

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. โรคซึมเศร้า
  - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
  - 1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า
  - 1.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
  - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
  - 1.5 ระดับของภาวะซึมเศร้า
  - 1.6 การวินิจฉัยโรค
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ
  - 2.1 ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ
  - 2.2 การวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้า
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคซึมเศร้า

##### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พบว่าโรคซึมเศร้ามีความหมาย ดังนี้ โรคซึมเศร้าเป็นการป่วยทั้งร่างกาย จิตใจและความคิด ซึ่งผลของโรคกระทบต่อชีวิต ประจำวันเช่น การรับประทานอาหาร การหลับนอน ความรู้ตัวเอง ผู้ป่วยไม่สามารถประสานความคิด ความรู้สึกของตัวเพื่อแก้ปัญหา หากไม่รักษาอาการอาจอยู่เป็นเดือน ซึ่งมักเกิดจากเมื่อมีความเครียดสะสมอยู่ยาวนาน ๆ สารเคมีที่เป็นสารนำสุข เช่น เอนดอร์ฟิน ซีโรโทนินในร่างกายและสมองลดจำนวนลงหรือทำหน้าที่ไม่ปกติ และสารเคมีที่เป็นสารนำทุกข์ได้แก่คอร์ติโซล นอร์แอดรีนาลินจะหลั่งออกมามากขึ้น ส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่นโรคความดัน โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยหรือติดเชื้อได้ง่าย ตามมาด้วยอารมณ์ ท้อแท้ ซึมเศร้า สติสับสน หรือโรคสมองเสื่อม หลง ๆ ลืม ๆ ก่อนวัยอันควร บิตามารดาที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์ผิดปกติก็จะสร้าง ความเจ็บปวดสะเทือนใจและส่งผลกระทบต่อบุตรหลานโดยเฉพาะบุตรวัยทารกหรือเด็กเล็ก ๆ ได้มากที่สุด

## 1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542: 7; พิเชฐ อดมรัตน์, 2547: 132; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช: 2542: 166; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543: 1 และ อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541: 120-123) โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับ 2 รองจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในทุกประเทศทั่วโลกและจากการสำรวจในคนไทยพบว่าร้อยละ 3.2 ของประชากรป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งในคนไทยอายุระหว่าง 15-59 ปี ไม่น้อยกว่า 800,000 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประเภทรุนแรง (Major depressive disorder) เป็นครั้ง ๆ และอีกประมาณ 300, 000 คนเป็นโรคซึมเศร้าประเภทเรื้อรัง (Dysthymia) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2: 1 ผู้ป่วยเริ่มเป็นอายุ 24 ปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543: 1) พบมากอยู่ในช่วงอายุ 25-40 ปี (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542: 166) เมื่ออายุมากขึ้น ความรุนแรงของอาการยิ่งเพิ่มมากขึ้น ส่วนมากมีประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราเรื้อรัง การถูกทอดทิ้งหรือการกระทำรุนแรงต่อกัน และบางรายมีประวัติการสูญเสียบิดา มารดาในวัยเด็ก บุคลิกภาพเป็นบุคคลที่ขี้อาย ไม่มั่นใจในตนเอง ขาดความกล้า ใช้วิธีการเผชิญความไม่สบายใจในแบบกล่าวโทษตัวเอง เชื้อการควบคุมจากภายนอก และย่ำคิด ย่ำทำซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้าได้มาก และพบว่าร้อยละ 80 ของบุคคลที่ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างชัดเจนหรือแอบแฝงอยู่

WHO (1997) รายงานว่าเกือบ 1 ใน 3 ประชากรโลกมีความเจ็บป่วยทางจิตชนิดรุนแรง ร้อยละ 3 ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44) ของกลุ่มนี้เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นโรควิตกกังวล ร้อยละ 25 ใช้สารเสพติดร้อยละ 25 และเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 10 และเพียงร้อยละ 25-30 เท่านั้น ที่ได้รับการรักษา ซึ่งผู้ให้การรักษาเป็นกลุ่มแพทย์ทั่วไปถึงร้อยละ 74 โดยได้รับการรักษาจากจิตแพทย์เพียงร้อยละ 12 เป็นที่ยอมรับกันว่าภาวะหรือโรคซึมเศร้าและอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 200 ในกลุ่มวัยรุ่นหรือวัยรุ่นหนุ่มสาวโรคซึมเศร้านักจะพบในผู้ที่หย่าร้างแยกทางหรืออยู่คนเดียว โดยหญิงโสดมีอัตราการป่วยต่ำกว่าหญิงที่สมรส แต่ชายโสดมีอัตราการป่วยมากกว่า โดยเฉพาะผู้ชายสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรืออยู่คนเดียว แม้ประชากรทั่วไปที่ไม่ได้มารับการรักษา อัตราการป่วยในหญิงก็ยิ่งสูงกว่าชาย แสดงว่าความแตกต่างนี้น่าจะมาจากสาเหตุด้านชีวภาพเช่น ฮอร์โมนเพศ ความรับผิดชอบทั้งด้านการทำงานและครอบครัว นอกจากนี้ผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้านักจะมีประวัติเคยถูกลวนลามทางเพศในวัยเด็ก (Weiss et al, 1999; Levitan et al, 1998 อ้างถึงใน ดวงใจ กสานติกุล, 2542: 9-11)

สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้ามียุบัติการณ์การเกิดในประเทศต่างๆทั่วโลกได้เป็นอันดับ 2 รองจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประเทศไทยพบว่าร้อยละ 3.2 ของประชากรป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอัตราส่วน 2: 1 ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 25-40 ปี เมื่ออายุมากขึ้นอาการของโรคก็จะมากขึ้นตามประสบการณ์การใช้ชีวิตที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่ใช้กันแพร่หลาย ไม่เพียงแต่ในด้านจิตเวชศาสตร์ ยังใช้ในการบรรยายสภาวะเศรษฐกิจในทางเศรษฐศาสตร์ ใช้บรรยายสภาพอากาศ ในทางอุตุนิยมวิทยา และยังใช้ในทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพอื่น ๆ สำหรับการใช้นี้ ในทางจิตเวชศาสตร์มีการใช้ความหมาย

หลากหลายมานาน จนความหมายเปลี่ยนไปจากเดิม ในปัจจุบัน Depression จะสัมพันธ์กับปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อการสูญเสียทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือที่คาดการณ์ล่วงหน้าและความเสียใจ ความผิดหวังที่เกิดขึ้นจากการไม่ได้ดังหวังหรือการเปลี่ยนแปลงของโชคชะตาชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความสับสนพอสมควร (Stefanis, 2545) แต่ในทางคลินิกนั้น Depression จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของจิตใจและรบกวนต่อการปฏิบัติหน้าที่การทำงานอย่างมาก ถือว่า Depression เป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ ก่อความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคลและสังคม ซึ่งนัยทางการแพทย์ จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างถูกต้องในประเทศไทย การใช้คำดังกล่าวยังสับสน แม้ในงานวิจัย บางครั้งให้ความหมายของ Depression เป็นทั้งอารมณ์เศร้าที่เป็นภาวะปกติของคนเรา และเป็นทั้งภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติโดยทั่วไปแล้วจะใช้คำว่า “ภาวะซึมเศร้า” หมายถึง “Depression” ซึ่งมีการประเมินและการวัดหลากหลายรวมถึงการจัดระดับตามความรุนแรง มีนัยว่า ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในระดับที่รุนแรงก็มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (ธรรณิทธิ์ กองสุข, 2550: 3)

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายโดยมีอารมณ์เศร้า เหนง รู้สึกตนเองโดดเดี่ยว ไม่มีใครรัก ไร้ค่า รู้สึกผิด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ปวดศีรษะ สมาธิลดลง หมดหวัง โทษตนเอง กลัวการทำงานพลาดหรือกลัวการถูกปฏิเสธ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองล้มเหลว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว โดยอารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้าจะแสดงออกได้แตกต่างกันทั้งในเพศ ศาสนา และพลังจารีตและภาษา

### 1.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

ทฤษฎีต่าง ๆ ที่อธิบายถึงปัจจัยสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า จากการศึกษาของ (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536: 249-250; ดวงใจ กสานติกุล, 2542 อ้างถึงใน วณิชชา ลิ้มศิลา, 2551: 17; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542: 166-168; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548: 146-147; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547: 138-141; ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2546; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543: 2; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543: 2; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542: 166-168; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543: 122) สามารถแบ่งสาเหตุออกได้เป็น 2 ด้านคือ ปัจจัยจากความผิดปกติด้านชีววิทยา และปัจจัยด้านจิตใจ ดังนี้

#### 1.3.1 ปัจจัยจากความผิดปกติด้านชีววิทยา

1) ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้ามึระบบการทำงานของสารชีวเคมีในสมองเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ภาวะซึมเศร้ามึมีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมองกลุ่มแคทีคอลเอมีนได้แก่ นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) โดยเฉพาะนอร์อิพิเนพริน สาเหตุการลดของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีคอลเอมีนนั้นน่าจะเนื่องมาจากพันธุกรรม องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเองคือ นอร์อิพิเนพริน มีการแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อน โดยสารกลุ่มนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น สำหรับฮอร์โมน

คอร์ติซอลสูงกว่าปกติ โดยฮอร์โมนนี้จะหลั่งออกมามากเมื่อมีภาวะเครียด อธิบายได้ว่าภาวะซึมเศร้า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมองคือสารอะซิติลโคลีน สารซีโรโทนิน สารนอร์อีพิเนพริน โดปามีน ลดลง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม อารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวจะเสียสมดุล ทำให้การทำงานของ สมองผิดปกติไป และยาต้านเศร้าส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทเหล่านี้มีผลทำให้ระดับสาร สื่อประสาทในสมองเกิดความสมดุลสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดี การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter factor) สารสื่อประสาทที่สำคัญในกลุ่ม monoamine neurotransmitters 3 ตัว คือ 5-hydroxytryptamine (5HT), noradrenalin และ dopamine ผลการศึกษาพบว่า ถ้า สารสื่อประสาทชื่อ 5HT ในสมองมีการทำหน้าที่หรือปริมาณลดลงส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดซึมเศร้าเช่นเดียวกับสารสื่อประสาท ชื่อ noradrenalin และยังพบว่าผู้ป่วยมี nor epinephrine, serotonin ต่ำลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548: 146)

2) ความผิดปกติของระดับฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ พบว่าสมองส่วน hypothalamus เป็นศูนย์กลางในการควบคุมระดับฮอร์โมนในสมองหลายชนิด โดยเฉพาะใน ส่วน hypothalamic-pituitary-adrenal axis และ hypothalamic-pituitary-thyroid axis ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับ ฮอร์โมน cortisol และ thyroid stimulating hormone พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า เมื่อให้ยา dexamethasone ไปยับยั้ง cortisol hormone แต่ระดับ cortisol กลับไม่ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ระดับ TSH ไม่สามารถถูกกระตุ้นได้ เท่าที่ควรด้วย TSH ซึ่งแสดงว่าภาวะซึมเศร้าอาจเริ่มจากความผิดปกติของสมองในส่วนตั้งแต่ระดับ hypothalamus ขึ้นไป โดยทำให้การปรับระดับของฮอร์โมนเสียไป พิเชฐ อุดมรัตน์ บรรณาธิการ, 2547: 138-141) การทำงานของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine factor) พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing syndrome, Addison disease และความผิดปกติใน การทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมทั้งหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (post-partum depression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่าง ๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543: 122) พบว่า Cortisol หลังมากและตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย dexamethasone และ Growth hormone หลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย clonidine (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548: 146-147)

3) ความผิดปกติของโครงสร้างทางกายวิภาคของสมองและสาเหตุอื่น ๆ ความ ผิดปกติของการนอน ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของสมอง และกายวิภาคของสมอง (มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542: 166-168) พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีความหนาแน่นของเซลล์สมอง ส่วน Temporal และ hippocampus ลดลงโดยเฉพาะด้านขวามีมากกว่าด้านซ้าย นอกจากนี้จะ พบว่าโรคซึมเศร้าอาจจะเกิดจากความผิดปกติของระบบลิมบิก (limbic system) เบซอลเกลกเกีย (basal ganglia) และระบบลิมบิก-ไฮโปทาลามัส (hypothalamus limbic system) ที่ทำ หน้าที่ผลิตสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ โดยความผิดปกติระบบดังกล่าว ส่งผลให้บุคคลมี

การเคลื่อนไหวช้า มีการรู้คิดบกพร่อง ส่วนไฮโปทาลามัสเกี่ยวข้องกับนอนหลับการนอนหลับผิดปกติ ความอยากอาหารผิดปกติ มีความผิดปกติในระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542 อ้างถึงใน วณิชชา ลิ้มศิลา, 2551: 17) และสารเคมีทั่วไป (neurophysiology factor) ความผิดปกติทางอารมณ์ ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับเช่น steroids, amphetamine และอาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte หรืออาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543: 122) ในแง่ของความสัมพันธ์กับอาการแสดง คาดว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีความผิดปกติบริเวณ limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด บริเวณ hypothalamus เกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนตลอดจน biological pattern และบริเวณ basal ganglia เกี่ยวข้องกับ psychomotor activity (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548: 147) ด้านภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังและสารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือร้ายแรง การเป็นโรคทางกายเรื้อรัง สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) เช่นกลุ่มอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง การเสพยาสุราและโคเคน อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีอาการเกิดซ้ำได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542: 93-94) ไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบ โรคไทรอยด์ โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน ยาคุมกำเนิดบางชนิดการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ยาโรคหัวใจและยาลดความดันโลหิตบางประเภท ทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

4) ทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม (Genetic theory) กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เช่นโรคจิตซึมเศร้าชนิด 2 ขั้ว (manic-depressive psychosis) ซึ่งเป็นโรคที่มีความเป็นสุขอย่างสบายมากและอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรงเกิดสลับกัน และจากข้อมูลทางวิชาการพบว่าถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้าโอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจสูงถึงร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าจะพบประมาณร้อยละ 14 การที่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนที่คล้ายกันจึงพบอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นจึงแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมเป็นอีกสาเหตุหนึ่งและยังพบว่าสาเหตุหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้า โดยในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า คนหนึ่ง ๆ ในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า แต่การถ่ายทอดทางพันธุกรรมพบได้ประมาณ 31-42 % ดังนั้นถ้าพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าลูกก็ไม่ได้เป็นกันทุกคน ยังมีสาเหตุและปัจจัยอื่นๆทำให้เกิดโรคนี้ได้ นอกจากนี้พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression จากการศึกษาในลูกของพ่อหรือแม่ที่เป็นโรค Bipolar I disorder พบว่ามีความเสี่ยง 2-10 เท่าที่จะเป็นโรค Major depressive disorder (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547: 138-141) ได้ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไป 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543: 2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียว เมื่อแฝด 1 รายป่วยเป็นโรค Major depressive disorder คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 60 ที่จะเป็นโรคเดียวกัน ในขณะที่คู่แฝดชนิดไข่สองใบ เมื่อแฝด 1 รายป่วยเป็นโรค Major depressive disorder คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 10-

25 (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547: 138-139) และเมื่อศึกษาโรคนี้ในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดา เป็นโรคซึมเศร้าทั้ง 2 คนพบว่าบุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาซึ่งเป็นปกติ ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้สูงกว่าประชากรทั่วไป 1.5-3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังในอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543: 2; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542: 166-168)

#### 5) ปัญหาด้านจิตสังคม

ภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต รวมทั้งมีเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังและบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้มีอาการซึมเศร้ารุนแรงและเกิดต่อเนื่องนาน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ สาเหตุของภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) มีดังนี้

- ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ซึ่ง Sigmund Freud ได้อธิบายว่าทั้งความเศร้าโศก (Mourning) และภาวะจิตซึมเศร้า (melancholia) เป็นผลมาจากการสูญเสียสิ่งที่ตนรักหรือพึงพอใจ (loss of love-object) แต่ความโศกเศร้าเกี่ยวข้องกับการสูญเสียในแบบชั่วคราวไม่จำเป็นต้องรักษา เมื่อบุคคลสามารถจัดการหรือแก้ปัญหาได้เหมาะสม ความโศกเศร้าก็หายไปเอง สำหรับภาวะซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นกับบางคน เกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องจากความคับข้องใจ ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นในช่วงขบปีแรก ของชีวิต (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบกับความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง และบุคคลเก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึก (unconscious) เป็นความสูญเสียที่ไม่ได้รับการแก้ไข มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายลงไป ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพเป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ ความจำ การตัดสินใจ ความมีเหตุผล การแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการกระทำเกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลและความถูกต้องเหมาะสม เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลาย จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเอง รู้สึกและบันดาลโทษ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ เป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดความคิดในทางลบต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมายใด ๆ และมีแนวโน้มที่จะใช้กลไกทางจิต ชนิดกล่าวโทษตนเอง (introjections) หรือระบายความโกรธเข้าสู่ตนเอง (anger turned inward) เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความไม่สบายใจต่าง ๆ

นอกจากนี้นักจิตวิเคราะห์หลายท่านอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้ต่างกัน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536: 249-250) โดยอธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความสุขหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียดโกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่อารมณ์โกรธเป็นอารมณ์ดิบขั้นพื้นฐาน (Primitive) ที่สุดปรากฏให้เห็นแม้เด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

