

ภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มา
รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Depression, Associated Role Commitment and Coping Strategies in Female
Patients with Depressive Disorders in Psychiatric Outpatient Department, King
Chulalongkorn Memorial Hospital



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญ ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	น.ส.พลอย เชนศรี
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

----- คณะบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

----- ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

----- อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย)

----- กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

พลอย เชนศรี : ภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (Depression, Associated Role Commitment and Coping Strategies in Female Patients with Depressive Disorders in Psychiatric Outpatient Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. นพ.พีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศึกษาความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา : ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านแผนกจิตเวชศาสตร์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 เป็นโรคซึมเศร้าหลักหรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือโรคซึมเศร้าสองชนิดทับซ้อนกัน จำนวน 152 คน ใช้วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงหรือแบบตามเกณฑ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องตอบแบบสอบถามรวมทั้งหมด 5 ชุด ข้อ ด้วยตนเอง ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ 2) แบบประเมินซึมเศร้าฉบับภาษาไทย จำนวน 21 ข้อ 3) แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย จำนวน 31 ข้อ 4) แบบวัดการเผชิญปัญหา จำนวน 39 ข้อ 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ และผู้วิจัยบันทึกแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 4 ข้อ นำเสนอความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ข้อมูลความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย กลวิธีการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม เป็นค่าสัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ในกรณีที่มีข้อมูลเป็นเชิงลักษณะ และใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยในกรณีที่มีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง โดยอาศัยการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง 37 คน (ร้อยละ 24.3) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำมาก 20 คน (ร้อยละ 13.2) อยู่ในระดับเล็กน้อย 37 คน (ร้อยละ 24.3) อยู่ในระดับปานกลาง และ 58 คน (ร้อยละ 38.2) อยู่ในระดับรุนแรง คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงคือ 24.24 ± 13.79 คะแนนจากคะแนนเต็ม 63 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ผู้ป่วยเพศหญิงส่วนใหญ่มีความผูกพันในบทบาทผู้ดูแลบิดามารดามากที่สุด (3.83 ± 1.01) กลวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเพศหญิงใช้มากที่สุดคือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา (3.44 ± 0.63) ในระดับมาก (82 คน ร้อยละ 53.9) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (55.16 ± 13.56) โดยปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ได้แก่ การมีบทบาทผู้ดูแลบิดามารดาในระดับต่ำมากที่สุด การมีบทบาทญาติพี่น้องในระดับต่ำมากที่สุด การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ในระดับต่ำ ($p < 0.05$) อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท ไม่มีภาวะการดูแลสามีถึงระดับค่อนข้างน้อย การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาในระดับต่ำมากที่สุดแบบหลักหนึ่งในระดับปานกลางถึงมากที่สุด การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านในระดับต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ ($p < 0.01$) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ พบปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน ไม่มีภาวะการดูแลสามีถึงค่อนข้างน้อย กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาในระดับต่ำมากที่สุด กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลักหนึ่งในระดับปานกลางถึงมากที่สุด และการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ

สรุปผลการศึกษา : คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าเพศหญิงอยู่ในระดับปานกลาง โดยความผูกพันต่อบทบาทต่ำ การเผชิญปัญหาแบบหลักหนึ่งแทนการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาและการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทที่หลากหลาย ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม อาจช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6370031830 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Depressive disorders, Role commitment, Coping strategies, Social support

Ploy Chensy : Depression, Associated Role Commitment and Coping Strategies in Female Patients with Depressive Disorders in Psychiatric Outpatient Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Advisor: Assoc. Prof. Peeraphon Lueboonthavatchai, M.D.

Objective : To determine the severity of depression, role commitment, coping strategies, and associated factors of depression in moderate to severe level in female patients with depressive disorders in Psychiatric Outpatient Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods : 152 patients aged 18 years and above diagnosed as major depressive disorder (MDD) or persistent depressive disorder (dysthymia) or double depression using DSM-5 criteria were recruited. All participants completed 5 questionnaires; 1) 11 items of Demographic Questionnaire, 2) 21 items of Beck Depression Inventory-II (BDI-II) – Thai Version, 3) 31 items of Multiple Role Commitment Questionnaire, 4) 39 items of Coping Scale, 5) 16 items of Social Support Questionnaire. All subjects' medical data forms were completed by the researcher. The severity of depression, demographic data, role commitment, coping strategies, and social support were presented in proportion and percentage. The associated factors of depression in moderate to severe level were analyzed by the chi-square test and Fisher's Exact test. Binary logistic regression was performed to identify the potential predictors of depression in moderate to severe level. A p-value of less than 0.05 was statistically significant.

Results : 37 female depressed patients scored low depression level, 20 patients scored minimal depression level, 37 patients scored moderate depression level, and 58 patients scored severe depression level. The mean score (with SD) of the depression severity in female depressed patients was 24.24 ± 13.79 , which was in the moderate level, from the total score of 63. Most female depressed patients were committed to the caregiver role the most (3.83 ± 1.01). 82 patients frequently used problem focused coping strategy (3.44 ± 0.63). Depressed patients received moderate social support (55.16 ± 13.56). Factors associated with depression in moderate to severe level in female patients were having low caregiver role commitment, having low kinship role commitment, extremely low-to-low use of seeking social support coping strategy, receiving low emotional support ($p < 0.05$), age of under or equal to 30 years, income of less or equal to 20,000 baht per month, none-to-low husband care burden, extremely low-to-low use of problem focused coping strategy, moderate-to-extremely high use of avoidance coping strategy, low social support, and low informational support ($p < 0.01$). The binary logistic regression analysis indicated that factors were female aged lower or equal 30 years, low income, and low husband care burden, low caregiver role commitment, kinship role commitment, low coping strategies in problem focused and seeking social support, high avoidance coping strategy, and low social support.

Conclusion : The mean score of depression in female patients was in the moderate level. Low role commitment, high use of avoidance coping strategy, low use of problem focused and seeking social support coping strategy, and low social support were significantly associated with depression in moderate to severe level in female patients. Promoting multiple role commitment, using the suitable coping strategies, and increasing social support may help to reduce female patients' depressive symptoms.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุญธวัชชัย ที่ได้กรุณารับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์ได้ให้ความเมตตาแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ทั้งในด้านเนื้อหาวิชาการ กระบวนการวิจัย ตลอดจนการให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ โดยในการจัดทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ท่านอาจารย์ได้กรุณาสละเวลาในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้คำชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ อย่างเต็มที่ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุญธวัชชัย จึงเป็นครูผู้เป็นแบบอย่างด้านการอุทิศตนในการปฏิบัติหน้าที่อาจารย์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยซาบซึ้งและระลึกในพระคุณของท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ท่านอาจารย์ได้ให้ความรู้ในด้านหลักการวินิจฉัยโรค การใช้เครื่องมือ และตรวจทานแก้ไขการวิเคราะห์ทางสถิติให้แก่ผู้วิจัย ซึ่งเป็นความรู้ทางวิชาการที่มีคุณค่าที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ แก้ไข ปรับปรุงข้อมูลในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ที่ได้ให้ความเมตตา มา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ท่านอาจารย์ได้กรุณาให้คำแนะนำในด้านภาพรวมของการเขียน รวมถึงภาษาที่ใช้ในการเขียนวิทยานิพนธ์ ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้รับจากท่านอาจารย์นั้นมีคุณค่าอย่างมากและเป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์มา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย คุณพิศสมัย อรทัย ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย คณะบดี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบวัดการเผชิญปัญหา ซึ่งพัฒนาโดย คุณปรารณา เล็กสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุญธวัชชัย ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลทุกท่านในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้อำนวยความสะดวกตลอดเวลาในการเก็บข้อมูล และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน นอกจากนี้ยังขอขอบพระคุณอ.ดร.จिता ประสาทพรศิริโชค ที่ได้ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ทางสถิติ และเพื่อนนิสิตในหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำในการทำวิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว และบุคคลที่อยู่เคียงข้างผู้วิจัย ที่เป็นกำลังใจสำคัญ พร้อมทั้งสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ ด้านด้วยดีเสมอมา

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	1
บทที่ 1 บทนำ (Introduction to the Study).....	2
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)	2
คำถามการวิจัย (Research questions).....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)	5
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)	5
ขอบเขตของการวิจัย (Research Scope).....	5
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation Definitions)	6
ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefits and Applications)	7
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review).....	9
ส่วนที่ 1 โรควิตกกังวล (Depressive disorders).....	10
1.1 ความหมายของโรควิตกกังวล	10
1.2 สาเหตุของโรควิตกกังวล	11

1.3 อาการของโรคซึมเศร้า.....	13
ส่วนที่ 2 ความผูกพันต่อบทบาท (Role commitment).....	13
2.1 ความหมายของบทบาท.....	13
2.2 ลักษณะของความผูกพันต่อบทบาท	14
2.3 การวัดความผูกพันต่อบทบาท	17
ส่วนที่ 3 กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies).....	18
3.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา.....	18
3.2 รูปแบบกระบวนการของการเผชิญความเครียด.....	19
3.3 รูปแบบกลวิธีการเผชิญปัญหา	21
ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support).....	22
4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	22
ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง (Review of the related literatures).....	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)	26
รูปแบบการวิจัย (Research design).....	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and samples).....	26
ประชากรเป้าหมาย (Target population).....	26
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Sample population)	26
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)	26
วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique).....	27
เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร (Measurement)	28
การขออนุญาตใช้เครื่องมือ (Measurement Permissions)	32
การตรวจความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัย (Measurement Reliability).....	33
ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Study Method and Data Collection)	33

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (Statistical Analysis)	34
บทที่ 4 ผลการศึกษา (Results)	35
ตอนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล.....	36
ตอนที่ 2 แสดงระดับภาวะซีมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง.....	48
ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของภาวะซีมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง.....	52
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ (Summary, Conclusion and Recommendations)	64
สรุปผลการวิจัย (Conclusion).....	64
อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)	65
การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ (Clinical Implications)	70
ข้อจำกัดของการศึกษา (Study Limitations).....	71
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป.....	71
ภาคผนวก	72
บรรณานุกรม	97
ประวัติผู้เขียน	104

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152).....	36
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับ การรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)	43
ตารางที่ 3 แสดงชนิด และระยะเวลาของยาแต่ละชนิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการ รักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152).....	45
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับ การ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152).....	48
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	48
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศ หญิงกับระดับกลวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน (n = 152).....	50
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศ หญิงกับระดับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน (n = 152).....	51
ตารางที่ 8 ความเกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งได้แก่ ความผูกพันใน บทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152).....	52
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152).....	56
ตารางที่ 10 สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)	61
ตารางที่ 11 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152).....	62

บทที่ 1

บทนำ (Introduction to the Study)

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคจิตเวชที่มีลักษณะความผิดปกติทางอารมณ์ และได้สร้างความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นจากอาการของโรคหรือผลกระทบต่อหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยจากการศึกษาในปีพ.ศ. 2553 พบความชุกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงสูงเป็น 2 เท่าของเพศชาย⁽¹⁾ จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability) ในเพศหญิง และเป็นสาเหตุหลักอันดับ 3 ในเพศชาย⁽²⁾ การศึกษาพบว่าในประเทศที่กำลังพัฒนาบางประเทศ การเป็นผู้หญิงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคทางจิตเวชของเพศหญิง โดยผู้หญิงหลายคนมีความทุกข์ที่เกิดจากความยากจน เช่น การเข้าไม่ถึงการศึกษา ความรุนแรงในครอบครัว การคลุมถุงชน โอกาสที่จำกัดในการทำงาน และการไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมนอกบ้าน⁽³⁾

โรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) เป็นชนิดของโรคซึมเศร้าที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งอายุเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้าหลัก คือประมาณ 40 ปี อาการที่มักพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ สมาธิและความจำลดลง น้ำหนักลด นอนไม่หลับ รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง จนสามารถนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ประกอบด้วย พันธุกรรม การทำงานผิดปกติของสมอง สารสื่อประสาทและฮอร์โมน และปัจจัยทางจิตสังคม ประกอบด้วย ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ปัญหาสัมพันธภาพและสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต⁽¹⁾

ปัญหาสัมพันธภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางจิตเวช โดยจากการศึกษาของ Weissman และคณะ (2000) พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief/bereavement) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) และความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า⁽⁴⁾ จากการศึกษาของ พิรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้านตามการศึกษาของ Weissman และคณะ ต่างก็มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของ

ผู้ป่วยที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ($p < 0.01$) โดยปัญหาสัมพันธภาพที่พบมากที่สุด ในผู้ป่วยซึมเศร้าคือความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (ร้อยละ 56.1) เช่น การไม่ลงรอยหรือมีปัญหาในการสื่อสารกับบุคคลใกล้ชิด ทำให้เกิดความไม่สบายใจในการใช้ชีวิตร่วมกัน หรือเกิดการทะเลาะเบาะแว้ง เป็นต้น⁽⁵⁾

นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายคนก็อาจมีบทบาทในชีวิตไม่มากนัก เนื่องมาจากความยากลำบากในการดำรงบทบาท ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลในบทบาทต่างๆ หรือภาวะในบทบาทที่มากเกินไป โดยส่งผลกระทบต่อความผูกพันต่อบทบาท ซึ่งหมายถึง การแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจ ความเต็มใจ และความตั้งใจ ต่อหน้าที่ความรับผิดชอบที่ตนเองกำหนดหรือตามผู้อื่นคาดหวัง และถึงแม้ว่าผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เด่นชัด แต่ผู้ป่วยทุกคนต่างก็ยังคงมีความผูกพันต่อบทบาทชีวิตของตนในอีกหลายด้านไม่มากนักน้อย โดยเฉพาะเพศหญิงที่ต้องมีบทบาทต่อครอบครัว บทบาทการทำงาน บทบาทผู้ดูแลบิดามารดา บทบาทต่อเครือญาติ บทบาทต่อเพื่อน และบทบาทต่อชุมชนสังคม เป็นต้น⁽⁶⁾ ทำให้บางปัญหาสัมพันธภาพมีความเกี่ยวข้องกับความผูกพันต่อบทบาทของผู้ป่วยซึมเศร้าเพศหญิงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นโรคซึมเศร้าของผู้หญิงจำนวน 25 คน ที่อำเภอหนึ่งในจังหวัดยโสธร พบว่าปัญหาในบทบาทที่ผู้หญิงพบเจอ มักเป็นปัญหาภายในครอบครัวที่หนักและสำคัญ และผู้หญิงหลายคนรู้สึกจัดการแก้ไขไม่ได้ นำไปสู่วงจรการเก็บตัว และคิดอย่างหมกมุ่นอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคซึมเศร้า และถึงแม้ว่าจะหาวิธีการเผชิญปัญหาหลากหลายวิธี ก็ยังไม่สามารถจัดการได้ จนสุดท้ายจึงต้องใช้วิธีจำยอมและอดทนต่อความเครียดที่เกิดขึ้น โดยพฤติกรรมลักษณะนี้พบว่าเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁽⁷⁾ แต่ในขณะเดียวกัน การศึกษาของ Ruderman และคณะ (2016) ก็พบว่าการทำหน้าที่ในหลายบทบาทไม่ได้ก่อให้เกิดผลทางลบแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังสามารถช่วยให้บุคคลมีโอกาสนในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และแสดงออกถึงทักษะและความสามารถ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางบวกในด้านสุขภาพจิต⁽⁸⁾ และในการศึกษาในประเทศเกาหลี (2020) ก็ยังพบว่า การมีบทบาทที่หลากหลายกลับส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้หญิง เนื่องจากผู้หญิงจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกประสบความสำเร็จ และมีตัวตนในสังคม⁽⁹⁾

และเมื่อผู้หญิงต้องเผชิญกับปัญหาในบทบาทต่างๆ ก็ย่อมต้องหาวิธีในการจัดการปัญหาในรูปแบบที่หลากหลาย วิธีการเหล่านี้เรียกว่ากลวิธีการเผชิญปัญหา (coping strategies) ซึ่งหมายถึง การจัดการความเครียดด้วยการหาวิธีการแก้ปัญหาในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามจากทั้งภายในจิตใจและภายนอกคลี่คลายลง เช่น เหตุการณ์ความเครียดต่างๆ ในชีวิต⁽¹⁰⁾ ผู้หญิงเองเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ก็จะมีกลวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ การมีความหวังในชีวิต ทักษะในการแก้ปัญหา การได้รับ

ความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว หรือทางเลือกที่มีในการจัดการกับปัญหา⁽¹¹⁾ โดยจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Pereira และคณะ (2007) เกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นโรคซึมเศร้าของผู้หญิง 28 คนในประเทศอินเดียพบว่า เมื่อพวกเขาเผชิญความเครียด กลวิธีการเผชิญปัญหาที่มักจะใช้ได้แก่ การหากิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด การระบายปัญหาให้คนใกล้ชิดฟัง การนอน การพูดคุยกับตัวเองภายในใจ และการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่⁽¹²⁾ Larzarus และ Folkman (1984) ได้แบ่งวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ 2 แบบ คือการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) ซึ่งเป็นวิธีการจัดการกับสถานการณ์ด้วยการทำความเข้าใจต้นเหตุของปัญหา คิดหาทางออก และลงมือจัดการกับปัญหา โดยอาจเป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยตรงหรือปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองเพื่อให้ความเครียดคลี่คลายลง และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการทางอารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดจากสถานการณ์ เพื่อบรรเทาความเครียดหรือความทุกข์ ซึ่งหมายรวมถึงการระบายอารมณ์ การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือการปรับเปลี่ยนมุมมอง⁽¹³⁾ ต่อมา Frydenberg และ Lewis (1993) ได้ศึกษาทฤษฎีของ Larzarus และคณะ และได้แบ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาออกเป็น 18 วิธี โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (problem-focused coping) 2) การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) และ 3) การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance)⁽¹⁰⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาสัมพันธภาพในหลายด้าน ทำให้ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างในแต่ละบทบาทของตนเอง นำไปสู่การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี⁽³⁾ แต่ในประเทศไทยยังไม่ค่อยพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันต่อบทบาทของเพศหญิง รวมถึงกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้หญิงที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงได้รับ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหา เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาโรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้หญิงในประเทศไทย

คำถามการวิจัย (Research questions)

1. ภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. ความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ขอบเขตของการวิจัย (Research Scope)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 152 คน ตั้งแต่เดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation Definitions)

1. **โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)** หมายถึง โรคทางจิตเวชที่เกิดจากอารมณ์ซึมเศร้าที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง ไร้ค่า และมีอาการทางกาย ได้แก่ เบื่ออาหารจนน้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือทำร้ายตัวเอง โรคซึมเศร้าแบ่งได้เป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) และโรคซึมเศร้า 2 ชนิดทับซ้อนกัน (double depression or major depressive disorder with dysthymia) ในการศึกษานี้อาศัยการวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5
2. **ภาวะซึมเศร้า (Depression)** หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกหดหู่ เบื่อหน่ายสิ้นหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนสามารถนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory II, BDI - Thai Version) พัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ⁽¹⁴⁾ ประเมินความรุนแรงใน 4 ระดับ ได้แก่ ต่ำมาก เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง และประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (20-63 คะแนน)
3. **ความผูกพันต่อบทบาท (Role commitment)** หมายถึง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจ ความเต็มใจ และความตั้งใจ ต่อหน้าที่ความรับผิดชอบที่ตนเองกำหนดหรือตามที่ผู้อื่นคาดหวัง ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินความผูกพันต่อบทบาทโดยใช้แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย พัฒนาโดย พิศสมัย อรทัย⁽⁶⁾ ตามแนวคิดของ Ruderman และคณะ และ Amatea และคณะ
4. **กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies)** หมายถึง กระบวนการจัดการกับความเครียด ซึ่งอาจเป็นการคุกคามจากทั้งภายในจิตใจและภายนอก เช่น เหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต โดยใช้วิธีการจัดการปัญหาในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นคลี่คลายลง ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหา พัฒนาโดย สุภาพรรณ โคตรจรัส และดัดแปลงโดย พรารรณา เล็กสมบุรณ์⁽¹⁰⁾ ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman
5. **การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)** หมายถึง การที่บุคคลได้รับพฤติกรรมการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลในสังคมที่ได้มีปฏิสัมพันธ์ด้วย ได้แก่ การสนับสนุนทาง

อารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรและวัสดุ ในการศึกษาที่ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) จากเครื่องมือต้นแบบและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ แปลและปรับปรุงให้เข้ากับบริบทสังคมไทยโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽¹⁵⁾

