

Original article

Resilience, depression, coping strategies and quality of life among depressive patients at psychiatric outpatient department at Thammasat University Hospital

Jutamad Sudchuen¹, Siriluck Suppakitiporn^{2,*}

¹*Program in Mental health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand*

²*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand*

Abstract

Background: If coping strategies, quality of life, and resilience are developed in the appropriate direction and support, these may help prevent depression in patients with depression.

Objectives: This study aimed to study resilience, coping strategies, and quality of life and the relationship between resilience coping styles and quality of life in outpatients with depression receiving treatment at Thammasat University Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted with the participation of 110 outpatients with depression who received treatment at Thammasat University Hospital. All questionnaires in Thai were used including personal information questionnaires, Depression Scale (PHQ-9), strength and resilience scale (CD-RISC), coping questionnaire, and quality of life (WHOQOL-BREF). The relationship of related factors was analyzed by using the Chi-square test and Pearson correlation.

Results: One hundred and ten outpatients were recruited in the study. The mean score of resilience was 20.5 ± 7.0 , 77.3% had a medium quality of life and 60.0% chose problem-focused coping at a high level. The significantly related factors to resilience include depression ($r = -0.522$, $P < 0.01$), problem-focused coping ($r = 0.565$, $P < 0.01$), avoidance ($r = -0.425$, $P < 0.01$), and overall quality of life ($r = 0.671$, $P < 0.01$).

Conclusion: Resilience was related to depression, overall quality of life in every aspect, and coping strategies, especially problem-focused and avoidant. Therefore, encouraging people to recognize their ability to deal with problems honestly and receive external support may improve the quality of life and resilience among patients with depression.

Keywords: Coping Skills, Depression, Outpatients, Psychological, Quality of Life, Resilience.

***Correspondence to:** Siriluck Suppakitiporn, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Email: sirilucksp@gmail.com

Received: August 5, 2024

Revised: September 11, 2024

Accepted: October 30, 2024

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการฟื้นฟูพลัง ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ

จุฑามาศ สุตชื่น¹, ศิริลักษณ์ ศุภปิตพร^{2,*}

¹สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: รูปแบบการเผชิญปัญหา คุณภาพชีวิต และการฟื้นฟูพลัง หากสามารถพัฒนาไปในทิศทางที่เหมาะสมและได้รับการสนับสนุน อาจช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการฟื้นฟูพลัง รูปแบบการเผชิญปัญหา คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการฟื้นฟูพลัง รูปแบบการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วิธีการทำวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 110 ราย ผ่านการใช้แบบสอบถามฉบับภาษาไทยทั้งหมด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินโรคซึมเศร้า (PHQ-9) แบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (CD-RISC) แบบสอบถามการเผชิญปัญหา และแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยสถิติไคสแควร์และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูพลังเท่ากับ 20.5 ± 7.0 ร้อยละ 77.3 มีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ร้อยละ 60 เลือกใช้กลวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นฟูพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = -0.522, P < 0.01$) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ($r = 0.565, P < 0.01$) การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ($r = -0.425, P < 0.01$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = 0.671, P < 0.01$)

สรุป: การฟื้นฟูพลังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตโดยรวมและในทุก ๆ ด้าน และรูปแบบการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะแบบมุ่งจัดการปัญหากับแบบหลีกเลี่ยง ดังนั้น การส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกถึงการมีศักยภาพในตนในการจัดการปัญหาโดยตรงไปตรงมารวมถึงได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากภายนอก อาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูพลังในระดับที่มากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: ทักษะการเผชิญปัญหา, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยนอก, จิตวิทยา, คุณภาพชีวิต, ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง.

โรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรในปัจจุบันคือโรคซึมเศร้า⁽¹⁾ และคาดว่าจะเป็ันดับต้นี่ี่วัดภาวะโรคในปี พ.ศ. 2573⁽²⁾ จากอัตราจากทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าราว 322 ล้านราย ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งมีอัตราความชุกทั่วโลกอยู่ระหว่าง ร้อยละ 4 - 8 และมากกว่าร้อยละ 80 ของภาวะโรคที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้ามักเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง⁽¹⁾ การสำรวจของกรมสุขภาพจิตของประเทศไทยในช่วงก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี เป็นช่วงอายุที่มีจำนวนการฆ่าตัวตายสูงที่สุด⁽³⁾ โรคซึมเศร้าจึงถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะบกพร่องของปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability : YLD)⁽¹⁾ ทำให้บุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเกิดข้อจำกัดในการใช้ชีวิตและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตที่แตกต่างไป เช่น สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมเมื่อเทียบกับคนทั่วไป สูญเสียความสามารถในการทำงานรวมถึงด้านการรู้คิด ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับคนรอบข้าง เกิดปัญหาทางสุขภาพและในกรณีที่รุนแรงที่สุดอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย⁽⁴⁾ ตามอัตราการสำรวจข้างต้นที่เพิ่มสูงขึ้น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และระหว่างบุคคล เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีกระบวนการรับรู้หรือทางการรู้คิดที่บิดเบี้ยว เกิดเป็นความคาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับเหตุการณ์และประสบการณ์ในอนาคต⁽⁵⁾ ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีความขัดแย้งกับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อาจขาดทักษะและการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการกับอารมณ์หรือเหตุการณ์ด้านลบ ดังนั้น เมื่อประสบกับปัญหามักเลือกกลวิธีที่รับมืออย่างไม่เหมาะสม⁽⁶⁾ เป็นต้น ในขณะที่บุคคลที่มีความมั่นคงทางจิตใจ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและสังคม มีความภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับและยกย่องผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้อื่น มีความหวัง มองโลกในแง่ดี มองโลกตามความเป็นจริง มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความสามารถในการฟื้นคืนความเข้มแข็งทางจิตใจภายหลังจากเผชิญกับช่วงเวลาหรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด และเติบโตขึ้นผ่านสถานการณ์ที่ก้าวผ่านไปได้ (resilience)⁽⁷⁾

