างกัน ชายรู้สึกเหมือนสูญเสียอวัยวะ หญิงจะรู้สึกว่างเปล่าและปล่อยอารมณ์จนเกินขอบเขต ชายฟื้นจากการสูญเสียเร็วกว่าหญิงและแต่งงานใหม่ในที่สุด หญิงจะอยู่คนเดียวตราบเท่าที่มีเพื่อนหรือครอบครัวสนับสนุนอยู่ ผู้ที่เป็นหม้ายอายุ 40-50 ปีต้นๆแต่งงานใหม่เนื่องจากต้องการเพื่อน เพื่อนหนีจากความโดดเดี่ยว และมีเพื่อนสำหรับกิจกรรมทางสังคม หญิงม่ายวัยกลางคนที่อายุ 50 ปีส่วนน้อยจะแต่งงานใหม่ หญิงวัยกลางคนที่เป็นโสดจะทำงาน โดยมีมิตรภาพกับวัยต่างตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น แม้ว่าเพื่อนบางคนแต่งงานไป แต่ส่วนใหญ่ยังไม่แต่งงาน รูปแบบของมิตรภาพของผู้ไม่ได้แต่งงานผันผวนเล็กน้อยในวัยกลางคน หญิงโสดจะเข้มแข็งมีระบบการสนับสนุนที่มั่นคงในกลุ่มเพื่อนหญิงโดยการเที่ยว การเข้าสังคม หญิงม่ายที่ไม่ได้แต่งงานใหม่จะมีเพื่อนน้อย เนื่องจากต้องจำกัดเวลาที่จะมีเพื่อนและเข้าสังคมมาอยู่กับบ้าน อยู่กับลูก ผู้เป็นม่ายรุ่นใหม่จะมีเพื่อนกลุ่มเล็กๆเพื่อเข้าสังคม

4) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว ปัจจัยทางพันธุกรรมแฝดไข่ใบเดียวกันมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ร้อยละ 50 (มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) ญาติลำดับที่หนึ่งมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้สูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 1.5-3 เท่า บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า คู่แฝดจากไข่ใบเดียวกันคนหนึ่งเป็นอีกคนเป็นด้วยร้อยละ 54 แผลจากไข่คนละใบ เป็น ร้อยละ 24 บุตรบุญธรรมของพ่อแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้า จะเป็นโรคมากกว่าบุตรที่พ่อแม่ไม่เป็นโรคมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในญาติสนิท (สมภพ เรืองตระกูล, 2541)

กล่าวถึงปัจจัยทางกรรมพันธุ์ว่า ญาติผู้ป่วยที่เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์มีโอกาสเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ประมาณ ร้อยละ 10-25 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2539; Oltmanns and Emery, 1998; Stuart, 2001)

การศึกษาคู่แฝด จากการสังเกตคู่แฝด บัจฉัยทางพันธุกรรม ในการเจ็บป่วย ร้อยละ 65 ของแฝดเหมือน คนหนึ่งเป็นโรคอีกคนหนึ่งเป็นด้วย ร้อยละ 14 ของแฝดจากไข่คนละใบ คนหนึ่งเป็นอีกคนจะเป็นเช่นกัน

จากการศึกษาครอบครัว ในครอบครัวที่มีประวัติ major depression จะมีโอกาส 1.5 ถึง 3 เท่าที่โอกาสญาติชั้นที่ 1 (first degree) จะเป็นโรคมกกว่าประชากรทั่วไป

ทฤษฎีพันธุกรรม เชื่อว่ายีนส์มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมียีนส์ อย่างน้อย 1 ตัว บนโครโมโซมคู่ที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck et al., 1984 อ้างใน วารินทร์ ห่องโกศล, 2536) ในครอบครัวผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์จะมีความผิดปกติทาง อารมณ์ 2 ถึง 3 เท่า หรือมากกว่าเมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป แม้ว่าครอบครัวเด็กที่พ่อแม่เจ็บป่วย ทางอารมณ์จะเสี่ยงต่อการพัฒนา เป็นปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรง ร้อยละ 27 ของเด็กที่พ่อหรือแม่คนใด คนหนึ่ง เจ็บป่วยด้านอารมณ์จะเจ็บป่วย และจะพัฒนาบุคลิกภาพหรือมีปัญหาด้านการใช้สารในทางที่ผิด ถ้าพ่อและแม่ป่วย อัตราการเจ็บป่วย ด้วยโรคทางอารมณ์รุนแรงเท่ากับร้อยละ 50-70 อุบัติการณ์ ระบาดวิทยาขึ้นกับความอ่อนแอทางพันธุกรรม

1.4.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ หมายถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลแต่ละคนและจะรับรู้สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว โดยอาศัยประสาทสัมผัส คือการเห็น การได้ยิน การรู้สึกรู้กลิ่น การสัมผัส การลิ้มรส การได้ กลิ่น เป็นต้น วิธีการที่สิ่งเร้าจะส่งไปสู่สมอง สมองก็จะเลือกสิ่งที่จะรับรู้ และจะจัดหมวดหมู่ของสิ่งที่ รับรู้ แล้วแปลความออกมา(มาลี สนิทเกษตริน, 2519 อ้างใน รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535)

การรับรู้เป็นสภาพทางจิตวิทยา และสรีรวิทยา เป็นกระบวนการทางด้านความรู้สึก และความคิดเห็นที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล โดยกระบวนการรับรู้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปล ความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในร่างกาย กระตุ้นผ่านทางประสาทสัมผัสออกเป็นสิ่งที่มีความหมาย หรือรู้จักเข้าใจ จะสามารถสังเกตถึงการ รับรู้ได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการแสดงออกให้คนอื่นทราบ ในการแปลความและตีความจำเป็นต้องใช้ ประสบการณ์หรือความรู้เดิม (จำเนียร ช่วงโชติ, จิตรา วสุวานิช, จันทมาศ ชื่นบุญ และ มลวิภา สุวรรณมาลัย, 2519 อ้างใน รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535)

การรับรู้ของแต่ละบุคคลอาจจะแตกต่างกันและเปลี่ยนแปลงไปได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล สามารถแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยคือ

1. ลักษณะของสิ่งเร้า ความแตกต่างของสิ่งเร้ามีผลทำให้การรับรู้ของบุคคลแตกต่างกันได้ เช่นสิ่งเร้าที่กำลังเปลี่ยนแปลง ขนาดใหญ่ เกิดซ้ำบ่อย มีความเข้มสูง ทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ได้ดีและรวดเร็ว

2. คุณสมบัติของผู้รับรู้ เช่น สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส ความสามารถของสมองและประสาทสัมผัสที่จะเลือก จัดหมวดหมู่และการตอบสนอง ความสนใจ การเห็นคุณค่าของสิ่งเร้า ความพร้อมในการรับรู้ บุคลิกภาพ ประสบการณ์เดิม ทักษะสติ อารมณ์ และอิทธิพลจากสังคม ได้แก่เพศ วัฒนธรรม สังคม บทบาท และเศรษฐกิจ(จำเนียรช่วงโชติ และคณะ, 2519; มาลี สนิทเกษตริณ, 2519; Molzahn and Northcott, 1989 อ้างใน รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535)

การรับรู้หมายถึงกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของมนุษย์เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และแรงผลักดันการรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ (King, 1984 อ้างในกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528 อ้างใน เกษก่อง สีหะวงษ์, 2539)

การรับรู้เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับความรู้สึกและให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัย เป็นความสามารถของมนุษย์ในการพิจารณาวิเคราะห์สิ่งต่างๆที่เข้ามากระทบ และเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณ หรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมนร่วมกัน (Chaplin cited in Bunting, 1988 อ้างใน สุภวริน หันกิตติกุล, 2539 อ้างใน เกษก่อง สีหะวงษ์, 2539)

การรับรู้หมายถึง กระบวนการที่สมองตีความหรือแปลข้อมูลที่ได้จากความรู้สึกทางประสาทสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้า ทำให้บุคคลทราบว่สิ่งเร้าที่มาสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร ซึ่งบุคคลจะต้องอาศัยคุณสมบัติภายในตัวบุคคล ได้แก่ความจำ ประสบการณ์เดิม อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในประสาทสัมผัส เป็นการตอบสนองโดยการแสดงออกซึ่งเป็นผลมาจากการสัมผัส โดยที่การแสดงออกนั้นต้องใช้ความรู้ และความสามารถในการแปลความหมายจากการสัมผัสนั้น เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก การแปลความหมายและความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆในโลก การรับรู้เป็นลักษณะที่เฉพาะของแต่ละคน และเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เป็นการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆที่มาเร้าผ่านประสาททางใดทางหนึ่ง แล้วมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านั้น เป็นกระบวนการที่บุคคลได้เรียนรู้สิ่งต่างๆทั้งที่อยู่รอบตัวและภายในตัวโดยอาศัยประสาทสัมผัสคือการเห็น การได้ยิน

การรู้สึก การสัมผัส การสัมผัสเป็นกระบวนการทางจิตใจซึ่งเลือกรับสิ่งเร้าภายนอกขณะนั้น แล้วแปลเป็นกระแสประสาท เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางถึงสมอง สมองทำการผสมผสานระหว่างสิ่งเร้าใหม่ในขณะนั้นกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ในความทรงจำเพื่อแปลความหมายสิ่งเร้าในปัจจุบันนั้น (Garrison and Magoo, 1972; King, 1981; Lindgren and Harvey, 1981; Kozier et al., 1991; เดโช สนวนานนท์, 2538; มาลี สนิทเกษตริณ, 2519; ประพันธ์ สุธาวาส, 2525 อ้างใน ยุพิน เพียรมงคล, 2537)

สรุปการรับรู้ หมายถึง กระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยประสาทสัมผัสต่างๆของร่างกาย แล้วนำไปตีความโดยอาศัยความจำ ประสบการณ์ อารมณ์และความรู้สึก เพื่อแปลความหมายสิ่งเร้านั้น

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่มีโรคหรือความพิการสุขภาพเป็นความต่อเนื่องระหว่างการมีสุขภาพดีเลิศกับความตายซึ่งครอบคลุมภาวะสุขภาพที่ดีและเจ็บป่วย ในภาวะปกติไม่มีใครที่จะมีภาวะสุขภาพที่ดีเลิศและไม่มีใครที่จะเจ็บป่วย ในภาวะปกติจะมีภาวะสุขภาพที่ดีและเจ็บป่วยซ้อนกันอยู่ ภาวะที่มีความสมบูรณ์ สมดุล หรือปรับตัวได้ของคนทั้งทางกาย จิต สังคม ซึ่งทำให้คนสามารถปฏิบัติหน้าที่ และดำเนินชีวิตได้ตามความต้องการของตน (WHO, 1947 cited in Kozier and Erb, 1988; Dunn, 1959; Twaddle, 1977 cited in Kozier and Erb, 1988; ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2533 อ้างใน รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535)

สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่ทั้งโครงสร้างที่สมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ (WHO, 1987 อ้างใน สุพรรณิ นันทชัย, 2534; สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 อ้างใน เกษก่อง สีหะวงษ์, 2539)

สรุปสุขภาพหมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้บุคคลสามารถทำหน้าที่และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลคือบางคนอาจมีการรับรู้ที่ ความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้นตามการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนอาจรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาสูญเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาคือความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เกิดเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้

กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันเจริญวรกุล, 2528 อ้างใน มณฑกานต์ สุนปาน, 2543)

Orem (1991 อ้างใน มณฑกานต์ สุนปาน, 2543) ได้กล่าวว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลมีการดูแลตนเองเกิดขึ้น เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดความคิดความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเบื้องต้น และทำให้บุคคลตระหนักเห็นความสำคัญของสิ่งที่ตนได้รับรู้ ซึ่งจะจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมไปในทางที่รับรู้ช่วยให้บุคคลเกิดทักษะในการคิดไตร่ตรอง ตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ทั้งนี้ เพราะ การรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้มีการจัดระเบียบความคิด ความจำ ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์สะสมของความคิด ความจำ สามารถนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการพิจารณาไตร่ตรองได้รอบคอบ อีกทั้งทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เพื่อที่จะสร้างรูปแบบของการดูแลตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพก็คือ การประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อภาพรวมของสุขภาพร่างกาย เป็นการสังเกตตนเอง การรับรู้อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งการ ตัดสินความรุนแรงของอาการเหล่านี้ว่าส่งผลกระทบต่อ และก่อให้เกิดความกดดันแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด (Gulick, 1986 อ้างใน มณฑกานต์ สุนปาน, 2543)

ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่มักจะหมายถึงความสามารถทางกายในการทำหน้าที่ หรือกิจกรรมต่างๆ เช่นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดินหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมภายในสังคมของตนเองอันเป็นผลให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และสามารอดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง (Travelbee, 1971 อ้างใน มณฑกานต์ สุนปาน, 2543)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึงความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับระดับของภาวะสุขภาพ และการยอมรับในบทบาทการเจ็บป่วย รวมถึงความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วย เป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (Hiatt, Peglar and Borgen, 1984; ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2533 อ้างใน รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดของบุคคลที่รวบรวมขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของเขาเหล่านั้น ดังนั้นจึงมีความเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตน (Speakk, 1987; Speak, Cowart, and Pellet, 1989 อ้างในดวงพร รัตนอมรชัย, 2535 อ้างใน เกษก่อง สีหะวงษ์, 2539)

เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย ต่อเนื่องกันไปตลอดเวลา ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ จึงดำเนินไปตามแกนของความ ต่อเนื่องของสุขภาพดี และการเจ็บป่วย แต่การรับรู้นั้นก็มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคน อาจรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ในขณะที่บาง คนอาจรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวน และคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาต้องสูญเสียความเป็น บุคคลไป ผลที่ตามมาคือ ความกลัวและท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันนี้ จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่มารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน(กอบกุล พันธุ์ เจริญวรกุล, 2528 อ้างใน ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2537)

สรุปการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นกับตนเห็นความสำคัญของสิ่งที่รับรู้ มีทักษะในการไตร่ตรอง โดยจัดระเบียบความคิด ความจำ และความเข้าใจ เพื่อตัดสินใจดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นกับระดับของภาวะสุขภาพและการ ยอมรับบทบาทของความเจ็บป่วย รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละคน มีความแตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้ การประเมินการรับรู้ โดยการสังเกตอาการตนเอง และการตัดสินใจ ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตน

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

Brook และคณะ (1979 อ้างใน มณฑกานต์ สุนปาน, 2543) ได้พัฒนาเครื่องมือ ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป(General Health Perception Battery)ขึ้นมาโดยได้รับการ สนับสนุนจาก The National Center for Health Services Research เพื่อใช้ในการศึกษา เพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงวัยหมดระดู ของมณฑกานต์ สุนปาน ซึ่งเป็นแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนามาจากเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป(General Health Perception Battery) ของ Brook et al. (1979) โดยศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพใน 4 ด้านเพื่อให้ครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงวัยหมดระดู ในปัจจุบันคือ การรับรู้สุขภาพใน ปัจจุบัน ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อ ความเจ็บป่วย และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน (Current health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความ คิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพปัจจุบัน ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ การรับรู้ต่อสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์ พยาบาล

บุคคลอื่นๆ ที่ได้รับในปัจจุบัน หรือจากอาการทางร่างกายที่ปรากฏ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย และอาจเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตได้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกิดขึ้น

2. ความกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry/concern) การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง จะทำให้บุคคลเกิดความกลัว วิตกกังวลได้ อาการที่มากขึ้นไปนี้ ส่งผลให้มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิตโดยปรับอารมณ์ ความรู้สึกให้ดีขึ้น มีการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ว่า ไม่มีความผิดปกติใดๆ มีการเบี่ยงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไปแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นแทน

3. การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance / Susceptibility to illness) เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่า ร่างกายสามารถต้านทานหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และการเกิดโรคได้มากน้อยเพียงใด สามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การรักษาโรค ทศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ และประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ถ้าบุคคลเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยนั้นๆ มาก่อนการคาดคะเนจะมีความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองดีตามมา

4. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness orientation) เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและเจ็บป่วยสลับกันไป เป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วย และเรียนรู้ที่จะทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการเกิดโรค การเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัว และแก้ไขปัญหา มีการแสวงหาความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

การรับรู้ภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับความซึมเศร้า

จากงานวิจัยของ Marcus (2000) ศึกษาเรื่องผู้ป่วยที่ปวดศีรษะมีความเสี่ยงต่อการมีความทุกข์ด้านจิตใจได้ผลคือ ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีนัยสำคัญมากในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ โดยผู้ที่ปวดศีรษะบ่อย (มากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์) และอาการปวดศีรษะบ่อย มีความสัมพันธ์กับการไร้ความสามารถ (ทำกิจกรรมลดลง หรือขาดความสามารถทำกิจกรรม เพราะการปวดศีรษะมากกว่า 3 วันต่ออาทิตย์) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยศีรษะรุนแรงนั้นไม่ได้มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ปวดศีรษะแบบเล็กน้อยและแบบปานกลาง

คุณภาพชีวิตวัดโดยการทำหน้าที่ทางกายและการทำหน้าที่ทางสังคม ความทุกข์ทางอารมณ์ สุขภาพโดยทั่วไปและความมีชีวิตรื่นเริง จะลดลงในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ สัมพันธ์กับการไร้ความสามารถ การปวดศีรษะแบบรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการทำหน้าที่ของบทบาท และการทำหน้าที่ทางสังคม

สรุปว่า การรับรู้สุขภาพว่าปวดศีรษะบ่อยๆ และการไร้ความสามารถบ่อยๆ มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง ผู้ที่ปวดศีรษะบ่อย หรืออาการปวดศีรษะเป็นช่วงบ่อยๆ มีความสัมพันธ์กับการไร้ความสามารถ ซึ่งจะประเมินการถูกรบกวนทางจิตใจได้

Burns et al. (1995) ศึกษาเรื่องผลกระทบที่ต่อเนื่องของการจัดการผู้ป่วยนอกสูงอายุ ในส่วนของผลลัพธ์ของทหารผ่านศึกสูงอายุ ได้ผลคือ หลังจาก 1 ปีผ่านไป มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลอง โดยผู้ป่วยคลินิก GEM (geriatric evaluation and management) เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ใช้น้ำน้อยลงแม้ว่าจะมีจำนวนของผู้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มสูงขึ้น มีการทำกิจกรรมทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น คะแนนของความซึมเศร้าได้รับการปรับปรุงในทางที่ดีขึ้น และมีคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะปรับปรุงการทำกิจกรรมแต่ละวันของการอยู่ของผู้ป่วยในคลินิก GEM ผู้ป่วยในคลินิก GEM 54%ด้านการรับรู้ มีคะแนนการปรับปรุงด้านจิตใจเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มคลินิก GEM

สรุป ในการทดลองระยะยาวกับผู้ป่วยนอก พบว่ามีการปรับปรุงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านสถานะสุขภาพ (ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรักษาด้วยยา) หน้าที่ของบุคคล(ประกอบด้วยกิจกรรมทางสังคม) และผลกระทบ (ประกอบด้วยความซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิต) สำหรับทหารผ่านศึกสูงอายุ และมีอิทธิพลต่ออัตราการตายและการทำหน้าที่ของบุคคล

1.4.3)ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

ไพร์ตัน พฤษกชาติคุณากร (2539) กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ (Cognitive Theories)ว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการที่ผู้ป่วยเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตอย่างไม่ถูกต้อง คิดว่าตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย และรู้สึกหมดหวัง

Oltmanns and Emery (1998) กล่าวว่า คนเราไม่ได้ขึ้นอยู่กับระบบสังคมเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับระบบความคิดด้วย รูปแบบการรับรู้ของบุคคลตามแนวคิดของ Beck จากการที่ Beck เริ่มสนใจอันดับแรกที่ความคิดที่ได้รับการตรวจทานแก้ไข และการมองโลกในแง่ร้ายที่รุนแรง ผู้ซึมเศร้า เขาให้

นิยาม 3 สิ่งที่เศร่าว่า เป็นความคิดในแง่ลบ เกี่ยวกับการมองตนเอง โลก และอนาคต ผู้ซึมเศร่าเป็นผู้ที่มีความคิดบิดเบือนไป หรือความคิดเกี่ยวกับตนเองเบี่ยงเบนไปจากแนวทางที่ถูกต้อง

Beck อธิบายชนิดของความบิดเบือนว่าเป็นความหมายของความล้มเหลวของประสบการณ์ได้แก่ ส่วนประกอบเกี่ยวกับรากฐานแห่งตนที่เป็นการตัดสินโดยใช้ข้อมูลเดียว (overgeneralize) ซึ่งเป็นประสบการณ์ด้านลบ ประกอบด้วยการมีข้อสรุปเกี่ยวกับตนเองโดยขาดหลักฐานสนับสนุน เลือกระลึกเหตุการณ์ที่มีผลในด้านลบ และพูดเกินความจริงในส่วนสำคัญของเหตุการณ์ด้านลบ

จากงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า ชนิดของการรับรู้ที่บิดเบือน มีมากแบบเป็นธรรมดาในผู้ซึมเศร่ามากกว่าผู้ไม่ซึมเศร่า และความคิดที่ผิดพลาดจะแสดงออกในระหว่างที่มีความซึมเศร่า ไม่ได้เกิดก่อน หรือหลังแต่อย่างใด

Schemas คือ ความอดทนและกระบวนการคิดอย่างมีระบบอย่างมาก เป็นการแสดงออกของประสบการณ์ก่อนหน้า แม้ว่าจะ Schemas จะอยู่ภายในที่ลึกซึ้ง มันไม่เด่นชัดที่จะแสดงออกมาจากการรับรู้ของบุคคลในเวลานั้น พวกเขาจะคาดคะเนปฏิกริยาการสนองเมื่อบุคคลมีประสบการณ์จากเหตุการณ์ที่เหมือนกัน Depressive Schemas จะเพิ่มความน่าจะเป็นที่บุคคลจะมีปฏิกริยาตอบสนองที่เกินกว่าปกติกับเหตุการณ์ที่เหมือนกันที่จะเกิดในอนาคต

Beck (1979 cited in Warren, 1994) กล่าวว่าบุคคลที่ซึมเศร่าจะรับรู้เหตุการณ์ ความเครียดในมุมมองด้านลบที่เกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต เพราะเขาคาดว่าจะเกิดผลลัพธ์ด้านลบ ในการติดต่อกับผู้อื่น มีการหลบหนีการพัฒนาความสัมพันธ์ มีความนับถือตนเองต่ำ และพัฒนาไปเป็นอาการแสดงของซึมเศร่า นอกจากนี้ Beck et al. (1979 cited in Stuart, 2001) เสนอว่า บุคคลมีประสบการณ์ซึมเศร่า เพราะความคิดที่ถูกรบกวนความซึมเศร่าคือ ความเด่นของปัญหาการรับรู้ โดยการประเมินค่าของตนเอง ของโลก และอนาคตไป ในทางลบ ความซึมเศร่าจะเกิดขึ้นทันทีทันใด และพัฒนาไปเมื่อผ่านไปหลายสัปดาห์ หลายเดือนหรือหลายปี ด้วยประสบการณ์ที่อธิบายหลักฐานของความล้มเหลว ผู้ซึมเศร่าจะถูกระตุ้นได้ง่ายในการสูญเสีย มีความล้มเหลว ล้มความสำเร็จ และล้มความยินดีความนับถือตัวเองต่ำ รู้สึกเฉื่อยชา และมีความเฉยเมย