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

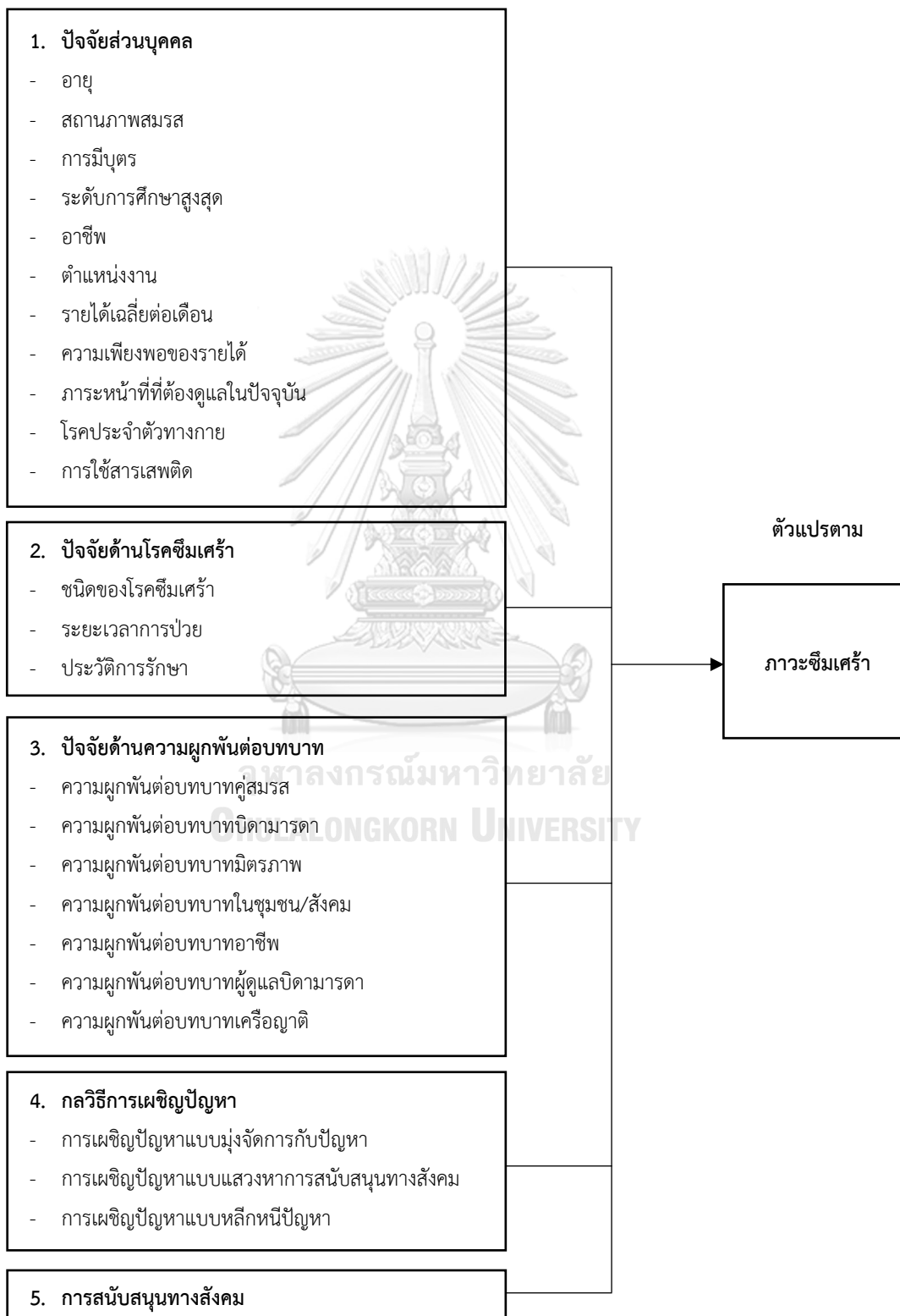
1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้นการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ควรพิจารณาถึงปัจจัยและบริบทของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ด้วย
2. การศึกษาครั้งนี้มีรูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive study) ดังนั้นความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆ ที่พบจึงเป็นเพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์เท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยสาเหตุ เนื่องจากไม่ใช่รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefits and Applications)

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยสาเหตุทางสังคมในการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในเพศหญิง โดยเฉพาะประเด็นด้านความผูกพันต่อบทบาทและกลวิธีการเผชิญปัญหา
2. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาโรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้หญิงในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

ตัวแปรต้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of the Literature)

การศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้มีการแบ่งการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1** โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
 - 1.3 อาการของโรคซึมเศร้า
- ส่วนที่ 2** ความผูกพันต่อบทบาท (Role commitment)
 - 2.1 ความหมายของบทบาท
 - 2.2 ลักษณะของความผูกพันต่อบทบาท
 - 2.3 การวัดความผูกพันต่อบทบาท
- ส่วนที่ 3** กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies)
 - 3.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา
 - 3.2 รูปแบบกระบวนการของการเผชิญความเครียด
 - 3.3 รูปแบบกลวิธีการเผชิญปัญหา
- ส่วนที่ 4** การสนับสนุนทางสังคม (Social support)
 - 4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 5** งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง (Review of the related literatures)

ส่วนที่ 1 โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (depressive disorders) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ครอบครัวย สังคม และเศรษฐกิจ โดยอาการที่มักพบในผู้ป่วยซึมเศร้าได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกหดหู่ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนสามารถนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ โรคซึมเศร้าเกิดในประชากรถึง 1 ใน 5 คนภายในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต และยังเป็นสาเหตุหลักของความบกพร่องทางสุขภาพของคนทั่วโลก⁽¹⁶⁾

Smith (2014) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในโรคที่ทำร้ายมนุษย์มากที่สุด โดยเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ เป็นเพราะมีคนจำนวนมากที่ทุกข์ทรมานเป็นเวลาหลายปีจากโรคนี้นี้ (ราว 350 ล้านคน จากการระบุขององค์การอนามัยโลก) อย่างไรก็ตามในหลายพื้นที่ โรคซึมเศร่ายังคงเป็นโรคที่ไม่ได้ถูกวินิจฉัยและรักษา อันเนื่องมาจากเจตคติตราบาป การขาดแคลนการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และบุคลากรทางการแพทย์ โดยเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรโลกต้องอาศัยอยู่ในประเทศที่มีจิตแพทย์เพียง 2 คน ต่อประชากร 100,000 คน⁽¹⁷⁾

Evans และคณะ (2005) ให้ความหมายถึงโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะอาการผิดปกติทางอารมณ์ แรงผลักดัน ความคิด และกายภาพที่ซับซ้อนต่อการรักษา ยิ่งไปกว่านั้นโรคซึมเศร่ายังมักเป็นโรคเรื้อรังและเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางอารมณ์อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวล⁽¹⁸⁾

Tylee และคณะ (2005) อธิบายว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจแสดงอาการได้หลายรูปแบบ ทั้งทางด้านอารมณ์ (mood symptoms) ด้านความคิด (cognitive function) หรืออาการแสดงทางกาย (neurovegetative function) ผู้ป่วยมักมีอาการเศร้า เครียดง่าย วิตกกังวล หรือรู้สึกไม่มีความสุข อยู่ไม่เป็นสุข หรือมีอาการทางกาย เช่น ไม่มีแรง นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ความอยากอาหารเปลี่ยนไป น้ำหนักลดหรือเพิ่มจนผิดปกติ ในผู้ป่วยบางรายอาจแสดงออกทางกายแบบอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้องหรือปวดท้องน้อย ปวดหลัง เป็นต้น⁽¹⁹⁾

ทวี ตั้งเสรี (พ.ศ. 2546) และคณะ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการและความรู้สึกเศร้าหมอง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า บางคนมีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีผลต่อการดำรงชีวิต⁽²⁰⁾

พิรพจน์ ลือบุญธวัชชัย (พ.ศ. 2553) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าแท้จริงแล้วเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาทางด้านชีวภาพ ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า และการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมถึงการรักษาทางจิตใจและสังคม ได้แก่ การรักษาด้วยจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ⁽¹⁾

1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

พันธุกรรม การศึกษาผ่านมาพบว่า หากสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น และในบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมด้านโรคซึมเศร้าอยู่แล้ว หากเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ก็มักจะมีโอกาสในการเกิดโรคซึมเศร้ามากขึ้น ⁽¹⁾

โครงสร้างของสมอง จากการศึกษาภาพถ่ายโครงสร้างของสมองพบว่า สมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโพรงสมองที่โตขึ้น เปลือกสมองเหี่ยวลง เนื้อสมองลดลง ร่องสมองกว้างขึ้น และในบางรายยังพบว่าบางส่วนของสมองมีขนาดเล็กลง นอกจากนี้ยังพบว่าเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการลดลง โดยเฉพาะในบริเวณสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ⁽¹⁾

ระบบสื่อประสาทและฮอร์โมน สารสื่อประสาทในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการลดลง ได้แก่ norepinephrine serotonin และ dopamine โดยพบว่ายารักษาโรคซึมเศร้าที่ออกฤทธิ์เพิ่มปริมาณและปรับเปลี่ยนความไวของตัวรับสารสื่อประสาทเหล่านี้ สามารถช่วยให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้ และในส่วนของฮอร์โมนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็พบว่ามีการทำงานผิดปกติของฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งหลั่งมากเกินไป และยังพบความผิดปกติของ adrenal axis, thyroid hormone axis และ growth hormones และในผู้หญิงการหมดประจำเดือนและหมดภาวะเจริญพันธุ์ก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ⁽¹⁾

สรีรวิทยาการนอน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายอาจมีความผิดปกติของวงจรการนอนและตื่น เช่น ตื่นเช้ากว่าปกติ ใช้เวลาในการเริ่มนอนนานผิดปกติ หรือมีช่วง rapid eye movement period ที่ยาวกว่าปกติ เป็นต้น ⁽¹⁾

1.2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

ปัจจัยภายในจิตใจ เกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความขัดแย้งภายในจิตใจ โดยอาจเริ่มมาจากการมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีตหรือในวัยเด็ก จนส่งผลต่อสภาพจิตใจในปัจจุบัน เช่น การสูญเสียความเป็นตัวตน หรือความเชื่อมั่นในตัวเอง

Anacker และคณะ (2014) อธิบายว่าประสบการณ์ความเครียดรุนแรงในวัยเด็กส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลเมื่อเกิดความเครียด เด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงหรือละเลยทอดทิ้งที่มีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์เมื่อโตขึ้น⁽²¹⁾

Meltzer และคณะ (2011) อธิบายว่าความผิดปกติทางอารมณ์มีความชุกสูงในเหยื่อของการถูกลั่นแกล้ง (bullying) ผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์การถูกลั่นแกล้งในวัยเด็ก มีความเสี่ยงมากถึงสองเท่าในการฆ่าตัวตายเมื่อเติบโตขึ้น⁽²²⁾

ปัจจัยทางความคิด คือการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง โดยมักเป็นการมองโลก ชีวิต และตัวเองในแง่ลบอย่างไม่สมเหตุสมผล เช่น มองว่าตัวเองไม่เป็นที่ต้องการ ไม่มีความสามารถ หรือโดนเอาเปรียบอยู่ตลอดเวลา และยังมองว่าอนาคตเต็มไปด้วยความทุกข์และความลำบาก

ปัจจัยทางพฤติกรรม พบได้ในผู้ที่ประสบความล้มเหลวหรือผิดหวังซ้ำๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ต่ำหนีดตัวเอง สิ้นหวังหมดอาลัยตายอยาก จนเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่สร้างผลเสียให้กับชีวิตและจิตใจ เช่น การคิดหมกมุ่นกับปัญหาเป็นเวลานาน จนหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมอื่นที่สามารถสร้างความสุขให้แก่ชีวิต เป็นต้น

ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และทำให้อาการคงอยู่ต่อไป ได้แก่เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต และปัญหาทางสัมพันธภาพและสังคม โดยปัญหาสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสีย ความขัดแย้งทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเปลี่ยนผ่านบทบาท และความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

Hagerty (1996) อธิบายว่า มนุษย์ต้องการสังคมโดยธรรมชาติ การรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมสร้างความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์และอาการซึมเศร้า⁽²³⁾

จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด มักพบความเชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม และระดับความพึงพอใจในตัวเอง⁽²⁴⁾ Windle

อธิบายว่า พฤติกรรมซึมเศร้าและการมีปัญหาสัมพันธภาพในสังคมของผู้ใหญ่ อาจก่อให้เกิดการติดสุราและสารเสพติดได้⁽²⁵⁾

1.3 อาการของโรคซึมเศร้า

สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.3.1 อาการทางอารมณ์ (mood symptoms) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกหดหู่ เศร้า เบื่อหน่าย สิ้นหวัง หรือความรู้สึกอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น กังวล หงุดหงิด โกรธ ทำให้ผู้ป่วยหมดความสนใจหรือสนุกกับกิจกรรมที่เคยเพลิดเพลินอย่างเห็นได้ชัด ไม่มีสมาธิและไม่สามารถตัดสินใจได้ในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการอยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย และกระวนกระวาย

1.3.2 อาการทางความคิด (cognitive symptoms) ในส่วนของความคิดและทัศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตัวเองนั้นมักจะเป็นไปในทางด้านลบ เช่น โทษและตำหนิตัวเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่เป็นที่รัก ไม่มีอนาคต จนสามารถนำไปสู่ความคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ ผู้ป่วยหลายคนจึงมีความรู้สึกต้องการพึ่งพาหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น

1.3.3 อาการทางกาย (somatic symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หมดแรงในการทำอะไรต่างๆ มีปัญหาการนอน ความอยากอาหารและน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง ความต้องการทางเพศลดลง ในบางรายมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

1.3.4 อาการทางสัมพันธภาพ (interpersonal symptoms) จากอาการข้างต้นมักทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลรอบตัว เนื่องจากมีการเก็บตัว ไม่อยากเข้าสังคม สูญเสียหน้าที่ทางสังคมต่างๆ เช่น การเรียน การทำงาน ความสัมพันธ์ นำไปสู่การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดีของผู้ป่วย⁽¹⁾

ส่วนที่ 2 ความผูกพันต่อบทบาท (Role commitment)

2.1 ความหมายของบทบาท

บทบาท ตามความหมายที่ราชบัณฑิตยสถานได้ให้ไว้คือ หน้าที่หรือพฤติกรรมที่สังคมกำหนดและคาดหวังให้บุคคลกระทำ⁽²⁶⁾ กรรณิกา ขวัญอารีย์ (พ.ศ. 2535) ได้อธิบายถึงลักษณะของบทบาทไว้ 3 ประเภท ได้แก่ 1) บทบาทตามอุดมคติ ซึ่งกำหนดสิทธิและหน้าที่ของตำแหน่ง 2) บทบาทที่ควรกระทำ (perceived role) เป็นบทบาทในหน้าที่ที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำ โดยอาจไม่ตรงกับบทบาทตามอุดมคติเสมอไป 3) บทบาทที่กระทำจริง (performed role) เป็นบทบาทที่

บุคคลได้กระทำจริงตรงตามความคาดหวัง ความกดดัน และโอกาสในสังคมในช่วงเวลานั้นๆ⁽²⁷⁾ โดยสามารถจำแนกบทบาทในชีวิตของคนเราได้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ บทบาทในชีวิต (life role) และบทบาทอาชีพ (occupation role) ซึ่ง Amatea และคณะ (1986) และ Ruderman และคณะ (2002) ได้อธิบายว่า คนเราสามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทชีวิตและอาชีพตั้งแต่สองบทบาทขึ้นไปในเวลาเดียวกันโดยเรียกว่า บทบาทที่หลากหลาย (multiple roles)^(28, 29)

ปัจจุบันผู้หญิงหลายคนล้วนมีบทบาทที่หลากหลาย จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรหรือการสำรวจแรงงานจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2559 พบว่าผู้หญิงไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวนทั้งหมด 28.76 ล้านคน เป็นผู้มีงานทำ 17.52 ล้านคน และผู้หญิงยังมีบทบาทมากขึ้นในหลายอาชีพ โดยมีหลายอาชีพที่ถูกจ้างเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁽³⁰⁾ และเมื่อผู้หญิงก้าวเข้ามามีบทบาทในสังคมมากขึ้น หน้าที่รับผิดชอบที่นอกเหนือจากงานบ้านและการดูแลบุตรจึงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย บทบาทที่หลากหลายสามารถสร้างภาระให้กับผู้หญิงบางคน เช่น ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) การศึกษาพบว่าผู้หญิงที่แต่งงานแล้วและต้องทำงานไปด้วย มักประสบปัญหาในการปรับเปลี่ยนบทบาท (role transition) ระหว่างการดูแลครอบครัวและอาชีพมากกว่าผู้ชาย⁽³¹⁾ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการมีบทบาทที่หลากหลายเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพจิตของบุคคล ดังนั้นการศึกษาถึงความเกี่ยวข้องระหว่างความผูกพันต่อบทบาทและภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงจึงเป็นเรื่องสำคัญ

2.2 ลักษณะของความผูกพันต่อบทบาท

จากการศึกษาของ Ruderman และคณะ (2002) พบว่าความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลายของผู้หญิงสามารถเสริมสร้างทักษะ ความสามารถ และแหล่งสนับสนุนเมื่อต้องพบเจอกับเหตุการณ์ยากลำบากในบทบาทอื่นๆ ได้ เมื่อพวกเธอมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสังคมหรือบุคคลรอบข้าง ก็จะช่วยทำให้รู้สึกถึงความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ได้มากขึ้น นำไปสู่ผลลัพธ์ในด้านบวก โดยได้แบ่งประโยชน์ของการมีความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย ดังนี้⁽²⁹⁾

2.2.1 มีสุขภาพจิตที่ดี (psychological resources) การมีความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลายสามารถสร้างความรู้สึกพึงพอใจ และความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง ทำให้เกิดประสบการณ์ในด้านบวกในบทบาทนั้นๆ นำไปสู่การมีแรงผลักดันที่จะสร้างสัมพันธภาพและทำบทบาทอื่นๆ ให้ดีต่อไป ดังนั้นผู้หญิงที่มีหลายบทบาทจึงมีโอกาที่จะรู้สึกดีกับตัวเอง เพลิดเพลินกับกิจกรรมในชีวิต และภูมิใจในความสำเร็จที่ได้มา การสะสมความรู้สึกเหล่านี้จะช่วยให้พวกเธอมีสุขภาพจิตโดยรวมที่ดี และพร้อมที่จะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคในชีวิตได้

2.2.2 มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในหลากหลายบทบาท ก็จะนำมาซึ่งแหล่งสนับสนุนที่มากขึ้น การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้ การศึกษาพบว่าผู้หญิงวัยกลางคนที่รู้สึกถึงการสนับสนุนจากคนรอบข้าง มีความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ความเครียดได้ดี นอกจากนี้ Amatea และคณะ (1986) ยังพบว่า การมีแหล่งสนับสนุนที่ดีมีความเกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) และมีอาการเหนื่อยล้าจากความเครียดลดลง โดยส่วนใหญ่แล้วการมีแหล่งสนับสนุน เช่น เพื่อน หรือครอบครัว สามารถเป็นแรงสนับสนุนและให้คำแนะนำในปัญหาการทำงานอีกด้วย

2.2.3 สร้างโอกาสในการเรียนรู้ (learning opportunities) การมีบทบาทที่หลากหลายยังช่วยเพิ่มการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ เพิ่มเติม และสามารถนำทักษะจากบทบาทหนึ่งไปปรับใช้กับอีกบทบาทหนึ่งได้ ซึ่งทักษะนี้จะได้มาเมื่อบุคคลมีโอกาและแรงผลักดันในการการเรียนรู้ เช่น บทบาทการเป็นแม่ของผู้หญิงช่วยเพิ่มความสามารถในการมองเห็นตัวเองชัดเจนขึ้น (self-awareness) ซึ่งจะช่วยให้มีความสุข และนำไปปรับใช้กับการพัฒนาตัวเองในบทบาทการทำงานได้ ดังนั้นการมีบทบาทคู่สมรส หรือบิดามารดา ก็สามารถเพิ่มพูนบทเรียนและความสามารถในบทบาทด้านอื่นๆ ด้วยเช่นกัน

ในขณะที่ Pearlin (1983) ได้อธิบายว่าความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลายก็สามารถสร้างความเครียดในบทบาทได้เช่นกัน ได้แก่ ความยากลำบาก ความท้าทาย หรือปัญหาที่บุคคลประสบในการทำหน้าที่ในบทบาทของตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดเป็นความเครียดทั้งทางอารมณ์และทางกาย โดยได้ทำการศึกษาและแบ่งลักษณะของความเครียดในบทบาท (role strain) เป็น 6 ประเภท ได้แก่ ⁽³²⁾

1) หน้าที่ในบทบาท (role tasks) หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากการทำหน้าที่ในบทบาทไม่สำเร็จหรือไม่เป็นที่น่าพอใจโดยอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เวลางาน บทบาทที่มากเกินไป (role overload) หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย นอกจากนี้ความเครียดยังสามารถเกิดได้จากความคาดหวังในการทำหน้าที่ของตัวเอง การได้รับผลตอบแทนที่ไม่ดีพื่อต่อความทุ่มเท หรือไม่สามารถควบคุมหน้าที่ในบทบาทของตัวเองได้

2) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในบทบาทใกล้ชิด (interpersonal conflicts) หมายถึง การใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับตัวเองและก่อให้เกิดความเครียด เช่น การดำรงบทบาทภรรยาที่เกิดความรู้สึกไม่พอใจในการทำหน้าที่หรือการตอบสนองที่ดีของสามี การเป็นแม่ที่มีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรในช่วงวัยรุ่น หรือการไม่ได้รับความเท่าเทียมและการตอบแทนที่ดีในที่ทำงาน นอกจากนี้ยังสามารถพบความเครียดในลักษณะนี้ได้ในวัยเกษียณ คนโสด หรือคนว่างงานที่อาจรู้สึกเหงา ไร้ความสามารถ และไม่ได้รับความสนใจจากคนรอบข้าง

3) **บทบาทที่หลากหลาย (multiple roles)** หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากหน้าที่และความรับผิดชอบที่หลากหลายในเวลาเดียวกัน โดยหากไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยการเรียงลำดับความสำคัญของบทบาทได้ ก็จะสร้างความเครียดและความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงหลายคนไม่สามารถจัดการกับความขัดแย้งนี้ได้ เช่น การเป็นภรรยา แม่ การทำงานบ้าน และการทำงานนอกบ้าน ซึ่งผู้หญิงมักเผชิญกับความเครียดลักษณะนี้มากกว่าผู้ชายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และยิ่งบทบาทในชีวิตและบทบาทอาชีพขัดแย้งกันมากเพียงใด โอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น

4) **การจำยอมในการดำรงบทบาท (role captivity)** หมายถึง การจำยอมอยู่ในบทบาทที่ไม่ต้องการ ในขณะที่ภายในใจต้องการดำรงบทบาทอื่น ซึ่งอาจไม่ได้เกิดจากการที่บทบาทนั้นยากเกินกว่าจะรับมือ แต่เกิดจากความไม่ต้องการ ไม่ว่าจะบทบาทนั้นจะมีข้อดีอย่างไรก็ตาม เช่น บุคคลที่เกษียณแล้วแต่ยังต้องการทำงาน คนทำงานที่อยากพักผ่อนและใช้ชีวิตเกษียณ แม่ที่อยากมีลูกที่ยังเชื่อฟัง หรือผู้หญิงที่ไม่สามารถมีลูกได้แต่อยากเป็นแม่ เมื่อเกิดภาวะการจำยอมในการดำรงบทบาทขึ้น โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือเปลี่ยนแปลงอะไรได้ ก็มักจะสร้างความเครียดต่อบุคคลนั้น

5) **การได้รับและสูญเสียบทบาท (the gain and loss of roles)** หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของบทบาทในแต่ละช่วงชีวิต ได้แก่ การได้รับบทบาทใหม่ ซึ่งมักเกิดในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น เช่น การเริ่มสร้างครอบครัว การสร้างความมั่นคงในหน้าที่การงานและการเงิน และในช่วงท้ายของชีวิตก็มักพบกับการสูญเสียบทบาทต่างๆ ที่เคยมีไป อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงนี้ก็อาจเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของชีวิต ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด

6) **การเปลี่ยนแปลงบทบาท (role restructuring)** เน้นอนว่าการดำรงบทบาทใดบทบาทหนึ่ง ย่อมหมายถึงการต้องอยู่ร่วมกับกลุ่มคนในบทบาทที่ใกล้ชิดกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนบทบาทจะนำมาซึ่งความเครียดในการปรับตัวกับการสูญเสียบทบาทเดิม เข้าสู่บทบาทใหม่ และใช้ชีวิตกับกลุ่มคนในบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้น เช่น การแต่งงานและมีลูก เป็นการสร้างกลุ่มคนในบทบาทใหม่ที่ตัวเองต้องเข้าไปใช้ชีวิตร่วมด้วย หรือการดูแลพ่อแม่ที่แก่ตัวลง ถึงแม้ว่าบทบาทพ่อแม่และลูกจะยังคงเดิม แต่การปฏิบัติตัวในบทบาทนั้นมีการเปลี่ยนแปลง โดยความเครียดอาจเกิดจากการที่พ่อแม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลและการตัดสินใจของลูกแทน หรือการที่ลูกต้องกลายเป็นผู้นำและรับผิดชอบความเป็นอยู่ของพ่อแม่และแม่ ซึ่งธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถสร้างความเครียดในบทบาทของบุคคลได้

2.3 การวัดความผูกพันต่อบทบาท

Ruderman และคณะ (2002) ได้พัฒนาแบบวัดความผูกพันต่อบทบาทต่างๆ จากแบบวัดของ Amatea และคณะ (1986) โดยให้ความหมายของความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลายว่าเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจและความเต็มใจของบุคคลในการสร้างความผูกพันต่อบทบาทในชีวิต ซึ่งแบบวัดจะสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทที่มีต่อบุคคล และระดับความผูกพันของบุคคลต่อบทบาทใดบทบาทหนึ่ง ต่อมาพิศสมัย อรทัย ได้ดัดแปลงแบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลายของ Ruderman และคณะ ให้เข้ากับบริบทของสังคมไทยมากขึ้น โดยในการวิจัยนี้จะวัดความผูกพันต่อบทบาทโดยใช้แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย ประกอบด้วยบทบาททั้งหมด 7 ด้าน ⁽⁶⁾ ได้แก่

- 1) ความผูกพันต่อบทบาทคู่สมรส คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงความทุ่มเทและเต็มใจ ที่ผู้หญิงมีต่อสามีหรือคู่รักของตนเอง เช่น การอุทิศร่างกายและใจในการดูแลรักษาความสัมพันธ์ โดยอาจแลกมาซึ่งการสูญเสียบทบาทอื่นๆ ในชีวิต
- 2) ความผูกพันต่อบทบาทบิดามารดา คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงความทุ่มเทและเต็มใจ ที่ผู้หญิงมีในฐานะการเป็นแม่ เช่น การเลี้ยงดูลูกอย่างสุดกำลังกายและใจ
- 3) ความผูกพันต่อบทบาทอาชีพ คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงความทุ่มเทและเต็มใจ ที่ผู้หญิงมีต่อหน้าที่การงาน เช่น การทุ่มเทให้กับการทำงานเพื่อการเลื่อนขั้นและตำแหน่ง โดยอาจจำเป็นต้องสละเวลาในด้านอื่นๆ ของชีวิต
- 4) ความผูกพันต่อบทบาทผู้ดูแลบิดามารดา คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงความทุ่มเทและเต็มใจ ที่ผู้หญิงมีในฐานะลูกสาว เช่น การใช้เวลา แรงกาย และแรงใจในการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วย
- 5) ความผูกพันต่อบทบาทเครือญาติ คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงความทุ่มเทและเต็มใจ ที่ผู้หญิงมีในฐานะญาติพี่น้อง เช่น การให้ความช่วยเหลือญาติที่เดือดร้อนอย่างเต็มความสามารถ
- 6) ความผูกพันต่อบทบาทมิตรภาพ คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงความทุ่มเทและเต็มใจ ที่ผู้หญิงมีในฐานะเพื่อน เช่น การทุ่มเทเวลาเพื่อรักษาความสัมพันธ์หรือเป็นที่พึ่งพาให้กับเพื่อน

- 7) ความผูกพันต่อบทบาทในชุมชน/สังคม คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงความทุ่มเทและเต็มใจ ที่ผู้หญิงมีในฐานะบุคคลในสังคม เช่น การอุทิศตนเพื่องานและความก้าวหน้าในสังคม

ส่วนที่ 3 กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies)

3.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

โดยปกติแล้วเราจะเผชิญความเครียดอยู่เสมอ กลไกหนึ่งที่ช่วยให้เราสามารถจัดการกับความเครียดที่เผชิญคือกลวิธีการเผชิญปัญหา (coping strategies) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของกลวิธีการเผชิญปัญหาดังต่อไปนี้

Lazarus (1976)⁽¹³⁾ ได้อธิบายว่ากระบวนการในการประเมินสิ่งกระตุ้นนั้นทำให้เกิดอารมณ์ต่างๆ และเมื่อสิ่งกระตุ้นถูกประเมินแล้วว่าเป็นอันตรายหรือมีความทำร้าย บุคคลก็จะสร้างกลวิธีการเผชิญปัญหาจากความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อจัดการกับอารมณ์หรือมุ่งจัดการกับต้นเหตุของความเครียดนั้น

Garland and Bush (1979) ได้อธิบายว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจที่ถูกรบกวนเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคคลใช้วิธีการต่างๆ ในการบรรเทาหรือขจัดภาวะที่เข้ามาคุกคามด้วยการแสดงพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ซึ่งแต่ละพฤติกรรมจะประกอบไปด้วยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมภาวะตึงเครียดได้

วีณา มิ่งเมือง (พ.ศ. 2540)⁽¹¹⁾ ได้ให้ความหมายกลวิธีการเผชิญปัญหาตามแนวทางของ Lazarus ไว้ว่าคือความพยายามของบุคคลอย่างไม่หยุดยั้งในการจัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่มาคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล โดยการแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ เพื่อทำให้ความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามคลี่คลายลง

ภัทรสุตา ฮามคำไพ (พ.ศ. 2539)⁽³³⁾ ได้ให้ความหมายกลวิธีการเผชิญปัญหา หมายถึง การแสดงพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือหลายรูปแบบ ต่อสิ่งหรือสถานการณ์คุกคามที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด เพื่อขจัดหรือบรรเทาภาวะความตึงเครียดนั้น

รัชนิย์ แก้วคำศรี (พ.ศ. 2545) ⁽³⁴⁾ ได้ให้ความหมายกลวิธีการเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหา ที่ประเมินว่าคุกคามและทำให้เกิดความเครียด โดยการมีพฤติกรรมต่างๆ เพื่อควบคุม หรือลด หรือเรียนรู้ที่จะทนต่อภาวะคุกคาม อันนำมาซึ่งความเครียดนั้น และผลที่ตามมาอาจเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ

กลวิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ ล้วนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลหรือสภาพแวดล้อม ซึ่งสามารถเป็นได้ทั้งผลลัพธ์ที่เหมาะสม ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้รับการแก้ไข ผลลัพธ์จากการเผชิญปัญหาที่ดีจะสร้างอารมณ์ความรู้สึกที่ดี ในขณะที่ผลลัพธ์ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ได้รับการแก้ไขจะสร้างความเครียด กระตุ้นให้บุคคลคิดหาวิธีการเผชิญปัญหาอื่นๆ เพื่อแก้ไขต้นเหตุของความเครียดนั้น ⁽¹²⁾

3.2 รูปแบบกระบวนการของการเผชิญความเครียด

Slavin และคณะ (2007) ⁽¹³⁾ ได้เสนอรูปแบบกระบวนการของการเผชิญความเครียด ตามทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) โดยมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่

3.2.1 เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียด (Occurrence of a potential stressful event) ความเครียดในชีวิตของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้จากสิ่งเร้าที่มาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม หรือเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งจะมีความหมายมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การให้ความสำคัญต่อสิ่งเร้านั้น เหตุการณ์ที่นับเป็นสิ่งเร้าอาจหมายถึงเหตุการณ์ที่สร้างความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ยิ่งใหญ่ เช่น การหย่าร้าง การสูญเสียคนใกล้ชิด หรือเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานหนักอย่างต่อเนื่อง ความกังวลเรื่องรูปร่างหน้าตาจนไปถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในชีวิต เช่น การป่วยเรื้อรัง โดยอารมณ์ที่สามารถเกิดจากความเครียด ได้แก่ เศร้า โศก เสียใจ โกรธ หรือสับสนวุ่นวายใจ

3.2.2 การประเมินขั้นต้น (Primary appraisal) เมื่อพบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ บุคคลจะใช้สติปัญญา ความรู้ประสบการณ์ ค่านิยม และความเชื่อในการตัดสินเหตุการณ์นั้นๆ โดยประเมินเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (irrelevant) มีผลดีต่อตนเอง (benign/positive) และเต็มไปด้วยความเครียด (stressful) โดยเมื่อประเมินแล้วว่าเหตุการณ์เต็มไปด้วยความเครียด อาจเป็นไปได้ใน 3 ลักษณะ คือ การเป็นอันตรายหรือการสูญเสีย (harm/loss) การคุกคาม (threat) และการท้าทาย (challenge)

3.2.3 การประเมินขั้นที่สอง (Secondary appraisal) หลังจากประเมินในขั้นต้นแล้วว่า เหตุการณ์เต็มไปด้วยความเครียด บุคคลก็จะมีการประเมินขั้นที่สองตามมา ซึ่งเป็นการประเมินว่าจะ

แก้ไขสถานการณ์อย่างไร เช่น การถามตัวเองว่าสามารถทำอะไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ้าง หากบุคคลสามารถใช้สติปัญญา ความสามารถ และความพยายามในการแก้ไขปัญหาก็พร้อมทั้งมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ความเครียดก็จะลดน้อยลง ในทางกลับกัน หากบุคคลไม่สามารถใช้สติปัญญา ความสามารถ หมดความพยายามในการแก้ไขปัญหาก็ยังขนาดแหล่งสนับสนุนที่ดี ความเครียดก็จะสูงขึ้น

3.2.4 การเผชิญปัญหา (Coping efforts) ในขั้นตอนนี้บุคคลจะใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาในรูปแบบต่างๆ เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น โดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะสัมพันธ์กับอารมณ์ความรู้สึก และจิตใจในขณะนั้น หากสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถใช้ชีวิตต่อได้อย่างมีความสุข แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อจิตใจตามมา Lazarus และ Folkman (1984) ได้แบ่งความพยายามในการเผชิญปัญหาไว้ 2 แบบ ได้แก่

- 1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused coping) หมายถึง การพยายามแก้ไขสถานการณ์ที่ตึงเครียดให้ดีขึ้นโดยการแก้ไขที่ตัวปัญหา ได้แก่ การวางแผน การตั้งเป้าหมาย นอกจากนี้ยังรวมถึงการมุ่งจัดการที่ตัวเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ปัญหาคลีคลายลง
- 2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการทางอารมณ์ (Emotion-focused coping) หมายถึง การพยายามจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น การปฏิเสธ การหนีปัญหา การพยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น การระบายอารมณ์ การร้องไห้ การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การมองปัญหาเป็นข้อดี หรือการเปรียบเทียบตัวเองกับคนที่เผชิญปัญหาหนักกว่า

โดยปกติแล้วคนเรามักจะใช้ทั้งวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ในการแก้ไขปัญหามาในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามหากบุคคลมุ่งแต่การจัดการกับอารมณ์และความเครียดเพียงอย่างเดียว โดยปฏิเสธการจัดการแก้ไขที่ตัวปัญหา จะทำให้เกิดการปรับตัวที่ยากกว่าคนที่ใช้ทั้งสองวิธีอย่างสมดุล

3.2.5 ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptational outcomes) Lazarus และ Folkman ได้จำแนกผลจากการเผชิญความเครียด ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผลด้านสังคม (Social functioning) เป็นผลของการปรับตัวต่อความเครียด ในบทบาทต่างๆ ของตัวเองในสังคม เช่นบทบาทบิดามารดา บทบาทสามีภรรยา หรือ บทบาทนายจ้าง ซึ่งจะแสดงออกผ่านการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น เป็นผลลัพธ์จากการปรับตัวที่ดีและมีประสิทธิภาพ

- 2) ผลด้านจิตใจ (Morale) เกิดจากการมีความรู้สึกต่อตัวเองและสภาพชีวิต เช่น พึงพอใจ มีความสุข มีความหวัง หรือหวาดกลัว
- 3) ผลด้านสุขภาพร่างกาย (Somatic illness) การปรับตัวที่ไม่ดีย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือร่างกายทรุดโทรม

3.3 รูปแบบกลวิธีการเผชิญปัญหา

การศึกษารูปแบบกลวิธีการเผชิญปัญหาของ Lazarus และ Folkman 2 ประเภท คือแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบมุ่งจัดการทางอารมณ์ ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามยังมีการวิจัยอีกหลายการศึกษาที่พบว่ารูปแบบกลวิธีการเผชิญปัญหามีมากกว่า 2 แบบ โดย Frydenberg และ Lewis (1993) ได้ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาตามทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman พบรูปแบบการเผชิญปัญหาทั้งหมด 18 วิธี ได้แก่ การแสวงหาความเพ็ดเพลินเพื่อผ่อนคลาย การทำงานและสัมฤทธิ์ผล การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การคบหาเพื่อนสนิท การมุ่งเน้นในด้านบวก การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ การรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา การมีความคิดที่เต็มเต็มความปรารถนา การแก้ปัญหาไว้คนเดียว การตำหนิตนเอง การมีความกังวล การไม่รับรู้ปัญหา การไม่เผชิญกับปัญหา การลดความตึงเครียด ซึ่ง Frydenberg และ Lewis ได้แบ่งกลวิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 18 วิธีนี้ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา (problem-focused coping) หมายถึง การเข้าใจถึงต้นเหตุของปัญหา และลงมือแก้ไขอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและสมเหตุสมผล เพื่อให้ปัญหาคลี่คลายได้
- 2) การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) หมายถึง การแก้ปัญหาโดยอาศัยความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง ตามความเหมาะสม ทั้งในด้านวัตถุและด้านอารมณ์ ทำให้ไม่ต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง
- 3) การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) หมายถึง การไม่รับรู้ถึงปัญหา หรือแก้ไขที่ต้นเหตุ แต่ใช้วิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่เกิดจากปัญหานั้น หรือยอมจำนนให้กับปัญหา

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลได้รับจากบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้รู้สึกมีความสุขและพึงพอใจในชีวิต Cobb (1976) ได้อธิบายว่า การรู้สึกได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ สิ่งของ และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคล จะสร้างการรับรู้ถึงความห่วงใย ความรัก ความผูกพัน การยกย่องเห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการศึกษาพบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้ เช่น การติดสุรา การแยกตัวจากสังคม และภาวะซึมเศร้า⁽³⁵⁾

Nestmann และ Hurrelmann (2012) อธิบายว่าบุคคลที่รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้น จะประเมินจากการรับรู้ด้วยตัวเองว่าได้รับความช่วยเหลือหรือกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง⁽³⁶⁾

Skarsater และคณะ (2005) ยังพบว่าการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเพศหญิงหายจากอาการซึมเศร้า ป้องกันความเครียด และเห็นความสำคัญในตนเองได้⁽³⁷⁾

ในการวิจัยนี้จะวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความห่วงใย กำลังใจ และความเห็นอกเห็นใจจากคนรอบข้าง มีเพื่อนหรือครอบครัวเป็นที่พึ่งทางใจได้เมื่อเผชิญปัญหา
- 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับคำแนะนำในเรื่องต่างๆ ที่ต้องการจากบุคคลรอบข้าง
- 3) ด้านทรัพยากรและวัตถุ หมายถึง หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือในด้านสิ่งของหรือการเงิน และมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระต่างๆ ในชีวิต

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง (Review of the related literatures)

Kang และคณะ (2020)⁽⁹⁾ ในทำการศึกษาผลกระทบของบทบาทที่หลากหลายในการทำงานและครอบครัวที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงเกาหลี โดยใช้ข้อมูลดิบจาก 2016 Korean Longitudinal Survey of Women and Families ของกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงเกาหลีจำนวน 6,198 คน และใช้แบบวัดซึมเศร้า CES-D จำนวน 10 ข้อ ผลวิจัยพบว่าร้อยละ 60.5 ของผู้หญิงมีบทบาทการ

ทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 52 มีบทบาทเป็นแม่บ้านอยู่ในบ้าน ร้อยละ 40.7 มีบทบาทมารดา ร้อยละ 83.1 มีบทบาทภรรยา และร้อยละ 1.1 มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้หญิงร้อยละ 35 มีการดำรงบทบาทพร้อมกันถึง 3 บทบาท ประกอบด้วยบทบาทการทำงานนอกบ้าน ภรรยา และแม่บ้าน การศึกษาพบว่าจำนวนบทบาทที่มาก ส่งผลให้คะแนนจากแบบวัดซึมเศร้าลดลง ($B = -0.647, p = 0.000$) และยังพบว่าผู้หญิงที่ไม่มีบทบาทในชีวิตมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า โดยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า น้อยที่สุดคือกลุ่มที่มี 3 บทบาท ได้แก่ บทบาทอาชีพ คู่สมรส และแม่บ้าน (Worker-Spouse-Houseworker) ($B = -1.351, p = 0.000$)

Engels และคณะ (2021)⁽³⁸⁾ ได้ทำการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการมีบทบาทที่หลากหลายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (25-40 ปี) กับภาวะซึมเศร้าในวัยชรา จากกลุ่มตัวอย่างชาย จำนวน 18,816 คน และหญิง จำนวน 24,686 คน จากประเทศในทวีปยุโรป 22 ประเทศ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการทำงาน การมีคู่ และการเป็นบิดามารดาจาก the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe และ English Longitudinal Study of Ageing ใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า Euro-D และ CES-D พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีบทบาทอาชีพและบทบาทในครอบครัวพร้อมกันมีภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่ากลุ่มที่มีทั้งบทบาทอาชีพ บทบาทคู่สมรส และบทบาทบิดามารดา ในช่วงอายุ 25-40 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการจ้างงานในประเทศหญิงในแต่ละประเทศในเวลานั้น มีผลต่อการมีบทบาททางสังคม (social roles) และสุขภาพจิตของผู้หญิง และในประเทศที่มีการสนับสนุนให้ผู้หญิงที่มีบุตรได้ทำงานนอกบ้าน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้หญิงมีสุขภาพจิตที่ดี การศึกษานี้จึงได้สรุปว่าการไม่ได้มีบทบาทที่หลากหลายในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่สูงในวัยชราของชาวยุโรป

Ruderman และคณะ (2002)⁽²⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้หญิงที่มีตำแหน่งงานเป็นผู้จัดการระดับกลางถึงสูง จำนวน 61 คน อายุเฉลี่ย 40 ปี ร้อยละ 92 เป็นชาวอเมริกันผิวขาว โดยได้สัมภาษณ์เชิงลึกถึงบทบาทชีวิต ความท้าทาย ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละบทบาทในชีวิต และปัจจัยในบทบาทชีวิตส่วนตัวที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมบทบาทอาชีพ การศึกษาพบว่า บทบาทที่หลากหลายในชีวิตผู้หญิงส่งผลดีต่อสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม การฝึกทำงานหลายอย่างพร้อมกัน (multitasking) เพิ่มทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และเพิ่มภาวะการเป็นผู้นำ นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า การมีหลายบทบาทสามารถช่วยให้ผู้หญิงมีความพึงพอใจในชีวิต ความภูมิใจในตัวเอง และการยอมรับตัวเอง ความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลายยังส่งผลต่อทักษะการทำงานในฐานะผู้จัดการทั้งในปัจจุบันสัมพันธ์ภาพและหน้าที่การงาน

Pereira และคณะ (2007)⁽¹²⁾ ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงภาวะซึมเศร้า สุขภาพจิต และอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงอินเดีย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความเครียดในชีวิตประจำวันของ

กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 28 คน พบว่าปัญหาในชีวิตที่พบบ่อย และก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ อาการเจ็บปวดทางกาย ปัญหาการนอนไม่หลับ ความเหนื่อยล้า ปัญหาการเงิน และปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยมีเพียงส่วนน้อยที่เลือกกลวิธีการเผชิญปัญหา ด้วยการระบายปัญหาให้กับคนใกล้ชิด บางรายเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาด้วยการทำกิจกรรมอื่นเพื่อผ่อนคลาย พูดคุยกับตัวเอง หรือดื่มสุราและสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามผู้หญิงเหล่านี้ยังขาดความรู้และการเข้าถึงการรักษาทางจิตเวช ถึงแม้ว่าจะพยายามหาการสนับสนุนทางสังคมเมื่อมีปัญหา สุขภาพก็ตาม

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (พ.ศ. 2555)⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงสาเหตุของการเป็นผู้หญิงจึงเป็นโรคซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในจังหวัดยโสธร จำนวน 25 คน และผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งเป็นสามีของผู้ป่วย จำนวน 12 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าการเป็นผู้หญิงที่ต้องปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ การที่ภรรยาต้องยอมรับว่าการดื่มสุราและการนอกใจของสามีเป็นเรื่องปกติ การที่ต้องดูแลรับผิดชอบครอบครัวโดยไม่สามารถหยุดหรือพักผ่อน การทำหน้าที่เป็นแม่ การที่ต้องทนอยู่กับปัญหา และการเก็บตัวอยู่แต่ภายในบ้าน และผู้หญิงเหล่านี้เลือกเผชิญปัญหาด้วยการอดทนต่อสถานการณ์และการจำยอมในการดำรงบทบาท จึงสรุปได้ว่าบทบาทของเพศภาวะมีความเกี่ยวข้องต่อการเป็นโรคซึมเศร้า

สรวยสุดา เจริญวงศ์ และคณะ (พ.ศ. 2558)⁽³⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงสุขภาพจิตระหว่างการปรับตัวของผู้หญิงอีสานชาวพุทธสู่การเป็นมุสลิม ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน พบว่าผู้หญิงทุกคนสามารถเปลี่ยนผ่านจากการเป็นพุทธศาสนิกชนเป็นมุสลิมได้โดยไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต แต่มีความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีปัจจัยความสำเร็จ 3 ระดับ ได้แก่ การมีศรัทธาต่อพระเจ้า การสนับสนุนจากครอบครัวและสามี และการสนับสนุนจากชุมชน นำมาซึ่งการสร้างกระบวนการปรับตัวที่เหมาะสม เพศภาวะในวัฒนธรรมอิสลามมีการแบ่งแยกบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงในทางศาสนาไว้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับสังคมของคนอีสานที่สอนผู้หญิงให้มีบุคลิกภาพเป็นผู้ตาม เป็นแม่บ้านแม่เรือนที่ดี เป็นภรรยาที่ดี ตลอดจนถึงต้องทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ ดังนั้นบทบาทที่ไม่แตกต่างจากในครอบครัวและสังคมเดิม และการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จึงส่งเสริมให้การปรับตัวเป็นไปในทางที่ดี

