

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทยในปี 2546 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 11,685 คน พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นร้อยละ 3.2 ความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.98 ในขณะที่ความชุกในผู้ชายร้อยละ 2.47 โรคซึมเศร้า จะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 35 ปี ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย สำหรับผู้หญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 45- 54 ปี และผู้ชายพบมากที่สุดในช่วงอายุ 55-59 ปี ในประเทศไทยกลุ่มผู้หญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมากที่สุดร้อยละ 7.2 (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550: 38) จากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วยจังหวัดสงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ตั้งแต่เดือน มกราคม-ตุลาคม 2554 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามระบบ ICD-10 คือ F32.0, F32.1 และ F32.2 จำนวน 396 คน ซึ่งปัจจุบันโรคซึมเศร้านับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งการเป็นโรคก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการคาดการณ์ภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคซึมเศร้าจะเปลี่ยนแปลงอันดับโรคที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี 2020 (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550: 9) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถ้ามีอาการรุนแรง อาจมีความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองเพื่อให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จด้วยวิธีการต่าง ๆ จากการสำรวจของสำนักสุขภาพจิตสังคม (2553) พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุด และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่าและร้อยละ 3 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะฆ่าผู้อื่นร่วมด้วย ความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมบุคคลนั้น ๆ

ความเชื่อจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะกำหนดแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ในวงการแพทย์ยังให้ความสนใจในเรื่องการเจ็บป่วย ทั้งทางกายและทางจิต ว่าผลจากวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ปัจจุบันจะหลีกเลี่ยงไม่พ้นในเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อ และการควบคุมที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ของความเชื่อในการควบคุมกับวิถีชีวิต ถ้ามีความเชื่อภายในตนเองมีความสามารถในการเรียนรู้และแสวงหาข้อมูลเพื่อรักษาได้มากกว่าความเชื่ออำนาจภายนอก (Snyder and Forsyth, 1991: 247 อ้างถึงใน ภัทธภรณ์ ปานแก้ว, 2544: 4)

Rotter (1966) อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนตามทฤษฎีการเรียนรู้ (Social learning theory) ที่เกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมความเชื่อของมนุษย์

จากการเรียนรู้ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) เป็นลักษณะของบุคคลที่รับรู้หรือมีความเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นผลอันเนื่องมาจากความสามารถและการกระทำของตนเองโดยตรง ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้จะมีลักษณะกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม อันจะนำมาซึ่งประโยชน์สำหรับพฤติกรรมในอนาคต หรือผลสัมฤทธิ์จากความพยายามของตน 2) บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) เป็นลักษณะของบุคคลที่รับรู้หรือมีความเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ อิทธิพลของผู้อื่นบันดาลให้เป็นไป หรือเชื่อว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝันด้วยอำนาจต่าง ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพเฉื่อยชา ไม่มีความกระตือรือร้น และมักไม่ค่อยได้รับความสำเร็จในชีวิต

(Wallston, Wallston, and Devellis, 1978: 169-170 อ้างถึงใน ภัทรภรณ์ ปานแก้ว, 2544: 4) ได้ปรับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของ Rotter เพื่อให้เหมาะสมและสามารถนำมาอธิบายความเชื่อของบุคคลที่กำลังอยู่ในสภาวะเจ็บป่วย เป็นความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (Health locus of control) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal health locus of control) บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง 2) ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ (External health locus of control) และแบ่งความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ ออกเป็น 2 ลักษณะคือ 2.1) ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ (Powerful others health locus of control) เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี 2.2) ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance health locus of control) เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชคชะตาหรือตามโอกาส โดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การชราภาพ หรือการเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพแตกต่างกันออกไปตามแนวคิด ประสบการณ์ หรือความเชื่อของแต่ละบุคคล ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพไปในลักษณะหนึ่งในขณะที่ผู้ที่เชื่อในโชคชะตา เคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่น จะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอกของตนเอง ไม่สามารถ ควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ และการศึกษาของ Naditch; Gargan and Michael, (1975: 252 อ้างถึงใน กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2527: 32-33) พบว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีอาการซึมเศร้าและการมีความวิตกกังวล ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาพจิตดีและการมีความสุข ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกของการควบคุมมีแนวโน้มที่จะเครียดมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ พบว่ามีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายอย่าง เช่นบุคลิกภาพของแต่ละคน ลักษณะของครอบครัว การเลี้ยงดู การรับรู้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การปรับตัวหรือการจัดการกับปัญหา ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็เช่นกัน จำเป็นที่จะต้องศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและชุมชน และจากการทบทวนวรรณกรรมในรอบ 10 ปียังไม่พบการศึกษาเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับเป็นภูมิคุ้มกันและ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ให้มีพลังใจที่จัดการปัญหาได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพจิตดี และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาระดับความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. เพื่อศึกษาระดับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วยจังหวัดสงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ช่วงเดือน กุมภาพันธ์-เมษายน 2555