Beck et al. (1979 cited in Townsend, 1998) เสนอทฤษฎีว่าสิ่งรบกวนอันดับแรกในความซึมเศร่า คือเกี่ยวข้องกับความรู้มากกว่าอารมณ์ สาเหตุพื้นฐานของความรู้สึกซึมเศร่า คือการรับรู้ที่บิดเบือนไปในทางลบ ทศนคติที่ล้มเหลว Beck ระบุการรับรู้ที่บิดเบือน 3 อย่างที่เขาเชื่อว่าเป็นพื้นฐานของภาวะซึมเศร่า (depression) ได้แก่

ก. สิ่งที่คาดหวังต่อสิ่งแวดล้อมในทางลบ

ข. สิ่งที่คาดหวังต่อตนเองในทางลบ

ค. สิ่งที่คาดหวังต่ออนาคตในทางลบ

การรับรู้ที่บิดเบือน ก่อให้เกิดข้อบกพร่องในการพัฒนา และความรู้สึกส่วนตัวที่ไม่เพียงพอ รู้สึกไร้ค่า และส่งต่อไปยังบุคคลอื่น มองอนาคตในแง่ร้าย และไร้ความหมาย

cognitive theory เชื่อว่า ความซึมเศร้าคือผลของความคิดในด้านลบ เป็นสิ่งตรงข้ามกับทฤษฎีอื่น ผู้สังเกตว่าความคิดในด้านลบจะเกิดเมื่อตนเองเศร้า การบำบัดโดยใช้การรับรู้จึงมุ่งไปที่การช่วยเหลือบุคคลเพื่อเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความคิดของบุคคล

ความคิดอัตโนมัติในทางลบ มาจากคำ 2 คำ คือคำว่า “ความคิดในทางลบ” หมายถึงความคิดที่ไม่มีความสุขสบาย ส่วนคำว่า “อัตโนมัติ” หมายถึงความคิดที่อยู่เหนือสุด เป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง ความซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติในทางลบยิ่งเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง และความคิดที่มีเหตุผลกลับยิ่งลดลง (Fennell, 1989 อ้างใน ลัดดา แสนลีหา, 2536)

ลักษณะที่คลาดเคลื่อนที่เป็นความหมายของการรับรู้ของซึมเศร้า (depressive cognition) คือ การรับรู้ของความคิดซึมเศร้าที่มีลักษณะพิเศษ เป็นการคิดที่ตอบสนองในทันทีทันใด (automatic responses) ก่อนที่จะพิจารณาอย่างรอบคอบหรือก่อนความคิดที่มีเหตุผล (Beck, 1963)

สาระที่เป็นส่วนประกอบของความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พิจารณาจาก 2 สิ่ง คือ

ก. เหตุการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ผู้ป่วยจะตอบสนองแบบไม่เข้าประเด็น และไม่เหมาะสม

ข. ความคิดใคร่ครวญ หรือการไร้ซึ่งการเชื่อมโยงความคิด

ทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินตนเองต่ำ มีความคิดแต่เฉพาะความสูญเสีย วิจารณ์และโทษตนเอง มีความคิดว่ามีปัญหาท่วมท้นไปหมด มีความคิดในการควบคุมและออกคำสั่งกับตนเอง ซึ่งทำให้รบกวนจิตใจอยู่ตลอดเวลา มีความต้องการหลีกเลี่ยง และต้องการฆ่าตัวตาย (Beck, 1963)

ความสัมพันธ์ของความคิดซึมเศร้าต่อความรู้สึกในผู้ซึมเศร้า เมื่อมีความวิตกกังวลหรือความโกรธจะมีความคิดที่เปล่าเปลี่ยว ด้อยคุณภาพ หรือถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะสัมพันธ์กับความรู้สึกโดดเดี่ยว อับอาย หรือผู้ลี้ภัย แต่ในคนไม่ซึมเศร้าความรู้สึกวิตกกังวลทำให้เขารู้สึกไม่เพลิดเพลิน และความคิดที่สัมพันธ์กับความโกรธ คือจะกล่าวหาฝ่ายตรงข้าม (Beck, 1963)

จาก Cognitive theory ของ Beck (1967) เสนอทฤษฎีซึ่งสังเกตว่าสิ่งรบกวนเบื้องต้น

ของความซึมเศร้าคือ การรับรู้มากกว่าอารมณ์ สาเหตุที่ทำให้เกิดซึมเศร้าคือการรับรู้ที่บิดเบือนไป และเป็นเหตุผลในด้านลบ ลบล้างทัศนคติ Beck ระบุการรับรู้ 3 ชนิด ที่บิดเบือนไปที่เขาเชื่อว่าเป็นต้นเหตุของซึมเศร้า คือ

ก. ความคาดหวังต่อสิ่งแวดล้อมในทางลบ

ข. ความคาดหวังต่อตนเองในทางลบ

ค. ความคาดหวังต่ออนาคตในทางลบ

การรับรู้ที่บิดเบือนนำไปไปสู่จุดบกพร่องของการพัฒนาการรับรู้ และความรู้สึกส่วนตัวที่ไม่เพียงพอ ไร้ค่า และถูกปฏิเสธโดยคนอื่น มองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตในแง่ร้าย และไม่มี ความหวัง

Cognitive theory เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าคือผลของความคิดในด้านลบ เป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับทฤษฎีอื่น ผู้เสนอกล่าวว่า ความคิดในด้านลบเกิดขึ้นมาเมื่อแต่ละบุคคลซึมเศร้า Cognitive therapy มุ่งช่วยอารมณ์ของแต่ละบุคคลโดยการเปลี่ยนแนวความคิดโดยสอนให้ควบคุมความคิดที่บิดเบือนไปในด้านลบที่จะนำไปสู่การมองโลกในแง่ร้าย การร่วซึม การผลัดวันประกันพรุ่ง

Beck กล่าวว่า ความซึมเศร้า เกิดจากการประเมินค่าการรับรู้ที่บิดเบือนไปในทางลบ เกิดขึ้นโดยบุคคลนั้นเคยประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์มาในอดีต เขาสังเกตว่าความคิดที่ซึมเศร้ามีลักษณะเป็นกระบวนการที่ไร้เหตุผลซึ่งไม่มีข้อสรุปที่เจาะจง มีมากเกินไป และมีการขยายให้มากขึ้น เขาพิจารณาเห็นว่าความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ เป็นปัญหาในกระบวนการของการคิดของเรื่องราวจากสิ่งแวดล้อมแม้เขาจะไม่รู้ที่มาของกระบวนการคิดที่บิดเบือน แต่มันก็ถูกสังเกตว่ามีเหตุผลมาจากการเรียนรู้จากเหตุการณ์และสถานการณ์

Beck (1967) ผู้ป่วยซึมเศร้ามีกระบวนการด้านความคิดมากมายในการพิจารณาตนเอง ตัวอย่างเช่น พวกเขาจะมีความคิดในทางลบที่เกี่ยวข้องกับตัวเขาเอง เช่น ความไม่สมบูรณ์ของตนเอง ความรู้สึกไร้คุณค่า ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกผิด การปฏิเสธ และการสูญเสีย ความคิดในด้านลบไม่สามารถควบคุมได้

ความคิดอัตโนมัติในทางลบ เป็นเนื้อหาความคิดในทางลบสัมพันธ์กับอารมณ์ที่ไม่มีความสุขซึ่งความคิดในทางลบนี้จะเกิดขึ้นเอง โดยมิได้เจตนาและไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เนื้อหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของผู้ที่มีความซึมเศร้าจะประกอบด้วยความคิดในทางลบเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง เรื่องประสบการณ์ที่ตนเองได้พบอนาคตของตนเอง (Beck, 1967)

ลักษณะเนื้อหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ (Beck, 1967) ได้แก่

ก. การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) เป็น

การตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีความซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียว แต่จะคิดว่าตัวเองทำผิดพลาดทุกอย่าง

ข. การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (Selective abstraction) เช่น ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะคิดว่าตัวเองไม่ได้ประสบกับความสุขยินดีเลยทั้งวันเพราะในระดับความซึมเศร้าความรู้สึกตัวผู้ที่มีความซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุขยินดีเลย

ค. ความคิดที่คิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (Dichotomous reasoning) เช่น จะคิดว่าถ้าตัวเองไม่สามารถทำอะไรได้ได้ครบสมบูรณ์หรือยลระย้อยก็จะมีอะไรที่ต้องทำอีกเลย

ง. ความคิดตอบสนองที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่งและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบจนกลายเป็นบุคลิกภาพของตนเอง (Personalization) เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตาเพื่อนที่เดินผ่านมา แต่เพื่อนกลับไม่ได้มองตนเอง อาจจะคิดว่าตัวเองต้องทำอะไรบางอย่างที่ทำให้เพื่อนขุ่นเคือง

จ. การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานเหตุผลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) เช่น บางคนที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามแนวการรักษาในครั้งแรก อาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ตนเองดีขึ้น หรือแผนการรักษาไม่เหมาะสมกับตนเอง

จากแผนภาพการเกิดความซึมเศร้าตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ ยังผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา ถ้าความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มมากขึ้นความซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ในทางตรงข้ามความซึมเศร้าที่มากขึ้นจะมีผลย้อนกลับให้ความคิดอัตโนมัติในทางลบมีมากขึ้นและบ่อยครั้งมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลกลับยิ่งลดลง และเมื่อมีความซึมเศร้ามากขึ้น ผู้นั้นก็ยิ่งคิดซึมเศร้า และมีความเชื่อที่ฝังแน่นมากขึ้น (Fennell, 1989 อ้างใน เอื้อมเดื่อน เนตรแซม, 541)

1.4.4) การปรับตัวทางสังคม

ความหมายของการปรับตัว

การปรับตัวเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ และเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นของบุคคลที่จะช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม(Luchman&Sorensen,1993อ้างในอ้อมใจ สิทธิจำลอง,2542)

การปรับตัวหมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับสิ่งเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้คงสภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากระทำโดยตรงต่อด้านใดด้านหนึ่ง จะมีผลกระทบไปถึงด้านอื่นๆด้วย (จินตนาญนิพันธ์, 2529 อ้างใน ภาวดี มโนหาญ, 2536)

การปรับตัวหมายถึงกระบวนการของบุคคลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกายเพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้น และรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สายสม ภาณุมาศมณฑล, 2534 อ้างใน ภาวดี มโนหาญ, 2536)

สรุปการปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ความสำคัญในการปรับตัว

เมื่อเรามีความรู้สึกไม่สามารถรับมือกับความต้องการของสิ่งแวดล้อมที่คุกคามเราทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เราเริ่มเครียด และไม่สุขสบาย เรามีประสบการณ์ของความวิตกกังวล คำนึงอธิบายปฏิกิริยาของอารมณ์และร่างกายต่อสถานการณ์ที่เราารู้สึกต่อต้านหรือถูกคุกคาม นอกเหนือจากความสามารถที่เราจะรับมือหรืออดทน

บางเรื่องเป็นความเครียดเฉพาะบุคคล ตัวอย่างเช่น สังคมและความเสียหายตามธรรมชาติ อันตรายเป็นสิ่งแท้จริง ชีวิตถูกคุกคาม มีคนจำนวนน้อยหรือไม่มีเลยที่จะปกป้องตนเองไว้ได้ แต่ในขณะที่สถานการณ์ความเครียดอย่างปกติ เวลาที่มีความเครียดสูงสุดไม่จำเป็นต้องเป็นเวลาอันตรายเป็นที่สุด เหมือนที่ Seymour Epstein (1962 อ้างใน Morris, 1988) ศึกษาผลของความเครียดของนักกระโดดร่ม 28 คน เมื่อถูกถามถึงความรู้สึกก่อนและหลังจากกระโดดร่ม ทั้งหมดตอบว่า ความกลัวเพิ่มสูงขึ้น และปรารถนาที่จะหลบหนีเมื่อเวลาของการกระโดดมาถึง ครั้งหนึ่งผู้ที่กำลังจะกระโดดตระหนักว่าเขาจะไม่ได้กลับลงมา เขาจึงไม่กระโดด ขณะโดดเขาเข้าใจว่าเป็นส่วนที่อันตรายที่สุดของช่วงการกระโดด เมื่อเขากระโดดแล้วอยู่ในช่วงรอมกวางเขากลัวว่าจะตก เวลาเครียดที่สุดคือเวลาที่นักโดดร่มคาดหมายว่าเป็นอันตราย

แต่ความเครียดไม่ได้จำกัดอยู่ที่สถานการณ์ของช่วงชีวิตหรือความตายเท่านั้น สิ่งที่ดีที่เกิดขึ้นกับเราอาจไม่ดีสำหรับคนอื่นก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละคน การแต่งงานส่วนใหญ่ทำให้เกิดเรื่องราวยุ้งยาก คาดหมายว่าเกิดจากความสัมพันธ์ของคนคนหนึ่งกับพ่อแม่ เพื่อน แฟนเก่า แฟน หรือกับคู่ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างมาก ในการทำงาน การเรียนต้องติดต่อกับผู้อื่น และในความแตกต่างของการเรียน เหตุการณ์ความเครียดทั้งหมดเราสามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่คนส่วนใหญ่มี

ความรู้สึกว่าเป็นคำสั่ง การต่อเนืองและเป็นตัวกำหนดชีวิตเขา เหตุการณ์บางอย่างไม่ว่าจะดีหรือร้าย สามารถเปลี่ยนแปลงและตัดความต่อเนื่องของชีวิตบุคคลเพื่อให้มีประสบการณ์ความเครียด แต่ในทางตรงข้ามความเครียดที่เป็นสถานการณ์ร้ายแรงสามารถตัดสิ้นใจโดยความต้องการของบุคคล

การปรับตัวที่ดี

นักจิตวิทยาให้ความเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการปรับตัวที่ดีว่า บางคนยึดถือการประเมินความสามารถของบุคคลที่จะอาศัยอยู่ในสังคมทั่วไปได้ ทุกคนที่เป็นศัตรูกันและเห็นแก่ตัวมีความหวังว่าความฝันของทุกคนเป็นความฝันที่ไม่เป็นความจริง บุคคลผู้ซึ่งเรียนรู้ที่จะควบคุมการห้ามแรงกระตุ้นและจำกัดขอบเขตของเป้าหมายที่สังคมอนุญาตคือความหมายของการปรับตัวที่ดี ผู้หญิงผู้ซึ่งเติบโตมาจากเมืองเล็กๆ เข้ามหาวิทยาลัยในรัฐนั้น เป็นครูสอนอยู่ 1-2 ปี ต่อจากนั้นตั้งรกรากมีชีวิตครอบครัวที่นั่น หมายถึงการปรับตัวที่ดีในขอบเขตของการมีชีวิตของเธอโดยมีค่าของการมีอำนาจเหนือชุมชนของเธอ

นักจิตวิทยาคนอื่นสังเกตว่าผู้ที่มีการปรับตัวที่ดี มีการเรียนรู้การรักษาสมาดุล การปฏิบัติตาม และความไม่สุขสบาย การควบคุมตนเอง และมีลักษณะที่เกิดขึ้นเอง เราสามารถนำตัวเองไปในบางครั้งบางคราว แต่สามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่จะก่อให้เกิดความเสียหายได้ เขาสามารถเปลี่ยนตัวเองเมื่อสังคมต้องการ และพยายามเปลี่ยนสังคมเมื่อเห็นว่าไม่เป็นวิธีที่ดี ลักษณะที่ยืดหยุ่นได้ ได้รับการพิจารณาว่าเป็นสัญลักษณ์ว่าคุณสามารถลงความเห็นที่เป็นจริง ทั้งในโลกรอบตัวเขา สิ่งที่เขาต้องการ และความสามารถของเขา เขารับรู้อำนาจและยอมรับความอ่อนแอ ราวกับผลที่เขาเลือกเข้าใกล้ชีวิตที่กลมกลืนในตัวเอง เขาไม่รู้สึกว่าเขาจะต้องมีพฤติกรรมต่อต้าน คุณค่าของตนเอง เพื่อประสบความสำเร็จ เขาไวใจตนเองที่จะต้องเผชิญหน้าและจัดการโดยปราศจากความวิตกกังวลที่มากเกินไป บางทีมีความสำคัญมาก นำเขาออกจากความรู้สึกที่อันตรายและมีการนับถือตนเองที่ดี

ปัญหาการปรับตัวของบุคคล

อาการเครียดเป็นสาเหตุให้เราปรับตัว ในเวลาส่วนใหญ่เรารับมือกับอาการเครียด แต่บางเวลามันยากที่จะปรับตัว ถ้าเรามีประสบการณ์ไม่มากพอ และต้องเผชิญกับอาการเครียดระยะยาวจะเกิด burnout ถ้าเราคิดว่าเราสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ความเครียดก็จะไม่มาก ความแตกต่างในแต่ละคนในปฏิกิริยาของอาการเครียด บุคคลเข้มแข็งประกอบไปด้วยลักษณะที่มีการอุทิศตน ทำทนาย และควบคุม คือมีลักษณะที่ว่า เราสามารถทำได้ มองเห็นความเครียดในทางบวก และเชื่อว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ของความเครียดได้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่ออาการเครียด

วิธีการปรับตัว แบ่งออกได้เป็นหัวข้อดังนี้

- 1) กลไกการป้องกัน (defense mechanisms) ต้นแบบ ของกลไกการป้องกัน 17 ชนิด فروยด์ได้กล่าวไว้ว่ามีวิธีต่างๆได้แก่ การอดกลั้น การวางแผน จินตนาการ การกลับคืน การอธิบายด้วยเหตุผล การเข้าแทนที่ การสร้างการตอบสนอง กลไกบางอย่างมีประโยชน์ บางอย่างคลุมเครือนำไปใช้ไม่เกิดประโยชน์
- 2) วิธีการเผชิญปัญหา (Coping Techniques) เป็นวิธีจัดการกับอาการเครียดและความวิตกกังวล ได้แก่ ใช้อารมณ์ขัน การพิจารณาอย่างรอบคอบ และการใช้ภาพลวงตาในทางบวก
- 3) การบริหารเวลา (Time Management) เป็นเกณฑ์ที่ยากที่สุดในการปรับตัว ถ้ามีการใช้เวลาอย่างเฉลียวฉลาด การปรับตัวจะง่าย และมีความวิตกกังวลน้อย

พื้นฐานของการปรับตัวของบุคคล

กิจกรรมของเราในทุกวันนี้ประกอบไปด้วยการปรับตัว ความพอดี หรือการควบคุม การปรับ เพื่อจุดมุ่งหมายให้มีความพอดี เช่น บานประตูปรับให้พอดีกับช่องประตู นาฬิกาปรับเวลาให้พอดีกับเวลา รถไฟควบคุมเวลาให้ตรงเวลา ในทางเดียวกันคนเราพยายามปรับสถานการณ์และสภาวะของสิ่งแวดล้อมเพื่อให้การดำเนินชีวิตราบรื่น แม่บ้านทำงานเพื่อครอบครัว การจัดการธุรกิจ และอุตสาหกรรม เพื่อเอาใจใส่ในการปรับการตอบสนองของพนักงาน นักศึกษาปรับตารางในแต่ละวันสำหรับกิจกรรมเพื่อให้มีเวลาตอบสนองการเรียน การปรับตัวเป็นกลไกที่ประณีตหรือเป็นสถานการณ์ที่ยุ่ยาก ถือว่าเป็นงานของผู้เชี่ยวชาญ

การปรับตัวทางสังคม

ปรับตัวทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ในการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งจะต้องมีการติดต่อสัมพันธ์หรือแข่งขันกัน คนในสังคมจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันได้โดยการปรับปรุงไม่ให้เกิดความขัดแย้งจนถึงต้องแตกกลุ่มกัน แม้ว่าแต่ละคนอาจจะมีนิสัยใจคอหรือผลประโยชน์แตกต่างกัน (พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา ราชบัณฑิตยสถาน, 2532 อ้างใน จีฎิรักษ์ วิเศษศิลป์พานนท์, 2537) นอกจากนี้ การปรับตัวทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติตามบทบาททางสังคมและให้ความหมายแก่สังคมที่เขาอาศัยอยู่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามหน้าที่และพันธกิจที่ตนมีอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับความพึงพอใจในกิจกรรมที่ทำ และไม่เกิดปัญหาทางพฤติกรรม (Mc Kinney, 1960; Gurland, Yorkston, Stione, Frank and Fleiss, 1972 อ้างใน สุพิณ ชัยรัตน์วิวงศ์, 2536)

การปรับตัวทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติตามบทบาททางสังคมเพื่อให้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แสดงออกโดยมีพฤติกรรมตามบทบาททางสังคม มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีความรู้สึกที่ดีต่อบทบาทของตน (Weissman, 1975 อ้างใน สุพิณ ชัยรัตนวิวงศ์, 2536)

การปรับตัวทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ในทางสังคมของบุคคล และการปฏิบัติของบุคคลต่อวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมภายนอก และความคาดหวังของสังคมปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก เพื่อให้บุคคลมีดุลยภาพ มีความตกลงร่วมกัน มีความลงรอย ความสุข การปราศจากความรู้สึกผิด และไม่เศร้าโศก ลดความตึงเครียด ความไม่พอใจ การไม่มีความสุข และความวิตกกังวล ประกอบด้วยด้านการทำงานและด้านครอบครัว (Weissman,1971 cited in McDowell and Newell, 1987)

สรุปการปรับตัวทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติตามบทบาททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ตามความคาดหวังของสังคม เพื่อให้เกิดดุลยภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความพึงพอใจ มีความสุข และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

การปรับตัวทางสังคมตามแนวคิดของ Weissman (1971) นั้นหมายถึงการที่บุคคลปฏิบัติตามบทบาททางสังคมเพื่อให้ชีวิตมีดุลยภาพ มีการแสดงออกของพฤติกรรมตามบทบาทของสังคม มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความรู้สึกที่ดีต่อบทบาทของตน

องค์ประกอบของการปรับตัวทางสังคม

การปรับตัวทางสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ครอบคลุมดุลยภาพของบุคคล หรือความสำเร็จในการลดความตึงเครียด และความต้องการที่พึงพอใจ การรู้หน้าที่ในการอยู่ในสังคม (Linn, 1971 cited in McDowell and Newell, 1987)