การศึกษากาเวซึมเศร้า รูปแบบการเผชิญปัญหา คุณภาพชีวิต และการฟื้นฟูพลังอาจมีส่วนช่วยปกป้องและเสริมสร้างการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไม่ให้เกิดพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าต่อไป วัดผลกระทบเพื่อศึกษาการฟื้นฟูพลัง รูปแบบการเผชิญปัญหา คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการฟื้นฟูพลัง รูปแบบการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่มีภาวะซึมเศร้า

วิธีการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ที่ได้รับการพิจารณาจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย IRB no. 0239/66 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ EC no.010/66 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ว่ามีภาวะหรือโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีสติ สัมผัสปัญญาดี สามารถพูด อ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดี สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในระดับรุนแรงมีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น จนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ จะอยู่ในเกณฑ์ของผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) จากผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออกในช่วงระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลการวิจัยให้ได้ครบตามจำนวน 110 ราย โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร $n = Z^2 pq / d^2$ และแทนค่าในสูตรด้วย $n = (1.96)^2 (0.5)(0.5) / (0.1)^2$ ทำให้ได้ผลลัพธ์ 96.0 ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ทำให้ในการศึกษานี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 ราย

เก็บข้อมูลด้วยชุดแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย **แบบสอบถาม 5 ส่วน** ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินโรคซึมเศร้า แบบสอบถามการเผชิญปัญหา แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต รายละเอียด ดังนี้ **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวช

แบบประเมินโรคซึมเศร้า แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 ข้อคำถาม (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) แปลเป็นภาษาไทยโดย Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R.⁽⁸⁾ เป็นแบบประเมินชนิดให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ประเมินข้อคำถามด้วยมาตราลิเคิร์ต 4 ระดับ เมื่อ 0 หมายถึง ไม่เลย และ 3 หมายถึง มีเกือบทุกวัน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน แบ่งกลุ่มออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการ มีอาการระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง หากมีคะแนนน้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.78⁽⁹⁾

แบบสอบถามการเผชิญปัญหา พัฒนาขึ้นโดย เป็นแบบวัดที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus โดยใช้กรอบอ้างอิงในการพัฒนาแบบวัดของ Carver, Scheier, และ Weintraub และ Frydenberg และ Lewis รวมทั้งโครงสร้างทางจิตมิติของแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Cook และ Hepper แบ่งเป็นการเผชิญปัญหา 3 รูปแบบ คือ กลวิธีการที่มุ่งจัดการกับปัญหา กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย Kotjarat S. และคณะ⁽¹⁰⁾ ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง เกี่ยวกับวิธีที่ใช้เมื่อประสบปัญหา สภาพการณ์ที่ยุ่งยากหรือความเครียดในชีวิต จำนวน 39 ข้อ ต่อมา Leksomboon P.⁽¹¹⁾ ได้ดำเนินการพัฒนาแบบวัดการเผชิญปัญหาจากสุภาพรรณ โคตรจรัส และชุมพร ยงกิตติกุลร่วมกับการศึกษาเอกสารอ้างอิงวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ประเมินข้อคำถามด้วยมาตราลิเคิร์ต 5 ระดับ เมื่อ 1 หมายถึง ไม่เคยทำเลย และ 5 หมายถึง ทำบ่อยมาก ภายหลังจากให้คะแนนแต่ละข้อแล้วให้นำคะแนนรวมในแต่ละด้านหารด้วย

จำนวนข้อคำถามทั้งหมดของรายด้านนั้น คะแนนที่ได้ออกมาเป็นคะแนนเฉลี่ยมีช่วงคะแนนระหว่าง 1 ถึง 5 โดยคะแนนแต่ละช่วงแสดงถึงการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหานั้น ๆ มากหรือน้อยตามเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยมีแนวทางในการตัดคะแนนเพื่อแปลผล ดังนี้ ระดับน้อย 1.00 - 2.49, ระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย 2.50 - 2.99, ปานกลางถึงค่อนข้างมาก 3.00 - 3.49, และระดับมาก 3.50 - 5.00 โดยมีค่าความสอดคล้องภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทำให้ได้ค่าความเที่ยงของทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 ค่าความเที่ยงของการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาเท่ากับ 0.88 การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.82 และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงเท่ากับ 0.87

แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบสอบถามคุณภาพชีวิตประเมินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (The world health organization quality of life brief version: WHOQOL-BREF) เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ จากนั้นได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย Mahattanirunkul S. และคณะ⁽¹²⁾ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัด โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.65 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการและสามารถนำไปใช้ได้อย่างสาธารณะ ผู้ป่วยสามารถตอบแบบประเมินด้วยตนเองซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิตที่เผชิญภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จากข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบบประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต 5 ระดับ 1 หมายถึง ไม่เลย และ 5 หมายถึง มากที่สุด มีช่วงคะแนนรวมคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 ระดับ คือ 26 - 60 มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, 61 - 95 มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ, และ 96 - 130 การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตรวจสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของทั้งฉบับอีกครั้งพบว่าอยู่ในเกณฑ์ดีเท่ากับ 0.91⁽¹³⁾

แบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่น ประเมินด้วยแบบวัดความความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Connor-Davidson Resilience Scale 10-item: CD-RISC) มีจำนวน

10 ข้อ ฉบับภาษาไทยพัฒนาขึ้นโดย Vongsirimas N. และคณะ⁽¹⁴⁾ เป็นแบบประเมินชนิดให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง เพื่อสะท้อนความสามารถในการปรับเปลี่ยนหรือเผชิญกับความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิตในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประเมินข้อคำถามด้วยมาตรลิเคิร์ต 5 ระดับ เมื่อ 0 หมายถึง ไม่เป็นความจริงทั้งหมด และ 4 หมายถึง เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา มีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 40 คะแนนรวมสูง แสดงว่า บุคคลนั้น มีการฟื้นฟูพลังสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86⁽¹⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 28.0 สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าน้อยที่สุดและค่ามากที่สุด เพื่ออธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการเผชิญปัญหา คุณภาพชีวิต และการฟื้นฟูพลัง รวมถึงการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การใช้สถิติ Chi-square test และ Pearson's correlation coefficient เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฟื้นฟูพลัง คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($P < 0.05$)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 110 ราย ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.3 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.6 มีอายุ 18 - 34 ปี กว่าสองในสามของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.5 มีสถานะโสด ขณะที่ร้อยละ 1.8 มีสถานะแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.5 มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่ร้อยละ 43.6 มีสถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา รองลงมาร้อยละ 20 เป็นลูกจ้าง/พนักงาน ขณะที่ร้อยละ 8.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ตารางที่ 1)

ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 14 คะแนน มีคะแนนมากที่สุดถึง 26 คะแนน จาก 27 คะแนน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.2 มีอาการของภาวะซึมเศร้า โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 24.5 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ามารับการรักษาโรคทางจิตเวชเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 34.8 เดือน หรือ

เกือบ 3 ปี โดยร้อยละ 30 ยังเข้ารับการักษาโรคทางจิตเวชไม่ถึง 1 ปี รองลงมาร้อยละ 23.6 เข้ารับการักษาโรคทางจิตเวชตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป (ตารางที่ 1)

จากรูปแบบการเผชิญปัญหาทั้ง 3 รูปแบบ พบว่า การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบหลีกเลี่ยง เป็น 2 กลวิธีการจัดการกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ การใช้กลวิธีเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (ตารางที่ 2)

ด้านคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านนั้น ๆ อยู่ในระดับกลาง สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมมากที่สุดเท่ากับ 115 คะแนน และน้อยที่สุด 46 คะแนน จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน ขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.6 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี คุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างในด้านจิตใจ ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในระดับที่ไม่ดี พบร้อยละ 38.2, 17.3, 15.5, และ 10.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูพลังเท่ากับ 20.5 คะแนน มีคะแนนสูงที่สุด 38 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นเกณฑ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนน้อยกว่า 21 คะแนน มีจำนวน 57 ราย (ร้อยละ 51.8) ถือเป็นกลุ่มที่มีการฟื้นฟูพลังระดับต่ำ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการฟื้นฟูพลังระดับสูง มีจำนวน 53 ราย (ร้อยละ 48.2) (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการฟื้นฟูพลังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาวะซึมเศร้า ($P < 0.01$) รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ($P < 0.01$) รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ($P < 0.01$) คุณภาพชีวิตโดยรวม ($P < 0.01$) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ($P < 0.01$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($P < 0.01$) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($P < 0.05$) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($P < 0.01$) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ารับการักษาโรคทางจิตเวช ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม กลับไม่พบว่าสัมพันธ์กับการฟื้นฟูพลังของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ (ตารางที่ 3)

