

Factors Associated with Psychological Well-being in Patients with Major Depressive Disorder*

Kanthita Jumpamala, RN, MNS¹, Sudarat Pianchob, RN, PhD¹, Wareerat Thanoi, RN, PhD¹, Paungpet Kaesornsamut, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the relationships between depressive symptoms, perceived stress, sense of belonging, mindfulness, coping strategies, and psychological well-being among patients with major depressive disorder.

Design: Descriptive correlational study.

Methods: The sample included 150 patients with major depressive disorder, aged 18-59 years, from a tertiary hospital. Participants were selected by convenience sampling. Data were collected using questionnaires, including personal information, Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Perceived Stress Scale (PSS-10), Sense of Belonging Instrument-Psychological State (SOBI-P), Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS), Brief COPE inventory (Thai version), and Psychological Well-being Scale (Thai version). The reliability coefficients of all instruments were within an acceptable range. Data analysis was performed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Main findings: The results indicated that depressive symptoms, perceived stress, and maladaptive coping were significantly negatively correlated with psychological well-being in patients with major depressive disorder ($r = -.67, p < .01$; $r = -.75, p < .01$; $r = -.49, p < .01$, respectively). Sense of belonging and adaptive coping were significantly positively correlated with psychological well-being ($r = .69, p < .01$; $r = .55, p < .01$, respectively). Mindfulness was not significantly correlated with psychological well-being ($r = .11, p > .05$).

Conclusion and recommendations: The factors that are significantly associated with psychological well-being include depressive symptoms, perceived stress, a sense of belonging, adaptive coping strategies, and maladaptive coping strategies. Therefore, nursing interventions that promote psychological well-being in patients with major depressive disorder, such as stress and depression management programs, activities that enhance a sense of belonging, and the development of appropriate coping skills, should be implemented. Further research should be conducted to expand the body of knowledge, particularly studies on the predictive factors of psychological well-being in patients with major depressive disorder, in order to provide a foundation for developing appropriate care plan.

Keywords: coping, major depressive disorder, psychological well-being, sense of belonging, stress

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):213-227.

Corresponding Author: Assistant Professor Sudarat Pianchob, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: sudarat.pia@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 26 March 2025 / Revised: 2 June 2025 / Accepted: 5 June 2025

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

กัญญ์ริตา จำปามาลา, พย.ม.¹ สударัตน์ เพียรชอบ, ประ.ด.¹ วาริรัตน์ ถาน้อย, ประ.ด.¹ พวงเพชร เกษรสมุทร, ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ การเผชิญปัญหา และสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 18-59 ปี จำนวน 150 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก รวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด 4) แบบสอบถามความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม 5) แบบสอบถามการมีสติ 6) แบบสอบถามกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น และ 7) แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ เครื่องมือวิจัยมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดีวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.67, p < .01, r = -.75, p < .01, r = -.49, p < .01$ ตามลำดับ) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .69, p < .01, r = .55, p < .01$ ตามลำดับ) การมีสติไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ ($r = .11, p > .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น โปรแกรมการจัดการความเครียด และอาการซึมเศร้า กิจกรรมส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมและการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อขยายองค์ความรู้ โดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การเผชิญปัญหา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สุขภาวะทางจิตใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ความเครียด

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):213-227.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์สударัตน์ เพียรชอบ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: sudarat.pia@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 26 มีนาคม 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 2 มิถุนายน 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 5 มิถุนายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยมีอาการสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้าเด่นชัด ความสนใจหรือเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมลดลง¹ โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่นำมาซึ่งการสูญเสียด้านสุขภาพและสุขภาวะติดอันดับ 1 ของโลก และจากข้อมูลสถิติการเจ็บป่วย พบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนมากถึง 280 ล้านคนทั่วโลก² สำหรับประเทศไทยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีสถิติจำนวนผู้ป่วยติดอันดับ 1 ใน 5 ของทุกปี โดยพบประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนมากถึง 1.5 ล้านคน³ ประเด็นสำคัญของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คือ การสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึง 5,172 คน คิดเป็น 7.94 อัตราต่อประชากรแสนคน⁴ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โรคซึมเศร้ามีอัตราการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้น และที่สำคัญพยาธิสภาพของโรคสามารถนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน เช่น ด้านร่างกายโดยผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เชื่องช้า ทำให้สมรรถนะด้านร่างกายลดลง ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด เศร้า และนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ในส่วนผลกระทบด้านสังคมผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักเก็บตัว มองทุกอย่างในแง่ลบ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ส่งผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม¹⁻² และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ หากไม่ได้รับการดูแลหรือบรรเทาให้ลดน้อยลงท้ายที่สุดก็สามารถย้อนกลับมาทำให้พยาธิสภาพของโรค

หรืออาการของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยเมื่ออาการซึมเศร้าทวีความรุนแรงขึ้น ย่อมส่งผลทำให้สุขภาวะทางจิตใจลดลงตามไปด้วย⁵

สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นสถานะที่บุคคลรับรู้ว่าได้ทำในสิ่งที่ต้องการและทำได้สำเร็จพึงพอใจกับประสบการณ์ในชีวิต มีองค์ประกอบ ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) ความเจริญงอกงามทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (personal growth) การมีเป้าหมายในชีวิต (purpose in life) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ (environment mastery)⁶ โดยสุขภาวะทางจิตใจที่ดีเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสมดุลของจิตใจสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างเป็นปกติและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้⁷ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ผ่านมามีส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ⁷ สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาจำนวนพอสมควรในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีการศึกษาจำนวนจำกัด ดังนั้นการศึกษสุขภาวะทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรศึกษา โดยเฉพาะเป็นอย่างยิ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ อาการซึมเศร้า (depressive symptoms)⁵ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้านี้จะมีความเกี่ยวข้องทำให้สุขภาวะทางจิตใจลดลง ($r = -.56, p < .001$)⁵ การรับรู้ความเครียด (perceived stress) เป็นการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อสิ่งแวดล้อมว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือ

ต้องใช้ทรัพยากรเกินกำลังของตน⁸ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากผลของการศึกษาของ Xiong และคณะ⁹ พบว่า ความเครียดสามารถทำนายอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .04, p < .001$)⁹ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความเครียดส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้ามากขึ้น และอาจเป็นไปได้ว่าท้ายที่สุดอาการซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น บ่งบอกถึงการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ลดลง⁵ การรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (sense of belonging) เป็นการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของ มีคุณค่า¹⁰ ซึ่งความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม จัดเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตนเอง (internal resource) ที่จะสามารถดึงมาใช้ในการเผชิญปัญหา และนำมาซึ่งผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหา จากการศึกษาของ Treichler และ Lucksted¹¹ พบว่า ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ($r = -.29, p < .001$)¹¹ และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชนี้ แสดงถึงการมีสุขภาวะทางด้านจิตใจที่ลดลง และนำไปสู่การถูกวินิจฉัยว่าด้วยโรคซึมเศร้า⁵ นอกจากความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมแล้ว การมีสติ (mindfulness) ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการศึกษาสุขภาวะทางจิตใจและความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชทางอารมณ์เช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า พบว่าการมีสติในส่วนของการตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจ ($r = .36, p < .001$)¹² ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่า การมีสติอาจมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นอกจากตัวแปรดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่าการเผชิญปัญหา (coping) ซึ่งก็คือการที่ผู้ป่วย

พยายามใช้ทั้งความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้น⁸ ซึ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาในการศึกษาครั้งนี้ได้พิจารณาแยกวิธีการเผชิญปัญหาตามการศึกษาของ Foster¹³ ที่มีการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบสอบถามกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (Brief COPE inventory) และมีการจัดหมวดหมู่ของวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 2 มิติ คือ การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม (adaptive coping) และการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม (maladaptive coping)¹³ โดยเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด และมีการเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม จะเพิ่มความเครียดทางจิตใจและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ โดยการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า และในทางกลับกันการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันความรุนแรงของอาการซึมเศร้า⁹ โดยอาการซึมเศร้านี้เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ไม่ดี⁵ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับสุขภาวะทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรงค่อนข้างน้อย ซึ่งจากผลการวิจัยที่ผ่านมาสามารถคาดการณ์ได้ว่าการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม และแบบปรับตัวไม่เหมาะสมนี้ มีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ของ Lazarus และ Folkman⁸ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด ผู้ป่วยจะมีการประเมินว่าสถานการณ์ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นการประเมินขั้นต้น (primary appraisal) และขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลหรือปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาการซึมเศร้ามักเป็นปัจจัย