Weissman (1971 cited in McDowell and Newell, 1987) กล่าวถึงการปรับตัวทางสังคมและบทบาททางสังคมว่า การเข้าถึงสุขภาพของคนในสังคม มองในส่วนของ การปรับตัวทางสังคมในชุมชน ในทางจิตเวชสนใจการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของสังคม เพราะปัญหาในบุคคล หรือความสัมพันธ์ และการติดต่อในสังคม แสดงถึงเหตุผลที่ธรรมดาที่สุดของการดูแลผู้ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต สิ่ง que ทุกคนปฏิบัติต่อกันในสังคมและการปรับตัวทางสังคมของบุคคล เป็นเครื่องแสดงความต้องการการดูแล และเป็นเครื่องวัดผลลัพธ์ เป็นสิ่งพิเศษสำหรับการให้จิตบำบัด การพัฒนาแบบวัดการปรับตัว เป็นแบบค่อยๆพัฒนามาเรื่อยๆ ตามแนวคิดของการเจ็บป่วยทางจิต เน้นโรค การเอาใจใส่ความโศกเศร้าทางจิตใจ เป็นภาพของคำว่า การปรับตัวทางสังคม และความเสมอภาคทางสังคมที่ไม่เพียงพอ หน้าที่ส่วนบุคคลสามารถมีอย่างเพียงพอในความสัมพันธ์ของบุคคลหรือไม่ นั่นเป็น

สิ่งธรรมดาที่สุดที่บอกความชัดเจนของการปรับตัวทางสังคม คำจำกัดความกว้างๆ ในคำที่มีความสัมพันธ์กันระหว่าง ส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมของเขา Linn มองการปรับตัวว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ครอบคลุมคุณภาพของบุคคล หรือความสำเร็จในการลดความตึงเครียด และความต้องการที่พึงพอใจ ความน่าสนใจของการปรับตัวทางสังคมเปรียบได้กับวิชาจิตวิทยาในโรงเรียน ที่เป็นมากกว่าการสอนเด็กให้อ่านและอธิบายสำหรับความเครียดของเขา แต่สิ่งสำคัญคือเรียนรู้ถึงหน้าที่ในการอยู่ในสังคม

การปรับตัวทางสังคมวัดโดย การพิจารณาความพึงพอใจของบุคคลกับความสัมพันธ์ของเขา หรือโดยการศึกษาผลงานของเขาตามหน้าที่ต่างๆทางสังคม การวัดการปรับตัวทางสังคม จะบันทึกการตอบสนองสิ่งที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เช่น ความไม่พอใจ การไม่มีความสุข และความวิตกกังวลขอบเขตการวัดเป็นแบบกว้างๆ ไม่ได้แบ่งเขตแน่ชัดลงไประหว่างแบบวัดสุขภาพทางสังคม และแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต ความสุข มาตราส่วนได้รวบรวมส่วนสำคัญของการมีสุขภาพดี แต่พยายามจะจัดเป็นหมวดหมู่อย่างละเอียด เครื่องมือวัดความสุข และอารมณ์ของผู้มีสุขภาพดี ไม่มีความสัมพันธ์อย่างเฉพาะเจาะจงกับความสัมพันธ์ทางสังคม แบบวัดการตอบสนองทางอารมณ์พุ่งเป้าหมายไปที่ความสัมพันธ์ในสังคม ในข้อปลีกย่อย เครื่องวัดจะสัมพันธ์กับสิ่งสำคัญคือความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตและการปรับตัวประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต

ปัญหาใหญ่อันหนึ่งที่เครื่องมือวัดการปรับตัวทางสังคมคือมาตรฐานที่พิถีพิถันอย่างเหมาะสมที่ต่อต้านการประเมินการปรับตัว มาตรฐานของการปรับตัวทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญจากวัฒนธรรมหนึ่งไปสู่อีกวัฒนธรรมหนึ่ง จุดสำคัญคือทันสมัย ถูกวัฒนธรรม และเหมาะสมกับพฤติกรรม

บทบาททางสังคม เพื่อประเมินการปรับตัวที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานอย่างเสรีของทฤษฎีบทบาททางสังคม และการประมาณค่าที่มีความหมาย ความเพียงพอ คือการที่บุคคลมีการปฏิบัติ นำไปเปรียบเทียบกับความคาดหวังของสังคมปกติ บุคคลผู้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามความต้องการปกติของสถานการณ์ จะงดการติดต่อกับในสังคม แม้ว่าสิ่งนี้ไม่สามารถขจัดปัญหาของการอธิบายว่าอะไรคือสิ่งปกติ สิ่งที่มี และสิ่งที่มีน้อยที่สุด รู้ถึงมาตรฐานของบทบาท เหล่านี้ได้นำมาเขียนเป็นกฎไว้อย่างมีแบบแผน หรือแบบแผนที่น้อยที่สุดที่กำหนดไว้ ประเพณี หรือข้อตกลงส่วนบุคคล แม้การเข้าใจพื้นฐานของมาตรฐาน ดูเหมือนการปรากฏสัญญา เป็นการขัดเกล่าอย่างไม่เพียงพอที่จะแสดงว่าอะไรประกอบไปด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับสุขภาพของสังคม ทำยที่สุดการคัดเลือกหัวข้อก็ปรากฏว่าจะมากหรือน้อยที่จะกำหนดกระบวนการ คำจำกัดความที่วัดได้ส่วนใหญ่ของบทบาททางสังคมพิจารณาจากงานบ้าน อาชีพ สิ่งที่มีผลต่อชุมชน บทบาทการเป็นพ่อแม่ และกิจกรรมยามว่าง

มีปัญหาของแนวคิดต่างๆที่ใช้ทฤษฎีบทบาทที่ใช้เข้าถึงการวัดสุขภาพของสังคม สมมติฐานแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงว่ามีการประเมินการกระทำว่าเป็นอย่างไร จะเป็นการเปรียบเทียบแบบอย่างในอุดมคติบางอย่างถึงความปรารถนาของบุคคลหรือความคาดหวังของคนอื่นที่เกี่ยวกับการกระทำของเขา การดูแลอันดับแรกที่ขาดหายไป ขณะที่มีการยอมรับมาตรฐานพฤติกรรมทั้งหลาย มีความตกลงร่วมกัน เนื่องจากส่วนประกอบที่เป็นคำจำกัดความที่เป็นมาตรฐานในสังคมของบทบาท เกี่ยวกับการสมรส มาตรฐานมีความแตกต่างระหว่างระดับสังคมและมีข้อตกลงเล็กน้อยที่อยู่เหนือความสัมพันธ์ที่สำคัญของบทบาทที่แตกต่าง การเปรียบเทียบการกระทำของบุคคลที่ต่อต้านความปรารถนาของกลุ่มสมรส มันไม่มีประโยชน์ที่จะประเมินความถูกต้องของเหตุผลส่วนตัว สำหรับการไม่ปฏิบัติตนในแนวทางปกติ Platt (1971, site in McDowell and Newell, 1987) กล่าวว่าบทบาทเข้าใกล้ภาพของคำว่าเรื่องส่วนบุคคลในฐานะที่เป็นบุคคลซึ่งมีสภาพที่อดทนกับวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมภายนอก เขาควรทำให้พอใจกับฐานะของเขาและถ้าเขาไม่ ต่อจากนั้นเขาปรับตัวไม่ได้เต็มที่ที่การปฏิบัติตามหลักการนี้เพิ่มเติม บางคนอาจโต้แย้งว่าโลกของการมีสุขภาพดีในสังคมคือ ลักษณะความลงรอยกัน ความสุข และความตกลงร่วมกัน และการอยู่อาศัยโดยชายและหญิง ผู้ซึ่งมีความสนใจที่ไม่เปลี่ยนแปลง กระดับกระแง ความเป็นเพื่อน ความเพียงพอ ปราศจากความรู้สึกผิด ไม่โศกเศร้า ถ้าเขาแสดงบางสิ่งที้น้อยกว่าความสนใจในงานของเขา แสดงว่าเขาปรับตัวไม่ได้

Weissman, 1971 ได้แบ่งการปรับตัวทางสังคมเป็น 6 รายด้านเพื่อความเหมาะสม ในงานวิจัยนี้ได้ปรับให้เหลือ 3 รายด้านดังนี้

1. การปรับตัวเกี่ยวกับการงาน

ในด้านการทำงาน Weissman มองว่าผู้ที่มีเวลาทำงานมาก ผู้มีความสามารถในงาน ด้านนั้นๆอย่างดี มีข้อขัดแย้งกับผู้ร่วมงานน้อย ไม่มีความวิตกกังวล หรือไม่สุขสบายในขณะที่ปฏิบัติงาน มีความสนใจและภาคภูมิใจในงานที่ทำ ย่อมมีการปรับตัวด้านการงานที่ดี (Weissman, 1971)

การปรับตัวเรื่องงาน ต้องพึ่งพาสภาพของงาน ทักษะคติของผู้ทำงาน และประสิทธิภาพของความก้าวหน้า โอกาสที่ผู้ทำงานจะปฏิบัติงานอย่างเพียงพอและมีประสบการณ์ความพึงพอใจส่วนตัวในงานนั้นขึ้นกับสภาพของ การเลือกอาชีพที่ผู้ทำงานสนใจ และมีความพร้อมที่เหมาะสม มีการเตรียมการอย่างเพียงพอ หางานได้ง่าย เป็นงานที่ปลอดภัย มีความฉลาดและเข้าใจในการควบคุมดูแล มีความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานที่ดี และมีค่าตอบแทนที่เพียงพอ การปรับตัวของผู้ที่ทำงานที่ไม่มีคุณภาพ แม้ในด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะมีผลทำให้ประสิทธิภาพของการงานด้อยลง มีความไม่พอใจ มีความขุ่นเคืองใจ รู้สึกผิดหวัง หรือมีพฤติกรรมปรับตัวไม่ดีที่รุนแรง

ค่าครองชีพที่สูง ทำให้คนไม่เห็นด้วยกับค่าตอบแทนที่ได้ เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง

ทำให้เกิดอาชีพใหม่ๆ และทำให้บางอาชีพปิดตัวลง ความกลัวต่อความปลอดภัยทางเศรษฐกิจ ชัดขวางการปรับตัวด้านอาชีพของผู้ทำงาน ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับทิศทางที่มีประสิทธิภาพที่สุด ซึ่งเป็นทรัพยากรของบุคคล และเป็นโอกาสในการประกอบอาชีพ สามารถเป็นต้นเหตุของปัญหาในการจัดการเกี่ยวกับการปรับตัว (Crow L. D. and Crow A., 1956)

2. การปรับตัวด้านกิจกรรมเวลาว่าง

เวลาว่าง (Leisure) คือเวลาของบุคคลไม่ได้ใช้เวลาในการทำงาน คือการเลือกอย่างอิสระไม่ว่าจะทำงานหรือไม่ก็ตาม การเข้าร่วมกิจกรรมเวลาว่างในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ เกม กีฬา การต่อสู้ป้องกันตัว หรือนันทนาการซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหรือประสบการณ์เวลาว่าง เพื่อที่ส่งเสริมความต้องการของบุคคล มีคุณค่าทางจิตใจ ผ่อนคลายความตึงเครียด พึงพอใจ ช่วยให้ผู้ยังคงอยู่เย็นเป็นสุข (สมบัติ กาญจนกิจ, 2542)

เมื่อบุคคลว่างจากงานประจำที่ทำอยู่ได้ใช้เวลากับงานอดิเรกเช่น อ่านหนังสือ เล่นกีฬา ทำสวน เย็บผ้า ไปชมภาพยนตร์ ไปวัด ไปร้านอาหาร หรือชวนเพื่อนมาบ้าน มากน้อยแค่ไหน ติดต่อกับเพื่อนได้แก่ไปมาหากันหรือพูดคุย ได้บอกความรู้สึกและปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน มีความสนใจที่จะไปเที่ยวมีการเตรียมการไปเที่ยวนับว่ามีการปรับตัวที่ดี ส่วนความรู้สึกเบื่อหน่ายหรือโดดเดี่ยวไม่มีเพื่อนเลย ประหม่าและไม่สะดวกโกรธเมื่อถูกเพื่อนขัดใจคือการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดีในด้านกิจกรรมเวลาว่าง (Weissman, 1971)

3. การปรับตัวด้านความสัมพันธ์กับญาติหรือเพื่อน

ครอบครัวคือหน่วยพื้นฐานของสังคม เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ถ้าที่บ้านดีแล้ว หน่วยของสังคมใหญ่ก็จะดีไปด้วย ความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่มีมาแต่กำเนิด ในบ้านและในชีวิตครอบครัวจะก่อให้เกิดความเชื่อศรัทธาที่ประสานอย่างใกล้ชิด หรือการไม่ลงรอยกันอย่างมากได้ การทะเลาะข้อผิดพลาด ความขุ่นเคืองใจ การแสดงออกอย่างสุดขีดของบุคคล การมองข้ามความถูกต้องของผู้อื่น และ การละทิ้งการตอบสนองในบ้านมันมากเหมือนกับจะเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงในบ้านแบบค่อยเป็นค่อยไป จากการเป็นอิสระในการเป็นผู้นำของหัวหน้าครอบครัว ไปสู่วัยของสังคมที่มีโครงสร้างที่เปลี่ยนไป ในอดีตเน้นว่า พ่อแม่ควบคุมพฤติกรรมบุตร และเด็กรุ่นใหม่จำนวนมากที่เป็นตัวของตัวเอง สามารถพบปะบุคคลในครอบครัวเพื่อพยายามสร้างบ้านจากรากฐานของความสัมพันธ์ที่ร่วมแรงร่วมใจในครอบครัว ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายของการพัฒนาสุขภาพของสมาชิกทุกคนในครอบครัว (Crow L.D. and Crow A., 1956)

ถ้าบิดามารดารักใคร่กันดี ยกย่องนับถือกันบิดามารดา ก็จะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุตร

บุตรจะมีการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีและมีความสุข หากความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีก็ยากที่บุคคลในครอบครัวจะมีความสุขได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529 อ้างใน โกสุม เศรษฐราชวงศ์, 2532)

บิดามารดาควรปรับในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กคือทำในลักษณะไม่ปกป้อง ตามใจเด็กมากเกินไปไม่ลำเอียง ทอดทิ้งเด็ก ไม่เคร่งครัดหรือเจ้าระเบียบเกินไป มีความเสมอต้นเสมอปลาย และเป็นแบบอย่างที่ดี ในเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ จิตใจ หรือบุคลิกภาพไม่ปกติ มีนิสัยเกเรเป็นอันธพาล มักจะเกี่ยวโยงกับประสบการณ์เบื้องต้น ที่เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู เด็กที่เกเรหรือมีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์และการปรับตัว ส่วนมากมาจากครอบครัวที่บิดามารดาให้การอบรมเลี้ยงดูไม่ถูกต้องเหมาะสม เด็กจะเรียนรู้ประสบการณ์จากครอบครัว พัฒนาไปเป็นทัศนคติ ความเชื่อ และบุคลิกภาพในที่สุด (ปิยนุช ประจักษ์จิตรระ, 2534 อ้างใน โกสุม เศรษฐราชวงศ์, 2532)

ความรักใคร่ปรองดองกันระหว่างบิดามารดา เป็นสิ่งสำคัญมากต่อชีวิตและครอบครัว เด็กจะเติบโตขึ้นเป็นผู้มีจิตใจอบอุ่น ที่ความรักต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นเด็กที่ร่าเริงแจ่มใส มองโลกในแง่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีสุขภาพจิตดี กล้าเผชิญปัญหา ความต้องการของเด็กทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งแปลเปลี่ยนไปตามวัย บิดามารดามีบทบาทในการตอบสนองความต้องการของบุตร

พฤติกรรมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม ได้แก่บรรยากาศแบบประชาธิปไตย หลีกเลี้ยงการลงโทษเด็กด้วยความรุนแรง ให้ความยุติธรรมระหว่างพี่น้อง และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตร (จิตรา วสุวานิช, 2536 อ้างใน โกสุม เศรษฐราชวงศ์, 2532)

แนวคิดในการเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสมของบิดามารดา ประกอบด้วยบทบาทหน้าที่อันได้แก่ การให้ความเจริญเติบโตด้านร่างกายและจิตใจ การอบรมสั่งสอนที่เป็นทางสายกลาง สอดคล้องกันระหว่างบิดามารดา ทำโดยสม่ำเสมอ ให้เด็กมีการปรับตัวกับสถานการณ์ภายนอก มีกฎเกณฑ์ไม่ตายตัว เป็นแบบอย่างที่ดี เอาใจใส่บุตร และให้ความรักความอบอุ่นแก่บุตร (สุพัฒนา บุญญานิตย์, 2516 อ้างใน โกสุม เศรษฐราชวงศ์, 2532)

ครอบครัวโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่อยู่รวมภายในบ้านเดียวกัน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทต่างๆ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หลาน เป็นต้น เมื่อสมาชิกอยู่ร่วมกันย่อมต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีความรักความผูกพันต่อกัน และมีหน้าที่รับผิดชอบซึ่งกันและกันภายใต้กฎเกณฑ์และความผูกพันทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกรัก ดีใจ เสียใจ โกรธ เกลียด ซึ่งสมาชิกแต่ละคนจะมีพฤติกรรมไปตามบทบาทของตน

สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยกันทำหน้าที่ของครอบครัวให้มีความพร้อมในเรื่องความ

ต้องการขั้นพื้นฐาน คือมีอาหาร บ้าน ที่อยู่อาศัย ฐานะความเป็นอยู่ทางสังคม การยอมรับความรัก ความมั่นคงและการเอาใจใส่ในสุขภาพอนามัยซึ่งกันและกัน ย่อมทำให้ครอบครัวนั้นกลายเป็นกลไก ที่สำคัญในการต้านทานปัญหา ป้องกันและพัฒนาสังคมได้ การจะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดใน ครอบครัวได้ ต้องมีการกระตุ้นสมาชิกในครอบครัวให้ตระหนักถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ที่ดีใน ครอบครัว เพื่อเพิ่มพูนความรักความสนิทสนม การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัว(ปรีดีหทัย แก้ว มณีรัตน์ ,2534)

การปรับตัวทางสังคมจะมีสูงเมื่อไม่มีความกังวลในการอยู่ร่วมกันของญาติหรือเพื่อน และความ พอลเพียงของการเงิน การปรับตัวทางสังคมที่ดีในประการแรกควรมีความรักและห่วงใยในบุตรของตน สามารถพูดคุยรับฟังความคิดเห็นของบุตร มีความเข้าใจไปในแนวทางเดียวกับบุตร สนใจในความ เป็นอยู่และกิจกรรมของบุตร ควรมีข้อโต้แย้งกับญาติหรือเพื่อนไม่มากจนเกินไป ในการอยู่ร่วมกัน สามารถบอกความรู้สึกและปัญหากันได้ ไม่มีการเลียงที่จะติดต่อกัน สามารถขอความช่วยเหลือด้าน คำแนะนำ การเงิน และมิตรภาพได้ ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ไม่กระทำการที่จะส่งผลให้ ความสัมพันธ์เลวลง (Weissman, 1971)

ทฤษฎีที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้าและการปรับตัวทางสังคม

ไพร์ตัน พฤษกษาคติคุณากร(2539) กล่าวถึง Learned helplessness theory ว่าการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ สัตว์ทดลองที่ถูกช็อคด้วยไฟฟ้า โดยไม่สามารถหนีได้ จะยอมจำนนต่อสภาพนั้น ไม่พยายามหนีอีก ลดการเคลื่อนไหว ไม่อยากอาหาร ซึ่งคล้ายกับในคน จากทฤษฎีนี้แพทย์นำไปใช้ในการทำให้ผู้ซึมเศร้ารู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมและกำหนด สภาพแวดล้อมได้ ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น

Oltmanns and Emery(1998) กล่าวถึง ทฤษฎีความสิ้นหวังว่า มาจากทฤษฎีการ เรียนรู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ของ Martin Seligman (1974) ที่ว่าสัตว์ทดลองจะแสดงพฤติกรรม ซึมเศร้าเมื่อไม่สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายได้ สำหรับคนที่ซึมเศร้านั้นไม่สามารถรู้พฤติกรรม หรือผลลัพธ์ จาก สิ่งแวดล้อมว่าจะเกิดอะไรขึ้น หรือเชื่อว่า เขาไม่สามารถช่วยหรือไม่สามารถ ควบคุมเหตุการณ์ในชีวิต เขาได้ (Abramson, Seligman and Teasdale, 1978 cited in Oltmanns and Emery, 1998) ความสิ้น หวัง หมายถึงบุคคลผู้ที่มีความหวังในทางลบ เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคต และสัมพันธ์กับความเชื่อ ว่า เหตุการณ์นั้นไม่สามารถควบคุมได้

ทฤษฎีการเรียนรู้เรื่องการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Learned helplessness) ของ Seligman (1975, cited in Wilson; Spence and Davanagh, 1989) ตั้งสมมุติฐานว่า ความซึมเศร้า

เกิดจากการรับรู้ของบุคคลในการขาดความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่สำคัญ Abrasion, et al. (1978) สังเกตว่าความซึมเศร้าสืบเนื่องมาจากปัจจัยหลายด้าน เช่น บุคคลที่ล้มเหลวในชีวิต ในผู้ใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์จะมองว่าความล้มเหลวเป็นธรรมดา แต่ในคนจำนวนมากที่เข้าใจในเหตุการณ์ทางลบ มีความนับถือตนเองต่ำ เกิดความซึมเศร้าขึ้น

ทฤษฎีของ Seligman (1975 cited in Warren, 1994) กล่าวว่า บุคคลที่ซึมเศร้าจะรับรู้ถึงความไม่สามารถที่จะควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดกับชีวิตได้ ผลที่ตามมาคือบุคคลไม่ปรารถนาที่จะจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิต การรับรู้เข้มงวด เป็นสากล และเป็นสิ่งที่ยึดแน่น ทำให้พัฒนาไปมีอาการแสดงของซึมเศร้า

รูปแบบ การเรียนรู้ ความสิ้นหวัง และการไม่ได้รับการช่วยเหลือ (Learned Helplessness Hopelessness Model) Seligman (1975, cited in Stuart, 2001) กล่าวว่า การเรียนรู้ถึงการขาดความช่วยเหลือ คือพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่บุคคลเชื่อว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมได้ ความคาดหวังในทางลบ นำไปสู่ความสิ้นหวัง การนิ่งเฉย และขาดความสามารถในการรับรองตนเอง

Abramson et al.,(1989 cited in Stuart, 2001) กล่าวถึง ความซึมเศร้าที่เกิดจากทฤษฎีความสิ้นหวังว่า ผลด้านลบ และ ลักษณะด้านลบเกี่ยวกับตนเองทำให้เกิด องค์ประกอบของความสิ้นหวัง ทำให้เกิดความซึมเศร้า