นอกจากนั้นแล้วยังพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับตัวโรค และการสนับสนุนทางสังคม ดังต่อไปนี้ พบว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักมีอายุของการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 20 - 50 ปี พบบ่อยในผู้ที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใกล้ชิด บางการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้านักพบในผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำ ได้แก่ ผู้ที่มีการศึกษาต่ำและรายได้น้อย นอกจากนี้แล้วยังพบว่าผู้ที่

มีประวัติของโรคซึมเศร้าในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจในวัยเด็กก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ด้วยเช่นกัน (40, 41)

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลายรายมักขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น นำไปสู่การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เนื่องจากปัญหาอารมณ์ของตนทำให้เกิดการขัดแย้งกับคนรอบข้าง และการแยกตัวจากสังคมจากการไม่รู้สึกรักอยากพูดคุย หรือพบปะสังสรรค์กับใคร ทำให้ลดโอกาสในการสร้างความผูกพันต่อบทบาทในชีวิต เมื่อไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ได้รับความรัก การดูแล หรือความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาต่างๆ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเกี่ยวกับตัวโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการไม่ดีขึ้น มักจะมีโรคซึมเศร้าเรื้อรังเกิดร่วมด้วย หรือมีโรคซึมเศร้าหลักเกิดขึ้นบ่อยๆ โดยระยะห่างของการป่วยแต่ละครั้งจะลดลง และความรุนแรงจะมากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ การมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย ซึ่งได้แก่ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) การใช้สุราและสารเสพติดอื่นที่ผิดปกติอาการของโรควิตกกังวล (anxiety disorder symptoms) รวมถึงการมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง และผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเมื่ออายุน้อย ก็จะมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำมากขึ้น (1)

ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงมีบทบาทในชีวิตน้อย มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหา จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำไปป้องกันและดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในผู้หญิงไทย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and samples)

ประชากรเป้าหมาย (Target population)

คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Sample population)

คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ทั้งเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในวันที่ 22 มิถุนายน 2564 / COA No. 888/2021, IRB no. 420/64

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตร Cochran ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

โดยที่ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

z = ค่ามาตรฐานจากตาราง standard normal distribution ตามระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (confidence level) จากตารางแจกแจงค่าปกติมีค่าเท่ากับ 1.96

p = ค่าประมาณ prevalence โดยอาศัยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง จากงานวิจัยเรื่องอาการทางกายและความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของ โชติมันต์ ชินวรารักษ์ อยู่ที่ 0.41

q = $1-p$ = 0.59

d = allowable error ของค่าประมาณที่จะยอมให้เกิดขึ้นได้ โดยระบุค่า d เป็น relative value ของ p โดยให้ผิดพลาดได้ ร้อยละ 20 เมื่อ $p = 0.41 \times 0.20 = 0.082$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 (0.41 \times 0.59)}{(0.082)^2} = 138 \text{ ราย}$$

ในการศึกษาวิจัยแทนค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับปานกลางถึงรุนแรง อ้างอิงจากการศึกษาของ โชติมันต์ ชินวรารักษ์⁽⁴²⁾ โดยขนาดตัวอย่างจะอยู่ที่ 138 ราย และได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันความผิดพลาดอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 152 ราย

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)

ใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงหรือแบบตามเกณฑ์ (purposive or judgmental sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (selection criteria) ได้แก่ เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1. เพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านแผนกจิตเวชศาสตร์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) หรือโรคซึมเศร้าสองชนิดทับซ้อนกัน (double depression or major depressive disorder with dysthymia)
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยวิธี ฟัง พูด อ่าน เขียนได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย ผู้ป่วยจิตเภท และโรคจิตชนิดอื่นๆ โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ โรคสมองเสื่อม อาการทางจิตเวชที่เกิดจากภาวะทางกาย หรือเกิดจากการใช้สาร โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชและภาวะทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร (Measurement)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data form) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การมีบุตร ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ตำแหน่งงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลในปัจจุบัน โรคประจำตัวทางกาย และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory II, BDI-II-Thai Version) เป็นแบบวัดที่ใช้วัดระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง พัฒนาโดย Beck และคณะ ผ่านการแปลโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ⁽¹⁴⁾ มีความแม่นยำและค่าความน่าเชื่อถือดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม มีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.91 และมีค่า Spearman's correlation efficient ซึ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัดนี้กับ HRSD อยู่ที่ 0.71 แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-3 แปลผลโดยการรวมคะแนนทุกข้อและวัดความรุนแรงจากค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
0 – 13	ต่ำมาก
14 – 19	เล็กน้อย
20 – 28	ปานกลาง
29 – 63	รุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย พัฒนาจากแบบวัดของ Ruderman และคณะ (2002) และ Amatea และคณะ (1986) โดย พิศสมัย อรทัย⁽⁶⁾ แบบวัดนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและเต็มใจที่บุคคลมีต่อบทบาท และระดับความผูกพันของบุคคลต่อบทบาทใดบทบาทหนึ่ง โดยมีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเที่ยง (reliability) มีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.72 แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ โดยใช้วัดความผูกพันโดยใช้วัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลายใน 7 มิติ ได้แก่

ความผูกพันต่อบทบาท	จำนวนข้อ	ตรงกับข้อที่	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
บทบาทคู่สมรส	4	10, 14, 17, 27	14, 17	10, 27
บทบาทบิดามารดา	5	2, 8, 11, 15, 26	2, 11, 26	8, 15
บทบาทอาชีพ	4	6, 19, 24, 28	19, 24, 28	6
บทบาทผู้ดูแลบิดามารดา	5	1, 13, 21, 23, 30	1, 21, 23, 13	30
บทบาทเครือญาติ	4	5, 22, 25, 29	5, 29	22, 25
บทบาทมิตรภาพ	5	3, 7, 12, 16, 20	7, 16, 20	3, 12
บทบาทในชุมชน/สังคม	4	4, 9, 18, 31	4, 9, 18, 31	

ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert ชนิด 5 ระดับ แต่ละข้อย่อยมีคะแนน 1-5 คะแนน ใช้คะแนนเฉลี่ยรวมแต่ละด้านในการแปลผล ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงในมิติใดแสดงว่ามีความผูกพันต่อบทบาทในมิตินั้นๆ สูง ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับความผูกพันต่อบทบาท
1.00 – 1.49	ต่ำมาก
1.50 – 2.49	ต่ำ
2.50 – 3.49	ปานกลาง
3.50 – 4.49	มาก
4.50 – 5.00	มากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหา เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินกลวิธีทั่วไปที่ใช้เมื่อประสบปัญหาหรือมีความเครียด พัฒนาโดย สุภาพรรณ โคตรจรัส ตามแนวทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และปรับปรุงโดย ปรรารณา เล็กสมบูรณ์⁽¹⁰⁾ โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.82 แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วยรูปแบบกลวิธีการเผชิญปัญหา (coping strategies) 3 แบบ ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา (problem focused coping) มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.88 การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.82 และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รูปแบบกลวิธีการเผชิญปัญหา	จำนวนข้อ	ตรงกับข้อที่
แบบมุ่งจัดการปัญหา	15	1, 2, 3, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 25, 26, 27, 28, 29
แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม	6	5, 17, 18, 30, 31, 32
แบบหลีกเลี่ยง	18	6, 7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

(avoidance) มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.87

ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert ชนิด 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน เกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผล ให้รวมคะแนนในแต่ละด้านและหารด้วยจำนวนข้อ จะได้ผลเป็นคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยคะแนนแต่ละช่วงแสดงถึงการใช้ กลวิธีการเผชิญปัญหานั้นๆ มากหรือน้อย ดังนี้

ระดับคะแนน	การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา
1.00 – 1.49	ไม่ใช้การเผชิญปัญหาเลย
1.50 – 2.49	ไม่ค่อยได้ใช้การเผชิญปัญหา
2.50 – 3.49	ใช้การเผชิญปัญหาพอควร
3.50 – 4.49	ใช้การเผชิญปัญหาบ่อย
4.50 – 5.00	ใช้การเผชิญปัญหาบ่อยมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคม จากเครื่องมือต้นแบบและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ แปลและปรับปรุงให้เข้ากับบริบทสังคมไทยโดย อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽¹⁵⁾ ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีความเที่ยงค่อนข้างมากและ น่าเชื่อถือ แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งย่อยเป็นหัวข้อคำถาม 3 หัวข้อ ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Cronbach's alpha coefficient 0.91) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Cronbach's alpha coefficient 0.88) ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ (Cronbach's alpha coefficient 0.87)

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวนข้อ	ตรงกับข้อที่
ด้านอารมณ์	7	1 – 7
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4	8 – 11
ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ	5	12 – 16

แต่ละข้อย่อยมีคะแนน 1-5 คะแนน วัดผลโดยนำคะแนนทุกด้านมารวมกัน โดยคะแนนที่สูงแสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ดี แผลผลโดยอาศัยการกระจายของข้อมูล ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean±SD) ในการแบ่งระดับสูง ปานกลาง ต่ำ

ระดับคะแนน	การสนับสนุนทางสังคม
มากกว่า mean+SD	มีการสนับสนุนทางสังคมสูง
ระหว่าง mean+SD และ mean-SD	มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
น้อยกว่า mean-SD	มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจากเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า

การขออนุญาตใช้เครื่องมือ (Measurement Permissions)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้แบบสอบถาม โดยส่งหนังสือขออนุญาตให้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือดังกล่าวในการศึกษาวิจัยนี้ ดังนี้

1. แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory II, BDI-II-Thai Version) แก่ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ
2. แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย แก่ พิศสมัย อรทัย
3. แบบวัดการเผชิญปัญหา แก่ ปรรธนา เล็กสมบูรณ์
4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) แก่ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย

การตรวจความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัย (Measurement Reliability)

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแต่ละเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีผลการตรวจสอบ ดังนี้

1. แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory II, BDI-II-Thai Version) สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.90
2. แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย มีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.81
3. แบบวัดการเผชิญปัญหา มีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.77
4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) มีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.91

ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Study Method and Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เป็นผู้รวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับรองโครงการวิจัย โดยได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2564 / COA No. 888/2021, IRB no. 420/64
2. ส่งหนังสือขออนุญาตใช้แบบสอบถามจากเจ้าของเครื่องมือ และได้รับการอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการศึกษาวิจัยนี้
3. ส่งหนังสือขออนุญาตทำวิจัยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และได้รับการอนุมัติในวันที่ 17 สิงหาคม 2564
4. ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม เมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย จำนวน 21 ข้อ 2) แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย จำนวน 31 ข้อ 3) แบบวัดการเผชิญปัญหา จำนวน 39 ข้อ 4)

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ โดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 20 นาที และส่วนแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ได้ถูกบันทึกโดยผู้วิจัยเอง

5. เก็บรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (Statistical Analysis)

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 28.0 for Macintosh โดยนำเสนอระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ข้อมูลความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม เป็นค่าสัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งได้แก่ ความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง โดยวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

บทที่ 4

ผลการศึกษา (Results)

ผู้วิจัยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลในปัจจุบัน โรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติด การวินิจฉัยโรค โรคทางจิตเวชที่พบร่วม ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ยาที่ได้รับในปัจจุบัน ประวัติการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของแผนกจิตเวชศาสตร์ และประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้าที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 2 แสดงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 3 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งได้แก่ ความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 4 แสดงผลวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤ 30 ปี	65	42.8
31-40 ปี	43	28.3
41-50 ปี	21	13.8
51-60 ปี	19	12.5
61 ปี ขึ้นไป	4	2.6
min, max = 19, 72, mean ± SD = 35 ปี 9 เดือน ± 12 ปี 5 เดือน		
สถานภาพสมรส		
โสด	92	60.5
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	37	24.3
ระยะเวลาที่สมรส : min, max = 1, 40, mean ± SD = 13 ปี 7 เดือน ± 10 ปี 4 เดือน		
สมรส (แยกกันอยู่)	7	4.6
หม้าย	4	2.6
หย่าร้าง	12	7.9
การมีบุตร		
ไม่มีบุตร	104	68.4
มีบุตร	48	31.6
จำนวนบุตร : min, max = 1, 5, mean ± SD = 1.42 ± 0.79		

ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.7
ประถมศึกษา	2	1.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	1.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	7.9
ปวช.	4	2.6
อนุปริญญา หรือ ปวส.	7	4.6
ปริญญาตรี	102	67.1
สูงกว่าปริญญาตรี	22	14.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	54	35.5
รับราชการ	13	8.6
รัฐวิสาหกิจ	3	2.0
ธุรกิจส่วนตัว	21	13.8
ลูกจ้าง/พนักงาน	52	34.2
รับจ้าง/แรงงาน	5	3.3
ฟรีแลนซ์	4	2.6
ลักษณะงานในปัจจุบัน		
ผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา	24	15.8
วิชาชีพ	58	38.2
ปฏิบัติกร	16	10.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	0	0
มีรายได้	152	100
≤ 10,000	23	15.1

ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
10,001-20,000	41	27.0
20,001-30,000	33	21.7
30,001-40,000	33	21.7
40,001 ขึ้นไป	22	14.5
min, max = 1,000, 200,000, mean \pm SD = 30,704.96 \pm 27,314.20		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	69	45.4
เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ	49	32.2
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	9	5.9
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	25	16.4
ภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลในปัจจุบัน		
ภาระการดูแลสามี		
ไม่มี	108	71.1
มี	44	28.9
น้อย	12	7.9
ค่อนข้างน้อย	7	4.6
ปานกลาง	15	9.9
ค่อนข้างมาก	6	3.9
มาก	4	2.6
min, max = 1, 5, mean \pm SD = 2.61 \pm 1.28		
ภาระงานบ้านและหน้าที่ในฐานะแม่บ้าน		
ไม่มี	59	38.8
มี	93	61.2
น้อย	14	9.2
ค่อนข้างน้อย	12	21.1

ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
ภาระงานบ้านและหน้าที่ในฐานแม่บ้าน		
ปานกลาง	47	30.9
ค่อนข้างมาก	11	7.2
มาก	9	5.9
min, max = 1, 5, mean \pm SD = 2.73 \pm 1.06		
ภาระการดูแลบุตร		
ไม่มี	104	68.4
มี	48	31.6
น้อย	5	3.3
ค่อนข้างน้อย	4	2.6
ปานกลาง	10	6.6
ค่อนข้างมาก	9	5.9
มาก	20	13.2
min, max = 1, 5, mean \pm SD = 3.73 \pm 1.36		
ภาระด้านการเงิน		
ไม่มี	21	13.8
มี	131	86.2
น้อย	13	8.6
ค่อนข้างน้อย	16	10.5
ปานกลาง	53	34.9
ค่อนข้างมาก	26	17.1
มาก	23	15.1
min, max = 1, 5, mean \pm SD = 3.23 \pm 1.17		

ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะอาชีพและหน้าที่การงาน		
ไม่มี	55	36.2
มี	97	63.8
น้อย	4	2.6
ค่อนข้างน้อย	7	4.6
ปานกลาง	27	17.8
ค่อนข้างมาก	40	26.3
มาก	19	12.5
min, max = 1, 5, mean \pm SD = 3.65 \pm 1.01		
ภาวะการดูแลบิดามารดาสูงอายุ เจ็บป่วย หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้		
ไม่มี	81	53.3
มี	71	46.7
น้อย	10	6.6
ค่อนข้างน้อย	15	9.9
ปานกลาง	25	16.4
ค่อนข้างมาก	14	9.2
มาก	7	4.6
min, max = 1, 5, mean \pm SD = 2.90 \pm 1.17		
ภาวะการดูแลญาติพี่น้อง		
ไม่มี	114	75.0
มี	38	25.0
น้อย	8	5.3
ค่อนข้างน้อย	14	9.2
ปานกลาง	9	5.9
ค่อนข้างมาก	6	3.9
มาก	1	0.7

ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะการดูแลญาติพี่น้อง		
min, max = 1, 5, mean \pm SD = 2.42 \pm 1.08		
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	90	59.2
มี	62	40.8
ชนิดของโรคประจำตัวทางกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคภูมิแพ้	20	13.2
โรคความดันโลหิตสูง	10	6.6
โรคข้อเสื่อม	8	5.3
โรคไขมันในเลือดสูง	8	5.3
โรคเบาหวาน	7	4.6
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	7	4.6
โรคทางสมองอื่นๆ เช่น ลมชัก	6	3.9
โรคไมเกรน	5	3.3
โรคไทรอยด์	4	2.6
โรคอื่นๆ เช่น ถูกรังน้ำในรังไข่	4	2.6
โรคระบบทางเดินอาหาร	3	2.0
โรคมะเร็ง	3	2.0
โรคโลหิตจาง	3	2.0
โรคตับ	2	1.3
โรคระบบลำไส้	2	1.3
โรคเนื้องอกในสมอง	2	1.3
โรคหัวใจ	1	0.7
โรคไต	1	0.7
โรคประสาทหูเสื่อม	1	0.7
โรคหอบหืด	1	0.7

ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
การใช้สารเสพติด		
ไม่มี	114	75
มี	38	25
ชนิดของสารเสพติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บุหรี่		
ไม่ใช้	134	88.2
ใช้บางครั้ง	11	7.2
ใช้เป็นประจำ	7	4.6
สุรา/แอลกอฮอล์		
ไม่ใช้	125	82.2
ใช้บางครั้ง	24	15.8
ใช้เป็นประจำ	3	2.0
ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง		
ไม่ใช้	135	88.8
ใช้บางครั้ง	7	4.6
ใช้เป็นประจำ	10	6.6
กัญชา		
ไม่ใช้	151	99.3
ใช้บางครั้ง	0	0
ใช้เป็นประจำ	1	0.7

จากตารางที่ 1 ซึ่งแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 152 คน มีอายุเฉลี่ย 35 ปี โดยอายุน้อยที่สุดคือ 19 ปี และอายุมากที่สุดคือ 72 ปี ส่วนใหญ่มีสถานะโสด (92 คน ร้อยละ 60.5) ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (102 คน ร้อยละ 67.1) มีอาชีพลูกจ้าง/พนักงาน (52 คน ร้อยละ 34.2) มีวิชาชีพ (58 คน ร้อยละ 38.2) รายได้โดยเฉลี่ย 30,704.96 บาท โดยเพียงพอและมีเหลือเก็บ (69 คน ร้อยละ 45.4) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะการดูแลสุขภาพ (108 คน ร้อยละ

71.1) มีภาระงานบ้านในฐานะแม่บ้านระดับปานกลาง (47 คน ร้อยละ 30.9) ไม่มีภาระการดูแลบุตร (104 คน ร้อยละ 68.4) มีภาระด้านการเงินในระดับปานกลาง (53 คน ร้อยละ 34.9) มีภาระอาชีพ และหน้าที่การงานค่อนข้างมาก (40 คน ร้อยละ 26.3) ไม่มีภาระการดูแลบิดามารดาสูงอายุหรือ เจ็บป่วย (81 คน ร้อยละ 53.3) และไม่มีภาระการดูแลญาติพี่น้อง (114 คน ร้อยละ 75) โรคประจำตัวทางกายส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ (20 คน ร้อยละ 13.2) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (134 คน ร้อยละ 88.2) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (125 คน ร้อยละ 82.2) ไม่ใช้ยานอนหลับนอกเหนือจากแพทย์สั่ง (135 คน ร้อยละ 88.8) และไม่ใช่สารเสพติดอื่นๆ เช่น กัญชา ยาบ้า (151 คน ร้อยละ 99.3)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับ การรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)

ข้อมูลทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Major depressive disorder (MDD)	124	81.6
Persistent depressive disorder (PDD) or Dysthymia	26	17.1
Double depression (Major depressive disorder with Dysthymia)	2	1.3
โรคที่พบร่วม		
ไม่มี	135	88.8
มี	17	11.2
ชนิดของโรคทางจิตเวชอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคตื่นตระหนก (Panic disorder)	5	3.3
โรคเครียดทางจิตใจหลังประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic stress disorder, PTSD)	3	2.0
โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder)	3	2.0
โรคซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression)	2	1.3
โรคกลัวที่ชุมชน (Agoraphobia)	2	1.3
อาการนอนไม่หลับ (Insomnia)	1	0.7

ข้อมูลทางการแพทย์ (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคทางจิตเวชอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder)	1	0.7
อาการอารมณ์ผิดปกติก่อนมีประจำเดือน (PMDD)	1	0.7
โรคโซมาโตฟอร์ม (Somatoform disorder)	1	0.7
โรคบูลิเมีย (Bulimia nervosa)	1	0.7
โรคกลัวการเข้าสังคม (Social phobia)	1	0.7
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ปี)		
≤ 2	77	50.7
> 2	75	49.3
min, max = 1 เดือน, 21 ปี 7 เดือน, mean ± SD = 2 ปี 6 เดือน ± 2 ปี 8 เดือน		
ประวัติการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวช		
ไม่มี	148	97.4
มี	4	2.6
ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า		
ไม่มี	145	95.4
มี	7	4.6

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ศาสตราจารย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 152 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Major depressive disorder (124 คน ร้อยละ 81.6) ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ (135 คน ร้อยละ 88.8) โดยมีระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 2 ปี 6 เดือน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวช (ร้อยละ 97.4) หรือประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า (95.4)

ตารางที่ 3 แสดงชนิด และระยะเวลาของยาแต่ละชนิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)

ยาที่ได้รับในปัจจุบัน	จำนวน ผู้ใช้ (คน)	ระยะเวลาที่ใช้ (เดือน)		
		Mean	SD	Min-Max
ยารักษาโรคซึมเศร้า (Antidepressants)				
Typical antidepressants				
Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs)				
Sertraline	73	19.85	20.37	1-92
Fluoxetine	14	26.43	16.28	1-53
Escitalopram	21	19.95	23.15	1-94
Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor (SNRIs)				
Venlafaxine	20	11.70	16.02	1-69
Desvenlafaxine	4	26.75	18.30	7-48
Tricyclic antidepressant (TCAs)				
Nortriptyline	3	8.00	6.08	1-12
Amitriptyline	2	28.00	38.18	1-55
Atypical antidepressants				
Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NaSSAs)				
Mirtazapine	18	15.06	19.16	1-54
Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitors (NDRIs)				
Bupropion	7	27.71	33.48	1-91
Noradrenaline reuptake inhibitor				
Reboxetine	1	5.00	-	5
Serotonin antagonist and reuptake inhibitor (SARI)				
Trazodone	17	5.82	5.55	1-20