Adraham ตั้งสมมติฐานว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธเข้าหาตัวเอง เนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายคือทั้งรักและเกลียด (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิตผู้เป็นที่รักและเป็นที่พักพิงทางอารมณ์ของผู้ป่วย แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้กับผู้ป่วยด้วย

Freud อธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือการพลัดพรากจากผู้เป็นที่รักโดยใช้กลไกทางจิตชนิด introjections ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยด้วยการ incorporate เอาบุคคลผู้เป็นที่รัก(แต่สร้างความคับแค้นใจ) รวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือจากพราก ความก้าวร้าวอันเกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หมดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจใช้กลไกทางจิตชนิด regression มีพฤติกรรมถอยกลับไปเป็นระยะ oral หรือระยะ anal มีท่าทีแบบเด็ก ๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัว ไม่กล้าอยู่คนเดียว ย้ำคิดย้ำทำ

- ทฤษฎีเกี่ยวกับ Superego Development

Melanic Klein เชื่อว่า Superego ในเด็กเกิดขึ้นตั้งแต่ขวบปีแรก ทำให้ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อเด็กทารกมีปัญหาในสัมพันธภาพกับมารดา ซึ่งอาการซึมเศร้าในช่วงเริ่มต้นของชีวิตนี้เองที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าในเวลาต่อมาและการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษหรือทำลายด้านเลวของตนเอง (bad self) ในระดับจิตไร้สำนึก

Otto Kernberg อธิบายว่า เด็กทารกวัย 6 เดือน เรียนรู้ว่ามีมารดามีทั้งข้อดีและข้อไม่ดี แต่จะมองว่าดีทั้งหมดหรือไม่ดีทั้งหมดอย่างเด็ดขาด และเขาเริ่มรับรู้ถึงความก้าวร้าวของตนเองต่อมารดา (แสดงออกโดยการกัด เช่น กัดหัวนม) ทำให้เกิดความกลัวว่าจะทำร้ายต่อผู้ที่มีความสำคัญต่อตัวเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (depressive position)

- ทฤษฎี Ego Psychology

Jacobson อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมี infantile deprivation และ frustration ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนา ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพ และการควบคุมตัวเอง) ที่เหมาะสม ส่งผลให้ขาดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกไร้ค่าซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

Bibring อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ ego เองที่ไม่สามารถบรรลุถึง ego ideal ไม่ใช่ความขัดแย้งระหว่าง ego กับ superego หรือ ego กับบุคคลอื่น โดยมองว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ขึ้นพื้นฐาน แต่เป็นคนละทิศทาง ภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตแบบสู้ หรือหนี แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง ทำให้รู้สึกท้อถอยตายอยากและหมดความภาคภูมิใจ

ส่วนสาเหตุทางจิตสังคมเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 แต่จะมีผลเพียงเล็กน้อยในการเป็นโรคครั้งต่อไป (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542: 93-94)

1) ทฤษฎีความสิ้นหวังหรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไขประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2) ทฤษฎีการลดการเสริมแรงบวก (Reduce Positive Reinforcement Theory) ของ Lewinsohn ซึ่งเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจจากการคิด เช่น การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ ความรู้สึกผิด การมองโลกในแง่ร้าย การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้ เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตแล้วบุคคลเกิดการลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น การคิดที่มุ่งเน้นตนเองมากกว่าคนอื่น เพิ่มการคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง และคาดหวังอนาคตในทางลบ มาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ ความพקר่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

3) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) Beck (1967) ได้พัฒนาทฤษฎีปัญญานิยมขึ้นมาโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา คือเมื่อบุคคลรับรู้สิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปรสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้น และอารมณ์และพฤติกรรมนั้น ๆ จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย ในขณะที่เดียวกันองค์ประกอบเสริมก็มีอิทธิพลต่อกระบวนการทางปัญญาตามความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้ จึงทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ไขปัญหอารมณ์และพฤติกรรมที่กระบวนการทางปัญญา ทฤษฎีปัญญานิยมนี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถอธิบายถึงปัจจัยสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจนและการบำบัดทางปัญญาสามารถรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ดี

4) เหตุการณ์สำคัญในชีวิต สามารถแบ่งเป็นเหตุการณ์ในด้านบวกและเหตุการณ์ในด้านลบ ดังนี้คือ เหตุการณ์ในทางบวก ได้แก่ การแต่งงาน การได้รับรางวัลชั้นสำคัญ การถูกลอตเตอรี่ การได้พบเจอเพื่อนสนิทที่จากกันมานาน ได้ทำงานดี ๆ การสอบเข้าเรียนต่อได้ การคลอดบุตร ส่วนเหตุการณ์ทางลบเช่น การประสบปัญหาการเงิน ตกงาน ถูกให้ออกจากงาน หย่าร้าง การสูญเสียของรักหรือคนรักแย่งหรือทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่น ๆ ความผิดหวังจากคนรัก การเปลี่ยนแปลงที่ทำงานใหม่ การเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งแรกจะมีเหตุการณ์ที่เครียดมากกว่าผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อ ๆ มา ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นมักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองในระยะยาวในทิศทางที่ทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อ ๆ มา แม้จะไม่มี ความเครียดจากภายนอกก็ตาม และนอกจากนี้ผู้ที่มีความเครียดจากการสูญเสียพ่อ/แม่ก่อนอายุ 11 ปี จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าในภายหลัง (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547: 140) ความเครียดชนิดรุนแรง และสถานการณ์กดดันเป็นระยะเวลานานอาจเป็นชนวนให้เกิดโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมองคือ สารอะซิติลโคลีน สารซีโรโตนิน สารนอร์อิพิเนพริน โดปามีนลดลง นอกจากนี้ยัง



มีปัจจัยต่าง ๆ ทางสังคมที่ต้องการให้บุคคลปรับให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ก่อนที่จะเป็นโรคซึมเศร้า แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกรายที่มีลักษณะของการจดจวนเหล่านี้ โรคซึมเศร้าหลายชนิดอาจส่งผลกระทบต่อผู้ที่ไม่ได้อยู่ในความเศร้า ดังนั้น การมองโรคซึมเศร้าเพียงแค่การตอบสนองต่อสถานการณ์ชีวิตที่ยากลำบากที่สามารถเข้าใจและติดตามได้ และโรคหลอดเลือดสมองที่ร้ายแรงของชีวิต อาจเป็นสาเหตุของความเศร้าเสียใจ อารมณ์หดหู่ ความรู้สึกโดยทั่วไปของการไม่สบาย แต่อาการเหล่านี้อาจไม่จำเป็นที่จะเป็นโรคซึมเศร้า คนเราอาจมีความเครียดสะสมมาเป็นเวลาหลายปีโดยที่ไม่ได้ป่วย เพียงแต่เหตุการณ์เพียงเล็กน้อยที่อยู่ภายใต้ความเครียดอาจเป็นฟางเส้นสุดท้ายที่ทำให้หลังของอูฐหักและเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเจ็บป่วย ในช่วงที่เป็นโรคซึมเศร้าพบว่าเมตาบอลิซึมของสมองถูกรบกวน โดยสารสื่อประสาทเซโรโทนิน โนราดรีนาลีน และโดพามีน ไม่อยู่ในสภาพที่ทำงานได้ดีกับสารสื่อประสาทตัวอื่น ระบบควบคุมที่ถูกรบกวนสำหรับฮอร์โมนความเครียด คือสาเหตุเนื่องจากการกระตุ้นที่มากเกินไปเป็นเวลานานของสารสื่อประสาทหยุดชะงัก สารสื่อประสาทอาจมีระดับของความเข้มข้นที่ต่ำมากเกินไป หรือการส่งสัญญาณสื่อประสาทไม่ทำงานได้อย่างถูกต้องได้อีกต่อไป ด้วยเหตุนี้ หากการถูกส่งสัญญาณสื่อประสาทถูกรบกวน การรบกวนนี้จะค่อย ๆ ลดความรู้สึกและความคิดของบุคคล ซึ่งส่งผลทำให้เกิดแรงผลักดัน ไม่อยากอาหาร มีความผิดปกติในการนอนหลับ ขาดสมาธิและอาการอื่น ๆ ของโรคซึมเศร้า และเหตุการณ์ต่าง ๆ ดังที่กล่าวมายังเป็นตัวกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งในคนที่มีความโน้มถ่วงจะป่วยอยู่แล้วเมื่อประสบเหตุการณ์เหล่านี้ ก็อาจเกิดอาการซึมเศร้าได้ทันทีแต่ก็มีบางรายอาการซึมเศร้าจะเกิดซ้ำหลังจากนั้น 2-3 เดือน บุคคลที่ประสบเหตุการณ์ จะเกิดอาการซึมเศร้าซ้ำหรือเร็ว ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

4.1) ความคิด (Cognition) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักมองตนเอง มองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสำคัญสำหรับใคร มองอดีตว่ามีแต่ความบกพร่อง มองโลกในแง่ร้าย มักเป็นคนขี้อาย อ่อนไหวง่าย เข้าสังคมไม่เก่ง อารมณ์ซึมเศร้า มักเกิดจากการมีปัญหาทางจิตใจอย่างรุนแรง (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2545) ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าเกิดจากองค์ความคิดที่มีอยู่ในบุคคลนั้นเป็นไปในด้านไม่ดี (negative thoughts) การขาดเหตุผล และรับรู้สภาพการณ์ต่าง ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล จึงคิดว่าตนเองไม่ดี ลดคุณค่า และกำหนดคุณค่าของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง บุคคลกลุ่มนี้ใช้ข้อสรุปต่าง ๆ มาอ้างความคิดของตนเองจนยากที่จะแก้ไขได้โดยการอธิบายเหตุผล จึงทำให้เกิดความรู้สึกในด้านไม่ดีกับตนเอง กับอนาคตของตน และกับสภาพสังคมที่ตนอยู่ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543: 122)

4.2) บุคลิกภาพ ไม่พบว่ามีลักษณะบุคลิกภาพ (personality traits) หรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (personality disorders) ที่เป็นพื้นฐานในการเกิดโรคโดยเฉพาะ แต่ผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพชนิด oral-dependent, obsessive-compulsive, และ hysterical น่าจะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามกกว่าบุคลิกภาพชนิด antisocial, paranoid ที่มักใช้กลไก (defense mechanism) แบบโทษภายนอก (projection) เพื่อป้องกันตัวเองมากกว่า และลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวบางอย่างก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น เป็นคนมองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ สนใจแต่ในด้านไม่ดีหรือด้านลบของสิ่งต่าง ๆ มากกว่าด้านบวก เมื่อประสบปัญหาที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือ

หนีปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออกแม้ในสถานการณ์ที่ควร บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547: 138-141)

4.3) สังคมและสิ่งแวดล้อม บุคคลซึ่งสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม ขาดเพื่อน ได้รับความรังเกียจจากสังคม เผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ถูกทอดทิ้ง ตกงาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากสภาพเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ที่มีฐานะยากจน การขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต จะทำให้เกิดมีความตึงเครียดกดดัน มีความทุกข์ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้จากปัญหาในครอบครัว ความกดดันจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีการแข่งขัน (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546: 6-8) นอกจากนี้ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2547: 138-141) กล่าวว่า ครอบครัวก็มีส่วนสำคัญ จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาของไทยหลายรายงาน พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางครอบครัวกับอาการซึมเศร้า โดยพบว่านักเรียนที่มีอารมณ์ซึมเศร้าสูงจะสัมพันธ์กับภาวะครอบครัวที่แตกแยก พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ สถานะภาพสมรสของพ่อแม่ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และสุขภาพจิตของพ่อแม่

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีจำนวนการเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้หญิงที่เป็นโสด อัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในผู้หญิงพบมากที่สุดคือผู้หญิงที่ไม่มีความสุขในชีวิตคู่ ส่วนการเป็นแม่ก็สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (National Institute of Mental Health, 1995 อ้างถึงใน ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546: 94)

สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัยคือ 1) ทฤษฎีชีวเคมี มีระบบการทำงานของสารชีวเคมีในสมองเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ความผิดปกติของระดับฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของโครงสร้างทางกายวิภาคของสมองและสาเหตุอื่น ๆ ความผิดปกติของการนอน ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของสมองและกายวิภาคของสมอง ทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม 2) ปัญหาด้านจิตสังคม ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ภาวะจิตซึมเศร้า เป็นผลมาจากการสูญเสียสิ่งที่ตนรักหรือพึงพอใจ ผลมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นในช่วงขวบปีแรกของชีวิต เมื่อบุคคลประสบกับความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง และบุคคลเก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึกที่ไม่ได้รับการแก้ไข มีผลทำให้ตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลายลงไป เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลาย จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเอง รู้สึกและบันดลโทษะ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ เป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดความคิดในทางลบต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า ทฤษฎีความสิ้นหวังหรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไขและขาดแรงเสริม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีการลดการเสริมแรงบวก ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจจากการคิด การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ทำให้เกิดการลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก คาดหวังอนาคตในทางลบ เกิดความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทฤษฎีปัญญานิยม อารมณ์และพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้น และจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย สามารถอธิบายถึงปัจจัย

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน เหตุการณ์สำคัญในชีวิต ทั้งเหตุการณ์ในด้านบวกและด้านลบ โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งแรกจะมีเหตุการณ์ที่เครียดมากกว่าผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งต่อ ๆ มา ผู้ที่มีความเครียดจากการสูญเสียพ่อ/แม่ก่อนอายุ 11 ปีจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าในภายหลัง ความเครียดชนิดรุนแรง และสถานการณ์กดดันเป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจเป็นชนวนให้เกิดโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ความคิด บุคลิกภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากสภาพเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จากปัญหาในครอบครัว ความกดดันจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีการแข่งขัน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

#### 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการทางด้านจิตใจเป็นอาการสำคัญและมักมีอาการไม่สบายทางกายร่วมด้วยเสมอ ซึ่งมีลักษณะอาการของโรคซึมเศร้า ดังนี้

##### 1.4.1 อาการทางด้านจิตใจ

**อารมณ์เศร้า** ไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนานหรืออารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดเวลา บางเวลาเศร้าบ้าง บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้านาน ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้านานที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของอาการเศร้าตามเวลาเช่นนี้เป็นลักษณะที่สำคัญของโรคซึมเศร้า

**อารมณ์หงุดหงิดง่ายโกรธง่าย** อารมณ์นี้เป็นอาการสำคัญพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นกันเพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายบ่อย และต่างก็ไม่รู้สาเหตุผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบาย และตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

**ความคิดซ้ำ** มีความคิดซ้ำตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหวตลอดจนการพูดซ้ำ ในช่วงแรก ๆ จะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเจ็บและซึมลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเองโดยเฉพาะ จะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริง แจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่าง ๆ จะเป็นการฝืนทำเช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้

**ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ** ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยความรู้สึกทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย

**ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกตัวเองไม่มีค่าหรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ไม่มีความสามารถ สติปัญญาไม่ดี หรือเกียรติยศชื่อเสียง ส่วนบุคคลที่เป็นแม่บ้านคิดว่าตนเองทำงานบ้านพกร่อง เลี้ยงลูกไม่ดี หรือสามีคิดว่าตนทำงานไม่ได้ จะเป็นที่พักของครอบครัวไม่ได้ ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดี และไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา

ครุ่นคิดแต่ว่าตัวเป็นคนไม่มีค่า ต้องเป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากมาให้ ถ้าไม่มีตนทุกคนก็จะสบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสียดีกว่า

**ความรู้สึกมีความผิด** ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิดและตำหนิตนเองโดยที่ไม่มีความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิมากเช่นนี้ ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาป ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สุดของโรคนี้

**ความคิดอยากตาย** ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามาก ๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่าอาการเศร้ามาก ๆ และความคิดอยากตายมีส่วนสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากความทรมานและความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นสิ่งแรก ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ปรากฏว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ ถ้าแพทย์ไม่ถาม จึงควรถือเป็นหลักว่าเมื่อพบผู้ป่วยซึ่งมีอาการเศร้ามาก ๆ ต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

**ความกลัวและความวิตกกังวล** เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลไปต่าง ๆ เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิกลจริต กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

**สมาธิเสีย** ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก เพราะทำงานไม่ได้ดี หรือทำไม่ได้ และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ และยิ่งกังวลว่าจะต้องออกจากงาน จะสอบตก หรือสมองจะเสียตลอดไป บางรายเกิดอาการหลงผิดว่าเป็นโรคเนื่องอกในสมอง

#### 1.4.2 อาการทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมักมีอาการทางกาย (Vegetative) ร่วมด้วยเสมอและเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ปากแห้ง ปวดท้อง ท้องอืดเพื่อ อาการไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว หมดความรู้สึกทางเพศผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย เวลาพบแพทย์ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย ลักษณะดังกล่าวพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป เรียกว่า Masked depression หรือความเศร้าที่ถูกปิดบัง

**อาการเบื่ออาหาร** ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู่รสจะเปลี่ยนไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหาร แม้นอนจะเคยชอบ แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2- 5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

**นอนไม่หลับ** มักปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า นอนไม่หลับตอนปลาย (terminal insomnia) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ ลักษณะดังกล่าวคือเมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ดึกหนึ่ง

ตีสอง แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้แต่ยากและมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อย ๆ หรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (Early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง เช่นปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า

**อาการอ่อนเพลีย** ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา ผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจเพราะเหนื่อยง่าย ทำให้กังวลและมีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกด้วยจะยิ่งทำให้กังวลมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543: 4-8)