ทฤษฎีการเรียนรู้ รูปแบบของการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตั้งขึ้นโดย Seligman (1973 cited in Townsend, 1998) ทดสอบสุนัข สัตว์ที่จะไม่หลบหนีเมื่อถูกกระตุ้นไฟฟ้า หลังจากนั้น เมื่อเขาให้โอกาสหลบหนี จากประสบการณ์ที่เจ็บปวดมักตอบสนองการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และไม่พยายามที่จะหนี ภาวะที่เหมือนกันของการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในบุคคลผู้มีประสบการณ์ความล้มเหลว การพยายามปล่อยอารมณ์ของตนเองเพื่อพยายามสู่ความสำเร็จ ทฤษฎีของ Seligman คือการเรียนรู้การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นปัจจัยโน้มเอียงส่วนตัวจากความซึมเศร้าในการบังคับอารมณ์ ควบคุมการสูญเสียในชีวิต Mc Kinney and Moran (1980 cited in Townsend, 1998) กล่าวว่า สิ่งคาดหวังในทางลบเกี่ยวกับประสิทธิภาพของตนที่จะควบคุมตนเองจากสิ่งแวดล้อมของตนสู่ความอดทนและการลดลงของการตอบสนอง

ทฤษฎีการเรียนรู้ถึงการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Learned Helplessness) ของ มาร์ติน ซิลิกแมน(1975 cited in Pettijohn, 1998) อธิบายว่าทำไมบางคนดูราวกับว่ายอมแพ้ และกลายเป็นคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เขาเชื่อว่าเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด เป็นการตอบสนองที่ไม่มีความรู้สึกต่อผลที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรม พวกเขาหยุด

การตอบสนองการรับรู้ เขาเชื่อว่าการตอบสนองไม่มีประโยชน์ อารมณ์เขาจะมีประสบการณ์ของความวิตกกังวล และซึมเศร้า เซลิกแมน สังเกตว่า การเรียนรู้ถึงการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นปัญหาใหญ่ในสังคม เพราะถ้าละเลย มันสามารถพัฒนาไปเป็นความซึมเศร้า ทฤษฎีต้นแบบของเซลิกแมน อยู่บนพื้นฐานของการศึกษาสัตว์ และไม่จำเป็นต้องพยากรณ์ความซึมเศร้าในมนุษย์ ดังนั้นเขาจึงปรับปรุงให้ซับซ้อนสำหรับคนในการอธิบาย (Peterson & Seligman, 1985 cited in Pettijohn, 1998) การปรับปรุงสืบเนื่องมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ถึงการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สังเกตว่าบุคคลมีความต้องการที่จะเชื่อว่าเขาสามารถควบคุมชีวิตทั้งหมดของเขา ในความพิเศษของทฤษฎีพุ่งจุดสนใจไปที่บางคนตอบคำถามอย่างไรกับคำว่าทำไม เมื่อบุคคลประสบกับภาวะเครียด เซลิกแมนและคณะสนใจที่รูปแบบของการชี้แจงสามด้าน ได้แก่ความถาวร (ถาวรและชั่วคราว) การขยายออก (แบบง่ายและแบบเฉพาะเจาะจง) และตัวบุคคล (ภายในและภายนอก) ตัวอย่างเช่น สมมุติคุณสอบไม่ผ่าน (คุณสามารถสมมุติสาเหตุการสอบไม่ผ่านว่าเป็นบางสิ่งที่คุณคง เป็นการอธิบายแบบถาวร) หรือบางครั้งไม่มั่นคง (เป็นการอธิบายแบบชั่วคราว) ตัวอย่างสาเหตุที่ถาวรเกิดจากสติปัญญาที่ต่ำ และสาเหตุของความชั่วคราวอาจเกิดจากไข้หวัดใหญ่ คุณสามารถเชื่อว่าสถานการณ์นี้มีลักษณะเฉพาะ (อธิบายอย่างเจาะจง) หรือส่วนของรูปแบบโดยทั่วไป (การอธิบายแบบง่าย) การอธิบายแบบเฉพาะเจาะจงเป็นการทดสอบแบบพิเศษ ตรงข้ามกับการอธิบายอย่างง่าย คุณสามารถรู้ผลของความล้มเหลว (โดยอธิบายจากภายใน) หรือในสถานการณ์เป็นการอธิบายจากภายนอก จากงานวิจัยพบว่าคนส่วนใหญ่ที่กลายเป็นผู้มีอารมณ์เศร้าเนื่องจากเขารู้สึกว่าการสอบไม่ผ่านเป็นปมด้อยเสมอ เขาพยายามแต่ไม่มีความสามารถที่เหมาะสม เห็นได้ชัดว่าเหตุการณ์ควบคุมไม่ได้ พฤติกรรมของบุคคลก็จะเหมือนเดิม เพื่อป้องกันการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ของคุณพ่อแม่ควรให้อิสระแก่ลูกในการตัดสินใจ เซลิกแมนแนะนำให้มองโลกในแง่ดีและในทางบวก การเรียนรู้ถึงการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถป้องกันหรือรักษาได้ เซลิกแมนและคณะ สังเกตเห็นว่าปัญหาพื้นฐานของการเรียนรู้ถึงการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ที่บุคคลคาดหวังว่าการตอบสนองของเขาไม่มีผลอะไร เราจึงต้องสร้างความมั่นใจว่า เขามีบางอย่างควบคุมสถานการณ์ได้ ในพ่อแม่ควรให้การสนับสนุนลูกในการเรียนรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะเปลี่ยน ที่จะควบคุมชีวิตของเขาได้ เมื่อเขารู้สึกเช่นนี้ เขาก็จะสามารถจัดการกับอาการเครียดและความวิตกกังวลได้

Brown and Harris (1978, cited in Ottomanns and Emery, 1998) พบว่า เหตุการณ์รุนแรงซึ่งเป็นสิ่งคุกคามเป็นพิเศษ และมีผลที่ตามมาในระยะยาวสำหรับการปรับตัวของผู้หญิง มีโอกาสสูงที่จะทำให้ผู้หญิงมีอาการซึมเศร้า ความถี่ของเหตุการณ์ไม่รุนแรง มีผลทำให้ยุ่งยากสำหรับหญิงซึมเศร้า และไม่ซึมเศร้าเพียงร้อยละ 16 ของเหตุการณ์ที่ถูกรายงานโดยผู้หญิง

ทั้งหมด ในการศึกษาที่พิจารณาถึงความรุนแรงที่เป็นมาตรฐาน กรณีของความซึมเศร้าส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังจากเหตุการณ์รุนแรงเหตุการณ์เดียว สถิติของบราว พบว่าความซึมเศร้าไม่ได้มีสาเหตุจากการสะสม การวิวาทแบบปกติ และยากที่จะรู้สถิติในทุกๆ วัน

Stuart and Leraier (2001) กล่าวถึงสิ่งที่เร่งให้เกิดความเครียดว่า ได้แก่ความกดดันของบทบาท (Role Strain) กล่าวว่าการวิเคราะห์แหล่งของความเครียดที่เป็นบทบาททางสังคมส่วนใหญ่ของข้อเขียนจะมีจุดรวมที่ผู้หญิง ผลกระทบมีอิทธิพลกับความซึมเศร้าในผู้หญิง การเพิ่มขึ้นของกระบวนการทางสังคมเกี่ยวกับเพศ และบทบาทที่เปลี่ยนแปลงของผู้หญิง ความกดดันของบทบาทในการแต่งงาน ปรากฏมาเท่าๆ กับแหล่งความเครียดที่สำคัญ ที่สัมพันธ์กับความซึมเศร้าในทั้งหญิงและชาย จากงานวิจัยสังเกตพบว่าตั้งแต่เริ่มต้นของชีวิตแต่งงานมีผลปกป้องเพศชาย แต่เกิดผลเสียหายนอกกับเพศหญิงบทบาทด้านอื่นสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้หญิงที่จะเปิดเผยแหล่งความเครียดที่เรื้อรัง เช่น ประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแล มันแสดงถึงภาวะทางจิตสังคมและทางชีววิทยาที่ท้าทาย โดยเฉพาะประกอบด้วยสิ่งที่จะกล่าวต่อไปนี้ (Beeber 1996, cited in Stuart and Leraier, 2001)

1) ช่วงเวลาหลังคลอด ด้วยสิ่งที่เกิดตามมาของความต้องการการนอนของเด็ก ทำให้แม่ยุ่งยาก การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนแบบทันที การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และความยุ่งยากทางสังคมที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์

2) บทบาทของหญิงที่เป็นผู้ดูแลพ่อแม่ หรือคู่สมรสที่เป็นโรคความจำเสื่อมทำให้ถูกรบกวนด้านการนอน

3) หญิงที่มีความพยายามที่จะประสบความสำเร็จ ผู้ซึ่งต้องการเวลาจากการนอนเพื่ออุทิศให้กับครอบครัวและบทบาททางสังคมในการทำงานและการเรียน

4)การทำงานเป็นกะซึ่งไม่สามารถจะติดตามการหมุนเวียนนั้นได้ (จากกลางวันไปเป็นไปกลางคืน) ซึ่งการปรับตัวที่เพียงพอต้องมีสำหรับการเปลี่ยนเวลา

2.แนวคิดเกี่ยวกับหญิงวัยหมดระดู

2.1 คำจำกัดความ

วัยหมดระดู หมายถึง วัยที่มีการสิ้นสุดของการมีระดูอย่างถาวรเนื่องจากรังไข่หยุดการทำงาน มีการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน มีผลต่ออวัยวะในระบบต่างๆ ที่ร่างกาย ทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกาย และจิตใจจะเกิดกลุ่มอาการ Menopausal Syndrome ได้แก่ โรคระบบประสาทอัตโนมัติ โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือดและโรคระบบโครงกระดูก (ซิน เตซามาหาชัย

และบุญสม วันธีระพิบูลย์, 2539) อายุเฉลี่ยของการหมดระดู ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย สภาพอาหาร และกรรมพันธุ์ (WHO. 1981, อ้างใน สุวิภา บุญยะไพฑร) สตรีไทย อายุเฉลี่ย 48 ปี (Choompootawee, 1993, อ้างในสุวิภา บุญยะไพฑร)

Chang and Chang (1996) กล่าวว่า วัยหมดระดูประกอบไปด้วยระยะต่างๆ ดังนี้ได้แก่ หนึ่งระยะ premenopausal หมายถึงผู้ที่มีระดูมาสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดไป น้อยกว่า 3 เดือน สองระยะ perimenopausal หมายถึงผู้หญิงซึ่งมีระดูไม่สม่ำเสมอ หรือหมดระดู มากกว่า 3 เดือน แต่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และระยะ postmenopausal ซึ่งเป็นหญิงที่หมดระดูตามธรรมชาติ ส่วนการหมดระดูจากการผ่าตัด หมายถึง การไม่มีระดูหลังจาก การผ่าตัดมดลูก รังไข่ หรือทั้งสองอย่าง

Maddox (1992) กล่าวว่า วัยหมดระดู เข้าใจกันว่า ระดับของ Estrogen (Estradiol) เป็นการลดลงมากเนื่องจากรังไข่หยุดผลิต ต่อมหมวกไตเริ่มผลิต Estradiol จำนวนน้อย หญิงหลังวัยหมดระดู (postmenopausal) ผลิต Estrone การสังเคราะห์ Estrogen มีจำกัด โดยการเปลี่ยน Androstenedione เป็น Estrone ในไขมัน กล้ามเนื้อ ตับ สมอง ไต และต่อมหมวกไต หญิงอ้วนจะมีระดับ Estrogen สูงกว่าในระบบเลือดเล็กน้อย ซึ่งความหมายของระดับเลือดหลังหมดระดู (after menopause) เริ่มที่ 35 พิโคกรัมต่อลิตร Maddox .กล่าวว่าประมาณอายุ 38-42 ปี การตกไข่เริ่มน้อยลงมีการเปลี่ยนแปลง แบบแผนของ การมีระดูปกติ ระดับฮอร์โมน Estrogen เริ่มต่ำผลมาจากการไม่ตอบสนองของรังไข่ต่อการกระตุ้นของ FSH และ LH ทำให้เกิดผลย้อนกลับไปที่ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า ลดการทำงานของ FSH และ LH ถูกขัดขวางไม่นาน สุดท้ายทำให้ระดับ FSH มีมากกว่า 40 IU/ML แสดงว่าหญิงนั้นเข้าวัย menopause ค่าเฉลี่ยอายุของหญิงวัยหมดระดูคือ 46-56 ปี

Fishbein (1992) กล่าวว่า วัยหมดระดูใช้ในความหมายกว้างกว่าที่จะหมายถึงการสูญเสียความสามารถที่จะมีบุตร มันเป็นคำที่ถูกต้องที่สุดที่จะหมายถึง เหตุการณ์ทางกายภาพ ระยะสุดท้ายของรอบระดู ดังนั้น หลังจากสิ้นสุดเวลานั้นแล้ว แน่แน่นอนว่าจะต้องได้รับการวินิจฉัยว่าจะมีการตั้งครรภ์หรือมีโรค ระยะเวลา 1 ปี ที่ไม่มีระดูมาตามธรรมชาติ หมายความว่าได้เกิดการหมดระดูขึ้นแล้ว peri menopause หมายถึงช่วงเวลา 25 ปี จาก อายุประมาณ 35 ปี ถึง 60 ปี ที่ห้อมล้อมไปด้วยเวลาซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ เป็นระยะที่เกี่ยวข้องกับช่วงสำคัญในชีวิต ใช้เวลา 8-10 ปี ก่อนมีรอบระดูครั้งสุดท้าย menopause คือ เครื่องหมายของช่วงเวลามีระดูครั้งสุดท้ายและ post menopause คือ 1 ปี หลัง menopause และมีลักษณะที่เป็นระยะสุดท้ายของการทำงานของรังไข่ Estrogen ค่อยๆ ลดลง เนื้อเยื่อและอวัยวะที่ตอบสนอง กับ Estrogen และจะกระทบเมื่อขาดการผลิต Estrogen ประกอบด้วยรังไข่ เนื้อเยื่อ endometrium เนื้อเยื่อของช่องคลอด hypothalamus ระบบประสาท

และผิวหนัง มีผลต่อกระดูก ต่อมไร้ท่อเปลี่ยนแปลง มีอาการแสบร้อน ตามตัวคืออาการ peri menopausal

องค์การอนามัยโลก(1981,site in Li et al.,1996) ให้ความหมายของสถานภาพของวัยหมดระดูว่า

ระยะที่ 1 pre menopause หมายถึงระยะของการมีบุตรได้ก่อนที่จะถึงวัยหมดระดู

ระยะที่ 2 peri menopause หมายถึงช่วงเวลาปัจจุบันก่อนหมดระดูเมื่อสิ่งที่เกี่ยวข้องกับต่อมไร้ท่อชีววิทยา และอาการเด่นทางคลินิกของการเข้าสู่การหมดระดู การเริ่มต้น การดำเนินไปของปีแรกสุดหลังหมดระดู

ระยะที่ 3 post menopause หมายถึงระยะจากหมดระดู แม้ไม่สามารถหาข้อสรุปได้จนกว่าจะ 12 เดือนหลังจากระดูไม่มาตามปกติ

อายุเฉลี่ยของวัยหมดระดูเท่ากับ 43.43-54 ปี (กองอนามัย กรมอนามัย, 2537) 46-56ปี (Maddox,1992) 45-53 ปี (อรุษา เทพพิสัย , 2532) 48-52 ปี 48.7-55.9 ปี (ศิริพร จิรวัดมนกุล ,2534)

สรุปว่าวัยหมดระดูหมายถึง ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่มก่อนหมดระดูจนถึงภายหลังหมดระดูไปแล้วอย่างน้อย 1 ปี เป็นวัยที่รังไข่หยุดการทำงานระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง มีผลต่อระบบต่างๆทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุเฉลี่ยขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ สภาพสมบุรณ์ของร่างกาย สภาพอาหารและกรรมพันธ์สตรีไทยอายุอยู่ในช่วง 43-56 ปี สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ หญิงวัยหมดระดู หมายถึงหญิงที่มีอาการของวัยหมดระดู และไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน ที่มารับบริการที่คลินิก

2.2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อถึงวัยหมดระดู

สรีระวิทยาของระบบสืบพันธุ์

รังไข่ (ovary) เป็นอวัยวะสืบพันธุ์ที่สำคัญที่สุดของระบบสืบพันธุ์สตรี มีความสำคัญในการสร้างไข่ (ovum) และสร้างฮอร์โมนหลายชนิดที่สำคัญที่สุดคือ ฮอร์โมน Estrogen โดยเฉพาะ Estradiol (E₂) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบสืบพันธุ์และมีประโยชน์ต่อระบบอื่นของร่างกาย

เมื่ออายุ 12-13 ปี มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ ที่ย่างเข้าสู่วัยรุ่น เช่น เต้านมขยายใหญ่ขึ้น มีขนขึ้นบริเวณที่ลับ มีกลิ่นตัว และมีระดูมา เมื่อรังไข่เข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตของ follicle จนมีการตกไข่ในช่วงกลางของรอบประจำเดือนพร้อมที่จะปฏิสนธิกับอสุจิ มีการสร้าง corpus luteum ตรงบริเวณที่ follicle แตก ถ้าไม่มีการตั้งครรภ์ corpus luteum จะเสื่อมไป หากมีการตั้งครรภ์ corpus luteum จะมีลักษณะเป็นถุงน้ำ เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดูฮอร์โมนจาก hypothalamus และต่อม pituitary จะยับยั้งการหมุนเวียนของ follicles ดังกล่าว

การควบคุมของ ฮอร์โมนจาก hypothalamus และ Pituitary gland เรียกว่า Hypothalamic-Pituitary-Ovarian Axis มีรายละเอียดคือ

FSH และ LH ออกฤทธิ์ร่วมกันให้ไข่เจริญเติบโต แก่ตัว และตกไข่ พร้อม ๆ กับ granulosa และ theca cells ของ follicles จะสังเคราะห์ estradiol และ progesterone ในช่วง follicular phase และ luteal phase

Estradiol (E_2) เป็นฮอร์โมนเอสโตรเจนจากรังไข่ กระตุ้นโพรงมดลูกให้เป็น proliferative ในครั้งแรก แล้ว progesterone จาก corpus luteum หลังการตกไข่ จะเปลี่ยนเยื่อบุมดลูกเป็น secretory เมื่อไม่มีการตั้งครรภ์ เยื่อบุโพรงมดลูกจะลอกตัวจากผนังมดลูก กลายเป็นระดูออกมา

Estradiol (E_2) ในช่วงแรกของรอบประจำเดือนจะมีไม่มาก จะยับยั้งการหลั่ง LH ในช่วง midcycle และจนถึง midluteal phases ที่ระดับ E_2 สูงสุดจะกระตุ้นให้มี LH สูงสุด กระตุ้น corpus luteal สร้าง E_2 & Progesterone และ E_2 ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่ง FSH การทำงานของ hypothalamic-pituitary-ovarian axis ดังกล่าวมีผลให้สตรีมีไข่ตกและมีระดูทุกเดือนสม่ำเสมอตลอดวัยเจริญพันธุ์

เมื่อถึงวัยหมดระดูพบว่าเมื่อการตอบสนองของ Follicle ต่อการกระตุ้นของ FSH ลดลงทำให้การสังเคราะห์ Estradiol ลดลงซึ่ง Estradiol ทำหน้าที่ควบคุมการหลั่ง FSH & LH จึงทำให้มี FSH สูงขึ้น 18 เท่า และ LH สูงขึ้น 3 เท่า เมื่อเทียบกับระดับในวัยเจริญพันธุ์จะสูงมากเมื่อ 2-3 ปีแรกของการหมดระดู ต่อจากนั้นจะลดลงตามอายุ

จากการมี FSH เพิ่มมากขึ้นทำให้ follicular phase สั้นลง luteal phase ปกติ ทำให้ interval สั้นลง เกิด polymenorrhea ต่อมาเมื่อการตอบสนองของ follicle ต่อ FSH น้อยลง ต้องใช้เวลานาน เพื่อให้มี LH สูงในการชักนำให้มีการตกไข่จึงทำให้ interval ของรอบระดูยาวนาน เกิด oligomenorrhea หรืออาจมีความผิดปกติที่เรียกว่า dysfunctional uterine bleeding เกิดร่วมด้วย

เมื่อ follicle หยุดการตอบสนองต่อการกระตุ้นของ FSH อย่างเด็ดขาด จะไม่มีการตกไข่ ระดับ Estradiol ลดลงอย่างมาก ไม่มี corpus luteum ไม่มีการสังเคราะห์ ฮอร์โมน Progesterone จะไม่มี Estradiol ไปกระตุ้นเยื่อบุโพรงมดลูกให้เป็น secretory endometrium จึงขาดการมีระดู

รังไข่ของสตรีหมดระดูจะไม่สร้าง estrogens แต่สามารถสร้าง androgens เช่น สร้าง testosterone ได้ ร้อยละ 50 ของฮอร์โมนในกระแสเลือด ทำให้มีขนขึ้น รู้สึกสดชื่นมีอารมณ์ทางเพศเพิ่มขึ้น androsteronedione จะถูก enzyme ที่มีอยู่ตามไขมันทั่วร่างกาย เปลี่ยนกลับไปเป็น estrone (E_1) เป็น estrogen ชนิดหนึ่งที่ออกฤทธิ์น้อยกว่า E_2) โดยกระบวนการ aromatization

ฮอร์โมนในสภาวะหมดระดู พบว่ารังไข่ของวัยเจริญพันธุ์สร้าง estrogen ได้ 3 รูปแบบ พบว่า estradiol (E2) เป็น estrogen ธรรมชาติ ที่ออกฤทธิ์แรงที่สุดคือมากกว่า estrone(E1) 10 เท่า estriol(E3)ออกฤทธิ์อ่อนที่สุด E2 จะมีระดับสูงตอน midcycle , midluteal phase ,และ follicular phase ในวัยหมดระดูจะมี E1 มากกว่า E2 จากขบวนการ aromatization ดังนั้นวัยหมดระดูจึงมีระดับ E2 ต่ำ FSH และ LH สูง

2.3 อาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู

คือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดระดู เนื่องจากความผิดปกติของระบบ hypothalamic – pituitary-ovarian axis ทำให้ FSH & LH สูง แต่ estradiol (E2) ต่ำ การมี E2 ต่ำ ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้

2.3.1 อาการที่เกิดในระยะแรก (Short term)

ระบบ Neuroendocrine

1) Vasomotor symptoms เรียกกลุ่มอาการ hot flushes หรือ hot flashes ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย เหงื่อออกในเวลากลางคืน ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และใจสั่น

2) Psychological symptom การลดระดับของ estradiol ทำให้มีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด กังวลใจ อารมณ์อ่อนไหวได้ง่าย ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย เบื่อหน่าย ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ความต้องการทางเพศลดลง ร่วมกับการนอนไม่พอจาก vasomotor instability และการเปลี่ยนแปลงด้านชีวิตสมรส สิ่งแวดล้อมและสังคมร่วมด้วย