Table 1. Demographic characteristics and medical treatment information among patients

Factors	N	(%)
Demographic characteristics		
Age (years.)		
18-26 years	68	61.8
26 ≤ 34 years	24	21.8
34 ≤ 42 years	9	8.2
42 ≤ 50 years	7	6.4
≥ 50 years	2	1.8
Mean = 26.3, SD = 7.9, Min = 18, Max = 56		
Gender (n = 109)		
Male	25	22.9
Female	84	77.1
Marital status		
Single	94	85.5
Married	12	10.9
Separated/divorced	2	1.8
Others	2	1.8
Education		
Uninstructed	4	3.6
Primary school	1	0.9
High school	11	10.0
Diploma/high vocational certification	5	4.5
Bachelor's Degree	83	75.5
Higher than Bachelor's Degree	6	5.5
Career		
Student	48	43.6
Employee	22	20.0
Public servants	8	7.3
Others	8	7.3
Self-employed	7	6.4
Freelance	4	3.6
State enterprise	3	2.7
Labor	1	0.9
Unemployed	9	8.2

Table 1. (Cont.) Demographic characteristics and medical treatment information among patients

Factors	N	(%)
Medical treatment		
Levels of depression		
No symptoms of depression	13	11.8
Mild depression	30	27.3
Moderate depression	40	36.4
Severe depression	27	24.5
Mean = 14.0, SD = 5.9, Min = 0, Max = 26		
Length of time receiving treatment for psychiatric disorders		
1 ≤ 12 months	33	30.0
12 ≤ 24 months	20	18.2
24 ≤ 36 months	9	8.2
36 ≤ 48 months	9	8.2
48 ≤ 60 months	13	11.8
≥ 60 months	26	23.6
Mean = 34.8, SD = 34.1, Min = 1, Max = 168		

Table 2. Coping strategies, quality of life, and resilience among patients.

Factors	N	(%)
Coping strategies		
Problem-focused coping		
Low	3	2.7
Moderate to quite low	10	9.1
Moderate to quite high	31	28.2
High	66	60.0
Mean = 3.7, SD = 0.6, Min = 2.3, Max = 4.7		
Seeking social support		
Low	25	22.7
Moderate to quite low	19	17.3
Moderate to quite high	25	22.7
High	41	37.3
Mean = 3.2, SD = 1.0, Min = 1.2, Max = 5.0		
Avoidance		
Low	7	6.4
Moderate to quite low	19	17.3
Moderate to quite high	27	24.5
High	57	51.8
Mean = 3.5, SD = 0.6, Min = 1.9, Max = 4.8		

Table 2. (Cont.) Coping strategies, quality of life, and resilience among patients.

Factors	N	(%)
Quality of life		
Overall, of Quality of life		
Poor	15	13.6
Neither poor nor good	85	77.3
Good	10	9.1
Mean = 77.0, SD = 14.8, Min = 46, Max = 115		
Physical domain		
Poor	19	17.3
Neither poor nor good	79	71.8
Good	12	10.9
Mean = 21.0, SD = 4.4, Min = 11, Max = 33		
Psychological domain		
Poor	42	38.2
Neither poor nor good	55	50.0
Good	13	11.8
Mean = 16.2, SD = 4.8, Min = 7, Max = 28		
Social relationships domain		
Poor	17	15.5
Neither poor nor good	69	62.7
Good	24	21.8
Mean = 9.9, SD = 2.2, Min = 5, Max = 15		
Environment domain		
Poor	11	10.0
Neither poor nor good	79	71.8
Good	20	18.2
Mean = 24.3, SD = 4.7, Min = 14, Max = 35		
Resilience		
Low (< 21)	57	51.8
High (≥ 21)	53	48.2
Mean = 20.5, SD = 7.0, Min = 4, Max = 38		

Table 3. Relationships between the related factors and resilience levels by using Chi-square test and Fisher exact test.

Factor	Resilience levels				P-value
	Low		High		
	(n = 57)		(n = 53)		
	N	(%)	N	(%)	
Demographic characteristics					
Age (years)					0.956
18 ≤ 26 years	36	52.9	32	47.1	
26 ≤ 34 years	12	50.0	12	50.0	
≥ 34 years	9	50.0	9	50.0	
Gender					0.673
Male	14	56.0	11	44.0	
Female	43	51.2	41	48.8	
Marital status					0.485
Single	50	53.2	44	46.8	
Married/Separated/Others	7	43.8	9	56.3	
Education					0.130
Lower than Bachelor's Degree	14	66.7	7	33.3	
Bachelor's Degree or Higher	43	48.3	46	51.7	
Career					0.967
Employees	27	50.9	26	49.1	
Student	25	52.1	23	47.9	
Unemployed	5	55.6	4	44.4	
Medical treatment					
Depression					0.005**
No symptoms of depression	2	15.4	11	84.6	
Mild to severe depression	55	56.7	42	43.3	
Length of time receiving treatment for psychiatric disorders					
1 ≤ 12 months	16	48.5	17	51.5	0.881
12 ≤ 36 months	15	51.7	14	48.3	
≥ 36 months	26	54.2	22	45.8	
Social factor					
Coping strategies					
Problem-focused coping					0.002**
Low to quiet low	12	92.3	1	7.69	
Quite high to high	45	46.4	52	53.6	
Seeking social support					0.640
Low to quiet low	24	54.5	20	45.5	
Quite high to high	33	50.0	33	50.0	

Table 3. (Cont.) Relationships between the related factors and resilience levels by using Chi-square test and Fisher exact test.