**อาการโรคจิตหรือโรคซึมเศร้า** ส่งผลให้วิถีชีวิตของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปมีอาการหลุดจากโลกของความเป็นจริง (Out of reality) อาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) แผลสิ่งเร้าผิด (illusion) ความคิดหวาดระแวงว่าจะมีคนมาบงการ (paranoid) ปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงหรือไม่สนใจตนเอง (poor judgment) จะเห็นได้ว่าระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเป็นตัวบ่งชี้สำหรับการแบ่งความรุนแรงของโรคซึมเศร้า คือการมีภาวะหลุดจากโลกความเป็นจริงร่วมกับความสูญเสียการรู้จักตนเอง (poor insight) (สายฝน เอกวารงกูร, 2553: 42)

นอกจากนี้อาการของภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งตามระดับของความรุนแรงโดยมีลักษณะอาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ คือ อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว อาการซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยแต่ละระดับจะมีลักษณะอาการทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543: 125-127) ดังนี้

**อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (Transient symptoms)** เป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เมื่อเผชิญกับความผิดหวัง เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ หรือเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอันเป็นสภาพที่พบได้ตลอดเวลา ทำให้บุคคลมีอาการซึมเศร้า แต่อารมณ์ที่เกิดขึ้นมักจะหายไปเองเมื่อเวลาผ่านไปหรือบุคคลปรับตัวปรับใจได้ จึงไม่พิจารณาว่าเป็นอารมณ์เศร้าที่ผิดปกติ อาการที่พบได้แก่

**ด้านอารมณ์** หดหู่ เหนงา ผิดหวัง เสียใจ

**ด้านพฤติกรรม** ร้องไห้

**ด้านความคิด** อาจคิดถึงเรื่องที่ผิดหวังมาก หุดคิดไม่ได้

**ด้านร่างกาย** อ่อนเพลียเล็กน้อย ทำที่เหนื่อยล้า และไม่ยอมทำอะไร

**อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)** เป็นสภาพอารมณ์เศร้า ที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญกับการสูญเสียที่รุนแรง เช่นสูญเสียคนรัก สูญเสียบุคคลสำคัญ สูญเสียทรัพย์สินที่มีค่า รวมถึงสูญเสียความสามารถทางร่างกายของตนเอง ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ที่บุคคลประสบได้ไม่บ่อยนักในการดำเนินชีวิต แต่เมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ สภาพจิตใจย่อมมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งอารมณ์เศร้าเป็นปฏิกิริยาที่พบได้มากที่สุดการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสภาพการณ์เช่นนี้ ยังไม่พิจารณาว่าเป็นความผิดปกติ การวินิจฉัยอยู่ในกลุ่ม adjustment disorder และถ้า

บุคคลนั้นปรับตัวได้หรือสามารถจัดการกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อาการซึมเศร้า มักจะลดลงและจางหายไป อาการของอารมณ์ซึมเศร้าของบุคคลในกลุ่มนี้ได้แก่

**ด้านอารมณ์** ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวล โกรธ รู้สึกตนเองผิด ชีวิตดูไม่มีคุณค่า เหนงา หมดหวัง สิ้นหวัง ท้อแท้ หรือปฏิเสธความรู้สึก

**ด้านพฤติกรรม** ผู้ป่วยจะร้องไห้ได้ง่าย มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว ไม่อยากทำอะไร หรืออาจกระสับกระส่าย ไม่สามารถจะอยู่นิ่งได้

**ด้านความคิด** ผู้ป่วยจะคิดวนเวียนอยู่กับเรื่องการสูญเสีย ต่ำหนิตนเอง ต่ำหนิผู้อื่น ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต มีความคิดลึกลับหรือตัดสินใจไม่ได้

**ด้านร่างกาย** จะมีอาการเบื่ออาหาร หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับ หรืออยากนอนมากขึ้น มีอาการทางร่างกายอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอกและอ่อนเพลีย

**อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression)** เป็นสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย ไม่สามารถจัดการได้ในแนวทางที่เหมาะสมหรือการปรับตัวใช้เวลามากขึ้น อาการต่าง ๆ มักจะทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของสาเหตุมากขึ้น บุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และถ้าสภาพอารมณ์ซึมเศร้าต่าง ๆ ดำเนินอยู่เป็นเวลานาน จัดเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด dysthymic disorder ซึ่งมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

**ด้านอารมณ์** มีความรู้สึกเหงา หมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่างๆรอบตัว มีดมน ไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่สนุกสนานในกิจกรรมต่าง ๆ

**ด้านพฤติกรรม** มี Psychomotor retardation ได้แก่มีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า พุดช้า ๆ หรือพุดน้อยลง สีหน้าท่าทีหดหู่หม่นหมอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจร่างกายหรือดูแลร่างกายตนเอง ทำให้ใส่เสื้อผ้าและร่างกายโดยรวมไม่สะอาด ผู้ป่วยอาจใช้สารกระตุ้นประสาทหรือสารเสพติด เช่นยาเสพติด หรือสุรา

**ด้านความคิด** ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดซ้าลง คิดเรื่องเดิมหรือคิดซ้ำ ๆ (Obsession) คิดถึงตนเองด้านไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดี ไม่มีความหมาย อาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง

**ด้านร่างกาย** มีอาการเบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดจนสังเกตเห็นได้ หรือรับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับโดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน (Early night insomnia) หรือนอนมากเกินไป ความสนใจทางเพศลดลง ในเพศหญิงมีประจำเดือนขาดหายไป อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยง่าย ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่นในช่วงเช้าแต่พอช่วงบ่ายๆ จะมีความรู้สึกเหนื่อยล้ามาก นอกจากนี้มีอาการทางร่างกายอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อย และไม่มีแรง

**อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)** อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าอารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของการไม่รับรู้สภาพความเป็นจริง (Out of reality) มีอาการทางจิต (psychotic) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด major depression disorder ซึ่งมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

**ด้านอารมณ์** แสดงความรู้สึกหมัดหวังโดยสิ้นเชิง การแสดงอารมณ์อาจมีลักษณะเฉยเมย หรือไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ สีหน้าดูว่างเปล่า เหนง และเศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ

**ด้านพฤติกรรม** เชื่องช้า เดินช้า ๆ ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงกันข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย (Irritability) หงุดหงิด นั่งไม่ติด (agitation) ผู้ป่วยไม่ใส่ใจตนเอง ทำให้ร่างกายไม่สะอาด และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด

**ด้านความคิด** ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ มีความคิดหลงผิด (Delusion) ทางด้านเลวร้าย คิดว่าตนเองไม่ดี คิดฆ่าตัวตาย หรือมีความหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatic delusions) ร่วมกับมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน (audition hallucination)

**ด้านร่างกาย** การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสมรรถภาพทางเพศ ในเพศหญิงประจำเดือนไม่มาตามปกติ เบื่ออาหารและมีน้ำหนักลด ด้านการนอนมีนอนหลับยาก หรือนอนมากแต่ไม่หลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาการต่าง ๆ โดยรวมแปรเปลี่ยนตามเวลา (Diurnal variation) คือ อาการมักจะรุนแรง หรืออาการเป็นมากในช่วงเวลาเช้า แต่พอในช่วงบ่าย ๆ อาการต่าง ๆ จะค่อย ๆ รู้สึกดีขึ้น

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทางด้านจิตใจและอาการทางกายร่วมด้วย เช่น มีอารมณ์เศร้ามากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ อารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมไม่ได้ เบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำการรับรู้สเปลี่ยนไป นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท ฝันร้าย หรือตื่นบ่อย มีความคิดการเคลื่อนไหวเชื่องช้า ซึมลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง กังวลเกือบตลอดเวลาไม่กระตือรือร้น ไม่ร่าเริง แจ่มใส สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่าย พูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก จำไม่ได้ รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า รู้สึกตัวเองไม่มีค่าหรือหมดความสำคัญ รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ไม่มีความสามารถ สติปัญญาไม่ดี ทำงานบ้านพักพร้อมเลี้ยงลูกไม่ดี ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้คิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้ ต้องเป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากมาให้ ถ้าไม่มีตนทุกคนก็จะสบาย ควรตายไปเสียดีกว่า มีความรู้สึกมีความผิดตำหนิตนเอง ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง คิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดี มีบาป ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ อยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ความกลัวและความวิตกกังวล เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย จะวิกลจริต จะเป็นโรคร้ายแรงเมื่ออยู่คนเดียว มีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเพื่ออาการไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว

### 1.5 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าแสดงออกถึงความเบื่อหน่าย เศร้าหมองสิ้นหวังและสลดหดหู่จะมีความแตกต่างกัน มีความรุนแรงไม่เท่ากันแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าได้ 3 ระดับ (American Psychiatric Association, 2000; Forty et al, 2009 อ้างถึงใน สายฝน เอกวารงกูร, 2553: 41) ดังนี้

1.5.1 ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (Mild depression) อารมณ์ซึมเศร้าจะอยู่ในระดับต่ำ และอารมณ์เศร้าจะสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นได้ตรงกับสภาพการณ์จริง ไม่สดชื่น จิตใจ

หม่นหมอง ซึ่งเกิดเป็นครั้งคราวเมื่อมีการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก หรือบางครั้งไม่มีสาเหตุใด ๆ เช่น มีอารมณ์เศร้าในขณะเหน็ดเหนื่อยจากงานมาก ๆ แต่ก็สามารถหายได้เมื่อพ้นระยะระยะนี้แล้ว การดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ บุคคลจะสามารถบอกเล่าและระบายความรู้สึกออกมาได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541: 250) และสามารถเรียนหนังสือได้ ทำงานปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ ไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน

1.5.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่มีความรุนแรงขึ้นกว่าระดับต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ผู้ที่อยู่ในระยะเศร้ายกระดับนี้จะรู้สึกอึดอัดใจ อารมณ์เศร้าไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งกระตุ้น พบว่าจะมีอาการมากไม่เหมาะสมกับเหตุที่สงสัย พฤติกรรมบางอย่างจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ซึม พูดน้อยลง การพูดจาอาจเป็นไปอย่างลำปากและเชื่องช้า การทำงานบกพร่อง การทำหน้าที่ของร่างกายอ่อนแอลงรับประทานได้น้อย การขับถ่ายและการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541: 250) และอาการซึมเศร้ามักมีผลกระทบต่อการทำงาน อาจต้องหยุดเรียนหรือหยุดงานเป็นระยะ

1.5.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่มีความซึมเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป อย่างเห็นได้ชัดเจน อารมณ์เศร้าจะไม่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งกระตุ้นแต่อาจเกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นก็ได้ พฤติกรรมจะแปรปรวนไม่เหมาะสมกับความเป็นจริง แสดงอาการผิดปกติทางจิตชัดเจน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน ปฏิเสธการรับประทานอาหาร การทำงานขาดประสิทธิภาพ ขาดการสังสรรค์ เนื่องจากความรู้สึกไม่มีคุณค่า บางคนหงุดหงิดอยู่ไม่นิ่ง (agitate) อาจมีความคิดทำลายตนเอง มีอาการประสาทหลอน หลงผิด (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541: 250) และอาการซึมเศร้ามักมีผลกระทบต่อการทำงาน อาจต้องหยุดเรียนหรือหยุดงานเพื่อพักรักษาตัว

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าจะมีความแตกต่างกันและ มีความรุนแรงไม่เท่ากันแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ จะมีอารมณ์ซึมเศร้าจะอยู่ในระดับต่ำและอารมณ์เศร้าจะสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นได้ตรงกับสภาพการณ์จริง ไม่สับสน จิตใจหม่นหมอง ซึ่งเกิดเป็นครั้งคราว สำหรับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง เป็นภาวะทางอารมณ์ที่มีความรุนแรงขึ้นกว่าระดับต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ผู้ที่อยู่ในระยะเศร้ายกระดับนี้จะรู้สึกอึดอัดใจ อารมณ์เศร้าไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งกระตุ้น จะมีอารมณ์มากไม่เหมาะสมกับเหตุที่สงสัย ส่วนภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ภาวะของอารมณ์ที่มีความซึมเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป อย่างเห็นได้ชัดเจน อารมณ์เศร้าจะไม่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งกระตุ้นแต่อาจเกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นก็ได้ พฤติกรรมจะแปรปรวนไม่เหมาะสมกับความเป็นจริง แสดงอาการผิดปกติทางจิตชัดเจน

### Continuum of Depression

อารมณ์เศร้า (Sadness) เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัย เมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การพลาดในสิ่งที่หวัง การถูกปฏิเสธ และมักเกิดร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมาน (Gotlib, 1992 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2553: 5)



ภาวะซึมเศร้า (Depression) อาการเศร้าที่มากเกินไปและมากเกินไป ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากรตาย พบบ่อยว่ามีผลกระทบต่อนหน้าที่การงาน กิจกรรมประจำวันและการสังคมทั่วไป (Stifanis, 2002 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2553: 5)

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) ภาวะซึมเศร้าที่เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ได้แก่ depressive episode (F32), recurrent depressive episode (F33) และ dysthymia (F34.1) หรือเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV ได้แก่ Major Depressive Disorder และ Dysthymic Disorder

### 1.6 การวินิจฉัยโรคของโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึงประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorders ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือ Major Depressive Disorder และ Dysthymic Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV) เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 (สายฝน เอกวารงกูร, 2553: 10-11) โดยมีอาการเกิดขึ้นแทบทั้งวัน เกือบทุกวันติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ และทำให้เสียหน้าที่การงาน การสังคม ใช้เกณฑ์ ดังนี้

#### อาการหลัก(Most typical symptoms) อย่างน้อย 2 ข้อ คือ

- 1) อาการเศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
- 2) ความสนใจต่าง ๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดกับใคร ไม่อยากทำอะไร หรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลินเป็นเกือบทุกวัน
- 3) อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน

#### อาการร่วม อย่างน้อย 4 ข้อ คือ

- 1) ความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเองหายไป
- 2) ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
- 3) คิดอยากตายซ้ำ ๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
- 4) สมาธิไม่ค่อยดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
- 5) การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระบวนกระวาย อยู่ไม่สุข
- 6) นอนไม่หลับหรือนอนมาก
- 7) น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยไม่ได้ตั้งใจอดอาหารหรือน้ำหนักเพิ่มอย่างมากเพราะกินจุ

### การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหมวด F32 พิจารณา (กรมสุขภาพจิต, 2553: 6-7) ดังนี้

รหัสโรค F32.0 (mild) แบ่งเป็น F32.00 และ F32.01 โดย F32.00 ต้องมีอาการหลักอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการรวมอย่างน้อย 2 อาการ และอาการทางกายน้อยกว่า 4 อาการ ส่วน F32.01 ต้องมีอาการหลักอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการรวมอย่างน้อย 2 อาการ และอาการทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 4 อาการ

รหัสโรค F32.1 (moderate) ต้องมีอาการหลักอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการรวม อย่างน้อย 3 อาการ

รหัสโรค F32.2 (severe) ต้องมีอาการหลักครบ 3 อาการรวม อย่างน้อย 4 อาการ

รหัสโรค F32.3 (severe with psychotic) ต้องมีอาการหลักครบ 3 อาการรวม อย่างน้อย 4 อาการและมี psychotic symptoms

#### 1.7 ผลกระทบของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ชุมชนและเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหามากมาย ดังนี้

##### ผลกระทบต่อผู้ป่วย

ทำให้ผลการพัฒนาการด้านต่าง ๆ ผลการเรียนแยลงมีพฤติกรรมถดถอยจากกลุ่มเพื่อน สังคม ความสนใจต่อกิจกรรมที่เคยทำลดลงอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โกรธ และร้องไห้ มีปัญหาด้านการตัดสินใจไม่เหมาะสม พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มหรือลดลง (Fortenberry, 2003 อ้างถึงใน รัชจณา สิงห์ทอง, 2552: 18) ดังนี้

- 1) ทำให้ประสิทธิภาพทางด้านต่าง ๆ ลดลง เช่น สอบตก เรียนหนังสือไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือถูกให้ออกจากงานและการทำหน้าที่แม่บ้านภรรยาหรือไม่สามารถดูแลครอบครัวได้
- 2) มีความบกพร่องเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทหรือมีเรื่องบาดหมางกับคู่ครอง หรือเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างบิดามารดากับผู้ป่วย
- 3) ติดสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ ยานอนหลับและโคเคน ผู้ป่วยเสพสารเพื่อให้นอนหลับ อารมณ์แจ่มใสและลดความวิตกกังวล เมื่อติดสารจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้ามากขึ้น เกิดความรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเองมากขึ้นและจะยิ่งเสพสารเพิ่มขึ้นตามลำดับ เกิดเป็นวงจร ไม่มีทางออก ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อชีวิต มีความคิดอยากตาย และมีโอกาสสูงที่จะฆ่าตัวตาย
- 4) มีความคิดอยากตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543: 10-11)

##### ผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ชุมชนและเศรษฐกิจของประเทศ

เมื่อมีใครคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและเพื่อน ๆ ทำให้ชีวิตของบุคคลเหล่านี้พลอยลำบากไปด้วย ครอบครัวและเพื่อน ๆ อาจจะสับสนและผิดหวังต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป พวกเขาอาจจะรู้สึกโกรธที่ผู้ป่วยไม่ยอม “ลุกขึ้นและทำอะไรสักอย่าง” ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าอาการที่สำคัญของโรคซึมเศร้าคือการขาดแรงจูงใจ ญาติและเพื่อน ๆ อาจไม่พอใจผู้ป่วย พวกเขาอาจรู้สึกเศร้าโศก กลัว รวมทั้งมีอาการอื่น ๆ นอกจากนี้พวกเขายังอาจรู้สึกผิดที่มีปฏิกิริยาเช่นนี้ และอาจมีความรู้สึกว่าเขามีส่วนทำให้ผู้ป่วย ป่วยไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง รู้สึกว่าเขาไม่ได้ให้ความ