ระบบ urogenetial

เกิดการฝ่อของช่องคลอดและกระเพาะปัสสาวะจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ช่องคลอดแห้ง สิ้นลง ขาดความยืดหยุ่น การรั่วเรื้อรังของช่องคลอด การหย่อนยานของมดลูก และช่องคลอด และเกิด urethral syndrome หย่อนยานของกระเพาะปัสสาวะทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ขณะไอหรือจาม หรือยกของหนัก กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะอักเสบ ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย

2.3.2 อาการที่เกิดในระยะหลัง (Long term)

1.) เกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของ estrogen ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน metabolism และปัจจัยส่งเสริมอื่น ได้แก่

มีการเปลี่ยนแปลงใน lipid & lipoprotein metabolism ก่อให้เกิด atherosclerosis ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยลงเกิด angina และ myocardial infarction

การเปลี่ยนแปลงใน carbohydrate metabolism จะเพิ่ม การต่อต้านอินซูลิน ซึ่งสัมพันธ์ กับ hypertension

estrogen สามารถออกฤทธิ์โดยตรง ต่อเส้นเลือดในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ atherosclerosis

การกระจายตัวของไขมันจาก gynoid มาเป็น android ในหญิงวัยหมดระดูมีแนวโน้มให้ เกิด cardiovascular disease

กระดูก (osteoporosis) การขาด estrogen ทำให้มีการละลายหรือสลายเนื้อกระดูก (bone resumption) มากกว่า การผลิต หรือสร้างเนื้อกระดูก (bone formation) ทำให้สูญเสียมวล กระดูกมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อภาวะกระดูกพรุนได้แก่ เป็นในครอบครัวที่เป็นโรคนี้ พบในคนผิวขาวและคนเอเชียมากกว่านิโกร พบในหญิงมากกว่าชาย พบในคนรูปร่างเล็ก ผอม สูบบุหรี่ ดื่มสุราและกาแฟมากเกินไป ไม่ออกกำลังกายเลย หรือออกกำลังกายมากเกินไปและขาด calcium

2.4 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับวัยหมดระดู ได้แก่ biological, Psychological, environmental and feminist. พูดถึงข้อดี ข้อด้อย และการรักษา ทฤษฎีประโยชน์สำหรับการทำวิจัยที่สมบูรณ์

2.4.1 Biological theory

กล่าวว่าวัยหมดระดู เปรียบได้กับ การเผาผลาญ หรือต่อมไร้ท่อที่เสียหายที่ เช่น ขาด estrogen อาการทางกายเกิดขึ้นเนื่องจาก การหยุดการทำงานของรังไข่ การรักษาคือการให้ฮอร์โมน

2.4.2 Psychological or Psychosocial theory

ทฤษฎีทางจิตวิทยาหรือทฤษฎีทางจิตสังคม ชี้แจงว่า ปัจจัยทางสังคม เช่น สถานภาพการสมรส ความเครียด หลายบทบาท การสูญเสีย โดยเฉพาะการสูญเสียในสตรี และในวัยสาวมีความสัมพันธ์กับอาการในวันหมดระดู โดยเฉพาะซึมเศร้า

การสูญเสีย หรือการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดระดู และวัยสูงอายุ มีมาก ทางกายภาพมีการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏ ความสามารถ ไหวพริบ การเคลื่อนไหว และสุขภาพ สังคม การสูญเสีย รวมถึง การปลดเกษียณ ลูกเจริญเติบโตเต็มที่แล้วแยกจากไป คู่สมรสและเพื่อนเจ็บป่วยหรือตายจากการเปลี่ยนแปลงมีผลกับ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รายได้ และสถานภาพความซึมเศร้า ความวิตกกังวล แอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาอื่น ๆ และ อาการหากระแวง คือ อาการทางจิตที่ปกติ สำหรับการสูญเสีย อาการทางจิต หรืออาการทางอารมณ์ ของวัยหมดระดู คืออาการคล้ายคลึงกับ

ภาวะซึมเศร้า (การลดลงของพลังงาน อ่อนเพลีย ไร้ความหวัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ความจำเสื่อมถอย นอนไม่หลับสูญเสียแรงขับทางเพศ และวิตกกังวล) มั่นยาที่จะตัดสินใจว่าอาการต่าง ๆ สัมพันธ์กับฮอร์โมน หรือเป็นผลที่ตามมาจากการซึมเศร้า

บุคลิกภาพก่อนไม่สบาย และวิตกกังวล มีคุณสมบัติราวกับอยู่บนพื้นฐานของสาเหตุของอาการของวัยหมดระดู โดยเฉพาะอาการทางจิตใจ (Bell, 1987) ผลของการวินิจฉัยทางจิตเวชของซึมเศร้า หรือวิตกกังวล แก้ไขโดยใช้แผนการรักษาคือจิตบำบัด หรือให้ยาเป็นการรักษาโดยเฉพาะสำหรับอาการทางจิต

ทฤษฎีนี้มีความสำคัญต่อการรักษา ที่อยู่บนพื้นฐานของความผิดปกติ หรือความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย ยิ่งไปกว่านั้นทฤษฎีนี้เน้นความต้องการสำหรับการรักษาทางยา การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหา

2.4.3 Sociocultural or environmental theory

ทฤษฎีสังคมวัฒนธรรม หรือ ทฤษฎีสิ่งแวดล้อมเป็นจุดรวมของแนวโน้ม ความสนใจมีอิทธิพลต่อการวิจัยข้ามวัฒนธรรม สังเกตได้ว่าวัยหมดระดูมีการอธิบายทางวัฒนธรรม และประสบการณ์ที่แตกต่าง โดยกลุ่มชาติพันธุ์ (Carolan, 1994, Datan, 1986 cited in Barile, 1997)

จากการศึกษาในที่ต่าง ๆ พุ่งประเด็นไปที่ผู้หญิงจากต่างวัฒนธรรม เช่น ในไทย ฟิลิปปินส์และ ออสเตรเลีย งานวิจัยส่วนใหญ่ยืนยันว่าประสบการณ์การหมดระดู เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและหญิงจากต่างวัฒนธรรมจะปรับตัวกับการหมดระดูต่างกัน หลักฐานจากการศึกษาแสดงว่า หญิงที่ไม่มีปัญหากับวัยหมดระดูต่างกัน หลักฐานจากการศึกษาแสดงว่า หญิงที่ไม่มีปัญหากับวัยหมดระดูจะอยู่ในวัฒนธรรมที่หญิงวัยสูงอายุมีสถานภาพสูง หรือที่ซึ่งวัยหมดระดูถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้น และเป็นธรรมดาของช่วงชีวิตที่มีเสรีภาพจากความวิตกกังวลเรื่องรอบประจำเดือนและการตั้งครรภ์ สิ่งที่น่าประหลาด คือ การเชื่อมโยงระหว่าง ค่านิยมที่เด่นของวัฒนธรรม คุณค่าหรือทัศนคติที่เกิดจากผลทางสังคม และประสบการณ์หมดประจำเดือน ของผู้หญิง

หญิงในสหรัฐอเมริกา รู้ถึงคุณค่าทางเพศ, ประโยชน์ และเสน่ห์ของวัยสาว จะลดสถานะลงเมื่ออายุมากขึ้น การลดสถานะเกิดขึ้นเมื่อสูญเสียความสำคัญทางเพศ ประโยชน์และเสน่ห์ของวัยสาวจะลดสถานะลงเมื่ออายุมากขึ้น การลดสถานะเกิดขึ้นเมื่อสูญเสียความสำคัญทางเพศ เสน่ห์ในวัยสาวและความสามารถในการมีบุตร (Berkun, 1986 cited in Barile, 1997) จึงปรากฏว่าในวัฒนธรรมที่ซึ่งผู้หญิงถูกกดขี่ หรือลดสถานะนั้นประสบการณ์ของวัยหมดระดูจะเป็นลบ

ยุทธวิธีการรักษาสาเหตุที่เกิดจากสังคม วัฒนธรรม หรือ แบบของสิ่งแวดล้อมสำหรับให้ผู้หญิงกระตือรือร้น สนับสนุนบทบาทของตนเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมหรือเรียนรู้ที่จะปรับตัวตอบสนองทัศนคติของวัฒนธรรมนั้นเพื่อเพิ่มคุณค่าในผู้หญิงและวัยสูงอายุ หญิงหมดระดูต้องการ

เรียนรู้การตอบสนองการปรับตัวใหม่ ๆ การสร้างการรับรู้ขึ้นมา และบอกปิดภาพทางด้านลบทางสังคม การสร้าง ความนับถือตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเองตลอดไปด้วยความถูกต้องของความรู้ และข้อมูล

2.4.4 ทฤษฎีของสตรี (The feminist theory)

ทฤษฎีนี้แนะนำว่าวัยหมดระดู คือ กระบวนการพัฒนาตามธรรมชาติ เป็น transition ของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือเช่นการผ่านไปที่สัมพันธ์กับความท้าทายและอิสระภาพ (Gannon & Ekstrom, 1993 Site in Barile 1997)

การรักษาจะเน้นหนักที่ การเปลี่ยนผ่านของชีวิตที่ปกติ และการรับรู้ของผู้หญิงว่ามองการหมดระดู เป็นความท้าทาย ต่อการควบคุมของผู้หญิงหรือไม่

ยุทธศาสตร์การปรับตัวขึ้นกับความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงตนเอง หรือการรักษาตามธรรมชาติที่เฟลิดเฟลิน

ประโยชน์ของทฤษฎีนี้ คือ ผู้หญิงสามารถควบคุมประสบการณ์ มีอำนาจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และกลุ่มตัวอย่างที่ระดับกระแงกับสุขภาพของตน ทฤษฎีนี้กระตุ้นโดยความเอาใจใส่ที่มากขึ้น และงานวิจัยพุ่งความสนใจไปที่ความจำเป็นทางสุขภาพของหญิงและทฤษฎีนี้สามารถรวมกับทฤษฎีอื่น ๆ ได้ง่าย

โทษของทฤษฎีนี้ คือ ไม่สามารถคาดคะเนมุมมองด้านชีววิทยา, จิตวิทยา และ สังคมวัฒนธรรมของวัยหมดระดูได้ (Barile ,1997)

จากทฤษฎีสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงต่างๆทั้งทางร่างกายและจิตใจของหญิงวัยหมดระดูเกิดจากการลดลงของเอสโตรเจน การเสื่อมของร่างกาย เหตุความเครียดในชีวิตค่านิยมในสังคม และการประเมินตนเองของหญิงวัยนี้ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัว ความเป็นอยู่ และอาการ ของหญิงวัยดังกล่าว

สรุปวัยหมดระดู หมายถึง ระยะเวลาก่อนหมดระดู จนถึงภายหลังหมดระดูไปแล้วอย่างน้อย 1 ปี เป็นช่วงที่รังไข่หยุดการทำงาน ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง มีผลต่อระบบต่างๆ ในระยะแรกได้แก่ ร้อนวูบวาบ ช่องคลอดขาดการยืดหยุ่น หงุดหงิด ซึมเศร้า อาการระยะหลังได้แก่โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กระดูกพรุน จากทฤษฎีจะกล่าววว่าวัยหมดระดูเป็นวัยแห่งการเสื่อมด้านร่างกาย มีการสูญเสียหลายด้าน ก่อให้เกิดความเศร้าได้ ความเชื่อในบางวัฒนธรรมและการปรับตัวที่ดีจะทำให้ชีวิตวัยนี้มีความสุขได้

2.5 แนวทางในการดูแลผู้เข้าสู่วัยหมดระดู

การป้องกันโรคในสตรีวัยหมดระดู ได้แก่การป้องกันโรคที่เกิดจากการขาดฮอร์โมน และโรคอื่นเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และโรคจากการติดเชื้อต่างๆ

การดูแลเริ่มจากการส่งเสริมสุขภาพในวัยเด็ก ป้องกันและชะลอการเสื่อมถอยของสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงค่อยเป็นค่อยไป ให้การรักษาในรายที่เกิดอาการ หรือปัญหาต่างๆ โดยมีหลักการดังนี้

1. การดูแลรักษาสุขภาพโดยไม่ต้องอาศัยยา มุ่งเน้นปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle modification) ให้เหมาะสมโดย

1.1 หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น (นิมิต เตชไกรชนะ, กอบจิตต์ ลิมปพยอม, 2544) สตรีที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวนขึ้นไป จะมีระดับ high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ลดลงร้อยละ 14 เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่ได้สูบบุหรี่ พบว่าสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้ลดการสร้าง prostacyclin ของหลอดเลือด ผลจากการศึกษาพบว่าสตรีที่มีระดับ HDL-C ต่ำจะมีอัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่าสตรีที่มีระดับ HDL-C สูงถึง 4 เท่าเป็นอย่างน้อย (กอบจิตต์ ลิมปพยอม, อรรณพ ใจสำราญ, 2543)

1.2 ออกกำลังกายเหมาะสมกับวัยอย่างสม่ำเสมอ พบว่าผู้มีบุคลิกภาพ กระฉับกระเฉงคล่องแคล่วว่องไว ชัยชนะแข็งแกร่งจะมีปริมาณเนื้อกระดูกมากกว่าผู้ที่มีลักษณะเฉื่อยชา ในรายที่เจ็บป่วยและต้องนอนรักษาตัวเป็นเวลานานอดอยากไม่ได้มีการลุกขึ้น หรือเคลื่อนไหวร่างกาย จะมีการสูญเสียกระดูกในปริมาณที่สูง การออกกำลังกาย ยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่าสามารถชะลอการสูญเสียเนื้อกระดูก แต่การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยให้เคลื่อนไหวได้คล่องแคล่วมากขึ้น การทรงตัวดี มีโอกาสหกล้มน้อย ป้องกันการเกิดกระดูกหัก (กอบจิตต์ ลิมปพยอม, 2543)

1.3 ปรับพฤติกรรมการบริโภคให้ถูกสุขลักษณะ (มณฑนา ประทีปะเสน, 2539)

- ป้องกันภาวะการขาดน้ำ
- ควบคุมน้ำหนักตัวแต่เนิ่นๆ ภาวะอ้วนแบบ central obesity มีการสะสมของไขมันบริเวณส่วนบนของลำตัวและเอวมากกว่าสะโพก และส่วนล่างของลำตัว จะมีความผิดปกติของ metabolism ของไขมัน มีผลให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด (กอบจิตต์ ลิมปพยอม, อรรณพ ใจสำราญ, 22543)

- เพิ่มใยอาหาร โดยบริโภคผัก ผลไม้ ข้าวซ้อมมือ เพิ่มขึ้น

- ควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดโดย จำกัดปริมาณไขมันในอาหารให้อยู่ระหว่างร้อยละ 20-25 ของพลังงานทั้งหมด จำกัดโคเลสเตอรอลในอาหารบริโภคให้ต่ำกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน เพิ่มอาหารปลาทะเล ใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร

- เพิ่มการบริโภคแคลเซียมโดยบริโภคนม (พร่องมันเนย) กุ้งแห้ง ปลาตัวเล็ก ผักใบเขียว เป็นประจำทุกวัน และมีการได้รับวิตามินดีโดยเฉพาะจากแสงแดด จากการประชุมเรื่องกระดูกพรุนเมื่อเดือนมีนาคม 2536 ที่ประเทศฮ่องกง ปริมาณแคลเซียมที่หญิงควรได้รับในแต่ละวัน

วัยรุ่น 1,200 กรัม/ วัน

ผู้ใหญ่ 1,000 กรัม/ วัน

วัยหมดระดู 1,500 กรัม/ วัน

วัยหมดระดูร่างกายหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ลำไส้ดูดซึมแคลเซียมลดลง การได้รับแคลเซียมมีประโยชน์ในการชะลอการสูญเสียกระดูกในวัยหมดระดู แต่การได้รับแคลเซียมไม่สามารถทดแทนการสูญเสียกระดูกในรายที่ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนโดยเฉพาะในระยะ 5 ปีแรกหลังหมดระดูจะต้องให้ฮอร์โมนทดแทนด้วย (กอบจิตต์ ลิ้มปวยอคม,2543)

- กระตุ้นการหลั่ง Growth hormone โดยรับประทานอาหารเป็นเวลา เพิ่มอาหารอาร์จินีนสูงโดยเฉพาะปลาทะเล นอนหลับเพียงพอ

- รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

2.ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

2.1 การใช้ยาในกลุ่มฮอร์โมนทดแทนซึ่งเป็นฮอร์โมนทดแทนซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศ โดยแพทย์จะให้เอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสโตรเจนในสตรีที่ยังมีมดลูกแต่ให้เอสโตรเจนเพียงอย่างเดียวในสตรีที่ไม่มีมดลูก

การให้เอสโตรเจนเพื่อเป็นฮอร์โมนทดแทนมีข้อบ่งชี้ดังนี้

- มีอาการวัยหมดระดูเนื่องจากการขาดเอสโตรเจนที่รุนแรงและต้องการการรักษา
- เป็นโรคกระดูกพรุน หรือมีการสูญเสียกระดูกอย่างรวดเร็ว หรือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน
- เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารี
- รังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด หรือหมดระดูก่อนกำหนด

ข้อห้ามใช้

- ตั้งครรภ์

- เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ

ข้อห้ามใช้

- ตั้งครรภ์
- เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ
- มะเร็งที่ตอบสนองต่อเอสโตรเจน ได้แก่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
- ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ หรือภาวะหลอดเลือดดำอักเสบมีลิ่มเลือด
- โรคตับเฉียบพลัน

2.2 การใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่ฮอร์โมนเพศ เช่นการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการในกลุ่ม vasomotor ยาที่ใช้ป้องกันหรือรักษาโรคกระดูกพรุน และยาลดไขมันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโคโรนารี (นิमित เตชไกรชนะ และ กอบจิต ลิ้มปทยอม, 2544)

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลัดดา แสนสีหา (2536) ศึกษาเรื่องความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในด้านลบของวัยรุ่นตอนปลายพบว่า วัยรุ่นตอนปลายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 17.57 ปี มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 31.03 มีความซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 14.81 มีความซึมเศร้าระดับมากร้อยละ 20.03 มีความซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 3.24 ความคิดอัตโนมัติในทางลบมีจำนวนข้อมากขึ้นตามระดับคะแนนของความซึมเศร้าที่มากขึ้น เนื้อหาของความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลายที่มีความซึมเศร้าจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระดับคะแนนความซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น

กัลยา แซ่เจี้ยว (2539) ศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่พบร่วมกับอารมณ์เศร้าของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยทางจิตภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการในกลุ่มอาการหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์เศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 แต่ระดับของฮอร์โมนไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์เศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการรับมือการหมดประจำเดือนและลักษณะบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ความทุกข์ของอารมณ์เศร้าพบร้อยละ 31

เอี่ยมเดือน เนตรแหม (2541) ศึกษาเรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพยาเรื้อรัง พบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรังโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Bell (1995) ศึกษาเรื่องทัศนคติของหญิงชาว อเมริกัน ชาวแอฟริกัน ต่อวัยหมดระดู กลุ่มตัวอย่าง 130 คน อายุระหว่าง 28 - 75 ปี พบว่าทัศนคติไม่ต่างกัน เมื่อเทียบกับสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ, สถานภาพของการหมดระดู หรืออาการทั้งหมด และรุนแรง ทัศนคติทางบวกตอบสนองโดยหญิงที่มีการผสมผสานวัฒนธรรมเดิมกับวัฒนธรรมอื่นน้อย และในหญิงที่มีการนับถือตนเองสูง การหมดระดูถูกรับรู้ได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการรบกวน การไวต่ออาการกระตุ้น และอารมณ์ซึมเศร้าร้อยละ 48.5 ซึ่งเป็นอาการตอบสนองทางอารมณ์ที่สูงที่สุด มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม และอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงทั้งหมด อาการทางอารมณ์ทั้งหมด และอาการทางอารมณ์ที่รุนแรง แต่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับอาการทั้งหมด และ อาการที่รุนแรงของอาการทางกายร้อยละ 48.5 รายงานว่ามีการสนับสนุนทางสังคมสูง, 41.5 ปานกลาง และ ร้อยละ 10 มีต่ำ

Burns et al. (1995) ศึกษาเรื่อง ผลกระทบที่ต่อเนื่องของการจัดการผู้ป่วยนอก ทหารผ่านศึกสูงอายุ ได้ผลคือ หลังจาก 1 ปีผ่านไป มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลอง โดยผู้ป่วยคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดการและได้รับการประเมิน (GEM) เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ใช้น้ำมันน้อยลง แม้ว่าจะมีจำนวนของผู้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มสูงขึ้น มีการทำกิจกรรมทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น คะแนนของความซึมเศร้าได้รับการปรับปรุงในทางที่ดีขึ้น และมีคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะปรับปรุงการทำกิจกรรมแต่ละวันของการอยู่ของผู้ป่วยในคลินิก GEM ผู้ป่วยในคลินิก GEM 54%ด้านการรับรู้ มีคะแนนการปรับปรุง ด้านจิตใจเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มคลินิกGEM

George (1996) ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์ การต่อเนื่อง บทบาท ของหญิงหมดระดู ที่อยู่ในหมู่บ้านชาวประมง ชาวอินเดียใต้ ได้ผลคือ

อาการของวัยหมดระดู คนส่วนใหญ่ตอบว่ามีอาการป่วย นอกจากนั้น บอกว่า รอบระดู มีสิ่งผิดปกติ ได้แก่ น้ำหนักเพิ่ม ร้อยละ 70 ของ หญิงก่อนหมดระดู และร้อยละ 40 ของหญิงหมดระดูเชื่อว่า น้ำหนักเพิ่มเป็นสิ่งที่เกิดในวัยหมดระดู ร้อยละ 12 ของวัยก่อนหมดระดู และร้อยละ 14 ของวัยหมดระดู พูดว่ามีอาการแสบร้อน แต่ไม่มีใครบ่นว่ามีอาการแสบร้อนที่รุนแรงและไม่มีใครต้องการการรักษา ร้อยละ 5 ของวัยก่อนหมดระดู และร้อยละ 13 ของวัยหมดระดู บอกว่ามีช่องคลอดแห้ง อาการอื่นๆ ประกอบด้วย เหงื่อเย็น หนาว เหงื่อออก นอนไม่หลับ และซึมเศร้า

Sullivan et al. (1996) ศึกษาเรื่อง ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในคลินิกและในชุมชน กลุ่มตัวอย่างอายุ 18-44 ปี กลุ่มที่ 1 เป็นหญิงในชุมชนจำนวน 54 คนที่เคยเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อ 1 ปีก่อน กลุ่มที่ 2 เป็นหญิงที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในคลินิกจำนวน 41 คน และหญิงในชุมชนผู้ไม่เคยป่วยเป็นโรคซึม

เศร้าเมื่อ 1 ปีก่อนจำนวน 37 คน บิดา มารดา พี่ และน้องของกลุ่มตัวอย่างจะถูกประเมินโดยวิธีหาปริมาณ และวิธีประเมินประวัติครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีคะแนนของประวัติการเจ็บป่วย ของครอบครัวที่สูงกว่าอีก 2 กลุ่ม