Factor	Resilience levels				P-value
	Low		High		
	(n = 57)		(n = 53)		
	N	(%)	N	(%)	
Avoidance					< 0.001**
Low to quiet low	4	15.4	22	84.6	
Quite high to high	53	63.1	31	36.9	
Quality of life					
Overall, quality of life					0.001**
Poor	13	86.7	2	13.3	
Neither poor nor good	43	50.6	42	49.4	
Good	1	10.0	9	90.0	
Physical domain					< 0.001**
Poor	17	89.5	2	10.5	
Neither poor nor good	39	49.4	40	50.6	
Good	1	8.33	11	91.7	
Psychological domain					< 0.001**
Poor	33	78.6	9	21.4	
Neither poor nor good	22	40.0	33	60.0	
Good	2	15.4	11	84.6	
Social relationships domain					0.011*
Poor	11	64.7	6	35.3	
Neither poor nor good	40	58.0	29	42.0	
Good	6	25.0	18	75.0	
Environment domain					0.004**
Poor	8	72.7	3	27.3	
Neither poor nor good	45	57.0	34	43.0	
Good	4	20.0	16	80.0	

** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

Table 4. Correlations between the continuous factors and resilience by using Pearson correlation coefficient.

Factors	Resilience		
	<i>r</i>	level of correlation	<i>P</i> -value
Age (years)	0.171	None	0.075
Length of time receiving treatment for psychiatric disorders (mos.)	0.080	None	0.406
Depression	-0.522	Moderate	< 0.001**
Coping strategies			
Problem-focused coping	0.565	Moderate	< 0.001**
Seeking social support	0.232	Low	0.015*
Avoidance	-0.425	Moderate	< 0.001**
Overall, quality of life	0.671	High	< 0.001**
Physical domain	0.570	Moderate	< 0.001**
Psychological domain	0.640	High	< 0.001**
Social relationships domain	0.458	Moderate	< 0.001**
Environment domain	0.522	Moderate	< 0.001**

***P* < 0.01, **P* < 0.05

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อเนื่อง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันพบความสัมพันธ์ทั้งในทางบวกและทางลบกับการฟื้นพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($r = -0.522$, $P < 0.01$) รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาในระดับปานกลาง ($r = 0.565$, $P < 0.01$) แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ($r = 0.232$, $P < 0.05$) แบบหลีกเลี่ยงในระดับปานกลาง ($r = -0.425$, $P < 0.01$) ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับค่อนข้างสูง ($r = 0.671$, $P < 0.01$) รวมถึงคุณภาพชีวิตในรายด้านซึ่งทุกด้านมีสหสัมพันธ์ทางบวกทั้งระดับกลางและค่อนข้างสูงกับการฟื้นพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ด้านสุขภาพกายในระดับปานกลาง ($r = 0.570$, $P < 0.01$) ด้านจิตใจในระดับค่อนข้างสูง ($r = 0.640$, $P < 0.01$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับปานกลาง ($r = 0.458$, $P < 0.01$) และด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ($r = 0.522$, $P < 0.01$) ในขณะที่อายุและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวชกลับไม่พบความสัมพันธ์กับการฟื้นพลังของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ (ตารางที่ 4)

การศึกษาความสัมพันธ์เพิ่มเติมระหว่างคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและรูปแบบการเผชิญปัญหา พบผลของความสัมพันธ์ทั้งในทิศทางบวกและทางลบอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P = 0.01$) โดยรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาพบความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมในระดับปานกลาง ($r = 0.567$) ด้านจิตใจในระดับปานกลาง ($r = 0.548$) ด้านร่างกายในระดับปานกลาง ($r = 0.523$) และด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ($r = 0.480$) สำหรับรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมในระดับปานกลาง ($r = 0.414$) ด้านจิตใจในระดับปานกลาง ($r = 0.306$) และด้านสิ่งแวดล้อมในระดับต่ำ ($r = 0.256$) ตามลำดับ ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านร่างกายซึ่งไม่พบความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในรูปแบบดังกล่าว ในขณะที่รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางด้านจิตใจในระดับค่อนข้างสูง ($r = -0.691$) ด้านร่างกายในระดับปานกลาง ($r = -0.518$) ด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ($r = -0.446$) และด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมในระดับปานกลาง ($r = -0.410$) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไข ปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านร่างกายกับรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

Table 5. Correlations between quality of life and coping strategies by using Pearson correlation coefficient.