ยาที่ได้รับในปัจจุบัน (ต่อ)	จำนวน ผู้ใช้ (คน)	ระยะเวลาที่ใช้ (เดือน)		
		Mean	SD	Min-Max
Serotonin modulator and stimulators (SMSs)				
Vortioxetine	4	4.75	6.24	1-14
Melatonin receptor agonist				
Agomelatin	1	1.00	-	1
Tetracyclic antidepressant (TeCAs)				
Mianserin	1	8.00	-	8
Atypical u-opioid receptor agonist				
Tianeptine	1	23.00	-	23
ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizers)				
Anticonvulsants				
Valproate	2	1.00	-	1
Lamotrigine	7	6.71	7.27	1-20
ยาด้านอาการโรคจิต (Antipsychotics)				
Typical antipsychotics				
Flupentixol	1	7.00	-	7
Amisulpride	1	32.00	-	32
Atypical antipsychotics				
Quetiapine	22	10.41	12.10	1-52
Risperidone	48	1.23	4.43	1-28
Aripiprazole	8	20.50	23.15	1-52

ยาที่ได้รับในปัจจุบัน (ต่อ)	จำนวน ผู้ใช้ (คน)	ระยะเวลาที่ใช้ (เดือน)		
		Mean	SD	Min-Max
ยาคลายกังวล/ยานอนหลับ (Anxiolytics/Hypnotics)				
Benzodiazepine (BZD)				
Clonazepam	48	14.67	15.55	1-67
Lorazepam	20	6.80	9.56	1-40
Clorazepate	26	15.31	15.96	1-47
Alprazolam	4	25.25	21.05	1-47
Nonbenzodiazepines Z drug				
Zolpidem	3	33.00	39.50	4-78
Melatonin (Circadin)	2	30.50	38.89	3-58
ยาอื่นๆ (Other medications)				
CNS Stimulant				
Methylphenidate	1	6.00	-	6

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 152 คน ส่วนใหญ่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) คือ Sertraline จำนวน 73 คน รองลงมาคือ Escitalopram จำนวน 21 คน และ Venlafaxine จำนวน 20 คน ส่วนยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizers) ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคือ Lamotrigine จำนวน 7 คน สำหรับยาด้านอาการโรคจิต (antipsychotics) ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคือ Risperidone จำนวน 48 คน รองลงมาคือ Quetiapine จำนวน 22 คน และ Aripiprazole จำนวน 8 คน ยาคลายกังวล/ยานอนหลับ (anxiolytics/hypnotics) ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคือ Clonazepam จำนวน 48 คน รองลงมาคือ Clorazepate จำนวน 26 คน และ Lorazepam จำนวน 20 คน และยาอื่นๆ คือ Methylphenidate มีเพียง 1 คน

ตอนที่ 2 แสดงระดับภาวะซีมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)

	ต่ำมาก	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง
ระดับภาวะซีมเศร้า	0-13 คะแนน	14-19 คะแนน	20-28 คะแนน	29-63 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
	37 (24.3)	20 (13.2)	37 (24.3)	58 (38.2)

min, max = 0, 57, mean \pm SD = 24.24 \pm 13.79

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 37 คน (ร้อยละ 24.3) มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับต่ำมาก 20 คน (ร้อยละ 13.2) อยู่ในระดับเล็กน้อย 37 คน (ร้อยละ 24.3) อยู่ในระดับปานกลาง และ 58 คน (ร้อยละ 38.2) อยู่ในระดับรุนแรง คะแนนระดับภาวะซีมเศร้าโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าเพศหญิงคือ 24.24 \pm 13.79 คะแนน จากคะแนนเต็ม 63 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ในภาวะซีมเศร้าระดับปานกลาง (ตาราง 4)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าเพศหญิงกับระดับความผูกพันในบทบาททั้ง 7 ด้าน (n = 152)

	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1.00-1.49	1.50-2.49	2.50-3.49	3.50-4.49	4.50-5.00
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความผูกพันในบทบาทคู่สมรส	3 (2.0)	14 (9.2)	58 (38.2)	51 (33.6)	26 (17.1)
	mean \pm SD = 3.55 \pm 0.95				
ความผูกพันในบทบาทบิดามารดา	1 (0.7)	9 (5.9)	40 (26.3)	74 (48.7)	28 (18.4)
	mean \pm SD = 3.78 \pm 0.84				

	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1.00-1.49	1.50-2.49	2.50-3.49	3.50-4.49	4.50-5.00
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความผูกพันในบทบาทอาชีพ	0 (0)	2 (1.3)	62 (40.8)	81 (53.3)	7 (4.6)
mean ± SD = 3.61 ± 0.60					
ความผูกพันในบทบาทผู้ดูแล บิดามารดา	5 (3.3)	8 (5.3)	39 (25.7)	56 (36.8)	44 (28.9)
mean ± SD = 3.83 ± 1.01					
ความผูกพันในบทบาทเครือ ญาติ	10 (6.6)	23 (15.1)	58 (38.2)	44 (28.9)	17 (11.2)
mean ± SD = 3.23 ± 1.05					
ความผูกพันในบทบาท มิตรภาพ	1 (0.7)	8 (7.4)	41 (38.0)	34 (31.5)	22 (20.4)
mean ± SD = 3.44 ± 0.63					
ความผูกพันในบทบาทชุมชน สังคม	10 (6.6)	37 (24.3)	65 (42.8)	26 (17.1)	14 (9.2)
mean ± SD = 2.98 ± 1.03					

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงส่วนใหญ่มีความผูกพันในบทบาทผู้ดูแลบิดามารดามากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.83) รองลงมาคือบทบาทบิดามารดา (ค่าเฉลี่ย 3.78) บทบาทอาชีพ (ค่าเฉลี่ย 3.61) บทบาทคู่สมรส (ค่าเฉลี่ย 3.55) บทบาทมิตรภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.44) บทบาทเครือญาติ (ค่าเฉลี่ย 3.23) และบทบาทชุมชนสังคม (ค่าเฉลี่ย 2.98) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงกับระดับกลวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน (n = 152)

	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1.00-1.49	1.50-2.49	2.50-3.49	3.50-4.49	4.50-5.00
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา	0 (0)	7 (4.6)	48 (31.6)	82 (53.9)	15 (9.9)
	mean ± SD = 3.44 ± 0.63				
การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม	6 (3.9)	38 (25.0)	48 (31.6)	43 (28.3)	17 (11.2)
	mean ± SD = 3.18 ± 1.06				
การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง	0 (0)	29 (19.1)	55 (36.2)	66 (43.4)	2 (1.3)
	mean ± SD = 3.27 ± 0.78				

ในส่วนของกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเพศหญิงใช้มากที่สุดคือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา (ค่าเฉลี่ย 3.44) ในระดับมาก (82 คน ร้อยละ 53.9) รองลงมาคือการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (ค่าเฉลี่ย 3.27) ในระดับมาก (66 คน ร้อยละ 43.4) และการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (ค่าเฉลี่ย 3.18) ในระดับปานกลาง (48 คน ร้อยละ 31.6)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงกับระดับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน (n = 152)

	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	7.00-18.37 คะแนน	18.38-31.77 คะแนน	31.78-35.00 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านอารมณ์	26 (17.1)	94 (61.8)	32 (21.1)
min-max = 7-35, mean \pm SD = 25.08 \pm 6.69			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	4.00-9.58 คะแนน	9.59-17.67 คะแนน	17.68-20.00 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านข้อมูลข่าวสาร	23 (15.1)	102 (67.1)	27 (17.8)
min-max = 4-20, mean \pm SD = 13.63 \pm 4.04			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	5.00-10.95 คะแนน	10.96-21.96 คะแนน	21.97-25.00 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ	27 (17.8)	92 (60.5)	33 (21.7)
min-max = 5-25, mean \pm SD = 16.46 \pm 5.50			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	20.00-41.59 คะแนน	41.60-68.72 คะแนน	68.73-80.00 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
รวมทุกด้าน	24 (15.8)	102 (67.1)	26 (17.1)
min-max = 20-80, mean \pm SD = 55.16 \pm 13.56			

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง โดยได้รับมากที่สุดในด้านอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย 25.08) ในระดับปานกลาง (94 คน ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือด้านทรัพยากรหรือวัตถุ (ค่าเฉลี่ย 16.46) ในระดับปานกลาง (92 คน ร้อยละ 60.5) และด้านข้อมูลข่าวสาร (ค่าเฉลี่ย 13.63) ในระดับปานกลาง (102 คน ร้อยละ 67.1) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง

ตารางที่ 8 ความเกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งได้แก่ ความผูกพันในบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value	
	ต่ำมาก-เล็กน้อย		ปานกลาง-รุนแรง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)	≤ 30	14	24.6	51	75.4	12.350	<0.001 **
	มากกว่า 30	43	49.4	44	50.6		
สถานภาพสมรส	โสด	32	34.8	60	65.2	0.730	0.391
	สมรส หม้าย หย่าร้าง	25	56.1	35	58.3		
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	39.3	17	60.7	0.470	0.829
	ปริญญาตรีขึ้นไป	46	37.1	78	62.9		
การประกอบอาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	44.4	30	55.6	1.720	0.189
	ประกอบอาชีพ	33	33.7	65	66.3		
ลักษณะงาน	วิชาชีพ	22	38.6	35	61.4	0.082	0.775
	ผู้บริหาร ปฏิบัติการ	17	41.5	24	58.5		
รายได้ (บาท/เดือน)	≤ 20,000	15	23.4	49	76.6	9.327	0.002 **
	มากกว่า 20,000	42	47.7	46	52.3		
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	40	33.9	78	66.1	1.825	0.177
ภาวะการดูแลสามี	ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	15	46.9	17	53.1	11.876	<0.001 **
	ปานกลาง-มาก	40	31.5	87	68.5		
		17	68.0	8	32.0		

*p<0.05, **p<0.01, Δ = Fisher's Exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)		ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
		ต่ำมาก-เล็กน้อย		ปานกลาง-รุนแรง			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะในสถานะแม่บ้าน	ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	28	32.9	57	67.1	1.710	0.191
	ปานกลาง-มาก	29	43.3	38	56.7		
ภาวะการดูแลบุตร	ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	42	37.2	71	62.8	0.021	0.886
	ปานกลาง-มาก	15	38.5	24	61.5		
ภาวะด้านการเงิน	ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	17	34.0	33	66.0	0.389	0.533
	ปานกลาง-มาก	40	39.2	62	60.8		
ภาระหน้าที่การงาน	ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	24	36.4	42	63.6	0.064	0.800
	ปานกลาง-มาก	33	38.4	53	61.6		
ภาวะการดูแลบิดา มารดา	ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	40	37.7	66	62.3	0.008	0.927
	ปานกลาง-มาก	17	37.0	29	63.0		
ภาวะการดูแลญาติ พี่น้อง	ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	50	36.8	86	63.2	0.298	0.585
	ปานกลาง-มาก	7	43.8	9	56.3		
โรคประจำตัวทางกาย	ไม่มี	28	31.1	62	68.9	3.843	0.050
	มี	29	46.8	33	53.2		
โรคทางจิตเวชอื่นๆ	ไม่มี	52	38.5	83	61.5	0.534	0.465
	มี	5	29.4	12	70.6		
ระยะเวลาการป่วย (ปี)	≤ 2	24	31.2	53	68.8	2.669	0.102
	มากกว่า 2	33	44.0	42	56.0		
การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	49	36.6	85	63.4	0.420	0.517
	สูบบางครั้ง สูบ ประจำ	8	44.4	10	55.6		
การดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	44	35.2	81	64.8	1.588	0.208
	ดื่มบางครั้ง ดื่ม ประจำ	13	48.1	14	51.9		
ยานอนหลับนอกเหนือ แพทย์สั่ง	ไม่ใช้	48	35.6	87	64.4	1.947	0.163
	ใช้บางครั้ง ใช้ประจำ	9	52.9	8	10.6		
การใช้สารเสพติดอื่นๆ	ไม่ใช้	57	37.7	94	62.3	0.604	0.437
	ใช้บางครั้ง ใช้ประจำ	0	0.0	1	100		

*p<0.05, **p<0.01, Δ = Fisher's Exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value	
	ต่ำมาก-เล็กน้อย		ปานกลาง-รุนแรง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความผูกพันในบทบาท							
บทบาทคู่สมรส	ต่ำมาก-ต่ำ	4	23.5	13	76.5	1.594	0.207
	ปานกลาง-มากที่สุด	53	39.3	82	60.7		
บทบาทบิดามารดา	ต่ำมาก-ต่ำ	1	10.0	9	90.0	3.454	0.091
	ปานกลาง-มากที่สุด	56	39.4	86	60.6		
บทบาทอาชีพ	ต่ำมาก-ต่ำ	2	3.5	0	0.0	3.378	0.139 Δ
	ปานกลาง-มากที่สุด	55	36.7	95	93.8		
บทบาทผู้ดูแลบิดามารดา	ต่ำมาก-ต่ำ	1	4.9	12	92.3	5.389	0.032 Δ^*
	ปานกลาง-มากที่สุด	56	40.3	83	86.9		
บทบาทญาติพี่น้อง	ต่ำมาก-ต่ำ	7	21.2	26	78.8	4.771	0.029 *
	ปานกลาง-มากที่สุด	50	42.0	69	58.0		
บทบาทเพื่อน	ต่ำมาก-ต่ำ	0	0.0	5	100	3.102	0.158 Δ
	ปานกลาง-มากที่สุด	57	38.8	90	61.2		
บทบาทชุมชนสังคม	ต่ำมาก-ต่ำ	13	27.7	34	72.3	2.811	0.094
	ปานกลาง-มากที่สุด	44	41.9	61	58.1		
กลวิธีการเผชิญปัญหา	ต่ำมาก-ต่ำ	0	0.0	7	100	4.403	0.046 Δ^*
	ปานกลาง-มากที่สุด	57	39.3	88	60.7		
แบบมุ่งจัดการปัญหา	ต่ำมาก-ต่ำ	10	22.7	34	77.3	5.766	0.016 *
	ปานกลาง-มากที่สุด	47	43.5	61	56.5		
สนับสนุนทางสังคม							
กลวิธีการเผชิญปัญหา	ต่ำมาก-ต่ำ	26	89.7	3	10.3	41.593	<0.001 **
	ปานกลาง-มากที่สุด	31	25.2	92	74.8		
แบบหลีกเลี่ยง	ต่ำ	3	12.5	21	87.5	7.600	0.006 **
	ปานกลาง-สูง	51	42.2	74	57.8		
ด้านอารมณ์	ต่ำ	4	15.4	22	84.6	6.545	0.011 *
	ปานกลาง-สูง	53	42.1	73	57.9		

*p<0.05, **p<0.01, Δ = Fisher's Exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)		ภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
		ต่ำมาก-เล็กน้อย		ปานกลาง-รุนแรง			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านข้อมูลข่าวสาร	ต่ำ	3	13.0	20	87.0	6.916	0.009 **
	ปานกลาง-สูง	54	41.9	75	58.1		
ด้านทรัพยากรและ วัตถุ	ต่ำ	6	22.2	21	77.8	3.279	0.071
	ปานกลาง-สูง	51	40.8	74	59.2		

*p<0.05, **p<0.01, Δ = Fisher's Exact test

ผลการวิเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งได้แก่ ความผูกพันในบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีบทบาทผู้ดูแลบิดามารดาในระดับต่ำมากถึงต่ำ การมีบทบาทญาติพี่น้องในระดับต่ำมากถึงต่ำ การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมากถึงต่ำ การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ในระดับต่ำ (p<0.05) อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท ไม่มีภาระการดูแลสุขภาพมีถึงระดับค่อนข้างน้อย การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาในระดับต่ำมากถึงต่ำแบบหลีกเลี่ยงในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านในระดับต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ (p<0.01) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	mean ± SD	t	mean difference	95% CI of mean difference		p-value
				lower	upper	
อายุ (ปี)						
≤ 30	28.85±11.83	3.71	8.05	3.76	12.34	<0.001 **
มากกว่า 30	20.79±20.79					
สถานภาพสมรส						
โสด	26.38±14.11	2.41	5.43	0.98	9.88	0.017 *
สมรส หม้าย หย่าร้าง	20.95±12.72					
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	24.68±15.67	0.19	0.54	-5.18	6.26	0.852
ปริญญาตรีขึ้นไป	24.14±13.40					
การประกอบอาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22.70±15.45	1.02	-2.38	-7.00	2.24	0.311
ประกอบอาชีพ	25.08±12.79					
ลักษณะงาน						
วิชาชีพ	24.25±14.68	0.61	1.78	-4.07	7.63	0.971
ผู้บริหาร ปฏิบัติการ	22.46±13.98					
รายได้ (บาท/เดือน)						
≤ 20,000	27.31±12.14	2.45	5.31	1.03	9.60	0.015 *
มากกว่า 20,000	22.00±14.54					
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	25.13±13.53	1.31	3.63	-1.81	9.07	0.190
ไม่เพียงพอ	21.50±14.83					
ภาวะการดูแลสามี						
ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	25.91±13.21	3.48	10.15	4.39	15.90	<0.001 **
ปานกลาง-มาก	15.76±13.84					

*p<0.05, **p<0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	mean \pm SD	t	mean difference	95% CI of mean difference		p-value
				lower	upper	
ภาวะในฐานะแม่บ้าน						
ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	25.67 \pm 13.32	1.44	3.25	-1.18	7.69	0.150
ปานกลาง-มาก	22.421 \pm 14.27					
ภาวะการดูแลบุตร						
ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	24.11 \pm 12.86	- 0.18	-0.51	-6.30	5.28	0.861
ปานกลาง-มาก	24.62 \pm 16.37					
ภาวะด้านการเงิน						
ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	26.28 \pm 13.51	1.28	3.05	-1.65	7.74	0.955
ปานกลาง-มาก	23.24 \pm 13.88					
ภาระหน้าที่การงาน						
ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	24.41 \pm 12.35	0.14	0.30	-4.06	4.67	0.891
ปานกลาง-มาก	24.10 \pm 14.88					
ภาวะการดูแลบิดามารดา						
ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	24.68 \pm 13.89	0.60	1.46	-3.36	6.28	0.599
ปานกลาง-มาก	23.22 \pm 13.66					
ภาวะการดูแลญาติพี่น้อง						
ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	24.56 \pm 13.45	0.84	3.06	-4.15	10.27	0.403
ปานกลาง-มาก	21.50 \pm 16.65					
โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี	25.56 \pm 14.19	1.42	3.23	-1.25	7.71	0.156
มี	22.32 \pm 13.07					
โรคทางจิตเวชอื่นๆ						
ไม่มี	23.21 \pm 13.35	- 2.64	-9.20	-16.08	-2.33	0.009 **
มี	32.41 \pm 14.94					
ระยะเวลาการป่วย (ปี)						
≤ 2	26.21 \pm 13.16	1.80	3.99	-0.40	8.38	0.074
มากกว่า 2	22.21 \pm 14.22					

*p<0.05, **p<0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	mean \pm SD	t	mean difference	95% CI of mean difference		p-value
				lower	upper	
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	24.10 \pm 13.85	-0.32	-1.12	-7.98	5.74	0.748
สูบบางครั้ง สูบประจำ	25.22 \pm 13.75					
การดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	24.25 \pm 13.63	0.02	0.06	-6.22	6.37	0.983
ดื่มบางครั้ง ดื่มประจำ	24.19 \pm 14.80					
ยานอนหลับ						
นอกเหนือแพทย์สั่ง						
ไม่ใช้	24.81 \pm 13.73	1.44	5.10	-1.89	12.09	0.151
ใช้บางครั้ง ใช้ประจำ	19.71 \pm 13.89					
การใช้สารเสพติดอื่นๆ						
ไม่ใช้	24.18 \pm 13.82	-0.64	-8.82	-36.22	18.58	0.526
ใช้บางครั้ง ใช้ประจำ	33.00 \pm 0.00					
ความผูกพันในบทบาท						
บทบาทคู่สมรส						
ต่ำมาก-ต่ำ	28.53 \pm 11.38	1.37	4.83	-2.161	11.83	0.174
ปานกลาง-มากที่สุด	23.70 \pm 14.01					
บทบาทบิดามารดา						
ต่ำมาก-ต่ำ	12.01 \pm 3.80	1.04	4.67	-4.24	13.59	0.302
ปานกลาง-มากที่สุด	13.90 \pm 1.17					
บทบาทอาชีพ						
ต่ำมาก-ต่ำ	9.00 \pm 0.00	- 13.73	-15.44	-17.66	-13.22	<0.001 **
ปานกลาง-มากที่สุด	24.44 \pm 13.77					
บทบาทผู้ดูแลบิดามารดา						
ต่ำมาก-ต่ำ	34.23 \pm 12.48	2.79	10.93	3.20	18.66	0.006 **
ปานกลาง-มากที่สุด	23.30 \pm 13.58					

*p<0.05, **p<0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	mean \pm SD	t	mean difference	95% CI of mean difference		p-value
				lower	upper	
บทบาทญาติพี่น้อง						
ต่ำมาก-ต่ำ	28.94 \pm 13.25	2.24	6.00	0.72	11.30	0.026 *
ปานกลาง-มากที่สุด	22.93 \pm 13.71					
บทบาทเพื่อน						
ต่ำมาก-ต่ำ	42.20 \pm 10.04	3.04	18.57	6.51	30.64	0.003 **
ปานกลาง-มากที่สุด	23.63 \pm 13.51					
บทบาทชุมชนสังคม						
ต่ำมาก-ต่ำ	26.53 \pm 14.85	1.38	3.32	-1.45	8.09	0.171
ปานกลาง-มากที่สุด	23.21 \pm 13.24					
กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบ มุ่งจัดการปัญหา						
ต่ำมาก-ต่ำ	37.71 \pm 10.11	2.70	14.13	3.80	24.46	0.008 **
ปานกลาง-มากที่สุด	23.59 \pm 13.64					
กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบ แสวงหาการสนับสนุนทาง สังคม						
ต่ำมาก-ต่ำ	28.93 \pm 13.93	2.74	6.61	1.84	11.38	0.007 **
ปานกลาง-มากที่สุด	22.32 \pm 13.33					
กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบ หลีกเลี่ยง						
ต่ำมาก-ต่ำ	9.07 \pm 9.37	- 7.77	-18.74	-23.51	-13.98	<0.001 **
ปานกลาง-มากที่สุด	27.81 \pm 12.16					
การสนับสนุนทางสังคม						
ต่ำ	31.13 \pm 12.97	2.72	8.18	2.24	2.26	0.007 **
ปานกลาง-สูง	22.95 \pm 13.60					
ด้านอารมณ์						
ต่ำ	29.23 \pm 10.25	2.05	6.02	0.21	11.83	0.042 *
ปานกลาง-สูง	23.21 \pm 14.23					