Holahan et al. (1997) ศึกษาเรื่องสภาพแวดล้อมของสังคม ยุทธศาสตร์การปรับตัว และ อากาการซึมเศร้า : เป็นรูปแบบที่ครอบคลุมในผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจ 183 คน ได้ผลคือ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งของความเครียดของสังคมทั้งในและนอกครอบครัว เป็นสิ่งสนับสนุนสำคัญ ที่จะสร้างสภาพแวดล้อม ของสังคมได้แบบธรรมดาสามัญ (common) กรอบแนวคิดของสภาพแวดล้อมของสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการซึมเศร้า ใน 4 ปี ต่อมา แนวคิดที่สำคัญเป็นพิเศษของยุทธศาสตร์การปรับตัวเป็นเครื่องมือซึ่งทั้งการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งความเครียดในสังคมมีความสัมพันธ์กับผลของอาการซึมเศร้า นอกจากนั้นความสัมพันธ์ ทางสังคมด้านนอกและด้านลบมีลักษณะเฉพาะที่มีความสำคัญที่จะช่วยพยากรณ์ผลของความ พยายามที่จะปรับตัว

Salokangas and Poutanen (1998) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงสำหรับความซึมเศร้า ในการ ดูแลเบื้องต้น ในโครงการความซึมเศร้าของ Tampere (TADEP) กลุ่มตัวอย่าง 2,487 คน ได้ผลคือ เหตุการณ์ในชีวิตในด้านลบ สุขภาพกายทรุดโทรม (Poor) การแต่งงานที่ล้มเหลว หรือความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลด้านอื่น ปัญหาสุขภาพของคู่สมรส เศรษฐกิจ สังคม สถานภาพการทำงาน และปัญหาจากแอล กอฮอลล์ คือตัวแปรหลักในการอธิบายความแตกต่างของอาการซึมเศร้า โดยเหตุการณ์พบมากในคนอายุมาก และในผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ตัวแปรแต่ละตัวเป็นอิสระจากกัน อธิบายจากความแตกต่างของอาการ ซึมเศร้า ทั้งหมดมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทั้งในผู้ป่วยซึมเศร้าและไม่ซึมเศร้า

Hough et al. (1999) ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม สอบถามการเจ็บป่วยและ ความซึมเศร้าในการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังของผู้หญิงในเมือง กลุ่มตัวอย่าง 1,999 คน ได้ผลคือ การขาด การสนับสนุนทางสังคม คือ ตัวพยากรณ์ ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงที่สุด (strongest) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อ รังพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงได้สูงรองลงมาเป็น อันดับ 2 อายุ และสถานภาพสมรสรองลงมา ส่วนเชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวที่มีเด็กอายุน้อยกว่า 18 อยู่ด้วยไม่สามารถ พยากรณ์ความซึมเศร้าได้

Lynch (1999) ศึกษาเรื่อง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า คนวัยกลางคนและผู้ใหญ่วัยต้น ศึกษาแบบตัดขวาง และแบบวิเคราะห์ระยะยาวได้ผลคือ ในคนวัย กลางคนมีความสัมพันธ์กับ โรคซึมเศร้า การอย่าร้าง ความคิดที่มองโลกในแง่ร้าย และการสนับสนุน ทางสังคมด้านวัตถุมีผลต่อภาวะดังกล่าว

Miller et al. (1999) ศึกษาเรื่อง การนับถือตนเองและความซึมเศร้า: 10 ปีในการติดตามแม่และบุตร พบว่า ลูกของแม่ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยความซึมเศร้า และแม่ที่ควบคุมความรู้สึกได้น้อยมีความสัมพันธ์กับลูกสาวที่นับถือตนเองต่ำ และสัมพันธ์กับลูกสาวที่มีความซึมเศร้าเมื่อ 10 ปีที่ติดตาม ลูกสาวที่แม่ไม่มีประวัติความซึมเศร้าและแม่ควบคุมความรู้สึกได้น้อยไม่มีความสัมพันธ์กับลูกสาวที่นับถือตนเองต่ำและไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในลูกสาวเมื่อ 10 ปีที่ติดตามแต่สัมพันธ์กับประวัติของความซึมเศร้าในเด็กและที่กล่าวมาทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในบุตรชาย

Shapira et al. (1999) ศึกษาเรื่องการปรับตัวทางสังคม และการนับถือตนเองในกรหายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์แบบชั่วคราวและแบบสองชั่ว: การศึกษากรณีศึกษาที่ควบคุม ได้ผลคือ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าแบบชั่วคราวมีการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดีในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสังคมและการใช้เวลาว่าง และผู้ที่มีการนับถือตนเองที่ต่ำเมื่อแยกโดยเพศแล้ว กลุ่มหญิงที่ซึมเศร้าแบบชั่วคราวตอบสนองอย่างมีนัยสำคัญกับเครื่องมือการปรับตัวทางสังคม แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยจะไม่ได้เป็นผู้ป่วยซึมเศร้าในสถานพยาบาล การมีการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับแบบวัดความซึมเศร้าของ Hamilton (HAM-D) ด้วยคะแนนสูงทั้งกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าแบบชั่วคราวและแบบสองชั่ว

Stanley and Frantz (1999) ศึกษาเรื่องปัญหาการปรับตัวของคู่สมรสผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดเส้นเลือดแดงใหญ่ ในระหว่างช่วงแรกของการฟื้นฟู ได้ผลคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ 26 คนในคลินิก ตอบแบบสอบถาม 4-10 สัปดาห์ หลังจากคู่สมรสผ่าตัด คู่สมรส 19 คนรายงานว่านอนไม่หลับอย่างมาก 13 คนบอกว่าการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่คู่สมรสเข้ารับการผ่าตัด คู่สมรส 10 คนรายงานว่าระดับการเงินเพิ่มสูงขึ้นและทั้งหมดบอกว่าฐานะการเงินเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ผ่าตัด ส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าคู่สมรสต้องพึ่งพาตนและรู้สึกวิตกกังวล กลัว และซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอธิบายว่ามีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่มีการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความขัดแย้งในชีวิตสมรสที่ต่ำและระดับของการติดต่อสัมพันธ์ที่สูง ระยะเวลาของการแต่งงานคือ 30 ปีหรือมากกว่า ซึ่งมีความพึงพอใจกับระดับของการสนับสนุนทางสังคม

Marcus (2000) ศึกษาเรื่องผู้ป่วยที่ปวดศีรษะมีความเสี่ยงต่อการมีความทุกข์ด้านจิตใจ ได้ผลคือ ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีนัยสำคัญมากในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ โดยผู้ที่ปวดศีรษะบ่อย (มากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์) และอาการปวดศีรษะบ่อย มีความสัมพันธ์กับการใช้ความสามารถ (ทำกิจกรรมลดลง หรือขัดขวางการทำกิจกรรม เพราะการปวดศีรษะมากกว่า 3 วันต่ออาทิตย์) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดศีรษะรุนแรงนั้นไม่ได้มีความซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ปวดศีรษะแบบเล็กน้อยและแบบปานกลาง คุณภาพชีวิตวัดโดยการทำหน้าที่ทางกายและการทำหน้าที่ทางสังคม ความ

ทุกข์ทางอารมณ์ สุขภาพโดยทั่วไปและความมีชีวิตชีวา จะลดลงในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ สัมพันธ์กับการไร้ความสามารถ การปวดศีรษะแบบรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการทำหน้าที่ของบทบาท และการทำหน้าที่ทางสังคม

สรุปว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพได้แก่อาการปวดศีรษะบ่อยๆ และการไร้ความสามารถบ่อยๆมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง ผู้ที่ปวดศีรษะบ่อย หรืออาการปวดศีรษะเป็นช่วงบ่อยๆ มีความสัมพันธ์กับการไร้ความสามารถ ซึ่งจะประเมินการถูกรบกวนทางจิตใจได้

Pearlstein et al. (2000) ศึกษาเรื่อง หน้าที่ทางจิตสังคมในหญิงก่อนมีระดูที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ก่อนและหลังรักษาด้วย Sertraline หรือ Placebo ได้ผลคือคะแนนการปรับตัวทางสังคมระหว่างก่อนตกไข่เท่ากับคะแนนการปรับตัวของค่าปกติในชุมชน

คะแนนการปรับตัว และ คะแนนความพึงพอใจและความเพลิดเพลินต่อคุณภาพชีวิตก่อนรักษาในช่วงตกไข่เหมือนกับคะแนนของหญิงที่มีอาการซึมเศร้า Sertraline มีผลอย่างมีนัยสำคัญมากกว่า Placebo ในการพัฒนาหน้าที่ทางจิตสังคมเปรียบได้กับการวัดด้วยเครื่องมือการปรับตัวทางสังคม เครื่องมือวัดความพึงพอใจและความเพลิดเพลินต่อคุณภาพชีวิต การดีขึ้นของหน้าที่ทางจิตสังคมประเมินโดยเครื่องมือวัดการปรับตัวทางสังคมและเครื่องมือวัดความพึงพอใจและความเพลิดเพลินกับคุณภาพชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวให้ดีขึ้นของอาการที่ประเมินโดยเครื่องมือวัดอาการที่ดีขึ้นทางคลินิก และเครื่องมือวัดความซึมเศร้าของ Haminton

Penden et al. (2000) ศึกษาเรื่อง ความคิดด้านลบ ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางทำให้ความนับถือตนเอง (Self esteem) มีผลต่ออาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง 246 คน ได้ผลคือ ร้อยละ 35 มีอาการซึมเศร้าระดับสูง ความคิดในด้านลบเป็นสื่อกลางของความสัมพันธ์ระหว่าง Self esteem และอาการซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม Self esteem มีผลต่ออาการซึมเศร้าอย่างอ่อน (weak) ทั้งแบบวัดของ CES-D และ BDI

Zuasqniewski and Ru Rong (1999) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ความซึมเศร้าและหน้าที่ทางจิตสังคม ทดสอบทฤษฎีการรับรู้ของเบค กลุ่มตัวอย่าง 63 คน ได้ผลคือ ผู้ป่วยในซึมเศร้าเฉียบพลันมีคะแนนการมองในทางลบด้านตนเอง โลก และอนาคตต่ำสุด บวกกับโทษความคิดเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับโลกของเราและอนาคตของเราในด้านลบมากกว่าผู้ป่วยนอก และมีความนับถือตนเองต่ำสุดและมีความรู้สึกที่ไร้พลังอำนาจ และไร้ความหวังสูงกว่า

ในผู้ป่วยนอกผู้เคยนอนโรงพยาบาลมีคะแนนของการรับรู้ของความซึมเศร้าทั้ง 3 อย่างมากกว่าผู้ไม่เคยนอนโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ใหญ่ที่ซึมเศร้าที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมีการนับถือตนเองที่สูงกว่า มีการควบคุมโลกส่วนตัวและมีการมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับอนาคตของเขามากกว่า

ผู้เคยนอนโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างที่มีแนวโน้มจะนอนโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยของผู้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าซึมเศร้ามีคะแนนการมองตนเอง มองโลก และอนาคตสูงที่สุด

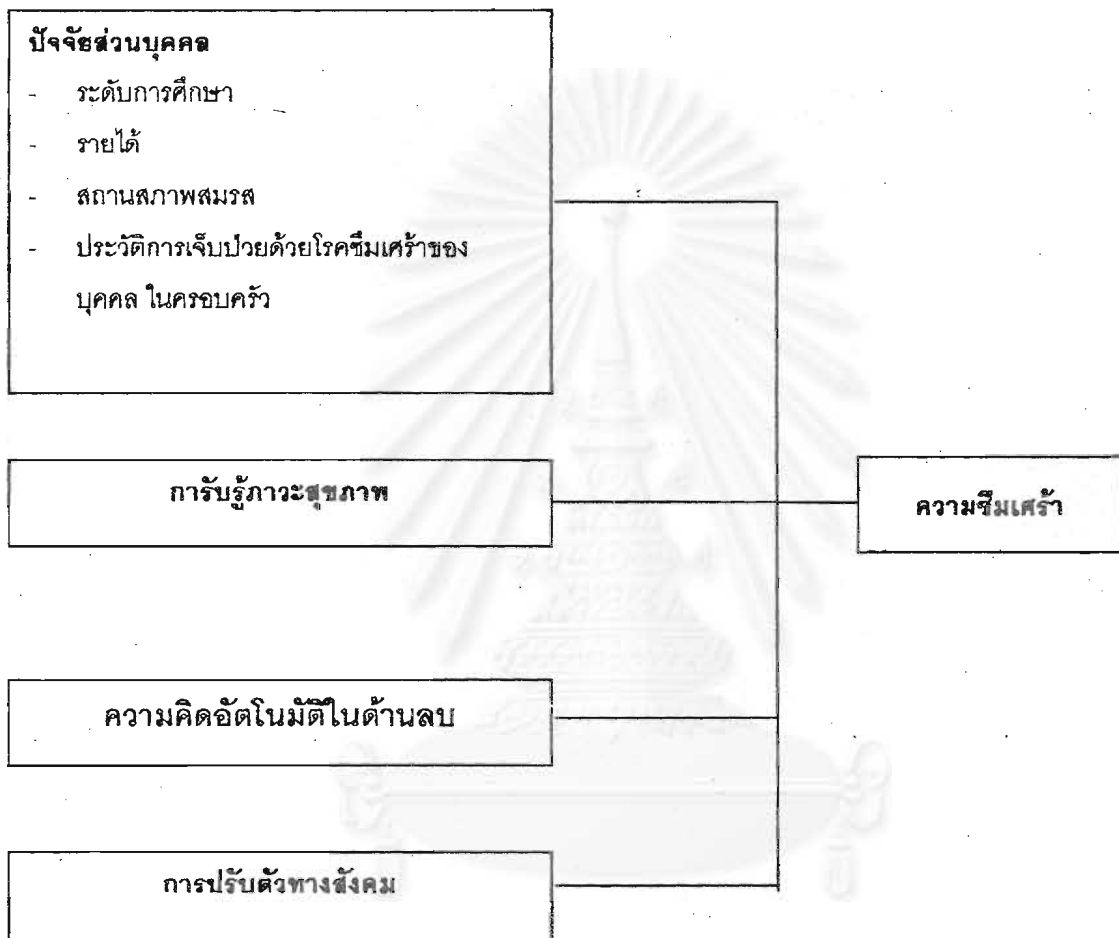
การวิเคราะห์ข้อมูลแบบคิดถดถอยพหุแสดงว่า การมองตนเอง มองโลก อนาคตในทางลบ อธิบายสัดส่วนของความแตกต่างในหน้าที่ทางจิตสังคมทั้ง 4 กลุ่ม อย่างไรก็ตามสัดส่วนของความแตกต่างสูงสุดแสดงในผู้ป่วยนอกที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล สิ่งที่ตามมาคือ ผู้ป่วยนอกที่เคยนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยใน และผู้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ดังนั้น สำหรับ 4 กลุ่มการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยได้รับผลกระทบจากการรับรู้ความซึมเศร้าต่ำสุด

การมองตนเองมีอิทธิพลต่อหน้าที่ทางจิตสังคมในกลุ่มผู้ป่วยนอกทั้งสองกลุ่ม การมองโลกเป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญของหน้าที่ทางจิตสังคมในกลุ่มตัวอย่างที่ซึมเศร้าทั้ง 3 กลุ่ม การมองอนาคตเป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญสำหรับหน้าที่ทางจิตสังคมในกลุ่มผู้ไม่ได้รับการวินิจฉัย

Zust (2000) ศึกษาเรื่องผลของ Cognitive Therapy กับความซึมเศร้าของหญิงที่ถูกทารุณในชนบท โดยใช้การบำบัดแบบการให้ความเข้าใจอย่างชัดเจน (insight) กลุ่มตัวอย่าง 27 คน 17 คนอยู่รอบการทดลองคือ 20 สัปดาห์ โดย 9 คนถูกทารุณ 8 คนไม่ถูกทารุณได้ผลคือมีการเพิ่มขึ้นของการนับถือตนเอง (Self esteem) และลดลงของความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง ความโดดเดี่ยว และความซึมเศร้าสำหรับหญิงถูกทารุณและหญิงไม่ถูกทารุณ ผู้เป็นกลุ่มตัวอย่างในโปรแกรมการให้ความเข้าใจอย่างชัดเจน ขอบเขตของความวิตกกังวล และความโดดเดี่ยวแสดงถึงความน่าเชื่อถือที่น้อยที่สุด องค์การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับความเข้าใจอย่างชัดเจนของกลุ่มตัวอย่างในหญิงถูกทารุณได้วางแผนที่จะพบกันอีก 7 ใน 9 ของหญิงที่ถูกทารุณมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากได้รับความเข้าใจอย่างชัดเจน (insight) คือ 2 คน ดำเนินการเลิกความสัมพันธ์ที่ถูกทารุณ 2 คนกลับไปเรียนหนังสือที่โรงเรียน และอีก 3 คนเข้ารับการปรึกษาเรื่องการเลิกเสพยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม กับความเข้มเค้าในหญิงวัยหมดระดู ในคลินิกหญิงวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้เป็นหญิงวัยหมดระดูที่เข้ารับบริการที่คลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือหญิงวัยหมดระดูที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ภายใต้สังกัด 5 สังกัด ได้แก่

- 1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาลราชธานี และโรงพยาบาลเลิศสิน
- 2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 3 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีจำนวน 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลตำรวจ
- 4 โรงพยาบาลสังกัด มีจำนวน 4 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลวชิระ
- 5 โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย มีจำนวน 2 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามธิบดี

ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอุบัติเหตุ (accidental sampling) โดยระบุโรงพยาบาลที่ต้องการ คือ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จาก 13 โรงพยาบาล เนื่องจากในขั้นตอนการขออนุมัติเข้าทำวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล จะต้องผ่านหลายขั้นตอน มีข้อจำกัดทำให้เกิดการล่าช้าในโรงพยาบาลบางแห่ง ผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยการเข้าไปเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตก่อน ได้แก่โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในคลินิก มีลักษณะคล้ายกันเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลของรัฐเหมือนกัน ผู้วิจัยคิดว่ากลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งนี้สามารถเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ได้

โดยที่ขณะเข้าเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอุบัติเหตุจากโรงพยาบาลที่ได้ โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้เข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกวัยหมดระดู
2. สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
3. เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Thomdike (อ้างในวิชชัย วรพงศธร, 2538)

$$\text{สูตรการคำนวณ } 10K + 50$$

$$\text{เมื่อ } K = \text{จำนวนตัวแปรอิสระ} = 8$$

$$\text{ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง} = 10 \times 8 + 50 = 130 \text{ คน}$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้ตามคุณสมบัติที่ต้องการศึกษาจำนวน 130 คนได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาล 2 แห่งคือ

- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 54 ชุด
- โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 85 ชุด

ได้ข้อมูลทั้งหมด 139 ชุด เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ 130 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.52

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส แบบบันทึกมีลักษณะเป็นการเติมข้อความลงในช่องว่าง ส่วนประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว เป็นข้อคำถามที่ถามถึงการมีและไม่มี การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของมนทกานต์ สุนปาน (2543) ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ของ Brook et al. มีค่าความเที่ยง .74 นำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้นำมาปรับภาษาให้เหมาะสมกับหญิงวัยหมดระดู โดยครอบคลุม การรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงวัยหมดระดู มีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน จำนวน 8 ข้อ
- 2) ความวิตกกังวลและความสนใจต่อสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ
- 3) การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ
- 4) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยถือเกณฑ์ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
มากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุดหรือทั้งหมด	5	1
มาก	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่	4	2
ปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเป็นบางส่วน	3	3
น้อย	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย	2	4
น้อยที่สุด	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเลย	1	5

คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน เกณฑ์การตัดสิน คะแนนมากถือว่ามี การรับรู้ภาวะสุขภาพดี คะแนนน้อยถือว่ามี การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความซึมเศร้า นำมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของอารอนแบค แพลเป็นไทยโดย มุกดา ศรียงค์ และเอี่ยมเดือน เนตรขาม ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้กับกลุ่มผู้ติด สุราเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ได้ค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคได้ 0.82 ลักษณะ เครื่องมือ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบเกี่ยวกับความซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น อัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0,1,2, และ 3 คะแนนรวมเต็ม 63 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินความซึมเศร่าดังนี้

1 - 9	คะแนน	มีความซึมเศร่าระดับปกติ
10 - 15	คะแนน	มีความซึมเศร่าระดับน้อย
16 - 19	คะแนน	มีความซึมเศร่าระดับปานกลาง
20 - 29	คะแนน	มีความซึมเศร่าระดับรุนแรง
30 - 63	คะแนน	มีความซึมเศร่าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบโดยนำมาจากแนวคิดของ Hollon and Kendall (1980) แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา, ดาราวรณ ต๊ะปิ่นตา และ เอี่ยมเดือน เนตรขาม นำแบบประเมินนี้มาใช้กับผู้เสพสุราเรื้อรัง 10 คน หาค่าความเที่ยง โดยวิธี Kuder-Richardson 21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 ลักษณะเครื่องมือ ประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในด้านลบซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินตนเองจำนวน 30 ข้อ มีคำตอบ ให้เลือก 2 ข้อคือ มี และไม่มี

การให้คะแนน

มีคำตอบมีให้เลือก 2 ข้อคือ	มีให้	1	คะแนน
	ไม่มีให้	0	คะแนน

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนนมากถือว่ามีความคิดอัตโนมัติในทางลบมาก คะแนนน้อยถือว่ามีความคิดอัตโนมัติในทางลบน้อย

ส่วนที่ 5 เป็นเครื่องมือประเมินการปรับตัวทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดของ Weissman (1971) มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทางสังคม โดยเฉพาะจากแนวคิดของ Weissman (1971) กำหนดโครงสร้างเนื้อหาและตัวแปรการปรับตัวทางสังคมของหญิงวัยหมดระดู

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การปรับตัวทางสังคม

3. แปลข้อคำถาม และปรับข้อคำถามให้เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับกลุ่มหญิงวัยหมดระดู และให้เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรม แบ่งเป็น 3 ด้านคือ

3.1 การปรับตัวด้านการทำงาน

3.2 การปรับตัวด้านการใช้เวลาว่าง

3.3 การปรับตัวด้านความสัมพันธ์กับญาติหรือเพื่อน

เป็นข้อคำถามที่มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ตอบแบบประเมินจะเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

เกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

ถ้าเลือกตอบ	ข้อ 1 ให้คะแนน	5	คะแนน
	ข้อ 2 ให้คะแนน	4	คะแนน
	ข้อ 3 ให้คะแนน	3	คะแนน
	ข้อ 4 ให้คะแนน	2	คะแนน
	ข้อ 5 ให้คะแนน	1	คะแนน

การแปลผลคะแนน นำผลรวมของคะแนนที่ได้มาตัดสินการปรับตัวทางสังคม โดยคะแนนต่ำ หมายถึง การปรับตัวทางสังคมไม่ดี คะแนนสูงหมายถึงการปรับตัวทางสังคมดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือทั้ง 5 ชุดดำเนินการดังนี้