ช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงพอหรืออาจคิดว่าการที่ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นเพราะความผิดของผู้ป่วยเอง การที่บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อาจทำให้เด็กสับสนและเศร้าใจ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงและมีความคิดฆ่าตัวตายอาจฆ่าตัวเองและผู้อื่นซึ่งผู้ป่วยรัก เช่น คู่ครองหรือบุตรไปพร้อมกัน โดยเกิดความคิดว่าเพื่อให้หลุดพ้นจากความทุกข์ และเคราะห์กรรมไปด้วยกัน และไปอยู่ร่วมกันใหม่ในชาติหน้า ความคิดดังกล่าวเป็นอาการหลงผิดของคนวิตกกังวลซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่ง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543: 10-11)

Badger ได้อธิบายถึงผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อครอบครัวว่าจะมีผลกระทบทางด้านจิตใจ จะพบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเครียดเพราะสงสาร ห่วงใย ละเอียดใจ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานภาพของครอบครัว การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ก็จะถูกแบ่งแยกจากบุคคลอื่นและปฏิกิริยาทางสังคม มีความเจ็บปวดจากคำถามเกี่ยวกับครอบครัวเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป และผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ พบว่าประเทศต้องสูญเสียงบประมาณและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่มีอาการซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น (Badger, 1996 อ้างถึงใน รัชฌณา สิงห์ทอง, 2552: 19)

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

การศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ประกอบด้วยแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกันหลายทฤษฎีด้วยกัน ดังนี้

### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจในการควบคุมหรือความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ในทางจิตวิทยาสังคมหมายถึงการที่บุคคลเชื่อว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์บางอย่างที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ การควบคุมและการเข้าใจตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาโดย Rotter (1954) เป็นจุดเริ่มต้นและให้ความสำคัญของการศึกษาลักษณะบุคลิกภาพ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองสูงจะเชื่อว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อที่สำคัญมีผลมาจากพฤติกรรมและการกระทำ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในการควบคุมต่ำ จะเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโชคชะตาและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงของการควบคุมได้ดีกว่า การควบคุมพฤติกรรมมักจะแสดงพฤติกรรมที่มีแนวโน้มที่มีอิทธิพลต่อคนอื่นมากกว่าผู้ที่มีอำนาจในการควบคุมต่ำ ซึ่งความเชื่ออำนาจในการควบคุมจะเป็นความพยายามที่บุคคลต้องการประสบผลสำเร็จหรือเอาชนะในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้กล่าวว่า ศักยภาพของบุคคลในการแสดงพฤติกรรม เป็นผลรวมระหว่างความคาดหวังกับค่านิยมของบุคคลที่มีต่อผลลัพธ์นั้น ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความเชื่อของแต่ละบุคคลจากแนวคิดนี้เองจึงเป็นที่มาของความเชื่ออำนาจการควบคุม Rotter (1966 อ้างถึงใน วิภา ทองดี,

2548: 26) เชื่อว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป เนื่องจากความคิด ประสบการณ์ สภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล และได้สร้างทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพของบุคคลโดยมีพื้นฐานการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เนื่องจากความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น ๆ ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงก็ได้ และ Soloman and Oberland (1974: 119-123 อ้างถึงใน อรรณู คงเหลียม, 2552: 29) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนอาศัยแนวคิดจากความจริงเบื้องต้นในทฤษฎีแรงจูงใจอันดับแรกของมนุษย์ คือความพยายามที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ได้ผลความเชื่อเกี่ยวกับความควบคุม จึงเป็นจิตลักษณะที่สำคัญของบุคคลเรา โดยทั่วไป “การควบคุม” มี 2 ลักษณะ คือการควบคุมพฤติกรรมของตนเองการที่บุคคลเลือกพฤติกรรมตามที่บุคคลคิดหรือต้องการ เรียกว่าความเป็นตัวของตัวเอง แต่การกระทำตามที่คนอื่นจูงหรือบังคับเรียกว่า “การคล้อยตาม” ส่วนอีกลักษณะหนึ่งคือการควบคุมผลได้หรือผลการกระทำ โดยพิจารณาว่าผลดังกล่าวเกิดจากทักษะ ความสามารถและความพยายามของตนเอง หรือเป็นเพราะโชคกลาง โอกาส และการกระทำของคนอื่น ถ้าเป็นเพราะทักษะหรือความพยายามของตนเอง เรียกว่าความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าเชื่อว่าเกิดจากโชคกลางหรือบุคคล จะเรียกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน

#### ความหมายของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

#### ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control)

Rotter (1966 อ้างถึงใน วิณา ทองดี, 2548: 28) กล่าวว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตน บุคคลประเภทนี้เป็นผู้มีบุคลิกภาพเป็นตัวของตัวเองหรือมีความกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และพยายามปรับปรุงสภาพให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เห็นทักษะและคุณค่าจากความพยายามของตน และมีแรงจูงใจสูง สามารถปรับตัวและควบคุมสถานการณ์ได้ดี มีความเชื่อมั่นในเหตุผล

Lefcourt (1966: 206-207 อ้างถึงใน อรรณู คงเหลียม, 2552: 29) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจในตน (Locus of control) เป็นความเชื่อทั่วไปในเรื่อง คุณสมบัติส่วนตัวหรือการกระทำกับผลของการกระทำที่เกิดขึ้น ซึ่งจะอธิบายบุคคลตามความเชื่อที่ยึดถือเป็นแบบ “ภายใน” หรือ “ภายนอก” โดยดูจากเหตุผลและการควบคุม คนที่ยึดแบบ “ภายใน” จะเป็นบุคคลที่คิดว่าผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการกระทำของตน ดังนั้นพวกนี้จะพยายามให้ได้มาซึ่งผลการกระทำนั้น

Strickland (1977 อ้างถึงใน วิณา ทองดี, 2548: 28) กล่าวว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะรับรู้เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว นั้น เกิดจากการตัดสินใจของตนทั้งสิ้น และ Muhlenkamp and Nelson (1981: 21-25 อ้างถึงใน วิณา

ทองดี, 2548: 28) ได้อธิบายว่าผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตนเอง ไม่เพียงแต่เชื่อมั่นในตนเองเท่านั้น หากแต่ยังต่อต้านและหลีกเลี่ยงความเชื่ออำนาจภายนอกตนอีกด้วย

สรุปได้ว่าความเชื่ออำนาจภายในตนหมายถึง การที่บุคคลเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มาเกิดขึ้นกับตนนั้น จะประสบผลสำเร็จหรือเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ เป็นผลมาจากการกระทำและความพยายามของตนเองและสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้

### ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control)

Rotter (1966 อ้างถึงใน วิตุสุตา ฤทธาภรณ์, 2550: 17) กล่าวว่าบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ เหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น กับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์กรรม ความบังเอิญหรืออิทธิพลของผู้อื่น บุคคลที่มีบุคลิกลักษณะดังกล่าวนี้ จะมีความเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้นไม่พยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง ขาดความพยายาม แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ต่ำ มีความวิตกกังวลสูง และมักจะแสวงหาสิ่งที่คิดว่ามีอิทธิพลต่อตนเอง

Middlemist and Hitt (1981 อ้างถึงใน วิตุสุตา ฤทธาภรณ์, 2550: 17) กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน คือการที่บุคคลอธิบายถึงความสำเร็จหรือล้มเหลวของงานมาจากลักษณะของสถานการณ์รอบ ๆ ตัว ความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นเพราะความยากของงานหรือเพราะโชค

Cherrington (1994 อ้างถึงใน วิตุสุตา ฤทธาภรณ์, 2550: 17) ได้ให้ความเชื่ออำนาจการควบคุมภายนอกว่า บุคคลจะเชื่อว่าปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น โชค และโอกาส เป็นผู้ควบคุมชีวิตของเขา เป็นผู้ตัดสินใจในการให้รางวัล และการลงโทษแก่เขา และหากมีสถานการณ์ที่คาดไม่ถึงเกิดขึ้นเขาจะเชื่อว่าเป็นเพราะโชค หรือสภาพแวดล้อม

สรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นความเชื่อหรือการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น มีสาเหตุหรือมีอิทธิพลมาจากภายนอกตน ซึ่งตนเองไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์กรรม ความบังเอิญหรือบุคคลอื่น ๆ

### ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

Rotter (1966 อ้างถึงใน ฉวีวรรณ น้อยปานนท์, 2547: 25) กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

1) การอบรมเลี้ยงดู นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ปลูกฝังแนวความเชื่อให้เด็ก การศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนในเด็กอายุ 3 ปีพบว่าเด็กที่ได้รับความอบอุ่นและมีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา การเลี้ยงดูเป็นแบบไม่บีบบังคับ เปิดโอกาสให้เด็กได้เป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่เดียวกันบิดามารดาก็ไม่ปกป้องคุ้มครองมากเกินไป เด็กจะพัฒนาขึ้นโดยมีอำนาจความเชื่อในตนสูง ตรงกันข้ามเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบบีบบังคับ ถูกควบคุมไม่เป็นตัวของตัวเอง หรือปกป้องคุ้มครองจนเกินความจำเป็น เด็กจะพัฒนาความเชื่อภายในตนเองต่ำ

2) ระดับฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ระดับฐานะทางสังคม เศรษฐกิจของบิดามารดาสัมพันธ์โดยตรงกับชีวิตภายในครอบครัว และการเลี้ยงดู จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า เด็กผิวดำที่มาจากรอบครัวยากจนและเป็นชนชั้นต่ำส่วนมากจะมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งตรงกันข้ามกับ

เด็กผิวขาวชนชั้นกลาง ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี ส่วนมากจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง ทั้งนี้เนื่องจากความยากจน ทำให้เด็กผิวดำชนชั้นต่ำขาดโอกาสที่จะได้รับรางวัลซึ่งเป็นแรงจูงใจจากบิดามารดา ประกอบกับการเลี้ยงดูที่ปล่อยปละละเลยจนเกินไป ทำให้เด็กขาดความรัก ความอบอุ่น จึงมีผลทำให้เด็กมีความเชื่อในเรื่องโชคชะตามากกว่าความสามารถของตนเอง

3) ค่านิยมทางสังคม ความเชื่อ เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ทางวัฒนธรรมทางสังคม บุคคลจะมีความเชื่อตามสิ่งที่คนทั่วไป ที่สิ่งแวดล้อมตนยึดถืออยู่และปฏิบัติ โดยสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นสังคมพุทธศาสนา โดยเฉพาะสังคมชนบทนั้นมีความผูกพันใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ โดยทั่วไปบุคคลส่วนใหญ่จะยังคงมีความเชื่อแบบดั้งเดิม คือมีความเชื่อในเรื่อง ผีสงฆ์ เทวดา วิญญาณ อำนาจลึกลับที่มองไม่เห็น ซึ่งความเชื่อเหล่านี้เป็นความเชื่ออำนาจภายนอกตน Rotter (1966) ได้ศึกษาในนักศึกษาหญิงวัยรุ่นผิวขาวชนชั้นกลาง ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและมีความเชื่ออำนาจภายในตน จะใช้วิธีการคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะการตั้งครรภ์ในขณะที่ศึกษาอยู่ไม่เป็นที่ยอมรับของคนผิวขาวชนชั้นกลาง ซึ่งตรงกันข้ามกับนักศึกษาหญิงวัยรุ่นผิวดำที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเช่นเดียวกัน แต่ปล่อยให้ตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังศึกษาอยู่ ทั้งนี้เพราะค่านิยมทางสังคมของหญิงวัยรุ่นผิวดำยอมรับการตั้งครรภ์ และให้การยกย่องกับผู้ที่เป็นมารดา เพราะฉะนั้นจึงไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นกลุ่มนี้ Lowenstein and Rinehart (1972 อ้างถึงในสุวิมล จอดพิมาย, 2537: 8) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน โดยอาศัยทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของรอตเตอร์ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ดังนี้

4) ประสบการณ์ในอดีต เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันของบุคคลประสบการณ์ในชีวิตที่มีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ(1) ประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต ได้แก่ภาวะวิกฤตของชีวิต เช่นการเสียชีวิตของบุคคลที่รัก อุบัติเหตุ ประสบการณ์ในลักษณะนี้อาจจะไม่มีผลต่อการเสริมสร้างความเชื่ออำนาจภายในมากนัก (2) ประสบการณ์สะสม ได้แก่ วิธีการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดาที่ถือว่ามีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ซึ่งสอดคล้องกับ Strickland (1977) ที่ได้พบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างอบอุ่น มีความเป็นประชาธิปไตย มีอิสรภาพ มีการลงโทษอย่างเหมาะสม จะพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตน ส่วนเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูในบรรยากาศที่ขาดความรักความอบอุ่น ไม่มีความเป็นประชาธิปไตย ขาดอิสรภาพ และถูกลงโทษอย่างรุนแรงเมื่อกระทำผิด เด็กจะพัฒนาความเชื่ออำนาจภายนอกตน เช่นเดียวกับเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป ประสบการณ์ในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่อภายใน-ภายนอกตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์สะสมในอดีต ซึ่งเด็กได้รับจากการเลี้ยงดู บิดามารดาที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง ย่อมเลี้ยงดูบุตรด้วยวิธีการที่ทำให้บุตรได้พัฒนาไปสู่ความเชื่ออำนาจภายในตน ส่วนบิดามารดาที่เชื่อโชคกลางอากาศ และสิ่งที่อยู่ภายนอกตน ก็จะใช้วิธีการในการอบรมเลี้ยงดูบุตรโดยวิธีที่ตนเชื่อถือ กล่าวคือการนับถือในโชคกลางเคราะห์กรรม และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ ประสบการณ์ที่เด็กได้รับจะสะสมและหล่อหลอมให้เด็กเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนไปด้วย นอกจากนั้นแล้วประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตเป็นประสบการณ์ที่เกิดกะทันหัน ไม่ได้คาดคิด ก็อาจจะมีอิทธิพลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุคคลได้เช่นเดียวกัน เช่น การตายของผู้เป็นที่รักกะทันหัน

การเจ็บป่วย อุบัติเหตุ หรือภัยธรรมชาติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอย่างไม่ได้คาดคิด ประสบการณ์ในลักษณะนี้อาจไปกระตุ้นความเชื่อที่มีอยู่เดิมให้เชื่อมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงความเชื่อจากประสบการณ์นี้จะไม่มีผลมากเท่าประสบการณ์ที่สะสมในชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู ระดับฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ของบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับชีวิตภายในครอบครัว และการเลี้ยงดู ค่านิยมทางสังคม และความเชื่อ เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ทางวัฒนธรรมทางสังคม บุคคลจะมีความเชื่อตามสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไป ที่สิ่งแวดล้อมตนยึดถืออยู่และปฏิบัติ ประสบการณ์ในอดีตเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันของบุคคลประสบการณ์ในชีวิตที่มีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ ประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิตหรือภาวะวิกฤตของชีวิต เช่นการเสียชีวิตของบุคคลที่รัก ประสบอุบัติเหตุ ซึ่งอาจจะไม่มีผลต่อการเสริมสร้างความเชื่ออำนาจภายในมากนัก และประสบการณ์สะสม ได้แก่ วิธีการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดาที่ถือว่ามีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

### ลักษณะของบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

Rotter (1966) กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นบุคลิกภาพหนึ่งที่มีผลต่อการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ซึ่งพัฒนาจากกระบวนการคิดตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งกลายเป็นบุคลิกภาพเฉพาะตน ดังนั้นบุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะคิดและกระทำตามบุคลิกภาพซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

1) ความเชื่ออำนาจภายใน (Internal locus of control) บุคคลจะมีความกระตือรือร้นและมีความพร้อมที่จะตอบสนองต่อภาวะแวดล้อมที่จะเอื้ออำนวย หรือนำมาซึ่งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการแสดงของพฤติกรรมในอนาคตของตน พยายามพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบตน อยู่เสมอ ให้คุณค่าต่อการเสริมแรงซึ่งได้จากการใช้ทักษะหรือประสบผลสำเร็จ และให้ความสนใจที่จะพิจารณาระดับความสามารถของตน โดยเฉพาะเมื่อประสบความล้มเหลว และแสดงการต้านทานต่อสิ่งที่พยายามจะเข้ามามีอิทธิพลกับตัวเขา

2) ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) บุคคลจะมีลักษณะขาดความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูลและการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหา มีความวิตกกังวลที่จะทำกิจกรรมใด ๆ หลีกเลี่ยงที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ขาดความพยายาม และมีความกลัวในการแสวงหาแหล่งหรือสิ่งที่จะมาช่วยเหลือสนับสนุนตนเอง