ที่เป็นลักษณะของบุคคลที่ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ย่อมมีแนวโน้มที่ทำให้มีการประเมินว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับที่สูงมากกว่าบุคคลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการประเมินหรือรับรู้ว่าจะอยู่ในสภาวะเครียดจะนำไปสู่การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินแหล่งสนับสนุนทั้งภายใน (internal resource) และภายนอก (external resource) ของตนเอง เพื่อช่วยในการรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ การมีสติและการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมจัดเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล โดยการมีสติช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถควบคุมให้อารมณ์มั่นคง ตระหนักในความรู้สึกนึกคิดของตนเอง¹⁴ ในส่วนการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกว่าตนเองมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ รู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับ¹⁰ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเมินแหล่งประโยชน์ภายในตัวเอง นำไปสู่การผสมผสานและประยุกต์ใช้แหล่งประโยชน์ภายในตัวเองในการเผชิญความเครียด และนำมาซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการกับปัญหา (adaptational outcome) คือ สุขภาวะทางด้านจิตใจ ซึ่งจากการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตใจที่ดี ในทางกลับกัน หากเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมย่อมนำไปสู่การมีสุขภาวะทางด้านจิตใจที่ลดลงได้

การศึกษาสุขภาวะทางด้านจิตใจในผู้ป่วยซึมเศร้ามีความสำคัญ นำไปสู่ความเข้าใจปรากฏการณ์ในมิติของสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยสุขภาวะทางจิตใจที่ดีย่อมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข และลดความรุนแรงของอาการป่วย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษา

สุขภาวะทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย เช่น ความเชื่อทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน รวมถึงทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทสังคมไทย เพื่อการพัฒนาร่องความรู้และเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่มั่นคง ส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น ลดโอกาสกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ การเผชิญปัญหา และสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ และการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

อายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรด้วยวิธีเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 หรือ DSM-5R ว่าเป็นโรคซึมเศร้า Major depressive disorder 2) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวล (anxiety disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคติดสารเสพติด (substance use disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ความผิดปกติทางการรู้คิด (neurocognitive disorders) เป็นต้น 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

สำหรับ เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ความคิดหลงผิด หวาดระแวง เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) ซึ่งใช้เกณฑ์คะแนนมากกว่า 36 คะแนน 2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1 สำหรับสถิติ Pearson's correlation เมื่อกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ระดับ .05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size = .20) เท่ากับ .20¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน

เครื่องมือการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคซึมเศร้าต่อครั้ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย

การรับประทานยา การรักษาโรคซึมเศร้าที่เคยได้รับในระยะเวลา 6 เดือน การนัดติดตามอาการ การปรึกษาเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ จำนวนคำถามทั้งหมด 14 ข้อ

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) พัฒนาโดย Kroenke, Spitzer และ Williams¹⁶ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล, สุจิตา สัมฤทธิ์ และรัตนา สายพานิชย์¹⁷ มีข้อคำถาม 9 ข้อ ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าโดยประเมินจากอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงประสิทธิภาพในการทำงานช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวม 0-27 คะแนน การแปลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือน้อยมาก คะแนน 5-9 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนน 10-14 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน 15-19 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางค่อนข้างรุนแรง คะแนน 20-27 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง¹⁶ ในงานวิจัยครั้งนี้มีการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนของการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

3) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale, PSS-10) พัฒนาโดย Cohen, Kamarck และ Mermelstein¹⁸ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ณพทัย วงศ์ปาริณย์ และทินกร วงศ์ปาริณย์¹⁹ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้ประเมินความเครียดจากความรู้สึกและความคิดเห็นช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาต่อเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 7 และ 8 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนรวม 0-40 คะแนน การแปลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 10-20 หมายถึง

มีความเครียดระดับต่ำ คะแนน 21-31 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง คะแนน 32-40 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนของการศึกษาค้างนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

4) แบบสอบถามความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (Sense of Belonging Instrument-Psychological State, SOBI-P) พัฒนาโดย Hagerty และ Patusk¹⁰ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย โสภณ แสงอ่อน²⁰ มีข้อคำถาม 16 ข้อ ใช้ประเมินประสบการณ์ความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 และข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนนรวม 16-64 คะแนน คะแนนรวมที่สูง หมายถึง การมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมสูง และคะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง การมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมต่ำ จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนของการศึกษาค้างนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

5) แบบสอบถามการมีสติ (Philadelphia Mindfulness Scale, PHLMS) พัฒนาโดย Cardaciotto และคณะ²¹ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, อรวรรณ ศิลปกิจ และภัทราพร วิสาจันทร์²² มีข้อคำถาม 20 ข้อเป็นข้อคำถามที่มีความหมายถึงการตระหนักรู้ คือ การรับรู้ประสบการณ์ปัจจุบันที่ปรากฏทางประสาทสัมผัสหรือทางใจ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19 และข้อคำถามที่มีความหมายถึงการยอมรับ คือ การรับรู้โดยไม่ตัดสิน ไม่ปฏิเสธ ไม่ว่าจะมีประสบการณ์อะไรมาก่อน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวม 20-100 คะแนน

คะแนนรวมที่สูง หมายถึง การมีสติสูง และคะแนนรวมที่น้อย หมายถึง การมีสติน้อย จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนของการศึกษาค้างนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

6) แบบสอบถามกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (Brief COPE inventory Thai version) พัฒนาโดย Carver²³ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ธนนันต์ นุ่มแสง และธิดาตันตระกูลโรจน์²⁴ มีข้อคำถาม 28 ข้อ เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับความเครียดในชีวิตที่เคยเผชิญมา ซึ่งแบ่งออกเป็น 14 รูปแบบกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดตามการศึกษาของ Foster¹³ แบ่งออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ 1) adaptive coping เป็นการเผชิญกับปัญหาแบบการปรับตัวเหมาะสม ได้แก่ การรับมือกับความเครียดเชิงรุก (active coping), การวางแผน (planning), การแสวงหาความช่วยเหลือ (using instrumental support), การปรับมุมมองเชิงบวก (positive reframing), การยอมรับ (acceptance), การใช้อารมณ์ขัน (humor), การใช้หลักศาสนา (religion), การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ (using emotional support), การเบี่ยงเบนความสนใจ (self-distraction), การระบายความรู้สึก (venting) และ 2) maladaptive coping เป็นการเผชิญกับปัญหาแบบการปรับตัวไม่เหมาะสม ได้แก่ การใช้สารเสพติด (substance use), การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา (behavioral disengagement), การตำหนิตนเอง (self-blame) และการปฏิเสธปัญหา (denial)

คะแนนรวมของการเผชิญปัญหาที่สูง หมายถึง การนำวิธีการเผชิญปัญหานั้นมาใช้มาก และคะแนนรวมการเผชิญปัญหาที่ต่ำ หมายถึง การนำวิธีการเผชิญปัญหานั้นมาใช้น้อย จากการทดสอบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 150 คน ของการศึกษาค้างนี้ พบว่า ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .80 ของด้าน adaptive coping เท่ากับ .87 และของ maladaptive coping เท่ากับ .75

7) แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-Being Scale Thai version) พัฒนาโดย Ryff และ Keyes⁶ แปรย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ปิยาณี คล้ายนิล-โยบาส และคณะ²⁵ ใช้ประเมินสุขภาวะทางจิตใจ 6 มิติ คือ ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) การมีเป้าหมายในชีวิต (purpose in life) ความสามารถในการจัดการสภาพแวดล้อม (environment mastery) และการมีความงอกงามในตนเอง (personal growth) มีข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 8, 15, 16, 18 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-6 คะแนนรวม 18-108 คะแนน คะแนนรวมที่สูง หมายถึง การมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี และคะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง การมีสุขภาวะทางจิตใจที่ไม่ดี จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 150 คนของการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2024/839.0403) และคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพथวิทยา (Q011q/67) และได้รับการอนุมัติในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2567 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชและยาเสพติด เพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเรื่องโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บข้อมูลการวิจัย การรักษาความลับการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) ก่อนลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 7 ชุด มีข้อคำถามทั้งหมด 114 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40-60 นาที ผู้วิจัยเริ่มต้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ภายหลังประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามต่อไป และหากกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมจึงเริ่มสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดแบบสอบถามความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมแบบสอบถามการมีสติ และให้กลุ่มตัวอย่างพัก 5 ถึง 15 นาที จึงค่อยเริ่มต้นตอบในแบบสอบถามกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น และแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในห้องที่มีสภาพแวดล้อมเงียบสงบ ภายหลังการเก็บข้อมูลครบตามจำนวนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ย 38 ปี (SD = 11.12) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 56) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.3) จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี (ร้อยละ 44) ประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 51.3) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยสิทธิกรมบัญชีกลาง (ร้อยละ 54) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 37.3)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระยะเวลาการป่วยอยู่ในช่วง 0-5 ปี (ร้อยละ 66.7) ($\bar{X}$ = 4.76 ปี, SD = 4.58) รับประทานยาต้านอาการซึมเศร้าสม่ำเสมอ (ร้อยละ 72.7) ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน รักษาด้วยการรับประทานยาอย่างเดียว ไม่มีการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 95.3) มีการนัดติดตามอาการมากกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 55.3) ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา

โรคซึมเศร้าต่อครั้ง (ร้อยละ 68.7) และไม่มีแหล่งสนับสนุนเมื่อมีความรู้สึกไม่สบายใจ (ร้อยละ 42.7)

2. ลักษณะทั่วไปของตัวแปรที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า 13.43 (SD = 6.87) ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างรุนแรง (สอดคล้องตามตารางที่ 1) มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเครียดเท่ากับ 22.06 (SD = 7.67) ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.3) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมเท่ากับ 41.21 (SD = 9.00) การมีสติเท่ากับ 74.81 (SD = 10.34) การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสมเท่ากับ 58.37 (SD = 10.42) การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสมเท่ากับ 16.91 (SD = 4.82) และสุขภาวะทางจิตใจ 70.08 (SD = 13.40) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม และสุขภาวะทางจิตใจ

ตัวแปร	n (%)	ช่วงคะแนนจริง	Min-max	$\bar{X} \pm SD$
อาการซึมเศร้า	150 (100)	0-27	0-25	13.43 $\pm$ 6.87
- ไม่มีหรือมีน้อยมาก	22 (14.7)	0-4	0-4	2.27 $\pm$ 1.52
- เล็กน้อย	24 (15.9)	5-9	5-9	7.46 $\pm$ 1.19
- ปานกลาง	32 (21.3)	10-14	10-14	12.16 $\pm$ 1.40
- ปานกลางค่อนข้างรุนแรง	42 (28.1)	15-19	15-19	17.19 $\pm$ 1.63
- รุนแรง	30 (20)	20-27	20-25	22.47 $\pm$ 1.74
ความเครียด	150 (100)	0-40	0-37	22.06 $\pm$ 7.67
- ไม่มี	10 (6.7)	0-9	0-9	6.20 $\pm$ 2.74
- ระดับต่ำ	46 (30.6)	10-20	10-20	15.59 $\pm$ 3.28
- ระดับปานกลาง	80 (53.3)	21-31	21-31	25.68 $\pm$ 2.92
- ระดับสูง	14 (9.4)	32-40	32-37	34.00 $\pm$ 2.08
ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม	150 (100)	16-64	22-63	41.21 $\pm$ 9.00
การมีสติ	150 (100)	20-100	38-96	74.81 $\pm$ 10.34
การเผชิญปัญหา	150 (100)	28-112	43-97	72.10 $\pm$ 10.30
- การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม	150 (100)	20-80	27-80	58.37 $\pm$ 10.42
- การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม	150 (100)	8-32	8-32	16.91 $\pm$ 4.82
สุขภาวะทางจิตใจ	150 (100)	18-108	30-99	70.08 $\pm$ 13.40

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.67, p < .01$) ($r = -.75, p < .01$) ($r = -.49, p < .01$) ตามลำดับ