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทุกชุดไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลมีประสบการณ์ทางการสอนด้านจิตเวชจบการศึกษาระดับตั้งแต่ปริญญาโท 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัวและชี้แจงขอความร่วมมือดังนี้

1. อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
2. ชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่ม

ตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

3. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

4. กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีเมื่อผู้วิจัยเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งนำมาสู่อันตรายต่อ

รวมข้อมูลทันทีเมื่อผู้วิจัยเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งนำมาสู่อันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือผ่านคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตทดลองเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยทำการเก็บด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.1 แนะนำตัวกับผู้มารับบริการถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

4.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

4.3 ทำแบบสอบถามในตอนต้นที่ 1 -5 ทำทีละคน เมื่อผู้มารับบริการไม่เข้าใจใน

ข้อความใด อธิบายทีละข้อ

วิเคราะห์ข้อมูล

นำคะแนนจากแบบสอบถามที่รวบรวมได้ไปคำนวณค่าทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว นำมาแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การปรับตัวทางสังคม และความซึมเศร้า โดยใช้ค่ามัธยฐานเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคคลในครอบครัว ใช้ตัวแปรหุ่นแทนค่า

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้า โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสัมประสิทธิ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t - test)

เนื่องจากการคำนวณหาค่าโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณ ต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) เช่น สถานภาพสมรส และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540)

- สถานภาพสมรส

กำหนดให้	โสด	=	001
	หม้ายหย่า แยก	=	010
	คู่	=	100

- ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว

กำหนดให้	มีประวัติ	=	01
	ไม่มีประวัติ	=	10

ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในทางลบ การปรับตัวทางสังคมและความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดู ใช้เกณฑ์การแบ่งค่าความสัมพันธ์ ตาม Munro and Page (1993) ดังนี้

ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง 0.00 - 0.25	แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก
ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง 0.26-0.49	แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง 0.50-0.69	แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง 0.70-0.89	แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูง
ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง 0.90-1.00	แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว แยกแยะเป็นจำนวน และค่าร้อยละ ส่วนความซึมเศร้า แยกแยะเป็นจำนวน ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ความซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความคิดอัตโนมัติ ในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง แยกแยะเป็นจำนวนเต็ม ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา
รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
- โสด	27	20.76
- คู่	85	65.38
- หย่าหรือแยกกันอยู่	5	3.84
- หม้าย	13	10.00
รวม	130	100
ระดับการศึกษา		
- ไม่ตอบ	2	1.53
- น้อยกว่าชั้นประถมศึกษา	1	0.76
- ประถมศึกษา	29	22.30
- มัธยมศึกษา	31	23.84
- อนุปริญญา	8	6.15
-ปริญญาตรี	45	34.61
-ปริญญาโท	14	10.76
รวม	130	100
รายได้ต่อเดือน		
- ไม่บอกรายได้	12	9.23
- 0 – 10,000 บาท	36	27.68
- 10,001 – 20,000 บาท	46	35.38
- 20,001 – 30,000 บาท	24	18.46
- 30,001 – 40,000 บาท	7	5.38
- 40,001 – 50,000 บาท	2	1.53
- 50,001 – 60,000 บาท	3	2.30
รวม	130	100

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
- เพียงพอ	98	75.38
- ไม่เพียงพอ	32	24.61
รวม	130	100
การเจ็บป่วยด้วยโรค ซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว		
- มี	122	93.84
- ไม่มี	8	6.15
รวม	130	100

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.38 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละร้อยละ 34.61 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.38 มีรายได้ สูงสุดระหว่าง 50,001 – 60,000 บาท คิดร้อยละ 2.30 ที่ความเพียงพอของรายได้ 98 คน คิดเป็นร้อยละ 75.38 การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 6.15 และบุคคลในครอบครัวที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 93.84

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละค่ากลางและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความซึมเศร้า

ความซึมเศร้า	จำนวนคน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ไม่มีความซึมเศร้า	3	2.31	0	0
ความซึมเศร้าระดับปกติ	83	63.84	4.17	2.55
ความซึมเศร้าระดับน้อย	25	19.23	11.80	1.35
ความซึมเศร้าระดับปานกลาง	10	7.69	17.50	1.18
ความซึมเศร้าระดับมาก	7	5.38	23.14	2.61
ความซึมเศร้าระดับรุนแรง	2	1.53	34	5.66
รวม	130	100	8.07	6.98

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 63.84 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความซึมเศร้าเท่ากับ 4.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.55 รองลงมาคือ ความซึมเศร้าระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.23 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความซึมเศร้าเท่ากับ 11.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.35 ส่วนความซึมเศร้าระดับรุนแรงพบน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.53 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความซึมเศร้าเท่ากับ 34 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.66

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละของคะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ต่ำสุดของ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติ การปรับตัวทางสังคมของหญิงวัยหมดระดู ที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	\bar{X}	%	S.D.	Max	Min
ความซึมเศร้า	63	8.07	12.81	6.98	38	0
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	100	68.77	68.77	8.24	91	52
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	30	3.98	13.27	5.14	29	0
การปรับตัวทางสังคม	125	110.54	88.43	8.98	125	62

จากตารางที่ 3 แสดงว่าหญิงวัยหมดระดูของกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าโดยเฉลี่ย 8.07 คิดเป็นร้อยละ 12.81 ของคะแนนเต็ม(63)ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.98 โดยมีความซึมเศร้าสูงสุดเท่ากับ 38 ต่ำสุดเท่ากับ 0

ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 68.77 คิดเป็นร้อยละ 68.77 ของคะแนนเต็ม (100) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.24 ค่าสูงสุดเท่ากับ 91 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 52

ค่าเฉลี่ยของความคิดอัตโนมัติด้านลบ เท่ากับ 3.98 คิดเป็นร้อยละ 13.27 ของคะแนนเต็ม (30) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.14 มีค่าสูงสุดเท่ากับ 29 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0

ค่าเฉลี่ยการปรับตัวทางสังคมเท่ากับ 110.54 คิดเป็นร้อยละ 88.43 ของคะแนนเต็ม (125) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.98 มีค่าสูงสุดเท่ากับ 125 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 62

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้า

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน													
	dep	sa	nat	PH	pair	sin	wid	no ill	ill	ne	e	inc	edu	
ความซึมเศร้า (dep)	1													
การปรับตัวทางสังคม (sa)	-.273**	1												
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (nat)	.655**	-.559**	1											
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (PH)	-.305**	.268**	-.188*	1										
คู่ (pair)	-.097	.056	-.005	.163	1									
โสด (sin)	-.038	.041	-.065	-.090	-.704**	1								
หม้าย (wid)	.163	-.134	.093	-.103	-.504**	-.205**	1							
การไม่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว (no ill)	.288**	.226**	.351**	.034	.052	-.052	-.010	1						
การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว (ill)	-.288**	.226**	-.351**	-.034	-.052	.052	.010	-.100**	1					
ความไม่เพียงพอของรายได้ (ne)	.222*	-.173	.169	-.028	-.124	.043	.120	.068	-.068	1				
ความเพียงพอของรายได้ (e)	-.212*	.162	-.182*	.014	.139	-.053	-.128	-.073	.073	-.980**	1			
รายได้ (inc)	-.058	-.008	-.084	.117	.116	-.005	-.186*	-.057	-.057	-.404**	.416**	1		
ระดับการศึกษา (edu)	-.047	-.007	-.093	-.095	-.066	.095	-.074	.004	-.004	-.389	.408**	.595**	1	

* P < .05

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ความไม่เพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำมาก การไม่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำและความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความ ซึมเศร้า ($r = .222, .288$ และ $.655$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมาก การเจ็บป่วยด้วย โรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบระดับ ต่ำและการปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความซึมเศร้า ($r = .212, .288, .305$ และ $.670$ ตามลำดับ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้า ในหญิงวัยหมดระดูโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นหญิงวัยหมดระดู สุ่มตัวอย่างแบบอุบัติเหตุ (accidental sampling) ในกลุ่มหญิงที่ไม่ได้รับฮอร์โมน ที่คลินิกหมดระดูโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร จำนวน 130 คนจากโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม มี 5 ชุด ได้แก่ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ชุดที่ 3 แบบประเมินความซึมเศร้า ชุดที่ 4 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และชุดที่ 5 แบบประเมินการปรับตัวทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดของ Weissman (1971) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach'Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ .67 แบบประเมินความซึมเศร้า .85 แบบประเมินการปรับตัวทางสังคมด้านการทำงานของผู้ทำงานนอกร้าน.99 ด้านการทำงานของผู้เป็นแม่บ้าน .68 ด้านกิจกรรมเวลาว่าง .73 ด้านความสัมพันธ์กับญาติหรือเพื่อน .71 และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบด้วยวิธี Kuder-Richardson 21 ได้ค่าความเที่ยง .91 ตามลำดับ การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม - 23 กรกฎาคม 2545 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ PC โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตโดยใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

ตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ระดับการศึกษา รายได้และสถานภาพสมรสคู่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า สถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่าร้าง ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว และความคิดอัตโนมัติในด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้านั้น ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความซึมเศร้า ($r = .655$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
2. การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำและการปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความซึมเศร้า ($r = .212$, .305 และ .670 ตามลำดับ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่.05
3. ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า

อภิปรายผลการวิจัย

1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ระดับการศึกษา จากผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าซึ่งไม่เป็นไปตามที่ Beck (1967) ศึกษาไว้ว่า การศึกษาและความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ที่ผกผันกัน เนื่องจากการศึกษาคือเครื่องวัดขั้นในสังคม จากการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิของแพทย์ 765 คนที่ดูแลผู้ป่วย 75,000 คนพบว่าผู้มีการศึกษาต่ำมีความเป็นไปได้สูงที่จะมีความซึมเศร้า (Zong,1967 site in Hough E.S., 1999) สอดคล้องกับที่ Solokangas and Poutanel (1998) ศึกษาพบว่าความซึมเศร้าพบเป็นปกติในผู้มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา แซ่เอี้ยว (2539) พบว่าระดับการศึกษาต่ำมีอารมณ์เศร้ามาก สอดคล้องกับที่เอ็อมเดือน เนตรแฮม (2541) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับความซึมเศร้า จากผลการศึกษาที่ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้านั้นอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของสังคม ซึ่งสังคมเมืองย่อมมีความเจริญในหลายด้านรวมถึงเป็นแหล่งรวมของผู้มีการศึกษาสูงจึงย่อมต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบสูงตามไปด้วยอาจก่อให้เกิดความกดดันต่อการดำเนินชีวิตได้

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าซึ่งไม่เป็นไปตามที่ Salokangas และ Poutanen (1998) ศึกษาไว้ว่าระดับของรายได้ที่ต่ำมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็อมเดือน เนตรแฮมที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า สอดคล้องกับกัลยา แซ่เอี้ยว (2539) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือน้อยกว่า 5000 บาท/เดือนจะเกิดอารมณ์เศร้ามากที่สุดคือร้อยละ 50 จากการที่ศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอาจเนื่องมาจากในผู้มีเงินใช้จำกัด อาจมีการสนับสนุนทางสังคมอย่างอื่นเช่นมีญาติพี่น้องคอยให้ความช่วยเหลือ มีแหล่งเงินให้กู้ยืม มีความรักใคร่กลมเกลียวกันในครอบครัว บรรยายากาศในครอบครัวเต็มไปด้วยความอบอุ่นมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ประกอบกับเมืองไทยเป็นเมืองเกษตรกรรม มีเครื่องอุปโภค บริโภคที่ผลิตได้เองในประเทศจึงมีราคาถูกลงถ้ารู้จักที่

จะเลือกใช้ ในผู้มีเงินจำกัดหากมีการจัดการกับเงินที่ดีก็มีส่วนที่จะทำให้บุคคลดำเนินชีวิตได้ด้วยความสุข สอดคล้องกับที่ซอเพเซอร์ เบ้าเงิน (2538) ศึกษาพบว่า นักเรียนที่บิดามารดามีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีความเศร้าในอัตราร้อยละใกล้เคียงกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท

สถานภาพสมรส จากการศึกษพบว่า สถานภาพสมรสโสด คู่ และหม้าย หย่า แยก ไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า ชัดแย้งกับที่สมภพ เรื่องตระกูล (2541) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากผู้มีปัญหาด้านจิตใจร้ายแรง เช่นการหย่าร้าง หรือการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก สอดคล้องกับที่ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร (2539) กล่าวว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการสูญเสีย คู่ครองช่วงก่อนจะเกิดโรค จาก Object loss Theory ที่ Stuart (2001) กล่าวว่า การหย่าร้างเป็นสาเหตุของความซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับกัลยา แซ่เอี้ยว (2539) ศึกษาพบว่า ผู้มีสถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่จะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดร้อยละ 41.2 แต่จากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสโสด คู่ และหม้าย หย่า แยก ไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า สอดคล้องกับที่ ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน (2534,อ้างใน เอี่ยมเดือน เนตรแหม,2541) กล่าวว่าในเรื่องของสถานภาพสมรส มีรายงานหลายรายงาน ชัดแย้งกันในเรื่องความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากสถานภาพสมรสที่ต้องอยู่คนเดียว เช่น โสด หม้าย หย่า แยกนั้นสังคมให้การยอมรับมากขึ้น ในผู้เป็นโสด ก็สามารถมีชีวิตที่มีความสุขกับเพื่อนที่เป็นโสดด้วยกัน หรืออยู่ในครอบครัวของพี่น้องที่แต่งงานแล้ว และให้การอุปการะหลานซึ่งหญิงพวกนี้ จะได้รับการดูแลจากเด็กที่อุปการะเมื่อตนเองแก่ลง สำหรับหญิงหม้ายหย่าแยกนั้นมองว่าในสภาพสมรสคู่ที่ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยน ก่อให้เกิดความทุกข์มาก สำหรับภรรยา เนื่องจากต้องรับผิดชอบหลายบทบาท ในกรณีที่แยกตัวออกมาอยู่คนเดียว จึงทำให้สิ่งต่างๆ ดีขึ้น ในด้านการเงินนั้น ปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไป หญิงมีการศึกษามากขึ้น ทำงานพึ่งตนเองได้มากขึ้น จึงมีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในด้านศาสนาและความเชื่อ สังคมไทยเป็นเมืองพุทธ ตามหลักศาสนาจะเชื่อในเหตุและผล มีหลักคำสอนและวิธีปฏิบัติในทางพ้นทุกข์ ซึ่งจะต้องตัดการเกิดไม่ว่าจะเป็นการเกิดมีบุตร หรือการเกิดความรักของคนปกติ ซึ่งแฝงด้วยความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งนำมาซึ่งความทุกข์ การเวียนเกิดเวียนตาย ในการดับทุกข์ทั้งหมดก็ต้องอยู่คนเดียวถือศีลตามสถานภาพของตน ตัดความโลภ ความโกรธ ความหลงให้หมดไป ดังนั้นผู้ที่มีสถานภาพที่ต้องอยู่คนเดียว ก็จะมีความสุข ถ้าปฏิบัติตนตามหลักคำสอน

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความซึมเศร้า ($r=.288$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ไม่เป็นไปตามที่สมภพ เรื่องตระกูล (2541) , มานิต ศรีสุรภานนท์ และไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร (2542) , Oltmanns and Emery (1998) และ Stuart (2001) ที่กล่าวว่าพันธุกรรมมีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan et al. (1996) ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนของประวัติการ

เจ็บป่วยของครอบครัว ที่สูงกว่าอีกสองกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller et al. (1999) ที่พบว่า แม่ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยความซึมเศร้าสัมพันธ์กับลูกสาวที่มีความซึมเศร้า แต่จากการศึกษา พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา แซ่เคี้ยว (2539) พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์เศร้าในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประวัติอารมณ์เศร้าในครอบครัวมีจำนวนน้อย

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความซึมเศร้า ($r = -.305$) $p < .05$ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรสาธารณสุขในปัจจุบันหรืออาการทางกายที่ปรากฏ ถ้าเกิดการเจ็บป่วยแล้วกังวลมากจะกระทบต่อบทบาททางสังคมซึ่งจะหันไปสนใจสิ่งอื่น คาดคะเนการเจ็บป่วยและรู้ถึงความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยถูกต้อง และรู้ว่าคนเรามีสุขภาพดีและไม่ดีสลับกัน ถ้ามีการรับรู้แบบนี้มากจะมีความซึมเศร้าต่ำ เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อเหตุการณ์ มีทักษะในความคิด ความจำ ความเข้าใจ เพื่อดูแลตนเองขึ้นกับระดับสุขภาพและการยอมรับต่อความเจ็บป่วย รวมถึงความเชื่อของแต่ละบุคคล มีผลต่อกำลังใจ การประเมินการรับรู้ และการตัดสินใจความรุนแรงที่เกิดขึ้น จะเห็นว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ถ้ามองภาพรวมของการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการได้รับความรู้ความเข้าใจ การดูแลตนเอง การยอมรับการเจ็บป่วยที่มีผลต่อกำลังใจแล้วพบว่า ถ้าการรับรู้ภาวะสุขภาพที่สูงก็จะมีอาการซึมเศร้าที่ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Burn, et al. (1995) ที่ศึกษาเรื่องผลกระทบที่ต่อเนื่องจากการจัดการผู้ป่วยนอกทวารผ่านศึกษาอายุ โดยพบว่าหลังจาก 1 ปีผ่านไปมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสม่ำเสมอมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ใช้จ่ายน้อยลงแม้ว่าจะมีจำนวนผู้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มสูงขึ้น คะแนนความซึมเศร้าได้รับการปรับปรุงในทางดีขึ้น มีคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้นเพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความซึมเศร้า ดังนั้นบางครั้งเมื่อมีการรับรู้ภาวะสุขภาพมาก แต่การรับรู้ที่คุกคามต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความสบายของผู้ป่วยทำให้เกิดความซึมเศร้ามาก เช่น การศึกษาของ Marcus (2000) ศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพว่าปวดศรีษะบ่อยๆ มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความซึมเศร้า ($r = .655$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้ที่มีความซึมเศร้าในระดับต่างๆ ได้แก่ระดับปกติ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับมากและระดับรุนแรง จะมีความคิดอัตโนมัติในด้านลบค่อยๆเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12, 4.80, 8.80, 10.71 และ 26.00 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ เลื่อมเดือน เนตรแซม (2541) ที่พบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และเมื่อความซึมเศร้าเพิ่มขึ้นก็จะมีผลให้ความคิดอัตโนมัติด้านลบเพิ่มขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา แสนสีหา (2536) ที่พบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบของวัยรุ่นตอนปลายจะเพิ่มสูงขึ้นตามระดับของความซึมเศร้าที่สูงขึ้น บุคคลที่ซึมเศร้าจะรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในมุมมองด้านลบที่เกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต เพราะคาดว่าจะเกิดผลลัพธ์ด้านลบในการติดต่อกับผู้อื่น (Beck, 1979, cited in Warren, 1994) ความซึมเศร้าคือผลของความคิดในด้านลบ มีผู้สังเกตว่าความคิดในด้านลบจะเกิดขึ้นเมื่อมีความเศร้า การบำบัดโดยใช้การรับรู้จึงมุ่งไปที่การช่วยเหลือบุคคลเพื่อเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความคิดของบุคคล (Beck, et al. 1979, cited in Townsend, 1998) จากการศึกษาของ penden, et al. (2000) พบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 246 คน ร้อยละ 35 มีความซึมเศร้าระดับสูง ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นสื่อกลางของความสัมพันธ์ระหว่าง Self esteem และความซึมเศร้าจากการทดสอบทฤษฎีการรับรู้ของ Beck โดย Zwasqnewski and Ru Rong (1999) ศึกษาเรื่องการรับรู้ความซึมเศร้าและหน้าที่ทางจิตสังคมจากกลุ่มตัวอย่าง 63 คน พบว่า คะแนนของการมองตนเอง โลก และอนาคตจากสูงไปต่ำได้แก่ ผู้ป่วยในซึมเศร้าเฉียบพลัน ผู้ป่วยนอกผู้เคยนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล และในคนวัยผู้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และการศึกษาผลของการใช้ Cognitive Therapy ของ Zuzt, B.L. (2000) กับหญิงที่ถูกทารุณกรรมที่มีความซึมเศร้าโดยใช้การบำบัดแบบ การให้ความเข้าใจอย่างชัดเจน (Insight) กลุ่มตัวอย่าง 27 คน มี 17 คนที่อยู่ครบการทดลอง 20 สัปดาห์ โดย 9 คนถูกทารุณ 8 คนไม่ถูกทารุณ โดย 7 ใน 9 คนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดย 2 คนเลิกความสัมพันธ์ที่ถูกทารุณกรรม 2 คนกลับไปเรียนต่อ และอีก 3 คนเข้ารับการปรึกษาเรื่องการเลิกยาเสพติด

การปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง (.670) กับความซึมเศร้าที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 หมายถึงหญิงวัยหมดระดูที่มีการปรับตัวทางสังคมไม่ดี มีแนวโน้มที่จะมีความซึมเศร้าสูง ในทางตรงกันข้ามหญิงวัยหมดระดูที่มีการปรับตัวทางสังคมที่ดีจะมีแนวโน้มที่จะมีความซึมเศร้าต่ำ เนื่องมาจากการที่บุคคลเชื่อว่า เขาอยู่ในสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ เกิดการเรียนรู้ขึ้น จะตอบสนองโดยไม่มีความรู้สึกต่อผลที่เกิดขึ้น จะหยุดพฤติกรรมตอบสนองสิ่งเร้าเพราะเชื่อว่าไม่มีประโยชน์ จะมีอารมณ์ของความวิตกกังวล และซึมเศร้า (Seligman, 1975, site in Pettijohn, 1998) บุคคลที่ซึมเศร้าจะรับรู้ถึงความไม่สามารถที่จะควบคุมผลลัพธ์ที่จะเกิดกับชีวิตของตนได้ ผลที่ตามมาคือ บุคคลไม่ปรารถนาที่จะจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิต ทำให้พัฒนาไปมีอาการของความซึมเศร้า (Seligman, 1975, site in Warren, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharipa, et al. (1999) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าแบบชั่วคราวเดียวมีการปรับตัวทางสังคมไม่ดีในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ มากกว่ากลุ่มควบคุมโดยเฉพาอย่างยิ่งในด้านสังคมและการใช้เวลาว่าง