Strickland (1977) ได้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนไว้ว่า เป็นผู้ที่มีการตัดสินใจมั่นคง เด็ดเดี่ยว ทำงานโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา เป็นระบบระเบียบ สนใจต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมตั้งใจหาความรู้ เพื่อปรับปรุงตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ เห็นคุณค่าและความพยายามของตนเองและสังคมดีในหมู่เพื่อน Warehime and Woodson (1971 อ้างถึงใน สุวิมล จอดพิมาย, 2537: 10) พบว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีความรู้สึกเป็นอิสระ มีความพอใจกับงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน มีความตื่นตัว กล้าแสดงออก มีความเชื่อมั่นในตนเอง และพอใจในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ Schultz and Schultz

(2006 อ้างถึงใน สุวิมล จอตพิมาย, 2537: 10) กล่าวว่าบุคลิกภาพความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดในการทำงาน และDubrin (2000 อ้างถึงใน สุวิมล จอตพิมาย, 2537: 10) กล่าวว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายใน มีแนวโน้มที่จะพยายามทำงานอย่างเต็มที่ เกิดแรงจูงใจที่จะทำงานนั้นจนประสบความสำเร็จ ในขณะที่บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะมีความพยายามน้อยกว่า มักจะพึ่งพาและขอความช่วยเหลือจากคนอื่น จนกลายเป็นความวิตกกังวลและคิดหมกมุ่นในสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ดังนั้นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะมีความเครียดสูงกว่าและมีความพึงพอใจในงานต่ำกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน

Grasha (1995 อ้างถึงใน ฉวีวรรณ ปาน้อยนนท์, 2547: 26-27) ได้แสดงความแตกต่างของบุคคลที่มีความเชื่อภายใน-ภายนอกตนเปรียบเทียบกัน ดังนี้

**ตาราง 1** แสดงความแตกต่างของบุคคลที่มีความเชื่อภายใน-ภายนอกตน

บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน	บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
ไม่ทอดถอยเมื่อเผชิญกับความล้มเหลว	ยกเลิกสิ่งต่าง ๆ อย่างง่ายดาย
สามารถทำงานได้เป็นระยะเวลาสั้น	ไม่ใช้เวลาในการทำงานมากนัก
สามารถปรับตัวกับความเครียดได้ดี	ไม่สามารถปรับตัวได้ดีในภาวะเครียด
มีแนวโน้มเป็นผู้ที่วิตกกังวลน้อยกว่า	มีแนวโน้มเป็นผู้ที่วิตกกังวลน้อยกว่า
ยินดีและพร้อมรับสิ่งใหม่ที่เข้ามาในชีวิต	ไม่ค่อยชอบเผชิญกับสิ่งแปลกใหม่

สรุปได้ว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นบุคลิกภาพหนึ่ง ที่มีผลต่อการประเมินทางความคิด ตามแนวคิดของรอตเตอร์ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นบุคลิกภาพหนึ่ง ที่มีผลต่อการประเมินทางความคิด โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในและความเชื่ออำนาจภายนอกตน สำหรับความเชื่ออำนาจภายใน บุคคลจะมีความกระตือรือร้นและมีความพร้อมที่จะตอบสนองต่อภาวะแวดล้อม พยายามพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบตนเองให้ คุณค่าต่อการเสริมแรง ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตน บุคคลจะขาดความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูลและการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหา ขาดความพยายาม ในระยะต่อมาจากนั้นวาริอิมและวุตสันพบว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความรู้สึกเป็นอิสระ มีความพอใจกับงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน มีความตื่นตัว กล้าแสดงออก มีความเชื่อมั่นในตนเอง และพอใจในความสามารถของตนเอง ต่อมาสตรีคแลนด์ได้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนไว้ว่า เป็นผู้ที่มีการตัดสินใจมั่นคง เด็ดเดี่ยว ทำงานโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา เป็นระบบระเบียบ สนใจต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมตั้งใจหาความรู้ เพื่อปรับปรุงตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ เห็นคุณค่าและความพยายามของตนเองและสังคมดีในหมู่เพื่อน จากนั้นคูบริน กล่าวว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายใน มีแนวโน้มที่จะพยายามทำงานอย่างเต็มที่ เกิดแรงจูงใจที่จะทำงานนั้นจนประสบความสำเร็จ ในขณะที่บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะมีความพยายามน้อยกว่า มักจะพึ่งพาและขอความช่วยเหลือจากคนอื่น จนกลายเป็นความวิตกกังวลและคิดหมกมุ่นในสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ดังนั้นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะมีความเครียดสูงกว่าและมีความพึงพอใจในงานต่ำ



กว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน และซุสและซุส กล่าวว่าคุณลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดในการทำงาน

### การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตน

Nowicki and Strickland (1973 อ้างถึงใน คมเดือน โต้ศิริ, 2550: 27) ความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนเองในเด็กเพิ่มขึ้นตามอายุ อำนาจความเชื่อภายในตนในเด็กเพิ่มขึ้นตามอายุ วัยเด็กจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองเมื่อโตขึ้น อำนาจภายในและภายนอกนี้เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเด็ก ประสบการณ์และสภาพสังคมและเศรษฐกิจของพ่อแม่ด้วยเช่นกัน Robinson and Shaver (1980 อ้างถึงใน ดวงจันทร์ อันอาจ, 2543: 16) กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน จะเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กและมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัยที่เจริญเติบโตขึ้น นอกจากนี้ยังมีสภาพแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก ประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต และประสบการณ์ที่สะสมในอดีตที่ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดา ดังนั้นบิดามารดาจึงเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุตร

นอกจากนี้ Strickland (1977 อ้างถึงใน ภัทรภรณ์ ปานแก้ว, 2544: 29) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของเด็กว่าจะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัย การเจริญเติบโต และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เด็กจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากขึ้นทุกปี จนกระทั่งเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 หรือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กเพศชาย อาจจะมีเพิ่มถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 แต่หลังจากนั้นอาจลดลงต่ำลงได้ เมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนจะเปลี่ยนแปลงหรือคงที่นั้น เป็นสิ่งที่กำหนดได้ยาก เช่นเมื่อบุคคลได้รับความทุกข์ต้องเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรค และรับรู้ว่าคุณเองไม่มีพลัง ไม่สามารถแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ เกิดความท้อแท้ หดห้วง บุคคลก็อาจจะมีมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตดำเนินไปในด้านดี ไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคเข้ามารบกวนจิตใจ และบุคคลได้รับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนก็จะเพิ่มขึ้น ความเชื่อภายในตนจะลดลงเมื่อวัยชรา เพราะในวัยชราบุคคลสามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงมีการแสวงหาอำนาจที่อยู่ภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจแห่งตน เกิดจากการรับรู้ต่อผลตอบแทนการกระทำของบุคคลมี 3 ลักษณะ คือความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่อในอำนาจความบังเอิญ การพัฒนาความเชื่อดังกล่าวมีผลมาจากปัจจัยที่สำคัญคือสภาพแวดล้อม และประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบิดามารดา ในวัยเด็กนั้นความเชื่ออำนาจแห่งตนจะพัฒนาไปตามอายุ โดยที่ความเชื่อในอำนาจในตนจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเมื่อเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ความเชื่ออำนาจแห่งตนจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่นเมื่อบุคคลได้รับรู้ว่าคุณเองไม่มีพลัง ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต บุคคลอาจจะเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตดำเนินไปในด้านดีและบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่อในอำนาจภายในตนเองก็จะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้วัฒนธรรม ประเพณี และฐานะทางเศรษฐกิจก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่ออำนาจแห่งตน

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นสิ่งที่ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นสิ่งที่พัฒนามาจากประสบการณ์ชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ดังนี้

1) อายุ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน จะเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่บุคคลอยู่ในวัยเด็ก และจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัยที่เจริญเติบโตของเด็ก เด็กก่อนวัยเรียนจะมีการควบคุมสิ่งแวดล้อมน้อยกว่าเด็กในวัยเรียนหรือผู้ใหญ่ เด็กจะรับรู้ว่าคุณค่าอื่นและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลอย่างมากต่อตัวเขา เนื่องจากอยู่ในระยะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเด็กโตขึ้นจะมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้นสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น เรียนรู้ที่จะจัดการและพัฒนาตนเอง โดยเริ่มเคลื่อนย้าย หรือชักจูงปรับปรุงสิ่งแวดล้อม พัฒนาทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเริ่มทำตนให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่นเพิ่มขึ้น โดยจะเปลี่ยนจากผู้ที่ยอมรับความช่วยเหลือมาเป็นผู้ริเริ่มกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความกระตือรือร้น การที่เด็กมีการควบคุมตนเองและมีการรับรู้ว่ามีผลที่เกิดขึ้นมาจากตนเอง จะสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการของเด็กในด้านความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

2) การอบรมเลี้ยงดู โดยทั่วไปแล้วบิดามารดาผู้ทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูบุตรนั้น จะมีอิทธิพลด้านการปลูกฝังความคิด ความเชื่อและค่านิยมต่าง ๆ ให้กับเด็กโดยที่เด็กจะซึมซับประสบการณ์เหล่านี้โดยไม่รู้ตัว บิดามารดาจะอบรมเลี้ยงดูบุตรไปตามความเชื่อพื้นฐานของตน ถ้าตนเองเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนก็จะอบรมเลี้ยงดูลูกให้มีความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าตนเองเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนก็จะอบรมเลี้ยงดูลูกให้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (Disterfano, Pryer and smith, 1973: 151-153 อ้างถึงใน จิตรา ยอดอินทร์, 2549: 20)

3) สภาพแวดล้อมทางด้านบุคคลและสังคม เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อของกลุ่มคนในชุมชน และแนวทางการปฏิบัติที่สืบทอดต่อกันมา จนกลายเป็นวิถีชีวิตแนวทางการปฏิบัติเหล่านี้ถูกปลูกฝังให้อยู่ระดับความเชื่อของบุคคล (Robinson et al., 1980: 171-173 อ้างถึงใน จิตรา ยอดอินทร์, 2549: 21) นอกจากนี้ Lefcourt (1983: 98 อ้างถึงใน สุวิมล จอดพิมาย, 2537: 12) กล่าวว่าบ้านและที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะบ้านที่อุดมไปด้วยบรรยากาศของการกระตุ้นให้เด็กมีความท้าทายความสามารถเป็นปัจจัยที่ช่วยให้พัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตน และในทางตรงข้ามครอบครัวที่ถูกจำกัดโอกาส ไม่ได้รับการศึกษา ขนกลุ่มน้อย หรือบุคคล สภาพสังคมและเศรษฐกิจต่ำ เมื่อเผชิญปัญหาที่ต้องพบกับความยากลำบากในการแก้ปัญหาที่มีความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยหรือด้อยค่าทำให้บุคคลขาดโอกาสที่มีประสบการณ์ในการเสริมแรง อันเป็นผลมาจากความพยายามกระทำของเขา ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายนอกตน

4) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของบิดามารดาสัมพันธ์โดยตรงกับชีวิตในครอบครัวและการเลี้ยงดู โดยพบว่าเด็กที่บิดามารดามีฐานะเศรษฐกิจสูง บิดามารดามีอาชีพระดับสูง และระดับการศึกษาสูง มาจากครอบครัวเดียว จะเป็นเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง นอกจากนี้ ค่านิยมความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ทางวัฒนธรรมสังคม บุคคลจะมีความเชื่อตามสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปที่แวดล้อมตนอยู่ยึดถือและปฏิบัติ โดยสังคมไทยเป็นสังคมพุทธศาสนาโดยเฉพาะสังคมชนบทนั้นมีความผูกพันใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ โดยทั่วไปบุคคลส่วนใหญ่จะมีความเชื่อดั้งเดิม คือมีความเชื่อในเรื่องผีสาร เทวดา วิญญาณ อำนาจลับ ที่มองไม่เห็น ซึ่งถือว่าความเชื่อเหล่านี้เป็นความเชื่อ

อำนาจภายนอกตน และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนจะส่งผลการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่มีความเชื่อนั้น (ทัศนาศา บัญทอง, 2531 อ้างถึงใน ดวงจันทร์ อ้นอาจ, 2543: 17)

Lawrence and Winschel (1975 อ้างถึงใน สุวิมล จอดพิมาย, 2537: 15) กล่าวว่า พัฒนาการของแนวคิดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ เริ่มตั้งแต่วัยเด็กเล็ก ซึ่งได้มีการแบ่งลำดับขั้นตอนของการพัฒนาเป็น 5 ลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

- 1) บุคคลจะเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตของตน โดยเฉพาะในเหตุการณ์ที่เป็นความล้มเหลว เป็นผลที่สืบเนื่องมาจากอำนาจภายนอกที่เขาไม่สามารถควบคุมได้
- 2) บุคคลเริ่มเกิดความเชื่ออำนาจภายในด้านการประสบความสำเร็จ ในขณะที่ความเชื่ออำนาจภายนอกด้านการประสบความสำเร็จล้มเหลวเริ่มจางหายไป
- 3) บุคคลที่บรรลุนิติภาวะ (Maturity) จะมีความเชื่ออำนาจภายในอย่างแท้จริงแม้ว่าจะยังคงเป็นความเชื่ออำนาจภายในด้านการประสบความสำเร็จอยู่ก็ตาม
- 4) พัฒนาการขั้นที่ 3 เริ่มคงตัว ในขณะที่การตระหนักรู้ถึงภาวะรับผิดชอบและรู้สึกกล้าที่เผชิญกับความลำบากของบุคคลได้ ส่งผลให้เกิดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านการประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น
- 5) เป็นขั้นตอนที่บุคคลเกิดความเชื่ออำนาจภายในตนโดยแท้จริง คือ บุคคลจะแสดงออก ซึ่งความรับผิดชอบต่อผลการกระทำทั้งที่เป็นความสำเร็จ และความล้มเหลวในปริมาณเท่า ๆ กัน

ตามขั้นตอนดังกล่าวในช่วงแรกบุคคลทั่วไป จะเกิดความเชื่ออำนาจภายนอกตนก่อน แล้วต่อมาจึงพัฒนาเป็นความเชื่ออำนาจภายใน กล่าวคือ การมีความเชื่อในการประสบความสำเร็จ และความล้มเหลวในปริมาณที่เท่า ๆ กัน พัฒนาการด้านการประสบความสำเร็จจะเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ในขั้นตอนสุดท้าย ดังตาราง 2

**ตาราง 2** แสดงลำดับขั้นตอนพัฒนาการของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ด้านการประสบความสำเร็จและความล้มเหลว

ลำดับขั้นพัฒนาของความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ	1	2	3	4	5
ด้านการประสบความสำเร็จ	E	I	I	I	I
ด้านการประสบกับความล้มเหลว	E	E	I	I	I

หมายเหตุ E = External, I = Internal

ที่มา: Expectational Children by E.A. Lawrence and J.F. Winschel (1975 อ้างถึงใน สุวิมล จอดพิมาย, 2537: 16)

สรุปได้ว่าความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กและมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัยที่เจริญเติบโตขึ้น ตามสภาพแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก ประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต และประสบการณ์ที่สะสมในอดีตที่ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดา ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว และความเชื่ออำนาจภายในตนจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา เพราะในวัยชรา บุคคลสามารถช่วยเหลือ

ตัวเองได้น้อยลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงมีการแสวงหาอำนาจที่อยู่นอกตน ประเพณี วัฒนธรรม และฐานะทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ อายุ การอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมทางด้านบุคคลและสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม บิดามารดามีฐานะเศรษฐกิจสูง บิดามารดามีอาชีพระดับสูง และระดับการศึกษาสูง มาจากครอบครัวเดี่ยว ยังมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่ออำนาจภายในตนนำไปสู่ การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้วย เนื่องจากอายุ การอบรมเลี้ยงดูนั้นจะมีอิทธิพล ด้านการปลูกฝังความคิด ความเชื่อและค่านิยมต่าง ๆ ให้กับเด็กโดยที่เด็กจะซึมซับประสบการณ์เหล่านี้ โดยไม่รู้ตัว สภาพแวดล้อมทางด้านบุคคลและสังคม เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อของกลุ่มคนในชุมชน และแนวทางการปฏิบัติที่สืบทอดต่อกันมา จนกลายเป็นวิถีชีวิต แนวทางการปฏิบัติเหล่านี้ถูกปลูกฝังให้อยู่ระดับความเชื่อของบุคคล ตลอดจนฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของบิดามารดาสัมพันธ์โดยตรงกับชีวิตในครอบครัวและการเลี้ยงดู โดยพบว่าเด็กที่บิดามารดามีฐานะเศรษฐกิจสูง บิดามารดามีอาชีพระดับสูง และระดับการศึกษาสูง มาจากครอบครัวเดี่ยว จะเป็นเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง ค่านิยม ความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ทางวัฒนธรรม สังคม บุคคลจะมีความเชื่อตามสิ่งที่คนทั่วไปที่แวดล้อมตนอยู่ยึดถือและปฏิบัติ

### ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนมีหลายทฤษฎีด้วยกันที่สามารถอธิบาย แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้าน สุขภาพนำมาประยุกต์ ดังนี้