*p<0.05, **p<0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	mean \pm SD	t	mean difference	95% CI of mean difference		p-value
				lower	upper	
ด้านข้อมูลข่าวสาร						
ต่ำ	31.22 \pm 13.618	2.69	8.23	2.18	14.27	0.008 **
ปานกลาง-สูง	22.99 \pm 13.50					
ด้านทรัพยากรและวัตถุ						
ต่ำ	27.19 \pm 13.37	1.23	3.59	-2.19	9.36	0.222
ปานกลาง-สูง	23.60 \pm 13.85					

*p<0.05, **p<0.01

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ unpaired or independent t-test พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานภาพสมรสโสด รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน การมีบทบาทหน้าที่พื่อนในระดับต่ำมากถึงต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับต่ำ (p<0.05) อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ไม่มีภาวะการดูแลสามีถึงระดับค่อนข้างน้อย การมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ การมีบทบาทอาชีพในระดับปานกลางถึงมากที่สุด การมีบทบาทผู้ดูแลบิดามารดาในระดับต่ำมากถึงต่ำ การมีบทบาทพื่อนในระดับต่ำมากถึงต่ำ การใช้กลวิธี การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมากถึงต่ำ แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมากถึงต่ำ แบบหลีกเลี่ยงนี้ ในระดับปานกลางถึงสูง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านในระดับต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ (p<0.01) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 10 สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)

ค่าคะแนนของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	R	p-value
อายุ	-0.421	<0.001 **
รายได้	-0.168	0.038*
ค่าคะแนนความผูกพันต่อบทบาทคู่สมรส	-0.132	0.104
ค่าคะแนนความผูกพันต่อบทบาทบิดามารดา	-0.102	0.212
ค่าคะแนนความผูกพันต่อบทบาทอาชีพ	-0.002	0.984
ค่าคะแนนความผูกพันต่อบทบาทผู้ดูแลบิดามารดา	-0.170	0.037*
ค่าคะแนนความผูกพันต่อบทบาทญาติ	-0.199	0.014*
ค่าคะแนนความผูกพันต่อบทบาทเพื่อน	0.002	0.982
ค่าคะแนนความผูกพันต่อบทบาทชุมชนสังคม	-0.116	0.155
ค่าคะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา	-0.251	0.002**
ค่าคะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม	-0.063	0.443
ค่าคะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง	0.495	<0.001**
ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม	-0.187	0.021*

*p<0.05, **p<0.01

จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับอายุและรายได้ หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุและรายได้น้อย จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น และความสัมพันธ์ในเชิงลบกับค่าคะแนนความผูกพันต่อบทบาทคู่สมรส บทบาทบิดามารดา บทบาทอาชีพ บทบาทผู้ดูแลบิดามารดา บทบาทญาติ และบทบาทชุมชนสังคม หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความผูกพันต่อบทบาทเหล่านี้ น้อย จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น นอกจากนี้ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับค่าคะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม หมายความว่า ยิ่ง

ผู้ป่วยมีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้น้อย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ในส่วนของความสัมพันธ์ในเชิงบวก พบว่า มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับค่าคะแนนความผูกพันต่อบทบาทเพื่อนและกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงนี้ หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความผูกพันต่อบทบาทเพื่อนมากและใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงนี้มาก จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูง

ตารางที่ 11 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 152)

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ในระดับปานกลาง-รุนแรง	β	adjusted odds ratio (OR)	95% CI of adjusted OR		p-value
			lower	upper	
อายุ (ปี)					
≤ 30	1.68	5.34	1.87	15.25	0.002 **
รายได้ (บาท/เดือน)					
≤ 20,000	1.83	6.25	2.17	17.98	<0.001 **
ภาระการดูแลสามี					
ไม่มี-ค่อนข้างน้อย	1.98	7.25	1.65	31.89	0.009 **
ความผูกพันในบทบาท					
บทบาทผู้ดูแลบิดามารดา					
ต่ำมาก-ต่ำ	-2.38	0.09	0.00	8.09	0.297
บทบาทญาติพี่น้อง					
ต่ำมาก-ต่ำ	0.24	1.27	0.28	5.82	0.757
กลวิธีการเผชิญปัญหา					
แบบมุ่งจัดการปัญหา					
ต่ำมาก-ต่ำ	2.19	9.00	2.60	31.16	<0.001 **
แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม					
ต่ำมาก-ต่ำ	0.10	1.10	0.34	3.56	0.87

*p<0.05, **p<0.01

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ในระดับปานกลาง-รุนแรง (ต่อ)	β	adjusted odds ratio (OR)	95% CI of adjusted OR		p-value
			lower	upper	
แบบหลักหนี					
ปานกลาง-มากที่สุด	1.94	6.94	2.94	20.85	<0.001 **
การสนับสนุนทางสังคม					
ต่ำ	-1.79	0.17	0.03	0.82	0.027 *

*p<0.05, **p<0.01

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ binary logistic regression พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน ไม่มีภาวะการดูแลสามีถึงค่อนข้างน้อย กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาในระดับต่ำมากถึงต่ำ กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลักหนีแบบปานกลางถึงมากที่สุด (p<0.01) และการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ (p<0.05)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

(Summary, Conclusion and Recommendations)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic Data Form) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory II, BDI-II Thai Version) แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย แบบวัดการเผชิญปัญหา (Coping Scale) และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ที่ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 152 คน เข้าร่วมด้วยความสมัครใจและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยกรอกเอง มาวิเคราะห์

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

1. คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ ผู้ป่วย 37 คน (ร้อยละ 24.3) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำมาก 20 คน (ร้อยละ 13.2) อยู่ในระดับเล็กน้อย 37 คน (ร้อยละ 24.3) อยู่ในระดับปานกลาง และ 58 คน (ร้อยละ 38.2) อยู่ในระดับรุนแรง คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงคือ 24.24 ± 13.79 คะแนน จากคะแนนเต็ม 63 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงอายุน้อยถึงวัยกลางคน โดยมีอายุเฉลี่ย 35 ปี 9 เดือน ส่วนมากมีสถานะโสดและไม่มีภาระการดูแลสามีหรือน้อย ผู้ป่วยเพศหญิงส่วนใหญ่มีความผูกพันในบทบาทผู้ดูแลบิดามารดามากที่สุด (3.83 ± 1.01) กลวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเพศหญิงใช้มากที่สุดคือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา (3.44 ± 0.63) ในระดับมาก (82 คน ร้อยละ 53.9) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (55.16 ± 13.56)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ การมีความผูกพันต่อบทบาทผู้ดูแลบิดามารดาในระดับต่ำมากถึงต่ำ การมีความผูกพันต่อบทบาทญาติในระดับต่ำมากถึงต่ำ การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมากถึงต่ำ การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ในระดับต่ำ ($p < 0.05$) อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี

รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท การไม่มีภาวะการดูแลสามีถึงระดับค่อนข้างน้อย การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาในระดับต่ำมากถึงต่ำ แบบหลีกเลี่ยงในระดับปานกลางถึงมากที่สุด การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านในระดับต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ ($p < 0.01$)

3. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ ($p < 0.05$) อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน การไม่มีภาวะการดูแลสามีถึงระดับค่อนข้างน้อย กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาในระดับต่ำมากถึงต่ำ และกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ($p < 0.01$)

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงอายุน้อยถึงวัยกลางคน โดยมีอายุเฉลี่ย 35 ปี 9 เดือน ส่วนมากมีสถานะโสดและไม่มีภาวะการดูแลสามีหรือน้อย ผู้ป่วยเพศหญิงส่วนใหญ่มีความผูกพันในบทบาทผู้ดูแลบิดามารดามากที่สุด กลวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเพศหญิงใช้มากที่สุดคือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา ในระดับมาก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงเท่ากับ 24.24 ± 13.79 (ระดับปานกลาง) จากคะแนนเต็ม 63 คะแนน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท และการไม่มีภาวะการดูแลสามีถึงระดับค่อนข้างน้อย รวมถึงปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ระดับความผูกพันต่อบทบาทผู้ดูแลบิดามารดาและบทบาทญาติต่ำ การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมต่ำ การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงสูง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้บุคคลมีทักษะการจัดการกับบทบาทที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการคิดแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดี โดยบุคคลสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทำให้เมื่อพบกับเหตุการณ์ความเครียด หรือเมื่อต้องจัดการกับบทบาทที่หลากหลาย จะสามารถจัดการได้ดีกว่า นำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างได้ดีกว่า ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการซึมเศร้าของบุคคลดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษา

ของ ปีติมา คุริโมโตะ (พ.ศ.2564) ⁽⁴³⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีทักษะทางสังคมต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากการมีบุคลิกแบบเก็บตัวและมีความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ นำไปสู่ความบกพร่องในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างในบทบาทต่างๆ จึงทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ส่งผลให้ขาดการสนับสนุนทางสังคมตามมา นอกจากนี้ในการศึกษาของ Luong และคณะ (2011) ⁽⁴⁴⁾ ยังพบว่า ผู้ใหญ่ในวัยกลางคนขึ้นไป จะมีความเข้าใจในผู้อื่นมากกว่า มีวิธีการจัดการความขัดแย้งกับผู้อื่น มีทักษะในการรักษาสัมพันธ์อันดี และมีกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อย ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในสังคม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในบทบาทต่างๆ ตั้งแต่อายุยังน้อย ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับบทบาทที่หลากหลายได้ดีขึ้น

สำหรับรายได้ พบว่า รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง อธิบายได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตที่ไม่เพียงพอของทั้งตนเองและครอบครัว หรือการต้องเป็นหนี้การจากกู้ยืม สามารถสร้างความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ครอบครัวที่มีรายได้พอใช้จะมีระดับภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า 0.204 เท่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ครอบครัวที่มีรายได้ไม่พอใช้ ⁽⁴⁵⁾ ในการศึกษาในปี ค.ศ. 2021 ในชาวอเมริกันที่มีรายได้ต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ \$5,000) จำนวน 12,019 คน โดยวัดความเป็นไปได้ในการเกิดโรคซึมเศร้า (probable MDD) ยังพบว่า การมีรายได้ต่ำ การไม่มีเงินเก็บที่เพียงพอ และการเช่าบ้านเพื่ออยู่อาศัยมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีเงินเก็บและมีบ้านเป็นของตนเอง ⁽⁴⁶⁾ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีบทบาทอาชีพควบคู่ไปกับบทบาทอื่นๆ ในชีวิต ก็จะสามารถช่วยเพิ่มรายได้ให้กับผู้ป่วยที่สามารถประกอบอาชีพได้

ภาวะการดูแลสามี พบว่า การไม่มีภาวะในการดูแลสามีหรือมีในระดับน้อย มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะโสดหรือไม่แต่งงาน โดยทั่วไปการมีคู่ชีวิตที่ดีนับเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้กับผู้ป่วย ทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต คู่สมรสจะสามารถเป็นกำลังใจและคู่คิดในยามที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ได้ ในสังคมไทยการมีสามียังหมายถึงการมีผู้แบ่งเบาค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในบ้าน และช่วยเหลือดูแลสารทุกข์สุขดิบของภรรยา ⁽⁴⁷⁾ การมีสามีหรือคู่ชีวิตยังช่วยส่งเสริมทักษะของผู้ป่วยในการสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพกับบุคคลใกล้ชิดให้ยาวนานและมีคุณภาพ เรียนรู้ที่จะไว้วางใจ เห็นใจ ช่วยเหลืองานต่างๆ แบ่งปัน และเสียสละให้กับผู้อื่น ในขณะที่เดียวกันก็ได้รับผลตอบแทนหรือการสนับสนุนที่ดีจากคู่สมรสกลับมา ⁽⁴⁸⁾ ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Buckman (2021) ในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 4,864 คน ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานะโสดหรือหย่าร้างมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้า

สูงกว่าผู้ป่วยที่แต่งงาน (49) สำหรับประเทศในหลายประเทศทั่วโลก การศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสก็มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน โดยการศึกษาในประเทศได้ค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่แยกกันอยู่กับคู่สมรสหรือหย่าร้างมีความชุกของโรคซึมเศร้ามากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่แต่งงาน (50, 51) ดังนั้น การช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะสร้างและรักษาสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดก็จะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคู่ของตน

ในส่วนของปัจจัยทางจิตสังคม พบว่า ความผูกพันต่อบทบาทผู้ดูแลบิดามารดาและบทบาทญาติมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาจเพราะสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเห็นได้จากสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่กับบุตรน้อยลง เพราะบุตรมีการย้ายถิ่นฐานไปทำงานที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่เพียงลำพังกับคู่สมรสมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (52) จึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงมีความผูกพันต่อบทบาทนี้ในระดับต่ำได้ อย่างไรก็ตามการมีบทบาทในการดูแลบิดามารดาและญาติพี่น้องของตนเองนั้น สามารถส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของบุคคลได้เช่นกัน ผ่านการได้มีบทบาทในการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้กตัญญู แบ่งเบาภาระ ร่วมทุกข์ร่วมสุข และสร้างความผูกพัน สิ่งเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นสุข เห็นคุณค่าในตัวเอง ภูมิใจในตัวเอง รู้สึกได้บุญ ได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้อื่น และซาบซึ้งกับประสบการณ์ในด้านบวกต่างๆ (29, 53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Engels และคณะ (2021) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีบทบาทอาชีพและบทบาทครอบครัวพร้อมกันมีภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่มีทั้งบทบาทที่หลากหลายในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (38) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ruderman และคณะ (2002) ที่พบว่าการศึกษาที่ผู้หญิงมีหลายบทบาทส่งผลให้ผู้หญิงมีความพึงพอใจในชีวิต มีความภูมิใจในตัวเอง เพิ่มทักษะในการทำบทบาทอื่นๆ และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย (29)

ในขณะที่เดียวกันการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความผูกพันต่อบทบาทเหล่านี้น้อย อาจเนื่องมาจากความรู้สึกเชิงลบในการเป็นผู้ดูแล เช่น รู้สึกเหนื่อยล้าจากการทุ่มเทพลังงานทั้งกายและใจ การมีภาระด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพิ่มเติม สุขภาพตนเองทรุดโทรม รู้สึกเครียด หรือกดดันในบทบาทหน้าที่ โดยทั่วไปแล้วในสังคมไทย บทบาทของผู้หญิงคือการถูกมอบหมายให้ดูแลงานบ้านและสมาชิกในครอบครัว โดยบุตรสาวหรือลูกสะใภ้มักมีหน้าที่ดูแลบิดามารดาที่สูงอายุและญาติพี่น้องมากกว่าบุตรชายหรือลูกเขย รวมถึงการถูกสั่งสอนให้มีความกตัญญูและทดแทนบุญคุณบิดามารดา (54) สอดคล้องกับการศึกษาของ รศรินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ (พ.ศ. 2557) ในปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 859 คน ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.5) โดยผู้ดูแลที่เป็นบุตรที่แต่งงานแล้วมีความเครียดสูงที่สุด ซึ่งบทบาทที่มากเกินไป สุขภาพของผู้ดูแล และทรัพยากรที่มีเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ (55) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาความผูกพันต่อบทบาท ไม่ได้บอกถึงระดับภาระที่ผู้ป่วยมีเท่านั้น การ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลายจึงไม่ใช่การเพิ่มภาระให้กับชีวิตผู้ป่วย หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องรับภาระเพียงลำพัง ในทางกลับกันการส่งเสริมให้ผู้ป่วยบริหารจัดการบทบาทที่หลากหลายในชีวิตได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีสังคมที่กว้างขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว นำไปสู่การมีประสบการณ์ในบทบาทการดูแลบิดามารดาและญาติพี่น้องตามความเหมาะสม เพิ่มทักษะในการดำรงบทบาทต่างๆ และมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล ย่อมเพิ่มความรู้สึกด้านบวกให้กับผู้ป่วยได้

กลวิธีการเผชิญปัญหา พบว่า การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา ($p < 0.01$) และแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อย ($p < 0.05$) และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ($p < 0.01$) มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเผชิญปัญหา แต่ไม่มีแหล่งสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างที่เพียงพอ ทั้งคู่สมรส เพื่อน ครอบครัว หรือญาติพี่น้องที่พร้อมรับฟังปัญหา ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการวางแผนแก้ปัญหา ทำให้จำเป็นต้องเลือกใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาแทนการมุ่งแก้ปัญหาที่ต้นเหตุหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไว้ใจได้ ปัจจัยนี้ยังเกี่ยวข้องกับการมีบทบาทในชีวิตของผู้ป่วยไม่มากนัก ทำให้ตัวเลือกในการขอความช่วยเหลือเมื่อต้องเผชิญปัญหาน้อยลงตามไปเช่นกัน นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเผชิญปัญหาแต่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ ก็จะสร้างความรู้สึกผิดหวังในตัวเอง ล้มเหลว ท้อแท้ สิ้นหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป⁽¹³⁾ ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Pereira และคณะ ที่พบว่า ผู้หญิงอินเดียที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเผชิญปัญหาที่มีเพียงส่วนน้อยที่เลือกการระบายปัญหาให้คนใกล้ชิดฟัง ส่วนใหญ่เลือกการจวนตัวปัญหา พุดคุยกับตัวเอง นอนหลับให้เวลาผ่านไป หรือดื่มสุราและสูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลายความเครียดแทน⁽¹²⁾ นอกจากนี้ การศึกษาของปรารธนา เล็กสมบูรณ์ ยังพบว่า ความเครียดและความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับกลวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเลือกใช้ ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับการรู้สึกประสบความสำเร็จ และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับทั้งความอ่อนล้าทางอารมณ์และทางลบกับการรู้สึกประสบความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ การศึกษายังพบว่า กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ช่วยปกป้องสุขภาพจิตของผู้หญิง อย่างไรก็ตามผู้หญิงอาจรู้สึกผิดหวังหรือเกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างได้หากไม่ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเผชิญปัญหา^(56, 57) จึงอธิบายเพิ่มเติมได้ว่าทำไมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงจึงเลือกใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ความเครียดที่เข้ามา และมองหาความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในยามที่ต้องการได้ ก็จะช่วยป้องกันและดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร

และด้านทรัพยากรและวัตถุ หมายถึงการได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การได้รับกำลังใจ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เช่น รับฟังความทุกข์ พาไปพบแพทย์ มอบความสุขให้ เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยดีขึ้นจากอาการซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของ นันทภัก ชนะพันธ์ และคณะ ในผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอาการซึมเศร้าพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคืนความสำคัญให้กับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.387$)⁽⁵⁸⁾ และในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นมีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วยที่อาการยังไม่ทุเลาลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁵⁹⁾ การที่ผู้ป่วยเพศหญิงมีบทบาทในชีวิตไม่มากนัก และไม่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างในบทบาทต่างๆ จึงอาจทำให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับน้อยลงไปด้วย ดังนั้นจึงควรเพิ่มบทบาทในชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้นตามมา

ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี รายได้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาทต่อเดือน การไม่มีภาระการดูแลสามีถึงระดับค่อนข้างน้อย กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาในระดับต่ำมากถึงต่ำ กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงแบบปานกลางถึงมากที่สุด และการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ เป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักสูง ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่สูงขึ้น

อายุและรายได้ที่น้อย อาจเป็นหนึ่งในสาเหตุของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นจากช่วงวัยรุ่นตอนกลางถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่มากขึ้น^(60, 61) ในส่วนของรายได้ที่น้อย อันที่จริงแล้วความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และการเป็นโรคซึมเศร้ามีความซับซ้อน เนื่องจากกลุ่มคนทุกระดับสามารถเผชิญกับภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น แต่ด้วยความขาดแคลนในปัจจุบันที่แตกต่างกัน มีส่วนทำให้กลุ่มคนที่มีฐานะยากจนมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดีกว่าได้⁽⁶²⁾ การไม่มีภาระในการดูแลสามีหรือมีในระดับน้อย อาจเป็นทั้งสาเหตุและผลจากภาวะซึมเศร้าได้ โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพอาจมีอุปสรรคในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ในบทบาทคู่ชีวิต และเมื่อไม่มีสามีเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่ใกล้ชิด ย่อมมีโอกาสที่จะขาดกำลังใจและการช่วยเหลือให้พ้นจากอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีสามีเป็นผู้สนับสนุน สำหรับวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและไม่จัดการปัญหา อาจเป็นทั้งสาเหตุ อาการ และผลจากภาวะซึมเศร้า โดยการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ชีวิตเหล่านี้ในการเผชิญปัญหาอาจเนื่องมาจากทางเลือกที่มีไม่มากนัก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างที่น้อย จึงต้องเก็บปัญหาไว้ภายใน หรือเลือกที่จะไม่รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง จึงควรส่งเสริมให้ผู้หญิงมีส่วนร่วมในบทบาทชีวิตหลากหลายด้าน เพื่อเพิ่มทักษะใน

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สร้างความมั่นใจและภูมิใจในตัวเอง นำทักษะการจัดการหรือเผชิญปัญหาในบทบาทหนึ่งไปใช้กับบทบาทอื่นๆ และเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้อาการและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าดีขึ้น และป้องกันการเกิดซ้ำในอนาคตต่อไป

การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ (Clinical Implications)

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความผูกพันต่อบทบาทมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในบทบาทผู้ดูแลบิดามารดาและญาติ ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงควรพัฒนาทักษะการดำรงในบทบาทที่ดีและหลากหลาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจและเห็นคุณค่าในตัวเอง สามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับบุคคลในบทบาทต่างๆ ได้ดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมากขึ้น
2. จากการที่พบว่า ความผูกพันต่อบทบาทมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า การใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง จะมีส่วนช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในบทบาทและการเปลี่ยนผ่านบทบาทได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างที่ดี มีการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม และมีส่วนช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นได้
3. จากการที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อย และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงน้อย มีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้การแก้ปัญหาที่เหมาะสม และอาศัยแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น
4. จากการที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า นอกจากจะให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังควรนำบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว หรือเพื่อนมามีส่วนร่วมในการสนับสนุนดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วย โดยสามารถให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) แก่บุคคลเหล่านี้เพื่อสร้างความเข้าใจในอาการและแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม

ข้อจำกัดของการศึกษา (Study Limitations)


1. ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้น ในการนำผลการศึกษาไปปรับใช้ควรพิจารณาถึงบริบทของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความผูกพันต่อบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปัจจัยที่ได้จากการศึกษาเป็นเพียงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ถึงปัจจัยสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีภาวะซึมเศร้าสูง มีความผูกพันต่อบทบาทน้อย ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อย ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงในครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาเปรียบเทียบความผูกพันต่อบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหา ระหว่างผู้ที่ป่วยโรคซึมเศร้ากับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เพื่อหาปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า
2. ศึกษาเกี่ยวกับความผูกพันต่อบทบาทในเชิงลึก เช่น ความเครียดในบทบาท การเปลี่ยนผ่านบทบาท หรือความขัดแย้งในบทบาท ที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงในเชิงลึก (in-depth interview)



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย ภาวะซึมเศร้า ความเครียดในบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวพลอย เชนศรี
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298 ต่อ 80140
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 065-146-4415

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพันธ์ ลีบุญธวัชชัย
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 085-075-1075

เรียน ผู้วิจัยร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาสมัคร
ที่สามารถเข้าร่วมเป็น “ผู้เข้าร่วมวิจัย” ได้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับ
นี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณา
ซักถามจากผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ท่านมีเวลาอย่าง
เพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความ
ยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา


ผู้หญิงเป็นเพศที่มีภาระหน้าที่และบทบาทในชีวิตค่อนข้างมาก และยังคงมีความเครียดจากแรงกดดันต่างๆ ในชีวิต ซึ่งล้วน
เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต การปฏิบัติตัวตามบทบาทของเพศหญิง และกลวิธีแก้ปัญหาที่มักเลือกใช้เมื่อ
เผชิญกับความเครียดทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า โดยในปัจจุบันพบว่าผู้หญิงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย
ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าความเครียดในชีวิต ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับตัวโรค และการสนับสนุนทางสังคม
มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า แต่ในประเทศไทยยังไม่ค่อยพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในบทบาทของเพศหญิง



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

VERSION 3.0 DATED 22 JUNE 2021

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-04/6.0
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 2/5

รวมถึงกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้หญิงที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความเครียด ในบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหา เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาโรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้หญิงในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความเครียดในบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มาได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มาได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอประเมินท่านว่า ท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของการศึกษาครั้งนี้หรือไม่ ด้วยเกณฑ์การคัดเลือก โดยจะทำการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครทั้งหมดจำนวน 150 ราย หากท่านยินยอมตกลงเข้าร่วมการวิจัย และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินแบบสอบถามด้วยตัวท่านเอง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	11	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินซึมเศร้าฉบับภาษาไทย	จำนวน	21	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย	จำนวน	31	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหา	จำนวน	39	ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	16	ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ (ในส่วนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องตอบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง)	จำนวน	4	ข้อ

ระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยคือประมาณ 20 นาที และท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ


ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา ไม่สะดวก หรือเกิดความไม่สบายใจ ในการตอบข้อความบางข้อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ในกรณีที่การเข้าร่วมวิจัยส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และช่วยแนะนำช่องทางในการพบแพทย์ที่ดูแลผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นประจำ ดังนั้น กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบความไม่สะดวกดังกล่าวระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย การให้ข้อมูลเป็นไปด้วยความ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

VERSION 3.0 DATED 22 JUNE 2021

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 3/5

สมัครใจจึงไม่มีคำตอบแทน

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไป หรือจะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใดๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ท่านอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมงานวิจัย โดยงานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการศึกษาถึงความเครียดในบทบาท กลวิธีการเผชิญปัญหา และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแพทเทิร์น โดยข้อมูลที่ได้รับการท่านจะถูกนำไปวิเคราะห์และแปรผลเป็นค่าทางสถิติ และผลจากการวิจัยดังกล่าวนี้อาจถูกนำไปใช้ตีพิมพ์ ซึ่งท่านสามารถนำข้อมูลที่ถูกต้องไปประยุกต์ใช้กับตัวท่านในอนาคตต่อไป

ทางเลือกอื่นในกรณีที่อาสาสมัครไม่เข้าร่วมในการวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่นๆ หลายรูปแบบที่รักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาทันทีก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบหากมีความผิดปกติเกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้วิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย


หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420164
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

VERSION 3.0 DATED 22 JUNE 2021

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 4/5

ของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งยังได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา หรือเสียรายได้ ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือนางสาวพลอย เชนศรี ที่เบอร์โทรศัพท์ 065-146-4415 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัย

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านไม่ได้รับการทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองขณะเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถขอถอนตัวได้ทุกเมื่อ การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยอาจขอถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ในการวิจัยนี้จะมีการเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนของท่าน ได้แก่ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โรคที่พบร่วม ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยจะทำการบันทึกไว้ แต่ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและไม่ถูกเปิดเผยต่อสาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้วิจัย ผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้


การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่ง



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 420 16A
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

VERSION 3.0 DATED 22 JUNE 2021

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 5/5

ไปที่ นางสาวพลอย เชนศรี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร 02-256-4298 ต่อ 80140 ในเวลาราชการ

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจจะได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-256-4493 ในเวลาราชการ หรือ email: medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี


ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวพลอย เชนศรี



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ: 120164
วันที่รับรอง: 22 มิ.ย. 2564

VERSION 3.0 DATED 22 JUNE 2021

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้า ความเครียดในบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่มารับ
การรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสาร
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์
ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจน
มีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วม
การวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า
เท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจ
สอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูล
ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้
ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ


ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการ
ต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล
เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามใน
เอกสารแสดงความยินยอมนี้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0
			หน้า 2/2

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.



<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>หมายเลขโครงการ <u>420164</u></p> <p>วันที่รับรอง : <u>22 มิ.ย. 2564</u></p>

แบบสอบถามสำหรับทำการวิจัย

เรื่อง ภาวะซึมเศร้า ความเครียดในบทบาท และกลวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิง
ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามประกอบด้วย คำถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบ 5 ส่วน และการกรอกข้อมูลทางการแพทย์ (ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกเอง) 1 ส่วน ดังนี้:

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	11	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินซึมเศร้าฉบับภาษาไทย	จำนวน	21	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย	จำนวน	31	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหา	จำนวน	39	ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	16	ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ (ในส่วนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องตอบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง)	จำนวน	4	ข้อ

2. ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อ/นามสกุล ในแบบสอบถาม
3. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด
4. ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 นาที

นางสาวพลอย เชนศรี

นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

VERSION 2.0 DATED 10 JUNE 2021

ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือกรอกข้อมูลตามความจริงของท่าน (ตัวเลขที่ปรากฏข้างช่อง ไม่ใช่คะแนนรายชื่อ)

1. อายุ ปี

2. สถานภาพสมรส

โสด	<input type="checkbox"/>	1
แต่งงาน (อยู่ด้วยกัน)	<input type="checkbox"/>	2
ระยะเวลา		ปี
แต่งงาน (แยกกันอยู่)	<input type="checkbox"/>	3
หม้าย	<input type="checkbox"/>	4
หย่าร้าง	<input type="checkbox"/>	5

3. การมีบุตร

ไม่มีบุตร	<input type="checkbox"/>	1
มีบุตร	<input type="checkbox"/>	2
ถ้ามี โปรดระบุจำนวน		คน

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/>	1
ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/>	2
มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/>	3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/>	4
ปวช.	<input type="checkbox"/>	5
อนุปริญญา หรือ ปวส.	<input type="checkbox"/>	6
ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/>	7
สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/>	8



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 420164
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

5. อาชีพ
- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ข้ามไปข้อ 7) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| รับราชการ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> | 4 |
| ลูกจ้าง/พนักงาน | <input type="checkbox"/> | 5 |
| รับจ้าง/แรงงาน | <input type="checkbox"/> | 6 |
| อื่นๆ (โปรดระบุ)..... | <input type="checkbox"/> | 7 |

6. ลักษณะงานในปัจจุบัน (ตอบ 1 ข้อที่ตรงที่สุด)
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| ผู้บริหาร/ผู้บังคับบัญชา (หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าฝ่าย) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| วิชาชีพ (วุฒิปริญญาตรีขึ้นไป) | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ปฏิบัติการ (วุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี) | <input type="checkbox"/> | 3 |

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

8. ความเพียงพอของรายได้
- | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| เพียงพอ มีเหลือเก็บ | <input type="checkbox"/> | 1 |
| เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ไม่เพียงพอ แต่มีเหลือเก็บ | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ไม่เพียงพอ และไม่มีเหลือเก็บ | <input type="checkbox"/> | 4 |

9. ภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลในปัจจุบัน

9.1 ภาระการดูแลสามี

ไม่มี 1

มี 2

หากมี โปรดทำเครื่องหมาย ○ รอบตัวเลขในระดับที่แสดงถึงภาระที่มีต่อหน้าที่นี้

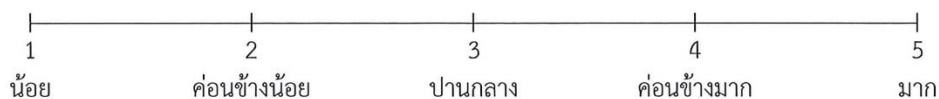
1	2	3	4	5
น้อย	ค่อนข้างน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก



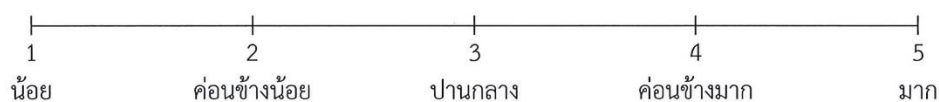
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

9.2 ภาระงานบ้านและหน้าที่ในฐานะแม่บ้าน

ไม่มี 1มี 2หากมี โปรดทำเครื่องหมาย รอบตัวเลขในระดับที่แสดงถึงภาระที่มีต่อหน้าที่นี้

9.3 ภาระการดูแลบุตร

ไม่มี 1มี 2หากมี โปรดทำเครื่องหมาย รอบตัวเลขในระดับที่แสดงถึงภาระที่มีต่อหน้าที่นี้

9.4 ภาระด้านการเงิน

ไม่มี 1มี 2หากมี โปรดทำเครื่องหมาย รอบตัวเลขในระดับที่แสดงถึงภาระที่มีต่อหน้าที่นี้

9.5 ภาระอาชีพและหน้าที่การงาน

ไม่มี 1มี 2หากมี โปรดทำเครื่องหมาย รอบตัวเลขในระดับที่แสดงถึงภาระที่มีต่อหน้าที่นี้

9.6 ภาระการดูแลบิดามารดาสูงอายุ เจ็บป่วย หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ไม่มี 1มี 2หากมี โปรดทำเครื่องหมาย รอบตัวเลขในระดับที่แสดงถึงภาระที่มีต่อหน้าที่นี้

9.7 ภาวะการดูแลญาติพี่น้อง

ไม่มี 1มี 2

หากมี โปรดทำเครื่องหมาย ○ รอบตัวเลขในระดับที่แสดงถึงภาวะที่มีต่อหน้าที่นี่



10. โรคประจำตัวทางกาย

ไม่มี 1มี 2

ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคเบาหวาน 1โรคความดันโลหิตสูง 2โรคหัวใจ 3โรคไต 4โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ 5โรคข้อเสื่อม 6โรคไทรอยด์ 7อื่นๆ (โปรดระบุ) 8

11. การใช้สารเสพติด

ไม่มี 1มี 2

ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

บุหรี่ย 1 ไม่ใช้ 2 ใช้บางครั้ง 3 ใช้ประจำสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ไม่ใช้ 2 ใช้บางครั้ง 3 ใช้ประจำยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง 1 ไม่ใช้ 2 ใช้บางครั้ง 3 ใช้ประจำอื่นๆ (โปรดระบุ) 1 ไม่ใช้ 2 ใช้บางครั้ง 3 ใช้ประจำ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64

วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

VERSION 2.0 DATED 10 JUNE 2021

ส่วนที่ 2 | แบบประเมินชิมเศร้าฉบับภาษาไทย จำนวน 21 ข้อ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 21 ข้อ กรุณาเลือกข้อที่บรรยายความรู้สึกของคุณได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (ตัวเลขที่ปรากฏข้างช่องไม่ใช่คะแนนรายข้อ)

1. อารมณ์เศร้า

- ฉันไม่รู้สึกเศร้า 0
- ฉันรู้สึกเศร้าบ่อย 1
- ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา 2
- ฉันรู้สึกเศร้าจนทนไม่ได้ 3

2. การมองโลกในแง่ร้าย

- ฉันไม่รู้สึกหมองหวังกับอนาคต 0
- ฉันรู้สึกท้อแท้ หมองหวังกับอนาคตมากกว่าที่เคยเป็น 1
- ฉันไม่คิดว่าปัญหาของฉันได้รับการแก้ไข 2
- ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว ไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลย 3

3. ความล้มเหลว

- ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว 0
- ฉันล้มเหลวมากกว่าที่ควร 1
- ในอดีตที่ผ่านมา ฉันมีเรื่องล้มเหลวมาก 2
- ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว ไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลย 3

4. ความรู้สึกหมดสนุก

- ฉันยังคงมีความสุข สนุกกับสิ่งที่ฉันชอบเหมือนเช่นเคย 0
- ฉันไม่มีความสุขเท่าเดิม เวลาทำในสิ่งที่ฉันเคยชอบ 1
- ฉันมีความสุขน้อยมาก กับการทำในสิ่งที่ฉันเคยชอบ 2
- ฉันรู้สึกเซ็ง ไม่มีความสุขกับการทำสิ่งที่ชอบเลย 3



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420164
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

VERSION 2.0 DATED 10 JUNE 2021

5. ความรู้สึกผิด

- ฉันไม่รู้สีกว่าตนเองทำอะไรผิด 0
- ฉันรู้สึกว่าคุณผิดในหลายเรื่องที่ทำไปแล้ว หรือเรื่องที่ไม่ได้ทำทั้งที่ควรจะทำ 1
- ฉันรู้สึกผิด โทษตนเองอยู่เกือบตลอดเวลา 2
- ฉันรู้สึกผิด โทษตัวเองตลอดเวลา 3

6. ความรู้สึกว่าคุณกลองโทษ

- ฉันไม่รู้สีกว่าตนเองกำลังถูกลงโทษ 0
- ฉันรู้สึกว่าคุณอาจจะถูกลงโทษ 1
- ฉันคิดว่าตนเองจะต้องถูกลงโทษ 2
- ฉันรู้สึกว่าคุณกำลังถูกลงโทษ 3

7. ความรู้สึกไม่ชอบตนเอง

- ฉันรู้สึกว่าคุณเหมือนอย่างที่เคย 0
- ฉันเสียความมั่นใจในตนเอง 1
- ฉันรู้สึกผิดหวังกับตนเอง 2
- ฉันรู้สึกไม่ชอบตนเอง 3

8. การตำหนิตนเอง

- ฉันไม่ได้ตำหนิ หรือโทษตนเองมากขึ้นกว่าเดิม 0
- ฉันตำหนิ หรือโทษตนเองมากกว่าที่เคย 1
- ฉันตำหนิตนเองในความผิดของฉันทุกเรื่อง 2
- ฉันโทษตนเองในเรื่องไม่ดีทุกเรื่องที่เกิดขึ้น 3

9. ความคิดฆ่าตัวตาย

- ฉันไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย 0
- ฉันมีความคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่คิดที่จะทำ 1
- ฉันอยากฆ่าตัวตาย 2
- ฉันจะฆ่าตัวตายถ้ามีโอกาส 3



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/164

วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

10. การร้องไห้

- ฉันไม่ได้ร้องไห้บ่อยมากขึ้นกว่าเดิม 0
- ฉันร้องไห้บ่อยมากกว่าเคย 1
- ฉันร้องไห้ง่ายแม้เรื่องเล็กๆ น้อยๆ 2
- ฉันอยากจจะร้องไห้แต่ร้องไม่ได้ 3

11. ความรู้สึกกระสับกระส่าย

- ฉันไม่รู้สึกระสับกระส่าย หรือตึงเครียดกว่าเดิม 0
- ฉันรู้สึกระสับกระส่าย ตึงเครียดมากขึ้นกว่าเดิม 1
- ฉันรู้สึกระสับกระส่ายมาก จนรู้สึกว่ายากอยู่นิ่งๆ ได้ 2
- ฉันรู้สึกระสับกระส่ายมาก จนต้องเดินไปมา หรือต้องทำอะไรทำ 3

12. ความสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัว

- ฉันยังคงสนใจคนอื่นๆ หรือกิจกรรมต่างๆ อยู่ตามปกติ 0
- ฉันสนใจคนอื่นๆ หรือสิ่งต่างๆ รอบตัวน้อยลงกว่าเดิม 1
- ฉันแทบไม่สนใจคนอื่นๆ หรือสิ่งต่างๆ รอบตัว 2
- ฉันไม่รู้สึกรู้สึกสนใจอะไรเลย (เป็นการยากที่สิ่งต่างๆ จะทำให้ฉันสนใจ) 3

13. ความลึกลับใจ

- ฉันตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ดีเหมือนเดิม 0
- ฉันตัดสินใจได้ยากขึ้นกว่าเดิม 1
- ฉันพบว่า การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เป็นเรื่องที่ยากขึ้นอย่างมาก 2
- ฉันมีปัญหาการตัดสินใจไม่ว่าเป็นเรื่องใดก็ตาม 3

14. ความรู้สึกไร้ค่า

- ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า 0
- ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์เหมือนอย่างเคย 1
- ฉันรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยกว่าคนอื่น 2
- ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์เลย 3



15. การเสียกำลังใจ

- ฉันมีกำลังใจเหมือนๆ เดิม 0
- ฉันไม่มีกำลังใจมากกว่าที่เคย 1
- ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรมาก 2
- ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรเลย 3

16. ความรู้สึกหงุดหงิด

- ฉันไม่รู้สึกหงุดหงิดมากกว่าที่เคย 0
- ฉันรู้สึกหงุดหงิดมากกว่าที่เคย 1
- ฉันรู้สึกหงุดหงิดมากกว่าที่เคยอย่างมาก 2
- ฉันรู้สึกหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา 3

17. สมาธิไม่ดี

- ฉันมีสมาธิ สามารถเพ่งความสนใจในสิ่งต่างๆ ได้เหมือนเคย 0
- ฉันมีสมาธิแย่ลง ไม่สามารถจดจ่อความสนใจในเรื่องต่างๆ ได้เหมือนเคย 1
- ฉันมีสมาธิไม่ดี ไม่สามารถจดจ่อให้ความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เลย 2
- ฉันไม่มีสมาธิ ไม่สามารถเพ่งความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เลย 3

18. การนอนหลับ

- การนอนหลับของฉันไม่เปลี่ยนไปจากเดิม 0
- ฉันนอนหลับ มากขึ้นกว่าเดิม 1
- ฉันนอนหลับ น้อยลงกว่าเดิม 1
- ฉันนอนหลับ มากขึ้นกว่าเดิมอย่างมาก 2
- ฉันนอนหลับ น้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก 2
- ฉันนอนหลับ เกือบทั้งวัน 3
- ฉันตื่นเช้ากว่าเดิม 1-2 ชั่วโมง แล้วนอนหลับต่อไม่ได้ 3



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

19. ความอยากอาหาร

- ความอยากอาหารของฉัน ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 0
- ความอยากอาหารของฉัน ลดลงจากเดิม 1
- ความอยากอาหารของฉัน เพิ่มขึ้นจากเดิม 1
- ความอยากอาหารของฉัน ลดลงจากเดิมอย่างมาก 2
- ความอยากอาหารของฉัน เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมาก 2
- ฉันไม่รู้สึกลอยอยากอาหารเลย 3
- ฉันรู้สึกลอยอยากอาหารอยู่ตลอดเวลา 3

20. ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย

- ฉันไม่รู้สึเหนื่อย หรืออ่อนเพลียมากกว่าที่เคยเป็น 0
- ฉันรู้สึเหนื่อย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าปกติ 1
- ฉันรู้สึเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานหลายๆ อย่างที่เคยทำไม่ได้ 2
- ฉันรู้สึเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานเกือบทุกอย่างที่เคยทำไม่ได้ 3

21. ความสนใจเรื่องเพศ

- ความสนใจเรื่องเพศของฉันไม่เปลี่ยนแปลง 0
- ฉันมีความสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย 1
- ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงอย่างมาก 2
- ฉันหมดความสนใจเรื่องเพศอย่างสิ้นเชิง 3

ส่วนที่ 3 | แบบวัดความผูกพันต่อบทบาทที่หลากหลาย จำนวน 31 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายวงกลม ○ รอบตัวเลขในคำตอบที่ตรงกับระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด
ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โปรดตอบทุกข้อ (ตัวเลขที่ปรากฏในช่องไม่ใช่คะแนนรายข้อ)

- กรณีที่ท่านเป็นโสด* ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามทุกข้อ โดยลองสมมติว่าท่านแต่งงานแล้ว และมีบุตร
- กรณีที่ท่านแต่งงานแล้วแต่ไม่มีบุตร* ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามทุกข้อ โดยลองสมมติว่าท่านมีบุตร
- กรณีที่บิดามารดาของท่านเสียชีวิตทั้งคู่* ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามทุกข้อ โดยลองสมมติว่าบิดามารดาของท่านยังมีชีวิตอยู่

* การตอบคำถามดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง แต่ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการสำหรับการวิจัยครั้งนี้ และการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องในอนาคต



ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	ไม่ จริง เลย
1. แม้จะมีงานมาก ฉันยังต้องหาเวลาไปดูแลและไปมาหาสู่ บิดามารดาอยู่เสมอ	5	4	3	2	1
2. ฉันพอใจที่จะได้มีส่วนเลี้ยงดู และดูแลรายละเอียดทุกเรื่อง ของลูกเป็นกิจวัตรประจำวัน	5	4	3	2	1
3. การใช้เวลาและแรงกายในการสร้าง และรักษา ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนไม่ใช่สิ่งสำคัญสำหรับฉัน	5	4	3	2	1
4. ฉันพร้อมที่จะอุทิศเวลาให้กับงานอาสาสมัครในชุมชน	5	4	3	2	1
5. ฉันเต็มใจ และพร้อมเสมอที่จะให้ความช่วยเหลือใคร่ญาติ	5	4	3	2	1
6. ฉันต้องการงานที่ไม่มีข้อผูกมัดมากเกินไป	5	4	3	2	1
7. ฉันพยายามอย่างเต็มที่เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน	5	4	3	2	1
8. ถ้ามีคนดูแลลูกให้ ฉันเลือกที่จะทำอย่างอื่นมากกว่า เลี้ยงดูลูก	5	4	3	2	1
9. ฉันอยากทำให้ชุมชน สังคม องค์กร หรือหน่วยงานทาง ศาสนาดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	5	4	3	2	1
10. ฉันไม่อยากจะสร้างข้อผูกมัดใดๆ กับคู่สมรส เพราะจะทำให้ เสียโอกาสดีๆ ในชีวิต	5	4	3	2	1
11. ฉันต้องการอุทิศเวลา และแรงกายทั้งหมดในการเลี้ยงดูลูก	5	4	3	2	1
12. ฉันชอบมีเพื่อนที่คบกันได้หลายๆ คนมากกว่าจะมีเพื่อนสนิท เพียง 1-2 คน	5	4	3	2	1
13. ฉันอุทิศเวลา และแรงกายอย่างเต็มที่ให้บิดามารดาที่รับรู้ ได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่	5	4	3	2	1
14. ฉันพยายามอย่างเต็มที่เพื่อสร้างความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด กับคู่สมรส แม้ว่าจะทำให้ฉันเสียโอกาสที่จะทำในสิ่งที่ต้องการ	5	4	3	2	1
15. การดูแลลูก ทำให้ฉันพลาดโอกาสสำคัญที่จะสร้าง ความก้าวหน้าในชีวิต	5	4	3	2	1
16. ฉันเต็มใจที่จะใช้เวลาสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนเพียง 1-2 คน ที่มีทัศนคติตรงกัน	5	4	3	2	1



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

VERSION 2.0 DATED 10 JUNE 2021

ข้อคำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	ไม่ จริง เลย
17. ฉันอุทิศเวลา และความสามารถอย่างเต็มที่ เพื่อให้คู่สมรสรับรู้ถึงความรัก การดูแลเอาใจใส่ และการสนับสนุนจากฉัน	5	4	3	2	1
18. ฉันเต็มใจ และพร้อมที่จะร่วมกิจกรรมอาสาสมัครในชุมชนทุกรูปแบบอย่างสม่ำเสมอ	5	4	3	2	1
19. ฉันยินดีเสียสละเวลาที่ต้องใช้กับครอบครัวให้กับการทำงาน เพื่อความก้าวหน้าในอาชีพ	5	4	3	2	1
20. ฉันพร้อมที่จะใช้เวลา และร่างกายรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อน แม้ว่าอาจจะเสียโอกาสในการทำตามเป้าหมายของชีวิต	5	4	3	2	1
21. ฉันยินดีเสียสละเวลาว่าง และเวลาส่วนตัวให้กับบิดามารดา	5	4	3	2	1
22. ฉันไม่อยากสร้างข้อตกลงใดๆ กับเครือญาติ เพราะเป็นภาระที่ไม่จำเป็น	5	4	3	2	1
23. ฉันเต็มใจที่จะทำงานหนักเพื่อให้บิดามารดามีความเป็นอยู่ที่ดีสบาย	5	4	3	2	1
24. ฉันเต็มใจสละเวลา และใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง	5	4	3	2	1
25. การใช้ความพยายามในการรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างเครือญาติ ไม่ใช่สิ่งสำคัญสำหรับฉัน	5	4	3	2	1
26. การอุทิศเวลา และความสามารถทั้งหมดในการเลี้ยงดูลูก เป็นหน้าที่หลักของทั้งบิดา และมารดา	5	4	3	2	1
27. ฉันไม่ต้องการใช้เวลาอยู่กับคู่สมรส หรือทำงานด้วยกันเป็นเวลานานๆ	5	4	3	2	1
28. ฉันให้ความสำคัญกับอาชีพ/การงานในหน้าที่ และพร้อมที่จะอุทิศเวลา และร่างกายเพื่อพัฒนางานของฉัน	5	4	3	2	1
29. แม้จะมีงานมากเพียงใด หากเครือญาติเดือดร้อน ฉันก็ยังยินดีช่วยเหลืออย่างเต็มที่	5	4	3	2	1



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	ไม่ จริง เลย
30. ฉันไม่เคยคิดว่าจะต้องอยู่กับบิดามารดาตลอดไป เพราะจะทำให้เสียโอกาสดีๆ ในชีวิต	5	4	3	2	1
31. แม้จะมีงานมาก ฉันยังคงอุทิศเวลาให้กับงานของชุมชน	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 4 | แบบวัดการเผชิญปัญหา จำนวน 39 ข้อ

คำชี้แจง เมื่อท่านพบกับสถานการณ์ที่ยุ่ยากและเป็นปัญหาในชีวิต หรือเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ท่านย่อมมีวิธีการมากมายในการได้ตอบความเครียด ข้อคำถามต่อไปนี้ถามเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านทำและรู้สึก เมื่อท่านประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าว

โปรดทำเครื่องหมายวงกลม ○ รอบตัวเลขในคำตอบที่ตรงกับระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงว่าคนส่วนใหญ่จะทำหรือคิดอย่างไร ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โปรดตอบทุกข้อ (ตัวเลขที่ปรากฏในช่องไม่ใช่คะแนนรายข้อ)

ข้อความ	ทำ บ่อย มาก	ทำ ค่อนข้าง บ่อย	ทำและ ไม่ทำ พอๆ กัน	ไม่ค่อย ได้ทำ	ไม่ ทำเลย
1. ฉันลงมือแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา	5	4	3	2	1
2. ฉันคิดหาทางที่จะจัดการกับปัญหาอย่างไรให้ดีที่สุด	5	4	3	2	1
3. ฉันเรียนรู้ที่จะอยู่กับปัญหาที่เกิดขึ้น	5	4	3	2	1
4. ฉันพยายามทำตัวให้เข้ากับเพื่อนๆ ได้ดี	5	4	3	2	1
5. ฉันระบายความในใจของฉันกับใครบางคน และรู้สึกสบายใจขึ้น	5	4	3	2	1
6. ฉันพยายามไม่รับรู้ว่ามีอะไรเกิดขึ้น	5	4	3	2	1
7. ฉันยอมรับว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ และเลิกความพยายามที่จะแก้ปัญหาต่อไป	5	4	3	2	1
8. ฉันจะทำกิจกรรมอื่น เช่น ดูโทรทัศน์ เพื่อจะให้ออกห่างจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นน้อยลง	5	4	3	2	1



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 470/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

ข้อความ	ทำ บ่อย มาก	ทำ ค่อนข้าง บ่อย	ทำและ ไม่ทำ พอๆ กัน	ไม่ค่อย ได้ทำ	ไม่ ทำเลย
9. ฉันคิดว่าฉันเป็นต้นเหตุของปัญหา	5	4	3	2	1
10. ฉันกังวลว่าตนเองจะไม่มีความสุข	5	4	3	2	1
11. ฉันพิจารณาขั้นตอนต่างๆ ในการแก้ปัญหา	5	4	3	2	1
12. ฉันขยันทำงานมาก	5	4	3	2	1
13. ฉันลงมือแก้ปัญหาไปที่ละขั้น	5	4	3	2	1
14. ฉันพิจารณาดูว่าฉันกำลังทำอะไรและทำไมจึงทำ	5	4	3	2	1
15. ฉันหาสิ่งที่ดีจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	5	4	3	2	1
16. ฉันทำให้คนที่มีความสำคัญกับตัวฉันประทับใจ	5	4	3	2	1
17. ฉันพูดคุยปัญหากับคนอื่นให้ช่วยหาทางแก้ปัญหา	5	4	3	2	1
18. ฉันเล่าปัญหาให้เพื่อนที่มีปัญหาเช่นเดียวกันฟัง	5	4	3	2	1
19. ฉันพยายามบอกตัวเองว่า เหตุการณ์นี้ไม่ได้เกิดขึ้นจริง	5	4	3	2	1
20. ฉันหมดความพยายามที่จะทำอะไรต่อไป	5	4	3	2	1
21. ฉันเสี่ยงที่จะพบปะผู้คน	5	4	3	2	1
22. ฉันบอกตัวเองว่าเป็นความผิดของฉัน	5	4	3	2	1
23. ฉันกังวลเกี่ยวกับอนาคตของฉัน	5	4	3	2	1
24. ฉันรู้สึกหงุดหงิด และจะระบายอารมณ์ออกมา	5	4	3	2	1
25. จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ฉันปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงตนเอง	5	4	3	2	1
26. ฉันยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และพยายามมองชีวิตให้สดใสเบิกบาน	5	4	3	2	1
27. ฉันหาเวลาเพื่อทำกิจกรรมที่ชอบหรือทำงานอดิเรก	5	4	3	2	1
28. ฉันปรับปรุงความสัมพันธ์ของฉันกับผู้อื่น	5	4	3	2	1
29. ฉันหาทางผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ เล่นดนตรี เดินห้างสรรพสินค้า ดูของสวยๆ งามๆ	5	4	3	2	1



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

ข้อคำถาม	ทำ บ่อย มาก	ทำ ค่อนข้าง บ่อย	ทำและ ไม่ทำ พอๆ กัน	ไม่ค่อย ได้ทำ	ไม่ ทำเลย
30. ฉันเล่าปัญหาของฉัน และรู้สึกว่ามีคนเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจฉัน	5	4	3	2	1
31. ฉันขอความช่วยเหลือจากหัวหน้างานหรือเพื่อน	5	4	3	2	1
32. ฉันขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้ หรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ	5	4	3	2	1
33. ฉันรู้สึกไม่สบาย	5	4	3	2	1
34. ฉันหวังว่าปัญหาต่างๆ จะคลี่คลายไปได้เอง	5	4	3	2	1
35. ฉันเก็บความรู้สึกต่างๆ ไว้คนเดียว	5	4	3	2	1
36. ฉันตำหนิตนเอง	5	4	3	2	1
37. ฉันกังวลกับปัญหาที่เกิดขึ้น	5	4	3	2	1
38. ฉันกินหรือนอนต่างไปจากเดิม เช่น กินมากขึ้น นอนน้อยลง	5	4	3	2	1
39. ฉันดื่มสุราหรือใช้ยาเพื่อผ่อนคลายความเครียด	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 5 | แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายวงกลม ○ รอบตัวเลขในคำตอบที่ตรงกับระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โปรดตอบทุกข้อ (ตัวเลขที่ปรากฏในช่องไม่ใช่คะแนนรายข้อ)

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านอารมณ์					
1. มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย	5	4	3	2	1
2. มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขของท่าน	5	4	3	2	1
3. ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว เมื่อท่านไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์	5	4	3	2	1



VERSION 2.0 DATED 10 JUNE 2021

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4. บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน	5	4	3	2	1
5. ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นທີ່ปรึกษาได้ เมื่อไม่สบายใจ	5	4	3	2	1
6. คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ	5	4	3	2	1
7. เพื่อนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ	5	4	3	2	1
ด้านข้อมูลข่าวสาร					
1. มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ	5	4	3	2	1
2. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเองเป็นอย่างดี	5	4	3	2	1
3. มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในบทบาทต่างๆของท่าน	5	4	3	2	1
4. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องที่ท่านอยากรู้	5	4	3	2	1
ด้านทรัพยากรและวัตถุ					
1. เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ	5	4	3	2	1
2. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน	5	4	3	2	1
3. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน	5	4	3	2	1
4. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน	5	4	3	2	1
5. ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ	5	4	3	2	1



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 420/64
วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

ส่วนที่ 6 | แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์

คำชี้แจง ในส่วนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องตอบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

1. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (เลือกเพียง 1 ข้อ)

- Major depressive disorder (MDD)
 Persistent depressive disorder (PDD) or Dysthymia
 Double depression (Major depressive disorder with Dysthymia)

2. โรคที่พบร่วม

- ไม่มี
 มี ระบุ

3. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ปี เดือน

4. ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า

4.1 ยาที่ได้รับในปัจจุบัน

ชื่อ ขนาด mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา ปี เดือน

ชื่อ ขนาด mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา ปี เดือน

ชื่อ ขนาด mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา ปี เดือน

ชื่อ ขนาด mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา ปี เดือน

4.2 ประวัติเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของแผนกจิตเวชศาสตร์

- ไม่มี
 มี จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ครั้ง

4.3 ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า

- ไม่มี
 มี



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโครงการ 420/64
 วันที่รับรอง : 22 มิ.ย. 2564

บรรณานุกรม

1. Lueboonthavatchai O, Lueboonthavatchai P. Psychosocial treatment for depressive disorder. 1st, editor. Bangkok: Tana Press Co.,Ltd; 2010.
2. Burden of Disease Research Program Thailand (BOD Thailand). Disability-Adjusted Life Year. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2015.
3. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization. 2003.
4. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books; 2000.
5. Lueboonthavatchai P, Thavichachart N, Lertmaharit S. Relationship between interpersonal problem areas and depressive disorder in Thai depressed patients: a matched case-control study. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2008;51:69-80.
6. Orathai P. Relationships between multiple roles, psychological well-being, skills and performance of government university administrators: an application of multi-sample, non-recursive structural equation model. Journal of Research Methodology. 2006;19:291-314.
7. Rungreangkulkij S, Chirawatkul S, Kongsuk T, Sukavaha S, Leejongpermpoon J, Sutatho Y. Sex or Gender Leading to a High Risk of Depressive Disorder in Women. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2012;57(1):61-74.
8. Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2016;69:313-32.
9. Ji-won Kang, Soong-nang Jang. Effects of Women's Work-Family Multiple Role and Role Combination on Depressive Symptoms in Korea. International Journal of Environment Research and Public Health. 2020;17(4):1249.
10. Leksomboon P. Job stress, coping, and burnout among helping practitioners in public welfare centers : a mixed methods research: Chulalongkorn University; 2011.
11. Mingmaung W. The effect of group reality therapy on coping strategies of low academic achievement mathay om suksa three students: Chulalongkorn University;

- 1997.
12. Pereira B, Andrew G, Pednekar S, Pai R, Pelto P, Patel V. The explanatory models of depression in low income countries: Listening to women in India. *J Affect Disord.* 2007;102:209-18.
 13. Cary L. Cooper James Campbell Quick. *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice.* Cary L. West Sussex: Cooper James Campbell Quick; 2017.
 14. Thavichachart N, Tangwongchai S, Worakul P, Kanchanatawan B, Suppakitiporn S, na Pattalung AS, et al. Posttraumatic mental health establishment of the Tsunami survivors in Thailand. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health.* 2009;5(1):11.
 15. Lueboonthavatchai P. Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *J Med Assoc Thai.* 2007;90(10):2164-74.
 16. Lopez AD, Murray CC (1998). The global burden of disease 1990–2020. *Nat Med.*4:1241–3.
 17. Smith K. Mental health: A world of depression. A global view of the burden caused by depression. *Nature.* 2014;515:180–1.
 18. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry.* 2005;58:175–89.
 19. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry.* 2005;7(4):167-76.
 20. ทวี ตั้งเสรี และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2546.
 21. Anacker C, O'Donnell KJ, Meaney MJ. Early life adversity and the epigenetic programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function. *Dialogues Clin Neurosci.* 2014;16:321–33.
 22. Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis MS. Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *Eur Psychiatry.* 2011;26:498–503.
 23. Hagerty BM, Williams RA, Coyne JC, Early MR. Sense of belonging and indicators of social and psychological functioning. *Arch Psychiatr Nurs.* 1996;10:235–44.

24. Van Hasselt VB, Null JA, Kempton T, Bukstein OG. Social skills and depression in adolescent substance abusers. *Addict Behav.* 1993;18:9–18.
25. Windle M, Windle RC. Testing the specificity between social anxiety disorder and drinking motives. *Addict Behav.* 2012;37:1003–8.
26. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมี บุคส์พับลิเคชั่นส์; 2546. 602 p.
27. กรรณิกา ขวัญอารีย์. บทบาทผู้นำท้องถิ่นต่อการดำเนินการแก้ไขปัญหาแรงงานเด็ก ในชุมชนที่มีระดับการพัฒนาต่างกัน : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสุรินทร์. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์/กรุงเทพฯ2535.
28. Ellen S. Amatea, E. Gail Cross, Jack E. Clark, Carol L. Bobby. Assessing the Work and Family Role Expectations of Career-Oriented Men and Women: The Life Role Salience Scales. *Journal of Marriage and Family.* 1986;48:831-8.
29. Marian N. Ruderman, Patricia J. Ohlott, Kate Panzer, Sara N. King. Benefits of Multiple Roles for Managerial Women. *The Academy of Management Journal.* 2002;45:369-86.
30. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้หญิงมีบทบาทมากขึ้นในหลายอาชีพ วันที่อ้างถึง: 22 ธันวาคม 2562 [Available from: www.nso.go.th/sites/2014/Pages/ActivityNSO/A28-04-60-1.aspx.
31. Lee Y. Spillover between work and family for married workers: Negative, positive and global spillover. *Korea J Popul Stud.* 2010;33:1-31.
32. Leonard I. Pearlin. *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*: Academic Press; 1983.
33. ภัทรสุดา ฮามคำไพ. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวความคิดพิจารณาความเป็นจริง ต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย2539.
34. รัชนี้อย่าง แก้วคำศรี. ความสัมพันธ์ของรูปแบบความผูกพัน การเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
35. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine.* 1976;38(5):300–14.
36. Nestmann F, Hurrelmann K. *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence.* Berlin, New York: De Gruyter; 2012. 111-2 p.

37. Skärsäter I, Langius A, Argen H, Häggström L, Dencker K. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression : A one-year prospective study. *Int J Ment Health Nurs*. 2005;14:258-64.
38. Engels M, Wahrendorf M, Dragano N, McMunn A, Deindl C. Multiple social roles in early adulthood and later mental health in different labour market contexts. *Adv Life Course Res*. 2021;50:100-432.
39. สรวงสุดา เจริญวงศ์ พย.ม., ศิริพร จิรวัดน์กุล ประ.ด., เลเนอร์ แมนเดอร์สัน ประ.ด. เปลี่ยนศาสนา คือเปลี่ยนวิถีชีวิต: กระบวนการปรับตัวของผู้หญิงอีสานชาวพุทธสู่การเป็นมุสลิม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2558;60(4):317-30.
40. Sadock BJ, Sadock VA. "Mood disorders." In: Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007:527-78.
41. Blazer DG. "Mood disorders: epidemiology." In: Sadock BJ, Sadok VA, eds. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Vol 1 7th ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000;200:1290-308.
42. Chinvararak C. Somatic Symptoms and Its Association to Depressive Severity in Patients with Major Depressive Disorder in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2559;61(4):281-94.
43. Kurimoto P. Prevalence and associated factors of social skills deficits in patients with depressive disorders at Psychiatric Outpatient Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J*. 2021:431-40.
44. Luong G, Charles ST, Fingerma KL. Better with age: Social relationships across adulthood. *J Soc Pers Relat*. 2011;28:9-23.
45. Purmtummasin A. The factors influencing to level depression of Depressive Disorder in Roi-et Hospital. *Maharakham Hospital Journal*. 2016:87-96.
46. Catherine K Ettman, Gregory H Cohen, Patrick M Vivier, Sandro Galea. Savings, home ownership, and depression in low-income US adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2021;56(7):1211-9.
47. พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, ยุวดี ฤชา, สายลม เกิดประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา และอาการซึมเศร้าภายหลังคลอด. *Rama Nurs J*. 2000:201-12.

48. Graves, L. M., Ohlott, P. J., & Ruderman, M. N. Commitment to family roles: Effects on managers' attitudes and performance. *Journal of Applied Psychology*. 1976;92(1):44-56.
49. Buckman J. Role of age, gender and marital status in prognosis for adults with depression: An individual patient data meta-analysis. *Epidemiology Psychiatric Science*. 2021;30:e42.
50. H.G. Hwu, I.H. Chang, E.K. Yeh, C.J. Chang, L.L. Yeh. Major depressive disorder in Taiwan defined by the Chinese diagnostic interview schedule. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1966;184:497-502.
51. M.M. Weissman, R.C. Bland, G.J. Canino, C. Faravelli, S. Greenwald, H.-G. Hwu, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder *Journal of the American Medical Association*. 1996;276:293-9.
52. Knodel, J. and Chayovan, N. Population Ageing and the Well- Being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current Situation and Future Challenges. Bangkok, Thailand: UNFPA Thailand and Asia and the Pacific Regional Office.
53. รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. 3, editor. กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง; 2541.
54. Kaewraya K. Relationships between Personal Factors, Ability of Elderly to Perform Daily Living Activities, Elderly and Elderly Caregiver Relationships and Role Stress of Caregiver of the Elderly in Petchaburi Municipality, Petchaburi Province. A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science, Chulalongkorn University 1997.
55. Gray R., Thapsuwan S. Factors Affecting on Stress of Caregivers to Older Persons. *Journal of Social Sciences and Humanities Research in Asia*. 2014;20(1):203-28.
56. Maureen Seguin & Bayard Roberts. Coping strategies among conflict-affected adults in low- and middle-income countries: A systematic literature review. *Global Public Health*. 2017;12(7):811-29.
57. Scholte W. F., Olff M., Ventevogel PdVGJ, Jansveld E., Cardozo B. L. & Crawford C. A. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*. 2004;292(5):585-93.
58. Chanapan N, Seeherunwong A, Yuttatri P, Kongsakon R. Relationship between the Factors of Social Support and Self-Insight and Self-Regaining amongst Female

- Depression Patients. 2013;28(2):44-57.
59. Cappeliez P, Robitaille A, McCusker J, Cole M, Yaffe MJ, Sewitch M, et al. Recovery from depression in older depressed patients in primary care: relation with depression severity and social support. *Clin Gerontologist*. 2007;31(1):17-32.
60. Avenevoli S., Knight E., Kessler R. C. & Merikangas K. R. Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford; 2008.
61. Vatanasin D. Prevention of Adolescent Depression: From Evidence to Practice. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2016;24(1):1-12.
62. Pickett, Kate and Wilkinson, Richard. "Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress". *The British Journal of Psychiatry*. 2010;197:426-8.





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาว พลอย เชนศรี
วัน เดือน ปี เกิด	27 มิถุนายน 2530
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	2550 – 2552 Bachelor of Design – Communication Design, Swinburne University of Technology, Melbourne, Australia
ที่อยู่ปัจจุบัน	1593/268 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110