Factors	Quality of life		Coping strategies				
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Quality of life (Domains)							
1. Physical	—						
2. Psychological	0.677**	—					
3. Social relationships	0.628**	0.544**	—				
4. Environment	0.605**	0.654**	0.594**	—			
Coping strategies							
5. Problem-focused coping	0.523**	0.548**	0.567**	0.480**	—		
6. Seeking social support	0.144	0.306**	0.414**	0.256**	0.318**	—	
7. Avoidance	-0.518**	-0.691**	-0.410**	-0.446**	-0.307**	-0.160	—

** $P < 0.01$

ขณะที่คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน กลับพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีคะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ยการฟื้นฟู จึงจัดอยู่ในกลุ่มฟื้นฟูระดับต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ Nunes KG และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้ามีคะแนนการฟื้นฟูอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตเภท ทว่าการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทางกายหลายระบบกลับพบว่ามีการฟื้นฟูระดับสูง⁽¹⁶⁾ เป็นไปได้ว่าความเจ็บป่วยทางจิตอาจทำให้มีการฟื้นฟูที่ต่ำกว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบนร่างกาย ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับสถานะส่วนบุคคลว่าอยู่ในสถานะของผู้ป่วยหรือเป็นบุคคลทั่วไป อีกทั้งการได้รับแหล่งสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมรอบข้างของบุคคลด้วย ทำให้การฟื้นฟูเป็นความสามารถเชิงกลไกที่รับอิทธิพลจากทั้งแหล่งภายในตนและจากสิ่งแวดล้อม⁽¹⁷⁾ แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูไม่เพียงต้องอาศัยแรงอัด ฮึด ส่วนตนเป็นหลักยังรวมไปถึงพลังใจจากผู้คนรอบข้างด้วย

คุณภาพชีวิตโดยรวมและในรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับกลาง ๆ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 77.0 สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหา

ทางจิตของ Boonchuaay S.⁽¹⁸⁾ และ Phongsatonsakun D.⁽¹⁹⁾ ที่พบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.4 และ 85.0 ซึ่งอยู่ในระดับกลาง ๆ เช่นเดียวกัน การศึกษาในต่างประเทศพบว่า หากความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับที่รุนแรงบุคคลอาจต้องเผชิญกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและในรายด้านในระดับที่ไม่ดี⁽²⁰⁾ ขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยทางกายหลายระบบที่ต้องเผชิญกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ไม่ดี⁽¹⁶⁾ อาจเป็นไปได้ว่าการมีผลลัพธ์ของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะของอาการเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางจิตใจหรือทางร่างกาย ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย อาการของโรคร่วม เป็นต้น

เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ตึงเครียด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 เลือกใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาอยู่ในระดับมากซึ่งถือเป็นรูปแบบที่ถูกต่อสุขภาพ และกว่าร้อยละ 51.8 เลือกใช้รูปแบบหลีกเลี่ยงในระดับมาก โดยที่เลือกใช้แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากเพียงร้อยละ 37.3 ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องบางส่วนกับ Saengnlam W. และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบเลือกใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งกลไกการฟื้นฟูเป็นองค์ประกอบของประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อโรคนั้น ๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและปรับเปลี่ยนได้ผ่านคุณลักษณะของบุคคล กลวิธีที่รับมือกับปัญหาในเชิงบวกซึ่งดีต่อสุขภาพ⁽²¹⁾ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้ากลับเลือกใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบ

แก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เป็นบ่อเกิดแห่งความเครียด (active coping) การตีความหมายในเชิงบวก รวมถึงแบบแสวงหาการสนับสนุนทางด้านสิ่งของและแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมอารมณ์ ในระดับที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพที่ดี แต่กลับเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบปฏิเสธ การไม่คำนึงถึงปัญหา และการไม่แสดงออกทางพฤติกรรม⁽²²⁾ เนื่องจากเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักเลือกใช้กลวิธีที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ การเลือกไม่เผชิญกับปัญหา การเบี่ยงเบนความสนใจและการใช้สารเสพติดในการสร้างอารมณ์สนุกแทน^(22, 23) และยังพบอีกว่าภาวะสุขภาพจิตอาจขึ้นอยู่กับการเลือกใช้กลวิธีเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง⁽²⁴⁾ ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความยากลำบากในการค้นหาแง่มุมเชิงบวกในเหตุการณ์ตึงเครียดนั้น รวมถึงความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของตนแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินความสามารถของตนเองในทางลบต่อการรับมือกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด และยังมีแนวโน้มรับรู้เหตุการณ์ตึงเครียดที่รุนแรงมากขึ้นจากที่เป็น เนื่องจากขาดมุมมองสถานการณ์การแก้ปัญหาในแง่บวกในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มจะเลือกใช้กลวิธีรับมือเชิงรุกมากกว่า