ข้อจำกัดของการวิจัย

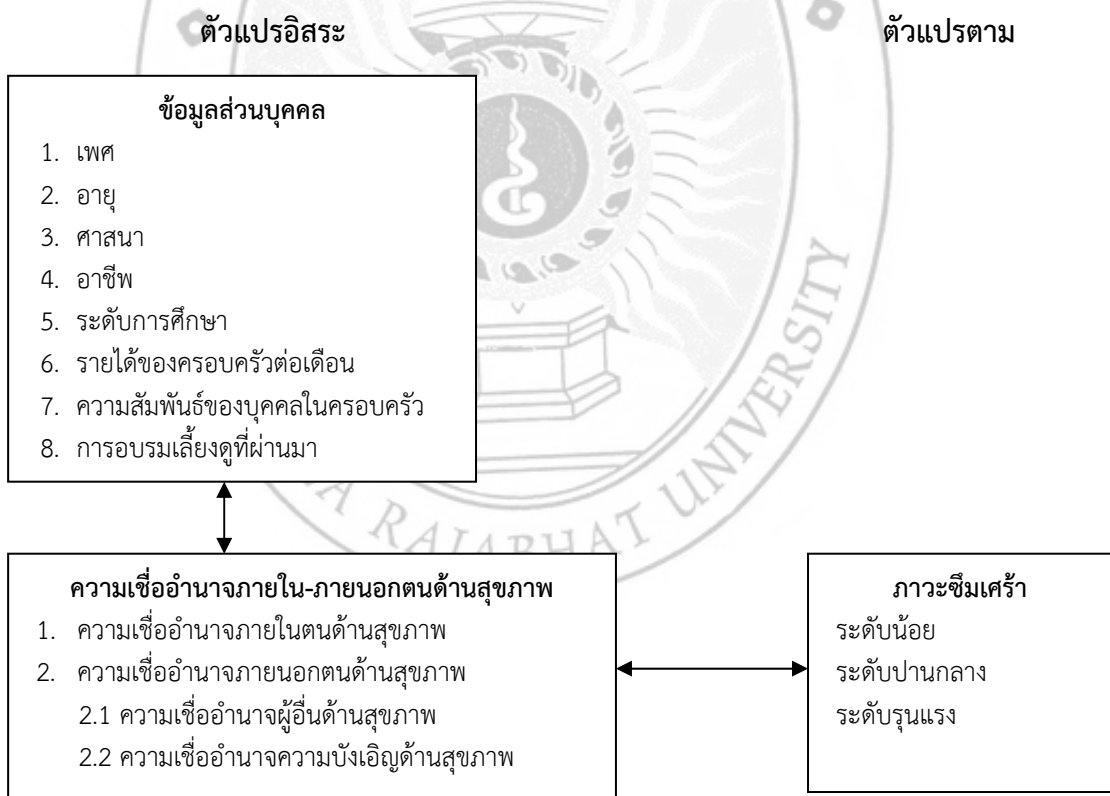
1. การศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น F32.0, F32.1 และ F32.2 ที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์นั้น ผู้วิจัยไม่ได้มีการระบุว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษามาแล้วเป็นระยะเวลาานเท่าไร ทำให้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ และมีผลให้การวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพมีความคลาดเคลื่อนได้