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .69, p < .01$) ($r = .55, p < .01$) และการมีสติมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .11, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม และสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการซึมเศร้า	1						
2. การรับรู้ความเครียด	.81**	1					
3. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม	-.61**	-.58**	1				
4. การมีสติ	.08	.10	-.04	1			
5. การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม	-.40**	-.43**	.32**	.41**	1		
6. การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม	.47**	.46**	-.44**	.08	-.16*	1	
7. สุขภาวะทางจิตใจ	-.67**	-.75**	.69**	.11	.55**	-.49**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.67, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ของ Lazarus และ Folkman⁶ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญสถานการณ์ จะมีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ ซึ่งลักษณะส่วนบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ความเครียด โดยหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับของโรคซึมเศร้าสูงจะทำให้การรับรู้ต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมในเชิงลบ และประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดความเครียดง่ายมากกว่าคนปกติ และเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถเผชิญได้ อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี หรือการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ไม่ดี สอดคล้องกับงานวิจัย

ของ Weijers และคณะ⁵ ที่พบว่าระดับของอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจ⁵

การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.75, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลเสียต่อสวัสดิภาพของตนเอง หรือรับรู้ว่าคุณเองอยู่ในสถานการณ์ความเครียด ผู้ป่วยจะพยายามในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และนำมาซึ่งผลลัพธ์ในการปรับตัว⁸ ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 42.7 ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มระดับความเครียด เนื่องจากการขาดการสนับสนุนทางอารมณ์อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกโดดเดี่ยว ไม่สามารถระบายความเครียดหรือขอคำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเจอกับปัญหาจะประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่

และหากไม่มีแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ ย่อมประเมินเหตุการณ์ว่าเกินความสามารถของตนเองจะรับมือ และทำให้เกิดความเครียดในระดับที่สูง⁸ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการรับรู้ความเครียดในระดับสูง จะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาต้านเศร้าลดลง²⁶ ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง และนำไปสู่ผลลัพธ์ในการปรับตัวหรือสภาวะทางจิตใจที่แย่ลงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuhn และคณะ²⁷ พบว่า การรับรู้ความเครียดที่สูงทำให้การดำเนินโรคซึมเศร้าแย่ลง ส่งผลให้มีสภาวะทางจิตใจลดลง²⁷

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .69, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ว่าคุณเองอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะมีการแสวงหาแหล่งประโยชน์ภายในตนเอง⁸ ซึ่งในที่นี้คือการรับรู้ความรู้สึกเป็นส่วนของกลุ่มและสังคม โดยการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงการมีตัวตนและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมที่ตนอาศัยอยู่หรือได้รับการยอมรับเป็นพวกพ้อง ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันกันในกลุ่มเป็นการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลหนึ่งสู่บุคคล สถานที่ และสิ่งอื่น ๆ และการมีความสัมพันธ์ที่ดีของมนุษย์ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รับรู้ว่าคุณเองไม่ได้เผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง ส่งผลให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย เกิดพลังบวกในการเผชิญปัญหาและสามารถตั้งศักยภาพหรือกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาของตนเองมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดี คือ การมีสภาวะทางจิตใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Fisher และคณะ²⁸ พบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีความสัมพันธ์ในการลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า²⁸ โดยเมื่อความรุนแรงหรืออาการซึมเศร้าลดลง ย่อมเป็นการบ่งบอกถึงการมีสภาวะทางจิตใจที่ดี⁵

การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .55, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับมือกับความเครียดเชิงรุก ($r = .48, p < .01$) การวางแผน ($r = .28, p < .01$) การแสวงหาความช่วยเหลือ ($r = .27, p < .01$) การยอมรับ ($r = .46, p < .01$) การเบี่ยงเบนความสนใจ ($r = .17, p < .05$) การปรับมุมมองเชิงบวก ($r = .42, p < .01$) การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ ($r = .51, p < .01$) การใช้หลักศาสนา ($r = .29, p < .01$) และการใช้อารมณ์ขัน ($r = .35, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman⁸ และ Foster¹³ สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลพยายามจัดการกับปัญหาโดยใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยการหาสาเหตุและเข้าไปจัดการหรือแก้ไขปัญหานั้นให้หมดไป หรือผ่านไปได้ด้วยดี แต่บางครั้งปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ทันที จึงต้องมีกลวิธีในการผ่อนคลายความเครียดเพื่อรอเวลาที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาลีกครั้ง กล่าวคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการเลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาแบบเหมาะสม ทั้งการมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งจัดการอารมณ์ เพื่อให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายขึ้น แสดงถึงความสามารถในการควบคุมสมดุลภายในจิตใจให้อยู่ในสภาวะปกติ และเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงการมีสภาวะทางจิตใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Bradson และ Strober²⁹ พบว่า การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคเส้นประสาทเสื่อมซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า

การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = -.49, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การตำหนิตนเอง ($r = -.43, p < .01$) การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ($r = -.43, p < .01$) และการใช้สารเสพติด ($r = -.30, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคนที่ผู้ป่วยพยายามจัดการกับปัญหาโดยใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาแบบการตำหนิตนเอง การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา และการใช้สารเสพติด จะทำให้มีความรู้สึกผ่อนคลายเพียงชั่วคราว ซึ่งการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสมนี้ ทำให้ปัญหาไม่ได้รับแก้ไขหรือบรรเทาและสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เช่น การใช้สารเสพติด ซึ่งการใช้สารเสพติดทำให้ร่างกายแย่ลง โดยการที่สภาวะร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ย่อมทำให้สภาวะทางจิตใจไม่สมบูรณ์ตามไปด้วยหรือคือการมีสุขภาวะทางจิตใจแย่ลง

การมีสติไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($r = .11, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การมีสติถือเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคลอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถควบคุมตนเองให้เตรียมรับมือกับปัญหาหรือสถานการณ์ไม่พึงประสงค์ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ และนำมาซึ่งผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมหรือการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การมีสติไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจโดยตรง แต่อาจส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจโดยอ้อม อาจเป็นไปได้ว่าการมีสติทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลในการลดความเครียดและอาการซึมเศร้า รวมถึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม กับสถานการณ์ความเครียดนั้น และนำมาซึ่งการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Huynh³⁰ พบว่า การมีสติเป็นตัวแปรส่งผ่านที่จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง และสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้น โดยการ

มีสติจะช่วยควบคุมความเครียดหรือความทุกข์ภายในจิตใจให้ลดลงจนนำไปสู่สุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น³⁰

ในการศึกษานี้ผลการศึกษา พบว่า อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด และการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชิงลบ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชิงบวก ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาซึ่งเป็นการศึกษาในบริบทต่างประเทศ^{5,27-29} หากแต่การมีสติไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษานี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ บทบาทของการมีสติในการศึกษานี้ อาจทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านมากกว่าตัวแปรอิสระโดยตรง กล่าวคือ การมีสติอาจไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาวะทางจิตใจ แต่ส่งผ่านกลไกหรือตัวแปรอื่น เช่น การควบคุมอารมณ์ การยอมรับ รูปแบบการเผชิญปัญหาในเชิงบวก ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ และนอกจากนี้ผลการศึกษาดังกล่าวการมีสติ มีความแตกต่างจากการศึกษาของ ไพรัตน์ ชมภูบุตร และคณะ³¹ ที่ทดสอบโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (mindfulness-based cognitive therapy) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทประเทศไทย และผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในได้ และมีผลทำให้อาการโรคซึมเศร้าลดลง³¹ แสดงให้เห็นว่าการมีสติที่เกิดจากการถูกฝึกฝนอย่างเป็นระบบ ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการฝึกการมีสติอย่างเป็นระบบ อาจเข้าใจและปฏิบัติการมีสติไม่ชัดเจนหรือเป็นรูปธรรม ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีสติกับสุขภาวะทางจิตใจก็เป็นได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด และการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชิงลบ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชิงบวก ดังนั้นพยาบาลควรมีการจัดกิจกรรมการจัดการความเครียดและอาการซึมเศร้า การส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา การส่งเสริมการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม เพื่อเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดียิ่งขึ้น ในด้านการวิจัยควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้นต่อไป นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อขยายองค์ความรู้ โดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก จากโรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรอื่น การศึกษาในครั้งต่อไปจึงควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปสู่สถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ต่อไป

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013. 188 p.
2. World Health Organization. Depressive disorder (depression). Geneva, WHO; 2023 [cited 2025 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Report on statistics of depression in Thai society: the silent emotional danger of modern people. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>. (in Thai).
4. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Suicide rate report by year 2023. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2023 [cited 2024 May 16]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>. (in Thai).
5. Weijers A, Rasing S, Creemers D, Vermulst A, Schellekens AFA, Westerhof GJ. Deconstructing recovery: a prospective study on well-being, symptom severity and acceptance in patients with major depressive disorders. J Affect Disord. 2022;296:653-9. doi: 10.1016/j.jad.2021.09.048.
6. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995; 69(4):719-27. doi: 10.1037//0022-3514.69.4.719.
7. Toth C, Johnson MLK, Heinzerling A, Trapp N. Response to TMS treatment for depression associated with higher levels of psychological well-being. J Psychiatr Res. 2022;150:142-6. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.03.030.

8. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984. 437 p.
9. Xiong N, Liu Q, Lv X, Leonhart R, Tian H, Wei J, et al. Demographic and psychosocial variables could predict the occurrence of major depressive disorder, but not the severity of depression in patients with first-episode major depressive disorder in China. *J Affect Disord.* 2020;274:103-11. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.065.
10. Hagerty B, Patusky K. Developing a measure of sense of belonging. *Nurs Res.* 1995;44(1):9-13.
11. Treichler EBH, Lucksted AA. The role of sense of belonging in self-stigma among people with serious mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J.* 2018;41(2):149-152. doi: 10.1037/prj0000281.
12. Iani L, Quinto RM, Lauriola M, Crosta ML, Pozzi G. Psychological well-being and distress in patients with generalized anxiety disorder: the roles of positive and negative functioning. *PLoS One.* 2019; 14(11):e0225646. doi: 10.1371/journal.pone.0225646.
13. Foster A. Traumatic life events and symptoms of anxiety: moderating effects of adaptive versus maladaptive coping strategies [master' thesis]. Johnson City, TN: East Tennessee State University; 2014. 108 p.
14. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822-48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
15. Rayan AHR. Mindfulness, quality of life, and severity of depressive symptoms among patients with schizophrenia and patients with major depressive disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2017;55(5):40-50. doi: 10.3928/02793695-20170420-05.
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
17. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry.* 2008;46(8):1-7. doi: 10.1186/1471-244X-8-46.
18. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.
19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med.* 2010;4:1-6. doi: 10.1186/1751-0759-4-6.
20. Sangon S. Predictors of depression in Thai women. *Res Theory Nurs Pract.* 2004;18(2-3):243-60. doi: 10.1891/rtnp.18.2.243.61276.
21. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment.* 2008;15(2):204-23. doi: 10.1177/1073191107311467.

22. Silpakit C, Silpakit O, Wisajun P. The validity of Philadelphia Mindfulness Scale Thai version. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2011;19(3):140-7. (in Thai).
23. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
24. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the brief COPE inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(2):189-98. (in Thai).
25. Klainin-Yobas P, Thanoi W, Vongsirimas N, Lau Y. Evaluating the English and Thai-versions of the psychological well-being scale across four samples. *Psychology*. 2020;11(1):71-86. doi: 10.4236/psych.2020.111006.
26. Barbon A, Magri C. RNA editing and modifications in mood disorders. *Genes (Basel)*. 2020;11(8):872. doi: 10.3390/genes11080872.
27. Kuhn M, Steinberger DC, Bendezu JJ, Ironside M, Kang MS, Null KE, et al. Psychobiological stress response profiles in current and remitted depression: a person centered, multisystem approach. *Biol Psychiatry Glob Open Sci*. 2024;5(1):100400. doi: 10.1016/j.bpsgos.2024.100400.
28. Fisher LB, Overholser JC, Ridley J, Braden A, Rosoff C. From the outside looking in: sense of belonging, depression, and suicide risk. *Psychiatry*. 2015;78(1):29-41. doi: 10.1080/00332747.2015.1015867.
29. Bradson ML, Strober LB. Coping and psychological well-being among persons with relapsing-remitting multiple sclerosis: the role of perceived self-efficacy. *Mult Scler Relat Disord*. 2024;84:105495. doi: 10.1016/j.msard.2024.105495.
30. Huynh TN. Understanding the roles of connection to nature, mindfulness, and distress on psychological well-being [dissertation]. Lincoln, NE: University of Nebraska; 2017. 96 p.
31. Choompubut P, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J, Saima-in H. Development and the effect of self-management with mindfulness-based cognitive therapy program for preventing relapse among people with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2022;36(3):117-40. (in Thai).