#### 1) ทฤษฎีเจตคติแบบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนหรือทฤษฎีจิตวิเคราะห์

Psychoalytic Theory ให้สาระสำคัญเกี่ยวกับอำนาจภายใน-ภายนอกตนคือ โดย อธิบายว่ามนุษย์เกิดมาพร้อมกับแรงกระตุ้นหรือแรงขับตามธรรมชาติ ซึ่งสามารถทำลายบุคคลและ สังคมได้ หากไม่มีการควบคุมที่ดี จะนำไปสู่พฤติกรรมเบี่ยงเบนออกนอกรอบปทัสสถานของสังคม พรอยด์ได้แบ่งบุคลิกภาพของบุคคลออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่จิตไร้สำนึก (id) ตัวเราที่อยู่ในจิตสำนึก (ego หรือ self) และมโนธรรม (superego) พรอยด์ อธิบายว่าคนเราเกิดมาพร้อมด้วยจิตไร้สำนึกที่ เต็มไปด้วยกิเลสหรือความปรารถนา ตัวเราที่อยู่ในจิตสำนึกจะต้องผ่านกระบวนการอบรมขัดเกลา เพื่อให้เป็นเหมือนคนอื่น ๆ ส่วนที่เป็นมโนธรรม ถือว่าเป็นที่สำคัญยิ่ง คือเป็นตัวแทนของกฎข้อบังคับ ต่าง ๆ ทางศีลธรรมทั้งหมด

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ในส่วนที่เกี่ยวกับเจตคติแบบความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ให้สำคัญ ว่าบุคคลทั่วไปจะมีแรงขับอยู่ภายในตน ซึ่งมีลักษณะเป็นจิตไร้สำนึกซึ่งพร้อมจะแสดงออกตามความ ต้องการเสมอ ถ้าขาดเจตคติแบบความเชื่ออำนาจภายในตนเมื่อใด มนุษย์จึงจำเป็นต้องได้รับการอบรม เพื่อ จะทำให้เกิดการควบคุมตนเองได้ในระดับทั่วไปซึ่งเป็นตัวเราที่ขัดเกลาพอที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่การพัฒนาตัวเราให้เป็นผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นผู้มีจิตใญ่สูง เมื่อเข้าสู่ภาวะความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์นั้น จำเป็นที่จะต้องนำมโนธรรมให้เกิดขึ้นในจิตใจเพื่อควบคุมจิตไร้สำนึก บุคคลนั้นจึงจะสามารถพัฒนา ตัวเองให้เป็นผู้มีคุณภาพทางจิตใจสูงได้

สามารถนำแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนไปเปรียบเทียบกับแนวคิด ของพรอยด์ได้ว่าประสบการณ์ในวัยเด็กนั้นมีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและ

เปลี่ยนแปลงได้ยากหากสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย ถ้าการทำงานของทั้ง 3 ระบบประสานกันได้ดีจะส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ จะเป็นคนที่มีสุขภาพจิตที่ดี แต่ตรงกันข้ามถ้าทั้ง 3 ระบบทำงานขัดแย้งกันก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดปัญหาหรืออาการทางจิตตามมา บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีลักษณะของการทำงานทั้ง 3 ระบบสอดคล้องกัน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนนั้น อาจจะมีลักษณะของ id หรือ superego มากเกินไป และส่วนของ ego น้อยเกินไป จึงทำให้บุคคลพวกนี้มีปัญหาในเรื่องการปรับตัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง มักมีความเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเกิดจากการกระทำของผู้อื่นเชื่อโชคกลางหรืออำนาจที่อยู่เหนือธรรมชาติ ส่วนบุคคลที่มี ego น้อยเกินไป มักจะมีปัญหาเรื่องการปรับตัว การจัดการกับปัญหาได้ บุคคลก็จะมีเครียด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

## 2) ทฤษฎีแรงจูงใจที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมตามแนวทางการเรียนรู้ทางสังคมและทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเป็นกลุ่มที่ผสมผสานระหว่างแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยม และกลุ่มปัญญานิยม คือให้ความสนใจทั้งผลของการกระทำ และความคิดความเชื่อของบุคคล ทฤษฎีนี้จะอธิบายแรงจูงใจในรูปผลคุณของความคาดหวังกับคุณค่าเป้าหมายที่ต้องการหรือ “ถ้าหากฉันพยายามให้มากขึ้น ฉันจะประสบความสำเร็จหรือไม่” และ “ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จ ผลที่ได้รับจะมีคุณค่าสำหรับฉันหรือไม่” เนื่องจากแรงจูงใจจะอยู่ในรูปของผลคุณ ฉะนั้นถ้าหากตัวประกอบตัวใดตัวหนึ่งเป็นศูนย์ แรงจูงใจก็จะมีค่าเป็นศูนย์หรือไม่มีแรงจูงใจ (Bandura, 1977)

Strickland (1977) ได้อธิบายว่าความเชื่ออำนาจในตนจะทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสำเร็จของพฤติกรรมที่จะทำต่อไป จะเป็นบุคคลมีกำลังใจเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ เพราะเชื่อว่าจะทำให้เกิดผลตามต้องการได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถของตนเอง ส่วนบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน จะทำให้บุคคลคาดหวังในความสำเร็จของพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับโชคชะตา

Bandura (1986) ได้อธิบายว่าเป็นทฤษฎีที่นักจิตวิทยานำมาอธิบายแนวคิดเรื่องแรงจูงใจ ในทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความรู้สึกรู้สึกดีมีอำนาจในการผลักดัน หรือยับยั้งพฤติกรรมของบุคคล การมองพฤติกรรมในลักษณะนี้ ทำให้พยาบลมองพฤติกรรมว่า สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ที่ถูกต้องเหมาะสม แรงจูงใจไม่ใช่คุณลักษณะที่บุคคลมีหรือไม่มี แต่เป็นสภาวะที่สามารถทำนุบำรุงหรือพัฒนาขึ้น โดยอาศัยความเข้มแข็งของบุคคลนั้นเป็นพื้นฐาน เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรู้คิดย่อมตระหนักว่า พฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าเขามองเห็นหนทางแห่งความสำเร็จจากพฤติกรรมที่เขาเลือกซึ่งแนวคิดของการปฏิบัติ โดยอาศัยการรู้คิดเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนี้

สรุปว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ไม่เพียงแต่จะเชื่อในตนเองเท่านั้น แต่ยังหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านความเชื่ออำนาจภายนอกตน ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนก็จะพยายามเสาะแสวงหาสิ่งที่ดีว่ามีอิทธิพลต่อตนเอง

### 3) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) ได้ชี้ให้เห็นว่าศักยภาพในการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับการคาดหวังว่าการกระทำนั้น จะทำให้เกิดผลอย่างไรตามที่ต้องการ และเกิดคุณค่าแก่ตัวเขามากยิ่งขึ้น มืองค์ประกอบทางจิตวิทยา 2 ด้าน ที่เกี่ยวข้องในทฤษฎีนี้ คือความคาดหวังถึงประสิทธิภาพในการกระทำ และความคาดหวังถึงผลกระทำ ปัจจัยทั้งสองนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล สามารถใช้อธิบายหรือร่วมทำนายการแสดงออกของบุคคล ซึ่งตรงกับคำพูดที่ว่า “ทำได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” ซึ่งก็คือลักษณะของความเชื่อในอำนาจนั่นเอง

ความคิดเกี่ยวกับตนมีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพเป็นอันมาก เมื่อใดที่บุคคลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตนไม่ตรงตามความเป็นจริง บุคลิกภาพตลอดจนพฤติกรรมของบุคคลก็มีลักษณะสับสน Lazarus (1963: 61-63 อ้างถึงใน สุวิมล จอดพิมาย, 2537: 23) ได้กล่าวว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลและทำให้บุคคลเข้าใจตนเอง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมไปตามที่ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนกำหนด

สรุปได้ว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอยู่หลายทฤษฎีคือ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ในส่วนที่เกี่ยวกับเจตคติแบบเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนให้สำคัญว่าบุคคลทั่วไปจะมีแรงขับอยู่ภายในตน ซึ่งมีลักษณะเป็นจิตไร้สำนึกซึ่งพร้อมจะแสดงออกมาตามความต้องการเสมอ ถ้าขาดเจตคติแบบเชื่ออำนาจภายในตนเมื่อใด จะต้องนำมโนธรรมให้เกิดขึ้นในจิตใจเพื่อควบคุมจิตไร้สำนึก ซึ่งสามารถนำแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนไปเปรียบเทียบกับแนวคิดของฟรอยด์ได้ว่าประสบการณ์ในวัยเด็กนั้นมีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้ยากหากสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย ถ้าการทำงานของทั้ง 3 ระบบประสานกันได้ดีจะส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ จะเป็นคนที่มีสุขภาพจิตที่ดี แต่ตรงกันข้ามถ้าทั้ง 3 ระบบทำงานขัดแย้งกันก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดปัญหาหรืออาการทางจิตตามมา บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีลักษณะของการทำงานทั้ง 3 ระบบสอดคล้องกัน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนนั้น อาจจะมีลักษณะของ id หรือ superego มากเกินไป และส่วนของ ego น้อยเกินไป จึงทำให้บุคคลพวกนี้มีปัญหาในเรื่องการปรับตัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง มักมีความเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเกิดจากการกระทำของผู้อื่นเชื่อโชคกลางหรืออำนาจที่อยู่เหนือธรรมชาติ ส่วนบุคคลที่มี ego น้อยเกินไป มักจะมีปัญหาเรื่องการปรับตัว การจัดการกับปัญหาได้ บุคคลก็จะมี ความเครียด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนทฤษฎีแรงจูงใจที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนอธิบายแรงจูงใจในรูปผลคุณค่าของความคาดหวังกับคุณค่าเป้าหมายที่ต้องการหรือ “ถ้าหากฉันพยายามให้มากขึ้น ฉันจะประสบความสำเร็จหรือไม่” และ “ถ้าหากฉันประสบผลสำเร็จ ผลที่ได้รับจะมีคุณค่าสำหรับฉันหรือไม่” เนื่องจากแรงจูงใจจะอยู่ในรูปของผลคุณค่า ฉะนั้นถ้าหากตัวประกอบตัวใดตัวหนึ่งเป็นศูนย์ แรงจูงใจก็จะมีค่าเป็นศูนย์ หรือไม่มีแรงจูงใจ ส่วนสตรีคแลนด์ได้อธิบายว่าความเชื่ออำนาจในตน ทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสำเร็จ มีกำลังใจเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ เพราะเชื่อว่าจะทำให้เกิดผลตามต้องการได้ด้วยตนเอง ส่วนบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน จะทำให้บุคคลคาดหวังในความสำเร็จของพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับโชคชะตา สำหรับแบนดูราอธิบายว่าความรู้สึกนึกคิดมีอำนาจในการผลักดันหรือยับยั้งพฤติกรรมของ

บุคคล ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ที่ถูกต้องเหมาะสม แรงจูงใจไม่ใช่คุณลักษณะที่บุคคลมีหรือไม่มี แต่เป็นสิ่งสภาวะที่สามารถทำนุบำรุงหรือพัฒนาขึ้น โดยอาศัยความเข้มแข็งของบุคคลนั้นเป็นพื้นฐาน และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา อธิบายว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังถึงประสิทธิภาพในการกระทำ และความคาดหวังถึงผลกระทำ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะเชื่อว่าตนสามารถควบคุมความเครียดได้ จึงทำให้พยายามจัดการต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดหรือลดผลของความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ ทำให้สามารถปรับตัวและใช้การจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนคนที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของเขา จึงใช้ความอดทนมากกว่าจะลงมือจัดการกับความเครียดนั้น จึงทำให้คนที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกิดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่าคนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ลาซาร์สกล่าวไว้ว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลและทำให้บุคคลเข้าใจตนเอง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมไปตามที่ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนกำหนด

นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจในการควบคุมยังได้นำมาใช้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ และปัจจัยอื่น ๆ ดังนี้

### (1) ทางจิตวิทยาองค์กรและความเชื่อ

ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ แนวความคิดเห็นนี้ได้หล่อหลอมนำไปรวมกับการศึกษาของทางจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร จิตวิทยาการกีฬา จิตวิทยาการศึกษา และจิตวิทยาทางด้านศาสนาและความเชื่อ โดยทีริชาร์ด ดาร์โฮร์ได้ศึกษาและตีพิมพ์เผยแพร่ ภายหลังจากการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางศาสนา ความเชื่อที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบุคคล ความเชื่อและแนวทางศาสนายังอาจมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อบุคคลด้วย รวมถึงความเชื่อในเรื่องของความสัมพันธ์ของอำนาจภายในจิตใจของแต่ละบุคคลตามความเชื่อดังกล่าวก็จะมีผลต่อปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและความเชื่อเรื่องศาสนา สุขภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันในปี 2003 Clark, Kreuter and Rubic ได้จัดทำแบบสอบถามเพื่อประเมินในเรื่องของความเชื่อ อำนาจและพลัง และการควบคุมทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมีความแตกต่างจากความเชื่อในเรื่องของการควบคุมตามหลักศาสนาที่ว่า พระเจ้าให้อำนาจในการควบคุมให้แต่ละบุคคลมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง สมบูรณ์ และความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณว่าการดูแลของพระเจ้าจะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี

ในทางจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กรก็มีความเชื่อที่ว่า แรงขับหรือแรงผลักดันจากภายในของบุคคล มีผลต่อการปรับตัวและการดำเนินงานทางบวก มากกว่าที่จะเชื่อและพูดถึงในเรื่องของการปรับเปลี่ยนอาชีพ

### (2) พื้นฐานและต้นกำเนิดทางครอบครัวในอำนาจในการควบคุม

ความเชื่อเรื่องอำนาจในการควบคุมจะเชื่อมโยงและสัมพันธ์กับรูปแบบของครอบครัว ที่มีความเชื่อถือที่มั่นคงทางวัฒนธรรมประสพการณ์ที่ถูกสั่งสมและถ่ายทอดสืบต่อกันมาหลาย ๆ ครอบครัวที่พัฒนาและเติบโตขึ้นมา ก็จะมีเรื่องของความเชื่อ ความคิด และความรับผิดชอบของบุคคลภายในครอบครัวก็มีความเชื่อมโยงกันปฏิบัติต่อกันทั้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัวในเรื่องของการควบคุม เพื่อให้มีการแสดงออกให้สังคมยอมรับมากขึ้นเป็นที่ประจักษ์ต่อภายนอกหรือสังคมภายนอก

จากงานวิจัยของ Schmeewind แสดงให้เห็นว่าเด็กที่เกิดในครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวที่เป็นแบบพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว จะมีแนวโน้มที่จะพัฒนาในเรื่องของความเชื่อและอำนาจในการควบคุมมากกว่าเด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวที่พ่อแม่ได้สนับสนุนและตอบสนองความต้องการอย่างสม่ำเสมอ ในการบังคับตนเองนั้นหมายถึงว่าบิดามารดามีอิทธิพลต่อความเชื่อและอำนาจในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เด็กพอจะรับรู้ได้ อย่างน้อยในการศึกษาก็พบว่าแนวโน้มว่าเด็กที่จะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับว่าบิดามารดาของเด็กมีความเชื่อเรื่องอำนาจในการควบคุมทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เมื่อเด็กโตขึ้นมาเขาก็จะได้รับทักษะในเรื่องของการควบคุมและการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการศึกษาก็จะสนับสนุนงานวิจัยทางจิตวิทยาว่าเด็กที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความเชื่อในเรื่องของอำนาจในการควบคุมทั้งต่อตนเองและต่อสิ่งแวดล้อม ความอบอุ่นภายในครอบครัว ภายใต้การสนับสนุนของครอบครัวเป็นคู่มือสำคัญในการพัฒนาความเชื่อเรื่องอำนาจในตนเอง

### (3) ความเชื่อเรื่องอำนาจในการควบคุมกับอายุ

บางครั้งคนเราก็มีความเชื่อว่าอายุของคนที่ยังน้อยก็จะขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งจากภายในและจากภายนอกและจากข้อมูลการศึกษาในระยะยาวของ Gatz and Karel แรงผลักดันต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภายในจะเพิ่มขึ้นจนถึงวัยกลางคน และหลังจากนั้นก็ค่อย ๆ ลดลง ความเชื่อในเรื่องของอำนาจในการควบคุม แท้จริงมีหลักฐานที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของคนเรา จะเกิดจากสิ่งเร้าหรือแรงผลักดันที่มาจากภายนอกบุคคลมากกว่าแรงผลักดันที่มาจากภายใน และถ้าลองคิดเป็นสมมติฐานก็จะหมายความว่าทั้งแรงขับหรือแรงผลักดันจากภายในและภายนอกจะตั้งฉากกัน โดยที่ความเชื่อเรื่องอำนาจในการควบคุมจะเพิ่มมากขึ้นไปถึงวัยกลางคนและก็จะค่อย ๆ ลดลง ตามการที่ความพยายามที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อมภายนอกในทางการแพทย์ได้มีการศึกษาและตีพิมพ์ในวารสาร Psychosomatic ที่เชื่อว่าอำนาจในการควบคุมในวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ โดยวัยเด็กจะเริ่มแสดงออกถึงอำนาจในการควบคุม ทั้งตนเองและสิ่งแวดล้อม และพบว่าเด็กที่มีความเชื่อในเรื่องของอำนาจในการควบคุม จะมีระดับความนับถือตนเองที่สูงขึ้น

### (4) ความแตกต่างระหว่างเพศและอำนาจในการควบคุม

Schultz and Schultz (2006) ได้ชี้ให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญว่าความแตกต่างทางด้านเพศจะมีผลต่อการประเมินความเชื่ออำนาจในการควบคุม ซึ่งจากหลักฐานพบว่าผู้ชายจะมีความเชื่ออำนาจในการควบคุมที่สัมพันธ์กับความต้องการประสพผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้

### (5) วัฒนธรรมและความแตกต่างกันของความเชื่ออำนาจในการควบคุม

เป็นคำถามที่มีว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจะมีผลต่อเรื่องของความเชื่อในเรื่องของอำนาจในการควบคุม และเป็นที่น่าสนใจที่นักจิตวิทยาสังคมมีการศึกษาว่าชาวญี่ปุ่นมีแนวโน้มที่จะมีความเชื่อเรื่องอำนาจในการควบคุมจากภายนอกมากกว่าอำนาจที่เกิดจากการควบคุมภายในมากกว่าคนอเมริกัน ในขณะที่มีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรมของยุโรปกับอเมริกาและกลุ่มเชื้อชาติคนผิวสีกับคนทั่วไปก็มีความแตกต่างกันในเรื่องของวัฒนธรรม ความเชื่อ ซึ่งคนอเมริกันเชื่อว่า อำนาจในการควบคุมมักมาจากภายนอก ที่เกิดจากระบบทางเศรษฐกิจสังคม และจากงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าชนกลุ่มน้อยในอเมริกาจะมีเรื่องของความเชื่อและวัฒนธรรมที่หลากหลาย จึงเป็นเหตุผลที่ว่าความ



แตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม สังคมก็ย่อมมีผลในเรื่องของความเชื่อ ในเรื่องของอำนาจในการควบคุมมีความแตกต่างกัน

### (6) ความเชื่ออำนาจการควบคุมกับบุคลิกภาพ

Rotter (1966) เชื่อว่าแรงผลักดันจากภายในมีแนวโน้มที่จะมีผลออกมาภายใต้การควบคุมของบุคคลที่แสดงออกมาให้เห็น ส่วนแรงผลักดันจากภายนอกก็จะแสดงออกมาตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ภายนอก เช่น นักศึกษาที่มีความเชื่ออำนาจภายในที่แข็งแกร่งของการควบคุมอาจเชื่อว่าผลการเรียนของตนได้บรรลุตามความสามารถของตนพร้อมกับความพยายามที่เกิดขึ้นในขณะที่มีความเชื่ออำนาจการควบคุมที่เกิดขึ้นภายนอกจะมีทั้งผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นกับการเรียนของพวกเขา เช่น หากอาจารย์ผู้สอบออกข้อสอบที่ไม่ดีหรือให้เกรดไม่ดีพวกเขาก็มีโอกาสน้อยที่จะคาดหวังความสำเร็จของตน และความพยายามที่จะประสบผลสำเร็จในการเรียน พวกเขาต้องทำงานอย่างหนักเพื่อให้ได้ผลการเรียนที่สูงขึ้น ดังนั้นก็ไม่ควรที่จะเชื่อว่าแรงผลักดันที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกจะมีผลต่อพฤติกรรมของคนเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งเท่านั้น เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกของบุคคลย่อมมีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และทั้งนี้ก็ยังขึ้นอยู่กับอำนาจใจการควบคุมให้เกิดการแสดงพฤติกรรมและความคาดหวังต่อความสำเร็จในสิ่งนั้น ๆ ในแง่ของแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของบุคคลจะบอกได้ว่าอำนาจภายในตนเองของบุคคลจะเชื่อมโยงกับเรื่องการควบคุมตนเอง ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจการควบคุมเกิดจากสิ่งต่างๆที่อยู่ภายนอกตนเองและมีผลต่อชะตากรรมของตน บุคคลเหล่านี้ย่อมที่จะมีความเครียด ซึมเศร้า เพราะเชื่อว่าไม่สามารถที่จะควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภายนอกได้เลย

Rotter (1966) เชื่อว่า internals จะแสดงลักษณะที่สำคัญของแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ที่สูงและต่ำของบุคคล นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความเชื่อในอำนาจของการควบคุมของบุคคลและระดับในการควบคุมแม้ว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อและอำนาจของการควบคุมและสมมติฐานของ Rotter ก็ได้รับความท้าทายการศึกษาโดย Levenson (1974) ในเรื่องของความเชื่อในแง่ที่แตกต่างกันของอำนาจในการควบคุมกับ ความเชื่อ ความตั้งใจของบุคคล ประสิทธิภาพและโอกาสในการแสดงออกของบุคคลซึ่งแยกออกจากกันตามแต่ละสถานการณ์ในปี 1970 Weiner ชี้ให้เห็นว่ามิติของแรงผลักดันจากภายในและแรงผลักดันจากภายนอกจะตั้งฉากกันและควรพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล นั้นหมายถึง ความสามารถที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่มั่นคงในจิตใจหรือพยายามที่จะทำให้เกิดความไม่มั่นคง ความยุ่งยากต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความมั่นคงถึงภายนอกไม่ใช่เรื่องของความโชคดีแต่เป็นเรื่องของความมั่นคงและความพยายามของคนที่จะเปลี่ยนแปลงเรื่องราวต่างๆไปในทางที่ดีขึ้น บางครั้งอาจเรียกความมั่นคงและความพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้นเหล่านี้ว่าเป็นความขยันของบุคคลได้

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ

ตามความคิดพื้นฐานในระยะแรกแบ่งความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพเป็นแบบมิติเดียว (Unidimension) คือความเชื่อสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดหรือโดยพฤติกรรมของตนเองซึ่งจะเชื่อว่าถ้าปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ คือ โขกลาง เคราะห์กรรม ความบังเอิญหรือ

อำนาจจากบุคคลอื่น จะเป็นปัจจัยซึ่งอยู่นอกเหนือจากการควบคุมของตนเอง คือเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนและถ้ามีความเชื่ออำนาจสุขภาพในตนเอง โดยการมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง จะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ในระยะต่อมา ลีเวนสัน Levenson (1974) เสนอให้มีการแยกความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นจากความเชื่ออำนาจภายนอกตน จากข้อคำถามที่ว่า “ฉันจะทำตามเฉพาะในสิ่งที่แพทย์บอกให้ฉันทำเท่านั้น” จึงเป็นมิติที่มีการแบ่งความเชื่ออำนาจเป็น 3 ด้านคือความเชื่ออำนาจภายใน (Internal-I) ความเชื่ออำนาจผู้อื่น (Powerful other-p) และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance-C) (Wallston and others, 1978: 161 อ้างถึงใน ภัทรภรณ์ ปานแก้ว, 2544: 26) Naditch, Gargan and Michael (1975 อ้างถึงใน Strickland, 1977: 247-252) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์กับการมีสภาพอารมณ์ไม่มั่นคงซึ่งง่ายต่อการเกิดความวิตกกังวล สำหรับความเชื่ออำนาจภายในตนนั้นมีความสัมพันธ์กับสภาพอารมณ์ที่ปกติมีความเครียดน้อย และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขทำให้บุคคลสามารถที่จะปรับจิตใจ ตลอดจนตอบสนองต่อการรักษาทางจิตบำบัดได้ดีกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนกับสุขภาพจิตของนักเรียนเตรียมทหารพบว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าและการมีความวิตกกังวล ส่วนในเรื่องความเชื่ออำนาจภายในตนนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาพจิตดีและการมีความสุข

Strickland (1978: 353-358) เชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง การแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นบวก คือจะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นนั้นมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับดวง โชคชะตา และมักเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น ไม่สนใจแสวงหาความรู้ในการป้องกันโรคและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ Rosenblum (1981: 338) กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายในตนกับความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นจะเป็นอิสระต่อกัน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และความเชื่ออำนาจภายในตนเอง จะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ นอกจากนี้ผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพหลายท่านยังได้แนะนำว่า ควรจะศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพร่วมกับความเชื่ออื่น ๆ เช่นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพ

Wallston, Wallston and Devellis (1978: 160 -170) ได้เสนอแนวความคิดและปรับปรุงแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพเป็นแนวคิดแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพแบบ 3 มิติดังนี้

1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal health locus of control) เป็นความเชื่อว่าคุณมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง

2) ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ (Powerful others health locus of control) เป็นความเชื่อว่าคุณครูทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี

3) ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance health locus of control) เป็นความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชคชะตาหรือตามโอกาสโดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

Wallston and Wallston (1982: 115-120) การศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมบทบาทตามสภาวะการณ์เจ็บป่วยได้ มีการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ การใส่ใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพเป็นระยะ การควบคุมอาหารให้เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอและพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมในทางบวกต่อสิ่งเหล่านี้ นอกจากนี้บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นผู้ที่สนใจต่อภาวะสุขภาพ ปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอทั้งร่างกายและจิตใจ จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและดูแลสุขภาพ

สรุปได้ว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ในระยะแรกแบ่งความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพเป็นแบบมิติเดียวคือเชื่อว่าสุขภาพถูกกำหนดหรือโดยพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะเชื่อว่าถ้าปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ คือโชคกลาง เคราะห์กรรม ความบังเอิญหรืออำนาจจากบุคคลอื่น จะเป็นปัจจัยซึ่งอยู่นอกเหนือจากการควบคุมของตนเอง เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนและถ้าการมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง จะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ในระยะต่อมา ลีเวนสัน เสนอให้มีการแยกความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นจากความเชื่ออำนาจภายนอกตน จึงเป็นมิติที่มีการแบ่งความเชื่ออำนาจเป็น 3 ด้านคือความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจความบังเอิญ นอกจากนี้ นาติช การ์แกนและไมเคิล ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายนอกตนพบที่มีความสัมพันธ์กับการมีสภาพอารมณ์ไม่มั่นคงซึ่งง่ายต่อการเกิดความวิตกกังวล สำหรับความเชื่ออำนาจภายในตนนั้นมีความสัมพันธ์กับสภาพอารมณ์ที่ปกติมีความเครียดน้อย และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข ทำให้บุคคลสามารถที่จะปรับจิตใจ และตอบสนองต่อการรักษาทางจิตบำบัดได้ดีกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ต่อมาสติ๊กแลนด์ เชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง การแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นบวก คือจะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นนั้นมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับดวง โชคชะตา และมักเป็นบุคคลที่เฉื่อยชาไม่กระตือรือร้น ไม่สนใจแสวงหาความรู้ในการป้องกันโรคและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ ในขณะที่วอลสตัน, วอลสตันและดีเวลลิส ได้เสนอแนวความคิดและปรับปรุงแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพเป็นแนวคิดแบบวัดความเชื่ออำนาจ

ภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพแบบ 3 มิติคือความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ

## 2.2 การวัดความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535: 30 อ้างถึงใน นันทิตา จุไรทัศน์ย์, 2551: 17-18) ได้กล่าวถึงการวัดความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนสร้างขึ้นครั้งแรกตั้งแต่ปี 1957 และมีนักวิจัยหลายท่านนำแนวคิดความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตน มาทำนายพฤติกรรมของบุคคลโดยพัฒนาเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนตั้งแต่ปี 1957 โดย Phares, et al (1957) และดัดแปลงเครื่องมือนี้มาเรื่อย ๆ โดยนักวิจัยหลายท่าน เช่น Jam (1957), Liverant (1960), Marlowe and Crown (1964 อ้างถึงใน Rotter, 1966) แต่ยังมีการศึกษาที่ยังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้แน่ชัด ต่อมาในปี 1966 รอตเตอร์ได้สร้างและดัดแปลงใหม่มีจำนวน 29 ข้อเรียกว่า I-E scale (Internal-External of control scale) เป็นการวัดแบบมิติเดียว (Unidimension) มีเนื้อหาประกอบด้วย ปรัชญา นโยบายการเมือง การปกครอง และสังคม บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะมีคะแนนค่อนข้างสูง ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีคะแนนค่อนข้างต่ำ แบ่งความเชื่อเป็น 2 ด้านคือความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจภายนอกตน ต่อมา Levenson (1973) ได้แบ่งความเชื่ออำนาจภายนอกตนออกเป็นความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีจำนวน 24 ข้อ ได้มีการใช้กับประชากรหลายกลุ่ม แต่ยังคงอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่ดีนัก Wallston and Wallston (1976) ได้พัฒนาและปรับปรุงใหม่ให้เหมาะสมใช้ในทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดของรอตเตอร์ ประกอบด้วยข้อความ 11 ข้อ เป็นการวัดความเชื่ออำนาจภายในตน 5 ข้อ และวัดความเชื่ออำนาจภายนอกตน 6 ข้อ ระยะเวลาต่อมา Wallston, Wallston and Devellis (1978: 160-170) ได้ปรับปรุงดัดแปลงเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพขึ้นใหม่อีก 2 ครั้ง เพื่อให้แบบวัดมีหลายมิติ ใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีหลายมิติ จึงมีชื่อว่า “Multidimensional health locus of control scale” (MHLC Scale) ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ คือความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ แบบวัดมี 3 รูปแบบ คือ A, B และ C โดยแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพแบบหลายมิติมี 3 รูปแบบ คือ A, B และ C การศึกษา วิจัยหลายครั้งได้นำ MHLC มาใช้ ซึ่งข้อคำถามในแบบวัดและคำแนะนำสำหรับการให้คะแนนของแบบ A, B และ C ดังนี้ โดยแบบ A, B เป็นแบบวัดทางสุขภาพแบบทั่วไปที่ได้นำมาใช้วัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพตั้งแต่ช่วงกลางถึงปลายปี 1970 Wallston, Wallston and Devellis (1978: 160-170) ได้นำมาใช้เป็นครั้งแรก เมื่อ 30 ปีก่อนแบบวัดแบบ A, B ได้นำมาใช้อ้างอิงในวรรณกรรมหลายครั้ง

สำหรับแบบ C ได้ออกแบบมาเป็นแบบมีเงื่อนไข เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว การเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน ความเจ็บปวด ฯลฯ เป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 3 อันดับ มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ (Wallston, K.A., Stein, M.J., and Smith, K.A., 1994: 534-553)

ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางด้านสังคมที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ การแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล โดยบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพของตน และสามารถนำความรู้มาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้กระบวนการจัดการกับปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้ตามลำดับขั้นตอน เหมาะสมกับโอกาส สถานที่และเวลา สามารถตัดสินใจปฏิบัติตามได้อย่างเหมาะสม ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะไม่ประพฤติในกิจกรรมต่างๆดังกล่าว เพราะบุคคลเชื่อว่าภาวะสุขภาพของตนขึ้นอยู่กับอำนาจสิ่งอื่นที่จะมาคอยควบคุมให้ตนเองปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือคอยชี้แนะให้ปฏิบัติตาม

จากการทบทวนเอกสารข้างต้น พบว่ามีกรกล่าวถึงเรื่องของความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพโดยทั่วไปมากมาย แต่ไม่พบการศึกษาถึงความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Wallston et al. (1978) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าการวัดความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนสร้างขึ้นครั้งแรก 1957 โดยฟาเรสและคณะ ได้ดัดแปลงเครื่องมือนี้มาเรื่อยๆโดยนักวิจัยหลายท่าน ต่อมาในปี 1966 รอตเตอร์ได้สร้างและดัดแปลงใหม่มีจำนวน 29 ข้อ เรียกว่า I-E scale เป็นการวัดแบบมิติเดียว แบ่งความเชื่อเป็น 2 ด้านคือความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจภายนอกตน ระยะต่อมาลิเวนสัน ได้พัฒนาแบบวัด I-E scale ขึ้นมาใหม่ โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีจำนวน 24 ข้อ ต่อจากนั้นวอลส์ตัน และวอลส์ตัน ได้พัฒนาและปรับปรุงใหม่อีก ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดของรอตเตอร์ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นการวัดความเชื่ออำนาจภายในตน 5 ข้อและวัดความเชื่ออำนาจภายนอกตน 6 ข้อ ระยะต่อมา วอลส์ตัน, วอลส์ตันและดีเวลลิสได้ปรับปรุงดัดแปลงเครื่องมือวัดเป็นความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพขึ้นใหม่อีก 2 ครั้ง เพื่อให้แบบวัดมีหลายมิติ ใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีหลายมิติ MHLC Scale ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 อันดับ มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ คือความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ซึ่งแบบวัดมี 3 รูปแบบ คือ A, B และ C

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้า

ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984 อ้างถึงใน คมเดือน ไตศิริ, 2550: 25) ความเชื่ออำนาจภายในตนเองได้มีพื้นฐานและพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของรอตเตอร์ นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน จากผลการศึกษาพฤติกรรมตามการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล ได้

ให้ความสำคัญและนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมมาใช้อธิบายความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

1) ความเชื่ออำนาจภายนอกคน ได้แก่ความเชื่อ ความคิด ทศนคติ โชคชะตา พรหมลิขิต เรื่องบังเอิญและอิทธิพลส่วนบุคคล ที่มีต่อเหตุการณ์และสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากความสามารถและการกระทำของผู้อื่นหรือความบังเอิญ

2) ความเชื่ออำนาจภายในคน ได้แก่ความเชื่อ ทศนคติที่มีต่อเหตุการณ์และสิ่งต่างๆในชีวิตที่เกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากความสามารถและการกระทำของตนเอง

Rotter ได้อธิบายความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกไว้เป็นขั้นตอนดังนี้ การกระทำของบุคคลนั้นจะกระทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะเกิดการกระทำนั้นเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามหากการกระทำนั้นพบแต่ความผิดหวังไม่ได้ตามเป้าหมาย เป้าหมายนั้นก็ลดลง การกระทำหรือเพิ่มขึ้นในการตั้งเป้าหมายของแต่ละบุคคลนั้น มีผลมาจากพฤติกรรมที่เคยมีมา ซึ่งพฤติกรรมและผลการกระทำนี้จะหลอมรวมเป็นบุคลิกภาพเด่นของบุคคล การได้พบเจอประสบการณ์บ่อยๆ จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในความสามารถและทักษะของตนเอง หรือที่เรียกว่าอำนาจความเชื่อภายในตัวตน แต่ถ้าหากขาดประสบการณ์บุคคลจะมีความเชื่อในเรื่องโชคชะตา พรหมลิขิต เหตุการณ์บังเอิญ และอยู่ภายใต้อำนาจสิ่งแวดล้อมรอบตัวอื่น ๆ เรียกว่าอำนาจความเชื่อภายนอกตัวตน ความเชื่อและทัศนคตินำบุคคลไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Rotter, 1966 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 26)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในของคนกับอายุคือเมื่อเด็กโตขึ้นอำนาจเหล่านี้จะเพิ่มขึ้น อำนาจนี้จะเชื่อมโยงกับความสำเร็จในการเรียนรู้ของเด็ก หากประสบความสำเร็จมากจะมีอำนาจนี้มาก เมื่อเทียบกับเด็กที่มีความสำเร็จในการเรียนรู้น้อย (Nowicki and Strickland, 1983 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 27)

การศึกษาของ Fogas (1992 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 27) ปัญหาการอย่าร้าง ปัญหาการปรับตัวในเด็กต่ออำนาจความเชื่อในตนเองที่มีผลเชื่อมโยงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าได้

นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าการรับรู้ในตนเองของวัยรุ่น (Self concept) นั้นมีผลต่อภาวะซึมเศร้า เด็กวัยรุ่นที่มีความศรัทธาในตนเองน้อย มีผลต่อการมองตนเองในด้านลบ การมองโลกในแง่ร้ายและการมีความเชื่อในอำนาจภายในตนน้อย เด็กวัยรุ่นที่มีลักษณะเช่นนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และการฆ่าตัวตาย (Martin, 2005; Sadock and Sadock, 2003; Shaffer and Craft, 1999; Stahl and Petersen, 1999 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 27) การศึกษาของ Likewise and Kim (2003 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 27) พบความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่ออำนาจภายในตนกับภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ Martin (2005 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 27) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายนอกตนของนักเรียนกลุ่มหนึ่ง ได้มีการรายงานให้เห็นชัดเจนถึงการฆ่าตัวตาย พบในกลุ่มนักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนสูงที่มีผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงด้วยเช่นกัน การศึกษาของ Hillsman and Garber (1995 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 27) ในกลุ่มนักเรียนที่มีความรู้สึกที่ว่าตนเองถูกควบคุมมากกว่าปกติเล็กน้อยจะมีผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า แต่สำหรับการศึกษาของ Takakura and Sakihara

(2001 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 27) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจของ การควบคุมและความรู้สึกของความเหงาระหว่างผู้หญิงแข็งแรงและไม่แข็งแรง ในญี่ปุ่น พบว่าความเชื่อ อำนาจภายในตนของนักกีฬาวัยรุ่นไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า นักกีฬาวัยรุ่นมีความคิดว่าพวกเขามีการ ควบคุมตนน้อยในการดำเนินชีวิตของพวกเขา พวกเขาเรียนรู้สึกเหงา มากกว่าคนอื่น ๆ ความรู้สึกความ เหงา ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจและสังคมในการเล่นกีฬาของพวกเขา นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายในตน ยังทำให้มีการดำรงชีวิตที่ดี แสดงให้เห็นว่านักกีฬามีการควบคุมตนมากขึ้นในชีวิตของพวกเขาจะได้รับ ผลตอบแทนหรือตอบสนองที่ดีและพวกเขาเชื่อว่าตัวเองสามารถประสบความสำเร็จและความปราชัยได้

Lazarus and Folkman (1984) อธิบายว่าความเชื่อในอำนาจในตนเองของบุคคล เป็น การประเมินสถานการณ์ความเครียด และการจัดการกับความเครียดนั้น ความเชื่ออำนาจภายในตน ประเมินได้จากสถานการณ์ที่ไม่แน่ชัดหรือถูกควบคุมทำให้เกิดความเครียดได้ และบุคคลจะใช้เวลา มั่นใจในตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนควบคุมได้ บุคคลจะใช้เวลาอดทนเพื่อจัดการกับ ความเครียดนั้น โดยมุ่งไปที่ปัญหานั้นและพยายามจัดการกับปัญหามากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจ ภายนอก และการศึกษาได้รายงานอีกว่า การจัดการกับปัญหาจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความเชื่อว่าการกระทำของตนเอง สามารถทำให้ผู้อื่นชอบหรือไม่ชอบได้ ความพยายามจะทำให้มีการวางแผนที่ดีและไปถึงเป้าหมายได้ ดังนั้นเด็กวัยรุ่นจะมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังเช่นการศึกษาของ Likewise and Kim (2003 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 2) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในเด็กวัยรุ่นเกาหลีมีผลคล้าย ๆ กับการศึกษาในเด็กวัยรุ่นญี่ปุ่น คือมีผลแนวโน้มต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าและภาวะสิ้นหวังเช่นกัน การศึกษาเหล่านี้สอดคล้องกับการค้นคว้าของ Martin et al., 2005; Herman-Stahl (1999 อ้างถึงใน คมเดือน โตศิริ, 2550: 27) พบว่าเด็กในวัยรุ่นที่มีคะแนน อำนาจภายในตนสูง จะมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถควบคุมปัญหาได้ และมีความเสี่ยงต่ำต่อภาวะ ซึมเศร้าและการมีความคิดฆ่าตัวตาย

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ อำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรง สามารถแบ่งได้ 4 กลุ่ม ประกอบด้วยความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้าน สุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ดังนี้

##### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

การศึกษาของอัมพร วงศ์ใหญ่ (2542: 54) ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความทันสมัย ของพ่อแม่ การอบรมเลี้ยงดู ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต ที่มีต่อ

พฤติกรรมการรักษาความสะอาดร่างกายของนักเรียนชาวเขาเผ่าเย้าในระดับประถมศึกษา เพื่อศึกษาอิทธิพลของความทันสมัยของพ่อแม่ วิธีการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน แบบใช้เหตุผลที่มีต่อความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคต ศึกษาอิทธิพลของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตที่มีต่อการรักษาความสะอาดร่างกายและศึกษาอิทธิพลทางอ้อมของความทันสมัยของพ่อแม่ การอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน แบบใช้เหตุผลที่มีต่อพฤติกรรมการรักษาความสะอาด พบว่าความทันสมัยของพ่อแม่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการรักษาความสะอาดร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับพฤติกรรมการรักษาความสะอาดร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อภิญา วรณประพันธ์ (2545: 100) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความเชื่ออำนาจภายในตน ความมีอิสระในการทำงานกับความสามารถในการตัดสินใจทางการบริหารของพยาบาลหัวหน้าเวรป่วยและเวรตึกโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 315 คน พบว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง

สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์ (2546: 52) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พลังวิชาชีพ ความเชื่ออำนาจภายในตนกับความผูกพันในวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พลังวิชาชีพพยาบาล ความเชื่ออำนาจภายในตนกับความผูกพันในวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 389 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับมากทุกด้าน คือด้านเห็นคุณค่าของทักษะหรือผลสำเร็จจากความพยายามของตน การเชื่อว่าการทำงานอย่างเต็มความสามารถจะทำให้งานนั้นประสบความสำเร็จ การเชื่อมั่นว่าการทำงานที่ประสบผลสำเร็จขึ้นอยู่กับความสามารถมากกว่าโชคชะตา และความสามารถปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จไม่ว่างานนั้นจะยากเพียงใดอยู่ในระดับมากทุกด้าน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านมีความไว้วางใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน

วิณา ทองดี (2548) ศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความเชื่ออำนาจในตนและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออกในเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เพื่อศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความเชื่ออำนาจในตนและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออกในเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 30 จำนวน 30 คน พบว่าเด็กที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม เด็กที่ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มมีความเชื่อภายในตนก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน และความเชื่ออำนาจภายในตนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

อัญชุลี สืบบัว (2549: 64-72) ศึกษาทัศนคติต่อการทำงาน และความเชื่ออำนาจภายในตนเองที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้างานระดับต้น ศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานธนาคารเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของหัวหน้าระดับต้น โดยแยกตามปัจจัยส่วนบุคคล ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการทำงานกับการปฏิบัติงาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนเอง กับผลการปฏิบัติงาน และศึกษาอำนาจการทำนายผลการปฏิบัติงาน จากตัว



แปรราย ระยะเวลาการทำงาน ทักษะติดต่อการทำงานและความเชื่ออำนาจภายในตนเองกลุ่มตัวอย่าง เป็นหัวหน้าระดับต้น ที่ปฏิบัติงานประจำสำนักวิจัยอิน ธนาคารไทยพานิชย์จำกัด (มหาชน) ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 154 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่ออำนาจภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานของหัวหน้างานระดับต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดุจเดือน พันธมนาวิน (2550) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตน: การวัด ความสำคัญและการเปลี่ยนแปลง ได้ประมวลทฤษฎีและผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน กับพฤติกรรมที่น่าปรารถนาต่างๆของคนไทย พบว่าบุคคลมีความเชื่อว่าตนสามารถทำนายผลที่เกิดขึ้นว่ามาจากสาเหตุอะไร และมีปริมาณเท่าใด สามารถควบคุมให้เกิดในปริมาณที่ต้องการได้ โดยบุคคลที่พยายามทำดีมาก ย่อมได้ผลดีตอบแทนมาก ส่วนผู้ที่พยายามน้อยในการทำดี ย่อมได้ผลตอบแทนน้อย บุคคลผู้นั้นมีความเชื่ออำนาจในตนสูงและมีสุขภาพจิตดี รวมทั้งมีความขยันขันแข็ง มีจริยธรรมสูง มีความไว้วางใจกัน เมื่อบุคคลมีปัญหาและปรับตัวไม่ได้จะรู้สึกอึดอัดใจ ทำให้สุขภาพจิตเสีย เกิดความเครียดได้มาก

อมรรัตน์ จามรพิพัฒน์ (2551: 60-61) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตนและความสามารถในการปรับตัวของวัยรุ่น การศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตนและความสามารถในการปรับตัวของวัยรุ่น เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตนและความสามารถในการปรับตัวของวัยรุ่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจภายในตนในระดับปานกลาง เพศหญิงมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มักมีพฤติกรรมรักษาความสะอาดร่างกายเห็นคุณค่าหรือผลสำเร็จจากความพยายามของตน เนื่องจากเชื่อว่าการทำอย่างเต็มความสามารถจะทำให้งานนั้นประสบความสำเร็จ เชื่อกันว่าการทำที่ประสบผลสำเร็จขึ้นอยู่กับความสามารถมากกว่าโชคชะตา และความสามารถปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ ไม่ว่าจะงานนั้นจะยากเพียงใด มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมมีความไว้วางใจ มีความขยันขันแข็ง มีจริยธรรมสูง มีความไว้วางใจกัน สามารถทำนายผลที่เกิดขึ้นว่ามาจากสาเหตุอะไร ปริมาณเท่าใด สามารถควบคุมให้เกิดในปริมาณที่ต้องการได้

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ

อนงค์ ชัยธรรม (2542: 72-73) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ศึกษาการปฏิบัติตนและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่มารับบริการติดตามการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างส่วนใหญ่รายได้พอใช้ ส่วนใหญ่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนและความเชื่อในอำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านส่วนใหญ่มีความเชื่อในอำนาจภายในตน ความเชื่อในอำนาจผู้อื่น และความเชื่อในอำนาจความบังเอิญ พบว่ามีความเชื่ออยู่ในระดับสูงทุกด้าน การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น

หัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกความเชื่อในอำนาจภายในตนในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.171, p<.05$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อในอำนาจผู้อื่นและความเชื่อในอำนาจความบังเอิญ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่าบุคคลที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนและความเชื่อในอำนาจผู้อื่นสูง สามารถดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้น้อย แสดงว่าบุคคลมีความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ

สุวิมล จอดพิมาย (2537: 62) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน อัตมโนทัศน์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน อัตมโนทัศน์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 1 ถึงปีที่ 4 เดือนมิถุนายน 2536-กุมภาพันธ์ 2537 จำนวน 190 คน พบว่านักศึกษาที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนในทุกชั้นปี

ดวงจันทร์ อ้นอาจ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่มีลักษณะมุ่งอนาคตแตกต่างกันและศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่านักเรียนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่านักเรียนที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ภัทรภรณ์ ปานแก้ว (2544: 64-65) ศึกษาผลของการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ศึกษาผลของการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ศึกษาผลของการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่กำลังพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วย แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 58-65 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพค้าขาย หลังจากได้รับการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการปรึกษา หลังจากได้รับการปรึกษามีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการปรึกษา หลังจากได้รับการปรึกษามีความเชื่ออำนาจบุคคล

อื่นด้านสุขภาพไม่แตกต่างกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษา หลังจากได้รับการรักษา มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพต่ำกว่าก่อนได้รับการรักษา และต่ำกว่าที่ไม่ได้รับการรักษา

วริษา เจริญเวช (2544: 74-76) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และการรับรู้ ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอตส์ของนักเรียนวัยรุ่น เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอตส์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และการรับรู้ ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเอตส์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอตส์ และเพื่อศึกษาความสามารถของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคเอตส์ในการทำนายพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอตส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้นที่กำลังศึกษาอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 413 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 16 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ( $r = -.23$ ) และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ( $r = -.18$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอตส์ ในระดับต่ำ ( $p < .05$ ) ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอตส์

สิริพร กาญจนะประโชติ (2546) ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว อายุ 30-50 ปี ของคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลรามารามธิบดี จำนวน 150 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 50 คน พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ 2) กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ 3) กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ 4) กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน 5) กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

สูงกว่ากลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วและกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 6) กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วและกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 7) 9) กลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 10) กลุ่มผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 11) กลุ่มผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจโชคลະตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิไล สุวรรณพฤษยา (2546: 85) เจตคติ ความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง เพื่อศึกษาเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศ ความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ลงทะเบียนในส่วนกลางที่เข้าเรียนในชั้นเรียนของแต่ละคณะ จำนวน 455 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 18-25 ปี มีความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่แตกต่างกัน ความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฉวีวรรณ ปาน้อยนนท์ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจความเชี่ยวชาญ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความพึงพอใจในงาน และความวิตกกังวลในการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจความเชี่ยวชาญ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความพึงพอใจในงาน และความวิตกกังวลในการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ศึกษาตัวพยากรณ์คืออำนาจความเชี่ยวชาญ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความพึงพอใจในงาน และความวิตกกังวลในการทำงานของพยาบาลประจำการ และสร้างสมการพยากรณ์คืออำนาจความเชี่ยวชาญ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความพึงพอใจในงาน และความวิตกกังวลในการทำงานของพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 123 คน พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับอำนาจความเชี่ยวชาญ ความเชื่ออำนาจภายในตน

พัศธรณ์ เปลียนสงค์ (2547: 51-53) การเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตน- ภายนอกตนและการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อเอดส์กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเชื้อเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่ออำนาจภายในตน เปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่ออำนาจภายนอกตน เปรียบเทียบความแตกต่างของการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของ

ผู้ป่วยทั้งหมด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายนอกตนกับการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อเอชไอวีและผู้ที่ไม่ได้รับเชื้อเอชไอวี แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี จำนวน 580 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจภายในตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีการควบคุมตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ความเชื่ออำนาจภายในตนของผู้ป่วยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมตนเองด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความเชื่ออำนาจภายนอกตนของผู้ป่วยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จิตรา ยอดอินทร์ (2549: 89) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามตัวแปร อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามตัวแปรความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการที่คลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดีและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพเปรียบเทียบตามปัจจัยชีวสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพและระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพต่างกัน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

วิตสุตา ฤทธาภรณ์ (2550) การเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพและความเชื่ออำนาจการควบคุมระหว่างพนักงานโรงพยาบาลที่มีระดับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพและความเชื่ออำนาจการควบคุมระหว่างพนักงานโรงพยาบาลที่มีระดับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารลูกจ้างประจำและพนักงานโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 400 คน พบว่าพนักงานที่มีระดับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรแตกต่างกันมีความเชื่ออำนาจการควบคุมแตกต่างกัน

นันทิตา จุไรทัศน์ (2551) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น หน่วยตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติเพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นตามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน และศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น หน่วยตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 294 คน

พบว่าผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นมีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเองแตกต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรนุช คงเหลียม (2552) ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมและความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาทเพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามตัวแปรเพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการมี-ไม่มีโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ไม่พึ่งอินซูลิน) ที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชัยนาท จำนวน 250 คน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพปานกลาง และมีความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพมักมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองมีการควบคุมตนเองด้านสุขภาพดี และบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเองมีการควบคุมตนเองด้านสุขภาพได้น้อย บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพมักมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดีและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพอใช้ บุคคลที่มีอาชีพและระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเองด้านสุขภาพต่างกัน และบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมักมีความพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

#### **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเองด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

คมเดือน โตศิริ (2550: 39) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความผูกพันกับผู้ดูแล ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง การเผชิญความเครียด กับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ดูแล ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง การเผชิญความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่2 โรงเรียนมัธยมสังกัดกรมสามัญศึกษาทั้งหมดในจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปีการศึกษา 2549 จำนวน 568 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ความเชื่ออำนาจภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .47, p < 0.01$ ) และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.23, p < 0.01$ )

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่านักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่2 ส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิงมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และมีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า