2. ผู้วิจัยไม่ได้ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q และ8Q) ควบคู่กับแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ทำให้ผู้วิจัยไม่ทราบระดับภาวะซึมเศร้าในขณะนั้นได้ ซึ่งระดับภาวะซึมเศร้าอาจจะไม่ตรงกับการวินิจฉัยโรค ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปจากการวินิจฉัยโรคที่คงเดิมอยู่

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นครั้งแรก มีการสร้างสัมพันธภาพกันน้อยหรือยังไม่ค่อยไว้วางใจที่จะให้ข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องชัดเจน เช่น ข้อมูลความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว การเลี้ยงดูที่ผ่านมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ได้นำแนวคิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพของ Wallston, Wallston and Devellis (1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพดังกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ
2. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำถามในการวิจัย

1. ความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อยู่ในระดับใด
2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันหรือไม่
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันหรือไม่

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่มีความแปรปรวนหรือมีปฏิกิริยาของจิตใจต่อการสูญเสียความกดดัน หรือความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า โดยมีอารมณ์ซึมเศร้าแทบทั้งวัน ร้องไห้ เบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีความรู้สึกในแง่ลบต่อตนเอง คิดถึงแต่เรื่องความผิดที่ตนเองได้ทำไป ท้อแท้ หดหวัง รู้สึกชีวิตไร้ค่า หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ สมาธิและความจำเสื่อมลง การทำงานแย่งลง สัมพันธภาพกับผู้อื่นแย่งลง ในช่วงเวลามากกว่า 2 สัปดาห์

ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย หมายถึง ผู้ที่มีอาการเบื่อ ซึม ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน ไม่อยากทำอะไร เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ รู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย มีอาการมากเป็นบางวัน และแพทย์วินิจฉัยโรคบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย (ICD-10-TM) ว่า F32.0

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ที่มีอาการเบื่อ รู้สึกไม่อยากทำอะไร รู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหวัง หดกำลังใจ รู้สึกตนเองไร้ค่า ไม่มีใครรัก มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีอาการมากเป็นเกือบทุกวัน และแพทย์วินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย (ICD-10-TM) ว่า F32.1

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หมายถึง ผู้ที่มีอาการเบื่อ รู้สึกไม่อยากทำอะไร รู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหวัง หดกำลังใจ มีประวัติสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รู้สึกตนเองไร้ค่า ถูกทอดทิ้งหรือไม่มีใครรัก มีความคิดอยากตาย ทำร้ายตนเอง คิดฆ่าตัวตายโดยหวังอยากให้ตาย มีอาการมากทุกวัน และแพทย์วินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย (ICD-10-TM) ว่า F32.2

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ หมายถึงความเชื่อ ความคิดของผู้ป่วย โรคมะเร็งที่รับรู้ว่าจะได้รับผลตอบแทนจากการกระทำของบุคคล ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจ ภายในในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้าน สุขภาพ ดังนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึงความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรู้ว่าจะ สุขภาพของตน มีผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ไม่ว่าจะเป็ด้านดีหรือไม่ก็ตาม

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึงความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรู้ว่าจะสุขภาพ ของตนไม่ได้มีผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเอง ไม่ว่าจะเป็ด้านดีหรือไม่ก็ตาม ขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น หรือบุคลากรทางการแพทย์จะคอยบอก ควบคุมดูแลสุขภาพให้ตนมีสุขภาพดี

ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ หมายถึงความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรู้ว่าจะ สุขภาพของตนไม่ได้มีผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง การมีสุขภาพดีหรือการ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับโชคชะตา หรือตามโอกาส โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเกิดโรคได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ดูแล ไม่ให้เกิดโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย
2. เป็นแนวทางในการติดตามดูแลตามระบบเฝ้าระวังโรคมะเร็ง/ฆ่าตัวตายแก่หน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ต่อไป