การศึกษานี้ พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการฟื้นฟูพลังกับภาวะซึมเศร้า ทำให้เมื่อปัจจัยใดเพิ่มขึ้นอีกปัจจัยหนึ่งกลับลดลง สอดคล้องกับ Acar Sivri G และคณะ⁽²⁵⁾ ที่พบว่าพื้นฐานอารมณ์ (temperament) ของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสัมพันธ์กับการฟื้นฟูพลัง โดยการศึกษาในกลุ่มนักศึกษายังพบว่า การฟื้นฟูพลังไม่เพียงสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า แต่ยังสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและความวิตกกังวลด้วย⁽²⁶⁾ นั่นแสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูพลังมีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ที่อาจเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ทั้งในกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มนักศึกษา รวมถึงผู้สูงอายุ

การฟื้นฟูพลังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่เกิดความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง สอดคล้องกับ Acar Sivri G. และคณะ⁽²⁵⁾ ที่พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการฟื้นฟูพลังกับอุปนิสัยที่ชอบแสวงหาดึงแปลกใหม่ (novelty seeking)

และการหลีกเลี่ยงภัยอันตราย (harm avoidance) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จึงเป็นเรื่องที่ทำนายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่จะต้องสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญหน้าตนเองออกจากห้วงเวลาที่ยากลำบาก หาคทางออกเพื่อกลับเข้าสู่สภาวะปกติ อันเนื่องมาจากความสามารถในการฟื้นฟูพลังที่สูงขึ้นนั้นสัมพันธ์กับการใช้รูปแบบการรับมือความเครียดเชิงรุก (active coping) ซึ่งนำไปสู่อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลในระดับที่ลดลงและคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น⁽²⁷⁾ จากผลการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหามากขึ้นจะสัมพันธ์กับการฟื้นฟูพลังระดับสูงขึ้นด้วย หรือกลุ่มตัวอย่างที่มีการฟื้นฟูพลังระดับสูงมักจะเลือกใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ตรงกันข้ามกับกลุ่มตัวอย่างที่มักจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงที่สัมพันธ์กับการฟื้นฟูพลังที่ลดลง

การฟื้นฟูพลังกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบความสัมพันธ์ทางบวกกับทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและในรายด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Nunes KG และคณะ⁽¹⁵⁾ และ Chuang SP และคณะ⁽²⁸⁾ ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างคุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูพลังในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตโดยให้ส่งเสริมผลลัพธ์เชิงบวกในการฟื้นฟูพลังให้มากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยทางจิตจากผลลัพธ์ของความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูพลังไม่ว่าจะเกิดขึ้นในกลุ่มของผู้เจ็บป่วยทางจิตหรือทางกายความสัมพันธ์ทางบวกของทั้งการฟื้นฟูพลังและคุณภาพชีวิตล้วนมีส่วนส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย

จากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การส่งเสริมทักษะความสามารถหรือพลังภายใน เมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีความสามารถในการควบคุมแล้ว หรือสามารถแก้ไขสิ่งต่าง ๆ ได้ ผ่านแหล่งทรัพยากรภายในตนและจากภายนอก จะช่วยยังผลให้บุคคลมีทักษะในการใช้ชีวิตอย่างเหมาะสม ด้วยการเลือกใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดี เช่น การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แสวงหาการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างหรือสังคม เพื่อลดการเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ผลการศึกษาอาจพบข้อจำกัดเรื่องกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่อายุ อยู่ในช่วง 18 - 34 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งเป็นนักศึกษา

ในการศึกษาคั้งถัดไปอาจสอบถามกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมถึงลักษณะของอาการเจ็บป่วย หรือโรคร่วมที่กำลังรักษาอยู่เป็นต้น เพราะเมื่อใดที่คุณภาพชีวิตด้านใดด้านหนึ่งอยู่ในระดับที่ไม่ดี อาจสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านอื่น ๆ รวมถึงการฟื้นฟูด้วย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่มีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ซึ่งนั้นอาจไม่สามารถสรุปรวมไปยังกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดได้ อีกทั้งอาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจสัมพันธ์กับการฟื้นฟูของผู้ป่วย เช่น รูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ปัจจัยของโรคร่วม หรือปัจจัยด้านสังคมเกี่ยวกับกลวิธีการเผชิญปัญหาในด้านย่อย ดังนั้น ผลการศึกษาค้างนี้อาจนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการฟื้นฟู

สรุป

ผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ร้อยละ 88.2 มีภาวะซึมเศร้า ขณะที่มีการฟื้นฟูอยู่ในระดับสูงร้อยละ 51.8 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและในด้านย่อยอยู่ในระดับกลาง ๆ โดยร้อยละ 60 เลือกใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา รองลงมาคือแบบหลีกเลี่ยง ปัจจัยการฟื้นฟูมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน และรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาในขณะที่การฟื้นฟูสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ รองศาสตราจารย์ สุภาพรรณ โคตรจรัส นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อนุญาตให้นำมาตรวจวัดหรือแบบสอบถามฉบับภาษาไทยมาใช้ในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณคุณพนิดา บุตรดิวงษ์ (หัวหน้างานการพยาบาลสุขภาพจิต) พยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกคลินิกสุขภาพจิต ประจำโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่คอยประชาสัมพันธ์ ตอบคำถามให้แก่อาสาสมัครผู้สนใจและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อเป็นแนวทางการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017.
2. Sampogna G, Toni C, Catapano P, Della Rocca B, Di Vincenzo M, Luciano M, Fiorillo A. New trends in personalized treatment of depression. *Curr Opin Psychiatry* 2024;37:3-8.
3. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Annual report 2020. Department of Mental Health; 2020.
4. Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, Bernini S, Petrachi R, Costa A. Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019;1249-58.
5. Kube T, Schwarting R, Rozenkrantz L, Glombiewski JA, Rief W. Distorted cognitive processes in major depression: A predictive processing perspective. *Biological Psychiatry* 2020;87:388-98.
6. Li X, Xu K. Coping with depression: a narrative study of an online depression community in China. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2023;18:2268379.
7. Ruengorn C, Awiphan R, Phosuya C, Ruanta Y, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Thavorn K, Nochaiwong S. Psychological resilience and adverse mental health issues in the Thai population during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:13023.
8. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:1-7.
9. Dajpratham P, Pukrittayakamee P, Atsariyasing W, Wannarit K, Boonhong J, Pongpirul K. The validity and reliability of the PHQ-9 in screening for post-stroke depression. *BMC Psychiatry* 2020;20:1-8.
10. Kotjarat S, Yongkittikul C. The relationship between parenting styles and personal behavior of Thai teenagers. In: Eastern-western psychological science research center seminar on the stress crisis of Thai society; 2002 Nov 29; at Bldg. 3 of Faculty of Psychology Chulalongkorn University. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. page 47-60.

11. Leksomboon P. Job stress, coping, and burnout among helping practitioners in public welfare centers: a mixed methods research [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
12. Mahattanirunkul S, Tantiwiwattanasakul W, Phumpaisanchai W, Wongsuwan K, Prommanachirangkul R. Compare the quality of life measurement of the WHO every 100 indicators and 26 indicators. Chiangmai: Suanprung Psychiatric Hospital; 1997.
13. Kangwanrattanakul K, Krägeloh CU. Psychometric evaluation of the WHOQOL-BREF and its shorter versions for general Thai population: confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *Qual Life Res* 2024;33:335-48.
14. Vongsirimas N, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating psychometric properties of the connor-davidson resilience scale (10-Item CD-RISC) among University students in Thailand. *J Nurs Sci* 2017; 35:25-5.
15. Nunes KG, da Rocha NS. Resilience in severe mental disorders: correlations to clinical measures and quality of life in hospitalized patients with major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Quality Life Res* 2022;31:507-16.
16. Saengnlam W, Jitpanya C. The relationships between resilience, coping, injury severity score and the health-related quality of life in patients with multiple trauma. *Thai Red Cross Nurs J* 2018;11: 132-52.
17. Laird KT, Lavretsky H, Paholpak P, Vlasova RM, Roman M, Cyr NS, Siddarth P. Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. *International Psychogeriatrics* 2019 ;31:193-202.
18. Boonchuaib S. The effect of the empowerment program on the quality of life with schizophrenic patients, employment trial project at Srithanya Hospital. *Dep Health Serv Sup J* 2021;17:56-67.
19. Phongsatornsakun D. The effect of recovery oriented program on quality of life of schizophrenic patients [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.
20. Berghöfer A, Martin L, Hense S, Weinmann S, Roll S. Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Quality Life Res* 2020;29: 2073-87.
21. Shimada S, Aoyanagi M, Sumi N. Components and related factors of nursing interventions for improving resilience in cancer patients undergoing chemotherapy. *Healthcare* 2021;9:300.
22. Orzechowska A, Bliźniewska-Kowalska K, Gałecki P, Szulc A, Płaza O, Su KP, Georgescu D, Gałecka M. Ways of coping with stress among patients with depressive disorders. *Journal of Clinical Medicine* 2022;11:6500.
23. Suciú BD, Păunescu RL, Micluția IV. Coping strategies in a euthymic phase for major depressed patients. *European J Psychiatry* 2021;35:140-4.
24. MacCann C, Double KS, Clarke IE. Lower avoidant coping mediates the relationship of emotional intelligence with well-being and ill-being. *Frontiers Psychology* 2022 ;13:835819.
25. Acar Sivri G, Ezgi Ünal F, Gülleç H. Resilience and personality in psychiatric inpatients. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* 2019;29:650-5.
26. Polruamngern N, Kerdcharoen N, Ungnungseesopon T. Relationship between resilience quotient and mental health problems in urban late adolescents. *Vajira Medical Journal: J Urban Med* 2022;66:267-76.
27. Macía, Barranco M, Gorbefia S, Álvarez-Fuentes E, Iraurgi I. Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. *PloS one* 2021 ;16:e0252075.
28. Chuang SP, Wu JYW, Wang CS. Resilience and quality of life in people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2023;19:507-14.