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลได้ดังนี้
 - 1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่าหญิงวัยหมดระดูที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความซึมเศร้าในระดับปานกลาง ดังนั้นในผู้ที่มีความซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติในด้านลบที่สูงกว่าคนปกติ ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนความคิดในการมองตนเอง มองโลกและอนาคตให้เป็นทางบวก
 - 1.2 จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า ดังนั้นในการให้การพยาบาลโดยการให้ความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีส่วนที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี สนใจสุขภาพ ปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่อเป็นโรคต่างๆ
 - 1.3 จากการศึกษาพบว่า การปรับตัวทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพบุคคล และในผู้ซึมเศร้า มีหลักให้ผู้ป่วยตระหนักไว้เสมอว่า ตัวเขาสามารถที่จะควบคุมและจัดการกับผลที่จะเกิดกับตัวเขาได้เสมอ เพื่อป้องกันการนิ่งเฉย และการท้อแท้ ผู้นั้นควรมีความตื่นตัว กระตือรือร้นมีการปรับตัวกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี
2. ด้านการวิจัย
 - 2.1 เนื่องจากในการศึกษาความซึมเศร้า อาจมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอีก ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมได้แก่การสนับสนุนทางสังคม การอบรมเลี้ยงดู ความคาดหวังต่อตนเองของบุคคล และบุคลิกภาพของบุคคล
 - 2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในหญิงวัยหมดระดู แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นตัวแทนของหญิงวัยหมดระดูที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานครเท่านั้น ควรมีการศึกษาในหญิงวัยหมดระดูในโรงพยาบาลของรัฐในต่างจังหวัด หรือหญิงวัยหมดระดูในชุมชนด้วยเพื่อดูความแตกต่างของความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับตัวแปรต้นในกลุ่มอื่นๆ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการทดลองพบว่า ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวก การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า ดังนั้นในการลดความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดูและในวัยอื่นควรทำดังนี้

1. ปรับเปลี่ยนความคิดในการมองตนเอง โลก และอนาคตให้เป็นทางบวก
2. การให้ความรู้ และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมีส่วนที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี สนใจสุขภาพ ปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่อเป็นโรคต่างๆ
3. ในการส่งเสริมสุขภาพบุคคล และในผู้ซึ่งมีหลักให้ผู้ป่วยตระหนักไว้เสมอว่า ตัวเขาสามารถที่จะควบคุม และจัดการกับชีวิตของเขาเองได้เสมอ เพื่อป้องกันการอยู่นิ่ง การท้อแท้ ต้องมีการปรับตัวกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อดำรงชีวิตที่ปกติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กอบจิตต์ ลิมปพยอม,นิมิต เตชะไกรชนะ และอรรรณพ ใจสำราญ.วัยทอง.เอกสาร
ประกอบการบรรยาย.คณะแพทยศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กัลยา แซ่เอี้ยว. 2539. **ปัจจัยทางจิตสังคมที่บ่งชี้ร่วมกับอารมณ์เศร้าของสตรีที่มารับ
บริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษก่อง สีหะวงษ์. 2539. **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะ
สุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุม
วัน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โกสุ่ม เศรษฐาวงศ์. 2532. **การเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
และเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรระหว่างบิดามารดา กับผู้ป่วยวัยรุ่นในโรงพยาบาล
จิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- จำลอง ดิษยวณิช. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์.** เชียงใหม่ : เชียงใหม่โรงพิมพ์แสดงศิลป์.
- ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล และ ทรงศักดิ์ เทียมเก่า. 2541. **การรักษาโรคกระดูกพรุน การรักษาโรค
ความดันโลหิตสูง. อายุรศาสตร์คุ้มค่า.** ขอนแก่น:คลังนานาวิทยา.
- สิริวัชรวิทย์ วิเศษศิลปานนท์.(2537).วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย วรพงศธร. 2538 **หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นิมิตร และศัลยา. 2527. **ยุติความสวดด้วยวัยหมดประจำเดือน. คลินิกประจำบ้านสุขภาพดี
ถ้วนหน้าปี 2000.** กรุงเทพฯ: มีเดียพริ้นจำกัด.
- นิสารัตน์ เขตวรรณ. 2543. **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และความซึมเศร้า
ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. 2534. **การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
จิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- พงษ์ศักดิ์ วัฒนาและคณะ. 2533. **การวินิจฉัยและการรักษาโรคข้อที่พบบ่อย**.กรุงเทพฯ: โครงการควบคุมโรคข้อแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา กับอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าภายหลังคลอด ในมารดาที่มีบุตรคนแรก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร. 2533. **จิตเวชศาสตร์**. เล่ม3. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- ภาวดี มโนหาญ . 2536. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑกานต์ สุ่นปาน. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการศึกษา วิชาการพยาบาล ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมของสถาบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาของรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกุล และ ปราโมทย์ สุตสิทธิ์. 2543. **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สวิชาญการพิมพ์.
- มานิต ศรีสุวรรณนท์ และ ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร. 2542. **โรคอารมณ์แปรปรวน. ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่ : เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์
- ยุพดี ศิริวรรณ. 2544. **โรคซึมเศร้า. วันอนามัยโลก7เมษายน 2544**. กรุงเทพฯ : การเกษตรแห่งประเทศ ไทยจำกัด.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ ยศวัฒน์. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ. 2544. **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเรื่องการป้องกันและรักษาโรคกระดูกพรุนในคนไทย**.กรุงเทพฯ.
- ละเอียด ชูประยูร. 2538. **เทคนิคพฤติกรรมบำบัด**.กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

- ลัดดา แสนสีเทา. 2536. **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่น ตอน ปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันษา ธนามี .2532. **วัยหมดประจำเดือน.นี่คือผู้หญิง**. กรุงเทพฯ : เจเนรัลบุ๊คส์เซนเตอร์.
- วีรุฒ เอกกลมกุล. 2537. **การจำแนกโรคทางจิตเวชตามระบบ ICD-10. การรักษาทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วารินทร์ หอมโกศล. 2536. **ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดมนกุล. 2533 . **เป็นเลือด-สุดเลือด ความหมายและวิถีปฏิบัติที่แตกต่างที่อีสาน**.
- ศิริพร พงษ์ระวีวงศ์. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระ คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิภา บุญยะโทตระ. 2542. **สตรีวัยหมดระดู รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: เจเนเดอร์เพลส.
- สุพิน ชัยรัตน์ภิวังศ์. 2536. **การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวทางสังคมของมารดาที่มีบุตรทุพพลภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมบัติ กาญจนกิจ. 2542. **นันทนาการชุมชนและโรงเรียน**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2541. **โรคอารมณ์แปรปรวน. ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สมพร บุษราทิจ และ พนม เกตุมาน. 2541. **โรคซึมเศร้าที่วินิจฉัยได้ยาก. จิตเวชปฏิบัติ42**. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. 2541. **แนะนำแจ้งโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย. 2540. **สตรีวัยหมดประจำเดือน**. กรุงเทพฯ: ไวเอท-เอเยิร์สท์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และ เรณูการ์ ทองคำรอด. 2544. **หน่วยที่14การพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน.เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่11-15.นนทบุรี:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช**.
- อ้อมใจ สิทธิจำลอง. 2542. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัมพล สุอำพัน. 2536. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เอื้อมเดือน เนตรเขม. 2541. **ความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนามัย,กรม.อนามัยครอบครัว,กอง. 2537. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดูในจังหวัดสระบุรี นครสวรรค์ นครราชสีมา และนครศรีธรรมราช.. **รายงานการวิจัย**. กรุงเทพฯ.

อนามัย,กรม. อนามัยครอบครัว,กอง. 2539 การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดระดู. **รายงานการวิจัย**. เชียงใหม่.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Aguilera, D.C. and Messick J.M. 1978. **Crisis Intervention Theory and methadology**. 3rd edition. Saint Louis : The C.V. Mosby .
- Barile, L.A. 1997. Theories of menopause brief comparative synopsis. **Journal of psychosocial nursing** 35 : 36-39.
- Beck, A.T. 1967. **Depression: clinical experimental and theoretical aspects**. New York : Ffioeber Medical Division.
- Beck, A.T. 1963. Thinking and Depression. **Archives of general Psychiatry** 9 : 324-333.
- Beck, A.T., et al. 1963. An Inventory for Measuring Depression. **Archives of general psychiatry** 9 : 561-571.
- Beeber, L.S. 1996. Depression In Women. **Psychiatric-Mental Health Nursing Integration Behavioral and Biological Sciences**. Philadelphia: A Division of Harcourt Brace.
- Bell, M.L. 1995. Altitudes toward menopause among Mexican American women. **Health Care for Women International** 16 : 425-435.
- Burn R., et al. 1995 . Impact of Continued Geriatric out patient Management on Health Outcomes of Old Veterans. **Arch Intern Med** 155 : 6.
- Chang, C. and Chang, C.H. 1996. Menopause and hormone using experiences of Chinese women in Taiwan. **Health care for women International** 17 : 307.318 .
- Crow, L.D. and Crown, A. 1956. Understanding Our Behavior. **The Psychology of Personal and Social Adjustment**. New York : Alfred A. Knopf.
- Fishbein, E.B. 1992. Women at Midlife The Transition of Menopause. **Nursing Clinics of north America** 27: 952 – 957.
- Friedman, M.M. 1998. Family nursing research theory and practich. 4 Edition. California: Asimon and Sehuster.
- George, T. 1996. Women in south India fishing village Role identity continuity and the experience of menopause. **Health care for Women International** 17:271-279.
- Holahan, C.J. 1997. Social Context, Coping Strategies, and Depressive Symptons: An Expanded Model With Cardiac Patients. **Journal of Personality and social Psnchology** 72 : 918-928.

- Hough, E.S., et al. 1999. Social Support, Demands of Illness, And Depression in chronically Ill Urban Women. **Health care of women International** 20 : 349-363.
- House, A., et al. 1991. Mood Disorder In The Year after First Stoke. **British Journal of Psychiatry** 158 : 83 - 92.
- Jones, W.H. and Carver, M.D. 1991. Adjustment and Coping Implications of Loneliness. **Hand book of Social and Clinical Psychology The Health perspective**. Japan : Pergamon Press.
- Kahn, D. A. 1999 . Mood disorder. **Psychiatry**. Print in USA.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B. J. 1989. **Comprehensive textbook of Psychiatry/ v volume 2**. 5th edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lee, K.H. 1997. Korean urban women experience of menopause: New life. **Health care for women international** 18 :139 -148.
- Lemma, A. 1996. Depression. **Introduction to Psychopathology**. London: Cromwell Press.
- Lovejoy, N.C. and Matteis, M. 1997. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer : research and theoretical initiatives. **Cancer Nursing** 20 : 155-167.
- Lynch, T. R., et al. 1999. Perceived social support among depressed elderly, middle – aged, and young- adult samples : cross – sectional and longitudinal analysis. **Journal of Affective Disorders** 55 : 159 – 170.
- Maddox, M.A. 1992. Women at midlife Hormone Replacement Therapy. **Women's Health** 27 (4) : 959 – 969.
- Macus D. A. 2000. Identification of Patients With Headache at Risk of Psychological Distress. **Headache** 40 (5): 373-376.
- Martin, L.L. 1978. Menopause. **Health care of woman**. London: Blackwell scientific Publications.
- Mc Dowell I. and Newell C. 1987. **Measuring Health A Guide to Rating Scales and Questionnaires**. Oxford: Oxford University press.
- Miller, L., et al. 1999. Self-Esteem and Depression: ten year follow-up of mothers and offspring. **Journal of Affective Disorder** 52 :41-49.
- Morris, C.G. 1988. Stress and Adjustment. **Psychology an Introduction**. New Jersey: Prentice Hall A Division of Simon and Schuster.

- Munro, B.S. & Page, E.B. 1993. **Statistical methods for health care research**. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott.
- Oltmanns, T.F. and Emery, R.E. 1998. Mood disorder. **Abnormal Psychology**. New Jersey: Leight .
- Pearlstein, T.B., et al. 2000. Psychosocial Functioning in Woman with Premenstrual Dysphoric Disorder Before and After Treatment with Serraline or Placebo. **Journal Clinical Psychiatry** 61 : 2 (February)
- Penden, A.R., et al. 2000. Negative Thinking Mediates the Effect of self-esteem on Depressive Symptoms in College Women. **Nursing Research** 49 (4) : 201-207.
- Pettijohn, T. F. 1998. Adjustment and Health. **Psychology A Connectext**. 4th Edition. Ohio : A bivision of the Mc Graw-Hill.
- Rojusseau, M.E. and Mc Cool W.F. 1997. The menopausal experience of African American women : overview and suggestions for research. **Health Care for Woman International** 18 : 233 - 250.
- Salokangas, R.K.R. and Poutanen, O. 1998. Risk factors for depression in primary care Finding of the TADEP project. **Journal of Attentive Disorders** 48 : 171-180.
- Shapira, B., et al. 1999. Social Adjustment and Self-esteem in Remitted Patients with Unipolar and Bipolar Affective Disorder: A Case-Control Study. **Comprehensive Psychiatry** 40 (1) January/February : 24-30.
- Skarsater, I., et al. 2000, Subjective Lack of Social Support and Presence of dependent Stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 8 : 107 – 114.
- Stanley, M.J.B. and Frantz, R.A. 1988. Adjustment problems of spouses of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery during early convalescence. **Heart & Lung** 17(6) : 677 - 682.
- Stuart, G.W. 2001. **Emotional Responses and Mood Disorders Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. 7th edition St Louis : Mosley.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. 2001. **Stuart Sundeen's Principles and Practice of psychiatric nursing**. 6th edition. St. Louis : Mosley.

- Sullivan, F.P. et al. 1996 Family history of depression in clinic and community samples. **Journal of Affective Disorder** 40 : 159-168.
- Townsend, M.C. 1998. Mood disorder. **Psychiatric Mental Health Nursing Concept of Case**. 2nd editor. Philadelphia: F.A. Davis.
- Warren, B.J. 1994. Depression in African-American Women. **Journal of Psychosocial Nursing** 32(3) : 29-33.
- Warren, B.J. 1997. Depression, stressful Life Event, Social Support and Self Esteem In Middle class African American women. **Archives of Psychiatric Nursing** 11(3) : 107-117.
- Weissman, M.M. 1987 . The Social Adjustment Scale. **Measuring Health. A Guide to Rating Scale and Questionnaires**. Oxford : Oxford university press.
- Wilson, P.H., Spence S.H. and Kavanagh D.J. 1989. Depression. **Cognitive Behavioural Interviewing for Adult Disorder. A Practical Handbook**. Kent: Mackays of Chatham.
- WILLIAMS, S. R. 1988. The Middle-Aged Adult. Mental Health. **Psychiatric Nursing A Holistic Life-Cycle Approach**. 2nd Edition. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Wulsin, L.R. (n.d.). Depressive Disorder. **Psychiatric secrets**. Singapore: Special arrangement with the publisher.
- Zauszniewski, J.K. and Ru Rong, J. 1999 . Depression Cognition and Psychosocial Functioning: A Test of Beck's cognitive theory. **Archives of psychiatric nursing** 13 (6) : 286-293.
- Zust, B.L. 2000. Effect of Cognitive Therapy on Depression in Rural, Battered Women. **Archives of Psychiatric Nursing** 14(2) : 51-53.

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ. ดร.ยาใจ สิริธิมงคล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นพ.โกเมน ห่อคำ จิตแพทย์ แผนกจิตเวช
โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา
3. อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางดวงตา กุศลรัตนญาณ พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางนันทนา รัตนากร พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีธัญญา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข.
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม
วิทยานิพนธ์ เรื่อง

"ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ
ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคม กับความซึมเศร้าในหญิงวัย
หมดระดู โรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร "

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้
ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และการปรับตัวทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในหญิงวัย
หมดระดู โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร คำตอบของท่านจะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์
ทางสถิติ และการแปลผลข้อมูลจะไม่มีทางอ้างอิงถึงตัวบุคคลไม่ว่ากรณีใดๆ เพราะเป็นการศึกษา
ข้อมูลในภาพรวม ดังนั้นขอให้ท่านโปรดให้คำตอบที่ตรงตามความเป็นจริง และโปรดตอบคำถาม
ให้ครบทุกข้อ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน สามารถนำไป
ใช้ได้ และผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของการศึกษาพยาบาลต่อไป

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณมา ณ
โอกาสนี้ด้วย

นางบุญสม กองนิล

นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในปัจจุบันโดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หรือทั้งหมด

เห็นด้วยมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก

เห็นด้วยปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน

เห็นด้วยน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยเลย (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย มากที่สุด (5)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย น้อย (2)	ไม่ เห็น ด้วย เลย (1)
1	การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน จากการตรวจสุขภาพ ปัจจุบันท่านมีสุขภาพสมบูรณ์					
2	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านปัจจุบันดีขึ้นกว่าแต่ก่อนเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา					
3	ท่านเจ็บป่วยเป็นบางครั้ง					
4	ท่านรู้สึกสบายดีเหมือนที่ผ่านๆมา					
5	ท่านมีสุขภาพดีเหมือนบุคคลอื่น					
6	ท่านเป็นคนมีสุขภาพสมบูรณ์ดีมาก					
7	ขณะที่ท่านมีความรู้สึกกังวลกับสุขภาพของท่าน					
8	ปัจจุบันสุขภาพท่านไม่ค่อยดีเมื่อเทียบกับที่ผ่านๆมา					
9	ความวิตกกังวลและความสนใจต่อสุขภาพ ท่านไม่เคยกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน					
10	ท่านเป็นกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ทับตัวอักษรหน้าข้อเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกทั่วไปของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ก. ฉันไม่รู้สึกรู้สึซึมเศร้า
ข. ฉันรู้สึกซึมเศร้า
ค. ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถเลิกคิดถึง
ง. ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
2. ก. ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
ข. ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
ค. ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องมุ่งหวังอีกต่อไป
ง. ฉันรู้สึกหมดหวังกับอนาคตและไม่สามารถทำอะไรให้ดีขึ้นได้
3. ก. ฉันไม่รู้สึกรู้สึว่าทำอะไรล้มเหลว
ข. ฉันรู้สึกทำอะไรล้มเหลวว่าคนอื่น ๆ
ค. เมื่อฉันย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือความล้มเหลว ทั้งหมด
ง. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
4. ก. ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ
ข. ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างดังเช่นเคย
ค. ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
ง. ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง
5. ก. ฉันไม่เคยรู้สึกผิด
ข. ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง
ค. ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
ง. ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

ส่วนที่ 4 ความคิดอัตโนมัติด้านลบ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรืออนาคตต่าง ๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหน้าข้อภายใต้ข้อความ มี หรือ ไม่มี เพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบตามความเป็นจริงและตอบให้ครบทุกข้อ มีทั้งหมด 30 ข้อ

ข้อความ	คำตอบ	
	มี	ไม่มี
1. ฉันรู้สึกว่าเป็นคนต่อต้านโลก		
2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย		
3. ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย		
4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย		
5. ฉันทำให้คนอื่นผิดหวัง		
6. ฉันไม่คิดว่าฉันจะสามารถดำเนินสิ่งต่าง ๆ ต่อไปได้		
7. ฉันหวังว่าฉันจะเป็นคนดีกว่านี้		
8. ฉันรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอเหลือเกิน		
9. ชีวิตของฉันไม่เป็นไปตามที่ฉันคิด		
10. ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย		
11. ไม่มีอะไรในชีวิตที่ฉันรู้สึกว่ามีค่า		
12. ฉันทนอยู่อย่างนี้ได้อีกไม่นานแล้ว		
13. ฉันไม่สามารถเริ่มต้นใหม่ได้		
14. ฉันไม่รู้ว่ามีความผิดพลาดอะไรเกิดขึ้นกับฉัน		
15. ฉันปรารถนาว่าฉันจะพ้นจากที่นี่ไปอยู่ที่อื่น		
16. ฉันไม่สามารถทำให้ทุกอย่างประสานกันได้		
17. ฉันเกลียดตัวเอง		
18. ฉันรู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า		
19. ฉันอยากจะสูญสลายไปจากโลกนี้		
20. ฉันรู้สึกว่ามึนงงอะไรที่ไม่ชอบมาพากลเกิดขึ้นกับฉัน		
21. ฉันคือผู้แพ้		
22. ชีวิตของฉันยุ่งเหยิง		
23. ฉันเป็นคนล้มเหลว		

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม

เครื่องมือวัดความสามารถในการปรับตัวทางสังคมเป็นแบบสัมภาษณ์และการรายงานตนเองประกอบ

ไปด้วยคำถาม 30 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

ด้านที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคมด้าน การทำงาน มี 10 ข้อ

ด้านที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคมด้านกิจกรรมการใช้เวลาว่างมี 11 ข้อ

ด้านที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคมด้านความสัมพันธ์กับญาติหรือเพื่อน มี 9 ข้อ

การคิดคะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างเลือกข้อ ก. จะได้คะแนนการปรับตัวทางสังคม = 5

ถ้ากลุ่มตัวอย่างเลือกข้อ ข. จะได้คะแนนการปรับตัวทางสังคม = 4

ถ้ากลุ่มตัวอย่างเลือกข้อ ค. จะได้คะแนนการปรับตัวทางสังคม = 3

ถ้ากลุ่มตัวอย่างเลือกข้อ ง. จะได้คะแนนการปรับตัวทางสังคม = 2

ถ้ากลุ่มตัวอย่างเลือกข้อ จ. จะได้คะแนนการปรับตัวทางสังคม = 1

คะแนนรวมมากหมายถึง ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมดี

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในสังคม ในการตอบ

คำถามไม่มีถูกหรือผิด โปรดเลือกคำตอบที่คุณคิดว่าสามารถอธิบายสิ่งที่คุณปฏิบัติเมื่อ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ด้านการทำงาน

ข้อ 1-5 เฉพาะผู้ที่ทำงานนอกบ้าน

1. ตลอด 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีความสามารถในการทำงานได้ดีเพียงใด

ก. ฉันทำงานของฉันได้ดี

ข. ฉันทำงานของฉันได้ดีแต่มีปัญหาเล็กน้อยบางประการ

ค. ฉันทำงานได้ดีเพียงครั้งหนึ่งของช่วงเวลา

ง. ฉันทำงานไม่ดีเป็นส่วนใหญ่

จ. ฉันทำงานไม่ดีตลอดเวลา

ภาคผนวก ค. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับหญิงวัยหมดระดูที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละชุด ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) มีสูตร ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(\frac{1 - \sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

เมื่อ	α	คือ	สัมประสิทธิ์ครอนบาค
	n	คือ	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_T^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สังกัดสถาบันระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	คือ	ค่าร้อยละ
	f	คือ	แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	คือ	จำนวนรวมทั้งหมด

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

เมื่อ \bar{X} คือ ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต $\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน (ของตัวอย่าง

ประชากร

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D = \sqrt{\frac{N\sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

 $\sum X$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว $\sum X^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลัง

สอง

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้วิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สูตรที่ใช้ ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} คือ สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y $\sum x$ คือ ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x $\sum y$ คือ ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y $\sum xy$ คือ ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y $\sum x^2$ คือ ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x

$\sum y^2$ คือ ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
 n คือ จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางบุญสม กองนิล เกิดเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2507 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เมื่อปี พ.ศ. 2530 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2543 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย