

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

จันทนา ชุ่มเย็น

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในเขตอำเภอบพพระ จังหวัดตาก



นางสาวจันทนา ชุ่มเย็น

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภิณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์อรสา พันธักดี,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

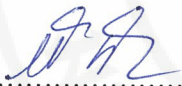
เรื่อง

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2553



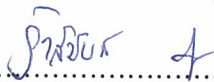
นางสาวจันทนา ชุ่มเย็น
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์อานันท์ อากานันท์กุล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



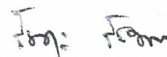
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสทธิณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พชรินทร์ นินจันทร์ ประธานกรรมการและกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. มณี อาภานันท์กุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา ประธานกรรมการและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด จนเป็นผลให้วิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพพระ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลที่กรุณาสนับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ช่วยสละเวลา เพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา รวมทั้งนักศึกษารุ่นพี่ และเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และอุปสรรคต่างๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบพระคุณหัวหน้าสาธาณสุขอำเภอพพระ หัวหน้าสถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธาณสุขและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยเหลือในระหว่างการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดของโรงพยาบาลรามาริบัติดีสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดสถาบันและหน่วยงานอื่นๆ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ตำรา เอกสาร พร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดาและขอบคุณบุคคลในครอบครัวและญาติมิตรที่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างดี

จันทนา ชุ่มเย็น

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

FACTORS PREDICTING DEPRESSION IN HMONG HILL TRIBE WOMEN LIVING IN PHOPPHRA DISTRICT, TAK PROVINCE

จันทนา ชุ่มเย็น 4837048 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), พัทรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีจำนวน 122 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติถดถอย พหุคูณแบบนำเข้าทั้งหมดพร้อมกัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.3 และพบว่าความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ส่วนการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า โดยระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 65 โดยความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงควรได้รับการดูแลรักษาและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าโดยการส่งเสริมในด้านความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า / ปัจจัยทำนาย / ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง / ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง

**FACTORS PREDICTING DEPRESSION IN HMONG HILL TRIBE WOMEN
LIVING IN PHOPPHRA DISTRICT, TAK PROVINCE****JANTANA CHUMYEN 4837048 RAMH/M****M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING),
PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)****ABSTRACT**

The present study was descriptive research which aimed at investigating depression and factors related to and predicting depression in Hmong hill tribe women who lived with their spouses. The subjects of the study were 122 Hmong hill tribe women who lived with their spouses in Phopphra district, Tak province, Thailand. The data collection instruments consisted of six instruments—the demographic characteristics questionnaire, the Self-Esteem questionnaire, the Life Stress Event Scale, the Marital Relationship Questionnaire, the Personal Resource Questionnaire, and the Thai Depression Inventory. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis.

The findings revealed that 35.3% of Hmong hill tribe women who lived with their spouses had depression and that self-esteem, marital relationship, and social support were negatively related to depression. Also, it was found that perceived life stress was positively related to depression at a low level and that educational background, income, family history of depression, self-esteem, perceived life stress, marital relationship, and social support could co-predict variance of depression in the subjects by 65%. Self-esteem was the most important predictor, followed by life stress.

Based on the study finding that Hmong hill tribe women who lived with their spouses had a rather high level of depression, provision of care to treat and prevent depression should promote their sense of self-esteem and disseminate knowledge of stress management.

**KEY WORDS: DEPRESSION / PREDICTVE FACTORS / HMONG HILL TRIBE
WOMEN / SELF-ESTEEM**

171 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	8
สมมุติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง	13
ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง	35
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย	55
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล	63
การวิเคราะห์ข้อมูล	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	66
บทที่ 5 อภิปรายผล	76
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	87
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย	89
ข้อจำกัดของการวิจัย	91
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	92
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	115
รายการอ้างอิง	141
ภาคผนวก	157
ประวัติผู้วิจัย	171

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำบล	54
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	68
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติซึมเศร้าของครอบครัว	69
3 ค่าคะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	69
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	69
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	70
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	70
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	71
8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ	71
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง	74
10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหาอำนาจทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า ของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง	75

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2	แสดงรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	55

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอันดับสองที่ทำให้เกิดความทุกข์กับการอยู่กับโรคนี้นอกจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2546-2550 พบว่า มีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้า เท่ากับ 163.76, 140.55, 149.90, 193.65 และ 196.51 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ.2546 ประเมินการว่า ประชากรไทยอายุ 15-59 ปีมีความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ร้อยละ 3.2 เป็นเพศชายร้อยละ 2.47 เพศหญิงร้อยละ 3.98 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ อัจฉรา จรัสสิงห์, 2547)

โรคซึมเศร้าในเพศหญิงร้อยละ 10 - 25 และพบในเพศชายร้อยละ 5 - 12 (Kessler, 2000 อ้างใน ดาวรุ่ง เกิดสิน, 2548 ; Quinn, 2000) โรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็นอัตราส่วน 2:1 (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) โดยจะมีผู้หญิง 1 คนใน 4 คนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในช่วงชีวิต ในขณะที่ผู้ชายพบภาวะซึมเศร้า 1 คนใน 9 คน (Stuart, 1995) ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านชีววิทยา ด้านจิตสังคมและวัฒนธรรม (Stewart et al., 2001) เมื่อพิจารณาตามสถานภาพสมรสพบว่าผู้หญิงโสดมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้หญิงที่สมรสแล้ว และคู่สมรสที่แต่งงานแต่ไม่มีความสุขในชีวิตคู่มิ้อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่า (National Institute Mental Health , 2006) จากการศึกษาของศิริพร จิรวัดณ์กุล (2546) พบว่าผู้หญิงไทยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5 - 9 และพบในผู้ชายร้อยละ 2 - 3 โดยผู้หญิงที่แต่งงานแล้วจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้หญิงที่โสดและมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึง 3 ครั้งในช่วงของชีวิต ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าเหตุการณ์ต่างๆที่เฉพาะกับวงจรชีวิตของการเจริญพันธุ์ในผู้หญิง เช่น การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด หรือระยะก่อนและหลังการมีประจำเดือนมีความสัมพันธ์

กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (McGrath, Keita, Strickland & Russo, 1992) และพบว่าผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 25 - 44 ปี ซึ่งเป็นวัยของการทำงาน การเจริญพันธุ์และการมีครอบครัว (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546; Weissman, 1987) ดังนั้นเมื่อผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าจึงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันการทำงาน สัมพันธภาพในครอบครัวและความสามารถในการดูแลตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2542)

ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า นอกจากจะส่งผลในด้านจิตใจหรือความรู้สึกแล้ว ยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ลดความสามารถของบุคคลในการคิดและการปฏิบัติงาน และเป็นสาเหตุนำของการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 60 ถึง 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) ในการศึกษาผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 640 คน ของสมภพ เรืองตระกูล (2543) พบว่าร้อยละ 45 เป็นโรคซึมเศร้าและจากรายงานจำนวนของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2546-2550 พบว่า ความพยายามฆ่าตัวตายทั้งหญิงและชายเพิ่มขึ้นตามลำดับทุกปี จาก 40.19 เป็น 42.59 ต่อประชากรแสนคน และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและสาเหตุหลักมาจากเรื่องความเครียดจากการทำงาน รายได้ ปัญหาสุขภาพจิตส่วนปัญหาที่ทำให้ตัดสินใจทำร้ายตนเองคือปัญหาความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด (กรมสุขภาพจิต, 2550) และจากการศึกษาเกี่ยวกับภาระโรคและการบาดเจ็บขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับภาระที่ต้องแบกรับจากโรคต่างๆด้วยตัวชี้วัด Disability Adjust Life Year พบว่า โรคซึมเศร้าทำให้เกิดอัตราทุพพลภาพ (Disability Rate) ในผู้หญิงถึงร้อยละ 30 ในขณะที่ทำให้เกิดอัตราทุพพลภาพในผู้ชายเพียงร้อยละ 12.6 (Quinn, 2000)

จากอุบัติการณ์ที่เพิ่มมากขึ้นของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆทั้งภายในและภายนอกตัวผู้หญิง ปัจจัยภายในที่พบได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม การเลี้ยงดู การเผชิญหน้า การสมยอม การพึ่งพาผู้อื่น การมีความคิดในแง่ลบ การหมกมุ่นอยู่กับอารมณ์เศร้า และการที่ไม่สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ ส่วนปัจจัยภายนอกที่พบได้แก่ อัตราการถูกละเมิดทางเพศในวัยเด็ก ทำให้ผู้หญิงได้รับความเจ็บปวดเป็นระยะเวลายาวนาน ภาระหนักจากการเลี้ยงดูบุตรและชีวิตสมรส (Allen & Phillips, 1997; Hauenstein, 1991 อ้างใน กนกวรรณ ทิฆะ, 2544) และวัฒนธรรมของสังคมในปัจจุบันยังคงให้ความสำคัญต่อบทบาททางเพศของผู้ชายเด่นกว่าผู้หญิง มีความไม่เท่าเทียมทางเพศ จึงทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่าผู้ชาย ในขณะที่ผู้นำเชิงสังคมเป็นบทบาทของผู้ชาย ส่วนผู้หญิงจะมีบทบาทในฐานะเป็นผู้สนับสนุนครอบครัว ผู้หญิงจึงมักอยู่ในฐานะผู้ถูกระทำได้มากกว่า (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) ผู้หญิงและผู้ชายได้รับการจัดแบ่งหน้าที่

แตกต่างกันในครอบครัวมาแต่โบราณ การแบ่งแยกหน้าที่กันนี้ส่วนหนึ่งได้มาจากการยึดหลักความแตกต่างทางกายภาพและสรีรภาพ กล่าวคือ ผู้หญิงเป็นผู้ที่มีลักษณะทางกายภาพที่บอบบางและเป็นผู้ให้กำเนิดบุตร จึงทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรอยู่กับบ้าน อีกทั้งสมัยก่อนผู้หญิงมีโอกาสด้านการศึกษาน้อยกว่าชาย บทบาทและหน้าที่หลักจึงเป็นงานบ้าน งานเหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นการเลี้ยงดูบุตร เตรียมอาหารให้สมาชิกในครอบครัว ซักเสื้อผ้าทำความสะอาดบ้านและการดูแลความเรียบร้อยทุกอย่างในบ้านล้วนแต่ไม่มีค่าตอบแทน จึงดูเหมือนว่าผู้หญิงที่รับบทบาทตามเพศที่มีมาแต่โบราณนั้นทำงานที่ด้อยคุณค่า เพราะเป็นงานที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าทางเศรษฐกิจใดๆ (เครี ริคเตอร์ และนภภรณ์ หะวานนท์, 2538 อ้างในทัศนาศูววรรณะปกรณ และนันทา เล็กสวัสดิ์, 2547) การแสดงออกด้านอารมณ์เศร้าของผู้หญิงจึงมีได้มาก ในขณะที่ผู้ชายจะไม่แสดงอารมณ์เศร้าแต่กลับใช้การระบายออกด้วยการสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้าแทนจึงทำให้ผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้หญิง

ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งเป็นกลุ่มผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความเป็นอยู่สังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างจากสังคมเมือง สังคมชาวเขาเป็นสังคมที่ยึดจารีตประเพณีที่มีความเชื่อมโยงของระบบเครือญาติมีการสืบสกุลทางฝ่ายชาย ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่าผู้ชาย ลักษณะครอบครัวจะเป็นครอบครัวชายและยอมรับการที่สามีมีภรรยาได้หลายคน (ธงชัย ศรีเมือง, 2545) ซึ่งการมีภรรยาหลายคนนี้มีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าผู้ชายที่มีภรรยาหลายคนจะเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ง่าย ทำให้คู่สมรสไม่สบายใจมากและไม่มีความสุข เกิดปัญหาความขัดแย้งในชีวิตสมรส หากถูกระทบกระเทือนจิตใจผู้หญิงมากอาจถึงการพยายามฆ่าตัวตาย (นงพงา ลิ้มสุวรรณ และธณชัย คงสกนธ์, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15 (Stuart & Sundeen, 1995)

โรงพยาบาลพพระเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่แนวชายแดนไทย – พม่า ซึ่งมีประชากรหลายเชื้อชาติอาศัยอยู่ ได้แก่ ไทย พม่า ม้ง กระเหรี่ยง มูเซอ อีเก้อ ลีซอ และ เข้าโดยประชากรส่วนใหญ่ในเขตอำเภอพพระเป็นชาวเขาเผ่าม้งถึงร้อยละ 56.75 และผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพพระส่วนใหญ่เป็นชาวเขาเผ่าม้ง จากประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลพพระ พบว่าในปี พ.ศ.2551 มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 40 รายและพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 17 รายเป็นผู้ชาย 10 คน และผู้หญิง 7 คนโดยส่วนใหญ่ใช้วิธีกินสารกำจัดวัชพืช ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการพยายามฆ่าตัวตายมาจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิด หึงหวง และจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 ราย แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

ชาวเขาเผ่าม้ง พบแต่รายงานวิจัยการสำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทภูเขาของศูนย์สุขภาพจิต เขต 10 ซึ่งพบว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งจะมีอาการของโรคซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนมากกว่าเพศชาย (มนตรี นามมงคล, อุบล หนูธรรม และเพชร ปาสรานันท์, 2544) ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวยังไม่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งโดยตรง อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งมีความสำคัญ เนื่องจากม้งเป็นชนกลุ่มน้อยในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตากที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในชีวิตผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ย่อมมีผลต่อชีวิตของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผลเสียทางตรง คือ การเจ็บป่วย การทำงานในหน้าที่ต่างๆบกพร่องทั้งหน้าที่ในครอบครัว และการงานและการดูแลตนเอง (Peden, Rayen & Beebe, 2000 อ้างใน วิภาวี เผ่ากันทราร, 2548) ส่วนผลเสียทางอ้อม คือ การเป็นภาระของครอบครัว การสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา ซึ่งในบางรายหากมีอาการรุนแรงมากอาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งและระบบบริการพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุมทางด้านภาวะสุขภาพจิต ดังนั้น การทำความเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ซึ่งเป็นสังคมหนึ่งของประเทศไทยเพื่อช่วยให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับอิทธิพลทางสังคมวัฒนธรรมไทยและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาถือเป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาสังคมวัฒนธรรมชาวเขาที่จะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้หญิงชาวเขาให้มีภูมิคุ้มกันต่อภาวะซึมเศร้าได้และนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางกายภาพสำหรับผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิตคือ ลดอัตราการฆ่าตัวตาย ให้ทุกคนมีสุขภาพดีเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของชีวิตและสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2548)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งซึ่งจากการศึกษาพบว่าทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (Biological theory) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological theory) และทฤษฎีทางด้านสังคม (Social theory) (Rasgon, Guire & Troisi, 2000; Sadock & Sadock, 2003) มีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีทางชีวภาพ อธิบายถึงปัจจัยด้านชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆในผู้หญิง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546; Sadock & Sadock, 2003; Stuart, 1995) โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว (Family History of Depression) ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดชั้นที่หนึ่ง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านพันธุกรรมที่พบว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (McGrath et al., 1992; Nolen - Hoeksema, 1987; Nolen - Hoeksema, 1990; Weissman, 1987)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา อธิบายถึงปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้หญิง ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและทฤษฎีการยอมรับที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่อธิบายโดยทฤษฎีปัญญานิยมว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงทำให้เกิดแนวคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตัวเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (Beck, 1967 อ้างใน ดวงเดือน นรสิงห์, 2546) โดยบุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่ดี ไม่มีคุณค่า เป็นความคิดที่ตนเองสร้างขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นจะโทษว่าเป็นความผิดของตนเอง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งหมายความว่า บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหา รับรู้ปัญหาได้ตามสภาพความเป็นจริง มีความเคารพตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสุข ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อย (Vatanasin, 2005)

ทฤษฎีทางสังคม อธิบายถึงปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง ประกอบด้วย ทฤษฎีบทบาท ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น อธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงว่าผู้หญิงจะให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างตนเองกับบุคคลที่สำคัญและผูกพันด้วย (Rasgon et al., 2000) โดยปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Relationship) และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressfull Life Event) มีรายละเอียด ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยจากทฤษฎีทางสังคม (Social theory) ที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับการให้และการได้รับหรือการตอบสนองความต้องการจากแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Brown & Harris, 1978) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการบ่งบอกถึงสัมพันธภาพของ

บุคคลที่มีต่อเครือข่ายทางสังคม โดยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยเพิ่มความมั่นใจเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการที่จะควบคุมสถานการณ์และสามารถลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้นช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษางานวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า (พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540; Sangon, 2001; Vatanasin, 2005)

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นปัจจัยจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersoanal Theory) ที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้จาก สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจะแสดงถึงสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันระหว่างสามีภรรยาอย่างเหนียวแน่นจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมาก (Cronenwett & Kunst - Wilson, 1981: อ้างในจารุวรรณ ชูปวา, 2541) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสะท้อนถึงการประเมินของบุคคลต่อการปฏิสัมพันธ์และการทำบทบาทหน้าที่ในชีวิตคู่สมรส ระดับของสัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถประเมินได้จาก ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ความพึงพอใจในคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรสและการแสดงความรัก จากการศึกษาพบว่า คู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยปรึกษาหารือกันหรือแก้ปัญหาต่างๆร่วมกันจะช่วยลดความเครียดลงได้ (Wanderman, 1980 อ้างในจารุวรรณ ชูปวา, 2541) ซึ่งการเกิดความเครียดในช่วงเวลาที่ยาวนานหรือเกิดขึ้นซ้ำๆย่อมส่งผลให้เกิดความฟุ้งเฟ้อและจะสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kendler, et al., 1995 อ้างใน วิชาวิเผ่ากันทรกรร, 2548)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นปัจจัยทางสังคมซึ่งเป็นสถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วมีผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้นซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไป ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เหตุการณ์ความเครียดที่บุคคลรับรู้ว่ามีรุนแรงมากส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าสูงตามไปด้วย (ชิตติมา กาญจนสาย, 2551; Churoek, 2005)

นอกจาก ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological theory) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological theory) และปัจจัยด้านสังคม (Social theory) เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง ชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีแล้ว ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ดังนี้

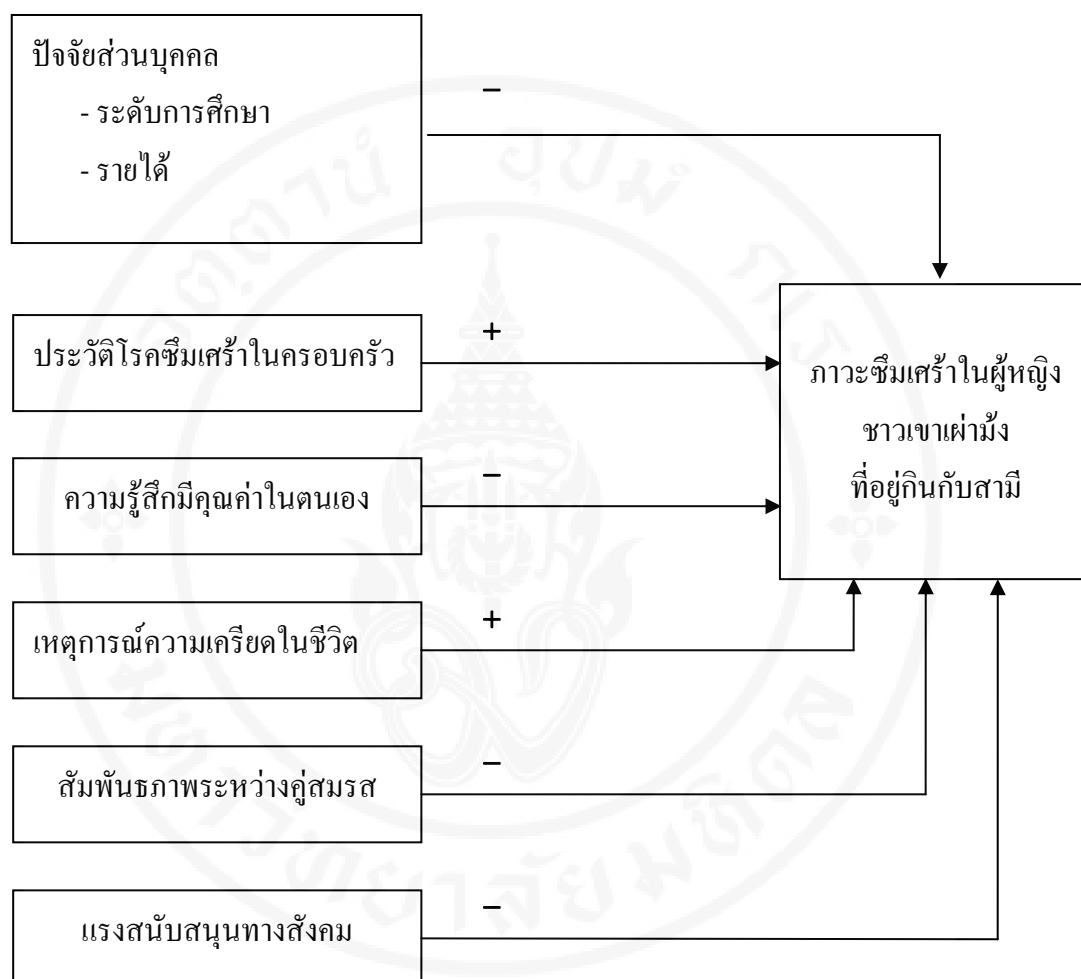
ระดับการศึกษา คือเรื่องชีวิตชนชั้นในสังคม (Beck, 1967) ซึ่งจากการศึกษาของ Mckinlay (1987) ได้ศึกษาผลกระทบระหว่างจำนวนปีที่ได้รับการศึกษากับการเกิดอารมณ์เศร้า

พบว่าจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจะมีความผกผันกับการเกิดอารมณ์เศร้าและพบว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อยและหย่าร้างหรือแยกกันอยู่จะมีโอกาสเกิดอารมณ์เศร้ามากที่สุดในกลุ่มหญิงวัยกลางคน

รายได้ ในสังคมปัจจุบันรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อมนุษย์ทุกคนซึ่งการหารายได้ให้เพียงพอที่จะเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวให้อยู่ได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาของสมถวิล สิริบุประสิทธิ์ (2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำจนถึงไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

โดยสรุปในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่น่าจะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง คือ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มาจากทฤษฎีทางด้านชีววิทยา ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาและทฤษฎีทางด้านสังคม โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณรในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณรในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
2. ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณรในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
3. ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณรในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณรที่มีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี ในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2553 – 25 เมษายน 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณรในเขตอำเภอพบพระเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นทางสุขภาพจิตในการป้องกันและจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณรในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

นิยามตัวแปร

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับของการศึกษาสูงสุดของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีประเพณีโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

- **รายได้** หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีได้รับต่อปีประเพณีโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว หมายถึง ประวัติบุคคลในครอบครัวสายตรงของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่กำลังเป็นหรือเคยเป็นภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองและความสามารถของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่ง สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) ได้แปลและดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's Self - Esteem Scale) ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะเหตุการณ์ในด้านครอบครัว เศรษฐกิจ การงานและสังคมของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่ก่อให้เกิดความเครียด ประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดของอรวรรณ ชูฤกษ์ (Churoek, 2005) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Social Readjustment Rating Scale) ของโฮลล์และเรช (Holms & Rahe, 1967) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หมายถึง การรับรู้ของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตครอบครัว ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ความพึงพอใจในคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรส และการแสดงความรัก ประเมินโดยแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่ง จารุวรรณ ชูปวา (2541) ได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวในชีวิตคู่ (Dyadic Adjustment Scale) สร้างโดย สเปนเนียร์ (Spanier, 1976 cited by Stover & Hope, 1993) ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี เกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมใน 5 ด้าน ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ ประเมินโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: PRQ 85 part II) พัฒนาโดย แบรินด์แอนไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ที่อาศัยแนวความคิดของไวส์ (Weiss, 1974) แปลเป็นภาษาไทยโดยฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ คะแนนรวมมีค่าได้ตั้งแต่ 25-175 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและด้านร่างกายของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี ที่แสดงออกด้วยอาการซึมเศร้าหดหู่ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ขาดสมาธิ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายและรุนแรง เบื่ออาหาร มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ อาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) ซึ่งพัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง และภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามัญ ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ คือ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียด ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

อาการของภาวะซึมเศร้า

ระดับของภาวะซึมเศร้า

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

ปัจจัยส่วนบุคคล

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคม

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

บีเบอร์ (Beeber, 1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง

เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม เป็นต้น มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ชอบตำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนีหรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น และการทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า หรือกระวนกระวาย เป็นต้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ และคู่สิด ลิขนะพิชิตกุล (2539) ได้ให้นิยามภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ อาการซึมเศร้า (depressive symptoms) มีเพียงความรู้สึกเศร้า หงุดหงิด หรือร้องไห้ ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน และโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรง รบกวนกิจวัตรประจำวัน

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนิตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่เป็นระยะเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

จากนิยามต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงความผิดปกติทางจิตใจที่มีผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม อารมณ์แปรปรวนง่าย อารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตโดยจะมีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลงและแยกตัวจากสังคม

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงมีผู้อธิบายไว้หลายประการขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression) ทฤษฎีทางชีววิทยา

ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีทางพันธุกรรม ทฤษฎีสารสื่อประสาท และทฤษฎีฮอร์โมน มีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (genetic theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องกันระหว่างพันธุกรรมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งที่ผ่านมาเป็นการศึกษาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ การศึกษาในครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คู่แฝดและบุตรบุญธรรม (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) จากการศึกษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่า พันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวข้องทางสายเลือดในชั้นแรก เช่น พ่อ แม่ ลูกและพี่น้องเกิดภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลทั่วไป 1.5 - 3 เท่า (American Psychiatric Association [APA], 1987 cited in Townsend, 1993; Kelsoe, 2005; Weissman, 1987) และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ทั้งนี้มีรายงานการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติด้านอารมณ์กับยีนลักษณะเฉพาะ (gene markers) บนโครโมโซมบางตัว เช่น 5, 11, 18 และ X เป็นต้น (Sadock & Sadock, 2003) ทำให้นักวิจัยเชื่อว่า การที่ผู้หญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าอาจเป็นเพราะมียีนเฉพาะเป็นลักษณะเด่นของผู้หญิง (X-linked dominant gene) จึงอาจเป็นไปได้ว่าภาวะซึมเศร้าอาจถ่ายทอดโดยยีนที่มีภาวะซึมเศร้าบนโครโมโซม X ในครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้า (Beeber, 1996; Kelsoe, 2005; Stuart, 1995; Townsend, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาครอบครัว ที่พบว่า ผู้หญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับการถ่ายทอดภาวะซึมเศร้าจากแม่สู่ลูกผู้หญิงทางโครโมโซมเพศหญิงที่มีลักษณะของอาการซึมเศร้าอยู่ จึงอาจทำให้ผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชาย (Kelsoe, 2005; Sadock & Sadock, 2003) และจากการศึกษาในคู่แฝดที่พบว่า ถ้าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีภาวะซึมเศร้า โอกาสที่คู่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดภาวะซึมเศร้ามีประมาณร้อยละ 75 ในขณะที่คู่แฝดคนใดคนหนึ่งที่เกิดจากไข่คนละใบมีภาวะซึมเศร้าโอกาสที่คู่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดภาวะซึมเศร้ามีประมาณร้อยละ 20 (Beeber, 1996; Kelsoe, 2005; Stuart, 1995; Townsend, 1993) และจากการศึกษาในบุตรบุญธรรม พบว่า บุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาที่ปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitters) จากการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองที่เกิดจากการมีปริมาณลดลงหรือการทำหน้าที่ลดลงของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ แรงขับทางเพศ สถิติปัญหาการเรียนรู้และความจำ ตลอดจนการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทั้งนี้พบว่า สารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า มี 3 ตัวที่สำคัญ คือ

1) Norepinephrine (NE) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการแสดงอารมณ์ การตื่นตัว ความอยากอาหาร รางวัลด และแรงขับทางเพศ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการมีปริมาณ Norepinephrine (NE) ลดลง (Townsend, 1993)

2) Serotonin (5-HT) ทำหน้าที่ควบคุมการแสดงความรู้สึก อารมณ์โกรธ ก้าวร้าว การนอนหลับ และความอยากอาหาร ซึ่งพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการมีปริมาณ Serotonin (5-HT) ลดลง (สุรัช เกื้อศิริกุล, 2533; Townsend, 1993)

3) Dopamine (DA) มีหน้าที่สำคัญในการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางด้านอารมณ์ เช่น แรงขับทางเพศ ความรู้สึกพอใจ การเคลื่อนไหว และแนวความคิด ซึ่งพบว่าการทำหน้าที่ลดลงของ Dopamine (DA) อาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2536; Wood, 2005)

ฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) จากการศึกษาพบว่า มีความผิดปกติของระบบควบคุมฮอร์โมนใน 3 ระบบที่สำคัญ คือ 1) ระบบ Hypothalamic-Pituitary -Adrenal (HPA axis) ซึ่งมีการทำงานมากขึ้นโดยที่ Hypothalamus มีการหลั่งของฮอร์โมน CRF เพิ่มขึ้น ไปกระตุ้นให้ Anterior Pituitary หลั่งฮอร์โมน ACTH ไปกระตุ้นที่ Adrenal cortex มีผลทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Cortisol เพิ่มขึ้น ซึ่งระดับ Cortisol ที่สูงขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อร่างกายให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง เช่น มีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ ลดความอยากอาหาร น้ำหนักลดและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 50 มีระดับของ Cortisol เพิ่มขึ้น (ศิริพร จิรวัดเนกุล, 2546; Stuart, 1995; Townsend, 1993) 2)ระบบ Hypothalamic-Pituitary-Thyroid (HPT axis) การศึกษาพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 25 มีการเปลี่ยนแปลงการหลั่งฮอร์โมน Thyroid-Stimulating-Hormone (TSH) ที่ Anterior Pituitary ซึ่งเป็นผลจากการถูกกระตุ้นด้วยThyrotropic-Releasing-Hormone (TRH) ที่หลั่งจาก Hypothalamus โดยพบว่า TSH มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นของ TRH เปลี่ยนไป (Akiskal, 2005; Stuart, 1995; Townsend, 1999) และ 3) ระบบ Hypothalamic-Pituitary-Growth Hormone axis พบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจะมีความผิดปกติในการหลั่ง Growth Hormones (Sadock & Sadock, 2003; Stuart, 1995; Townsend, 1993) ในผู้หญิงการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Estrogen และProgesterone ในช่วงต่างๆของวงจรชีวิตการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง เช่น

ในช่วงวัยรุ่น ช่วงการมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้หญิง ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้หญิงมีอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและเกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ได้ง่าย (Nolen - Hoeksema, 1990) และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ของ Gotlib & Whiffen (1989) ศึกษาการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงหลังคลอดจำนวน 360 รายโดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 10 และร้อยละ 6.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดตามลำดับ และพบว่าการลดลงของฮอร์โมนในช่วงของการใกล้หมดประจำเดือนและการหมดประจำเดือนมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงได้ (Akiskal, 2005; Steiner et al., 2000) ดังนั้นการที่ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอาจมีสาเหตุเนื่องจากปัจจัยด้านพันธุกรรม ความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองและฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงในวงจรชีวิตของผู้หญิง

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ได้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อประสบการณ์ของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักตั้งแต่วัยเด็ก (Stuart, 1995; Warren, 1995) โดยเฉพาะมารดา จากการพลัดพรากหรือการเสียชีวิต ทำให้ขาดความรักความอบอุ่นขาดการพัฒนาการด้านความรักและการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978) ซึ่งในขณะที่บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียนั้นบุคคลจะเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายร่วมด้วย แต่ความรู้สึกดังกล่าวถูกเก็บกดอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดการหันเหเข้าหาตนเอง (Introjection) ผลที่ตามมาทำให้บุคคลเกิดการกล่าวโทษตนเอง (อ่ำไพลรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสูญเสียที่มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ การสูญเสียมารดาที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 11 ปี (จำลอง ดิษยณิขและพริ้มเพรา ดิษยณิข, 2546; สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547; Sangon, 2001)

ทฤษฎีการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned-helplessness theory) ของเซลิเกแมน (Seligman, 1975) ซึ่งพัฒนาแนวคิดนี้มาจากการทดลองทางจิตวิทยาโดยสังเกตพฤติกรรมของสุนัขที่ถูกกระแสไฟฟ้าระดับต่ำช็อตตลอดเวลาไม่ว่าสุนัขจะกระโดดหรือเห่า จนในที่สุดสุนัขยอมแพ้ไม่พยายามหนีจากการถูกไฟฟ้าช็อตอีก ซึ่งพบว่าสภาวะการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้สามารถเกิดได้ในมนุษย์ โดยสรุปว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ผิดปกติ เป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับแรงเสริมในระดับต่ำ ซึ่งระดับของแรงเสริมตามแนวคิดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ จำนวนของแรงเสริมในสิ่งแวดล้อม จำนวนกิจกรรมหรือเหตุการณ์ซึ่งเป็นแรงเสริมที่มีศักยภาพสำหรับบุคคล และทักษะของบุคคลที่ดึงเอาแรงเสริมนั้นออกมา นอกจากนี้รูปแบบของ

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ประสบกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตในด้านลบมาก่อน หรืออาจเกิดจากการถูกละเลย การพ่ายแพ้ ล้มเหลวหรือการสูญเสีย ก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือยึดติดในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆได้ ไม่ว่าจะแก้ปัญหาในชีวิตอย่างไรก็จะเป็นผลสำเร็จทั้งสิ้น จะพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความสิ้นหวังเกิดขึ้น

ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement) ของ เลวินสัน (Lewinsohn, 1975 cited in Dobson & Jackman - Cram, 1996) ซึ่งเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวได้ และเหตุการณ์ต่างๆที่ประสบในชีวิต ยิ่งทำให้นुकลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้นुकเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self-awareness) การมุ่งเน้นที่ตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการจับผิดตนเองมากขึ้น (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) และบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ (Personality theory) นักวิจัยบางคนเชื่อว่า มีกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่า บุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (Depressive Personality Disorder) คนที่มีบุคลิกภาพชนิดนี้ เป็นคนที่มองโลกในแง่ร้ายและเชื่องซึม มักชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น มองโลกว่ามีแต่ความโหดร้าย ไม่มีใครสนับสนุนตนเอง มองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองอนาคตอย่างไร้ความหวัง มองชีวิตในด้านลบ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากเชื่อว่าคนเหล่านี้มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เป็นปมด้อยในใจตั้งแต่ระยะเด็กเล็ก เช่น การสูญเสียบิดา มารดา ประสบการณ์การถูกทารุณทั้งทางกายและทางเพศ บิดา มารดาติดเหล้า (Fortinash & Holoday - Worret, 1996)

ทฤษฎีทางปัญญานิยม (Cognitive theory) เบ็คและคณะ ในปีค.ศ.1979 ได้อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยว่า เกิดจากการมีความคิดที่บิดเบือนไป ซึ่งเป็นการที่มีความคิดในเชิงลบทั้งต่อตนเอง สังคมและอนาคต (The cognitive triad) ซึ่งส่งผลต่อจิตใจให้อยู่ในสภาพท้อแท้ หดหู่ ดังนั้น (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Townsend, 1993)

1. การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่องไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเองและมีความเชื่อว่าคนอื่นไม่ต้องการ

2. การมองโลกหรือสังคมในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปล การปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกละเลย ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใดๆ ก็

แปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้า

3. การมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่า ความยากลำบากในปัจจุบันหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ก็จะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่สิ้นสุดทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ทฤษฎีทางสังคม (Social Theory) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่คนแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เนื่องจากสังคมมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและเศรษฐกิจทำให้นักคนไม่สามารถปรับตัวตามได้ทัน เกิดความเครียดและอาจพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สร้างความกดดันด้านจิตใจแก่บุคคล เช่น เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตต่างๆ สถานภาพการสมรส ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส ความสัมพันธ์ของครอบครัว สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาหน้าที่การงานอาชีพและการขาดการสนับสนุนทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Beeber, 1996)

ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต (Life Events and Stress Theory) มีรายงานสนับสนุนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตทางด้านลบกับภาวะซึมเศร้า เปย์คิล (Paykel, 1969 cited in Wilson et al., 1989) พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจต่างๆในชีวิตภายใน 6 เดือน เช่น การสูญเสียชนิดต่างๆ การพลัดพรากจากกัน ความล้มเหลวในชีวิต ความไม่สมหวัง การเสียชีวิตของผู้ใกล้ชิดและความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก นอกจากนี้ยังเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ซึ่งจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลงทำให้นักคนนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในทางลบและแยกตัวตามมา ส่วนคอร์เนลิสและคณะ (Cornelis et al., 1989 cited in Fortinash & Holoday-Worret, 1996) กล่าวว่า การประเมินทางด้านอารมณ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งสำคัญเท่าๆกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า คือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ทฤษฎีบทบาททางสังคม (Social Role theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับการที่ผู้หญิงมีบทบาททางสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงไปของสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้หญิงต้องรับภาระจากบทบาทที่เพิ่มมากขึ้นจากเดิมที่ผู้หญิงมีบทบาทเพียงแม่บ้านและมารดาต้องทำงานนอกบ้านเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวทำให้ต้องสวมบทบาททั้งเป็นภรรยา บทบาทมารดาของลูก และการทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้หน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลพ่อแม่สูงอายุ (Birdsall, 1976 cited in Kandle, Davies & Raveis, 1985; Radloff, 1975) ซึ่งพบว่าการมีบทบาทที่หลากหลายของผู้หญิงอาจทำให้เกิดความขัดแย้งกันจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างบทบาทที่คาดหวังกับความสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ให้สมบูรณ์ได้ ทำให้เกิดความกดดันขึ้นและกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงขึ้นได้ (สุกัญญา บุญตานนท์ 2534 อ้างใน ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์และนันทา เล็กสวัสดิ์, 2547) พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่แต่งงานและทำหน้าที่เป็นแม่บ้านอย่างเดียวนั้นคือ ความขัดแย้งกันของกลุ่มสมรส (Fontaine, 1991; Kandle, Davies & Raveis, 1985) การไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัวต้องพึ่งพาความเป็นอยู่จากสามี (Radloff, 1975) ปัญหาจากภาระงานบ้านและจำนวนบุตรที่ต้องดูแลเองที่บ้าน (Kandle et al., 1985) ส่วนสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่แต่งงานและทำงานนอกบ้าน พบว่า การมีปริมาณงานที่มากเกินไป (Work overload) การใช้เวลาในการทำงานมาก (Time overload) การไม่มีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องงาน มีโอกาสก้าวหน้าในงานน้อย ทำให้รู้สึกขัดแย้งจากไม่สามารถบริหารจัดการเพื่อควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Lack of control) ทำให้สับสนและรู้สึกล้มเหลว เกิดความท้อแท้ซึ่งส่งผลทำให้ผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546)

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดย Klerman และคณะโดยมุ่งเน้นการรักษาที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นสำคัญ (Karina et al., 2004) โดยใช้ Interpersonal psychotherapy ซึ่งเห็นว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมของคนคนหนึ่ง จะมีผลกระทบกับอารมณ์ของคนนั้นและในทางกลับกันสภาวะอารมณ์ก็มีผลต่อสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมเช่นกัน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นไปกระทบทำให้อารมณ์แย่ลงอาจเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ในทางกลับกันอารมณ์ซึมเศร้าก็จะไปทำให้ความสามารถในการจัดการกับบทบาทต่างๆทางสังคมลดลง ซึ่งจะยิ่งนำไปสู่สภาวะการณ์ที่เลวร้ายลงไปอีกและทำให้เกิดปัญหาแก่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตามมา ซึ่งจากการศึกษาของ Hammen and Brennan (2001) ได้ทำการเปรียบเทียบ ผู้หญิง 83 คนที่ป่วยด้วย Unipolar Major Depression หรือ Dysthymic Disorder ผู้หญิง 271 คนที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว แต่ไม่มีอาการในขณะที่ทำการศึกษา และผู้หญิง 458 คนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้หญิงที่มีโรคซึมเศร้าในขณะที่ศึกษามีคะแนนปฏิสัมพันธ์ที่แย่ที่สุดในทุกตัวชี้วัด ส่วนผู้หญิง

ที่เคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีปฏิสัมพันธ์เชิงบังคับขัดแย้งที่มากกว่า ได้รับการไว้วางใจที่น้อยกว่า มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า พบว่ามีทฤษฎีที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามี 3 ทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยด้านพันธุกรรม สารสื่อประสาทและฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ทฤษฎีทางจิตวิทยาซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีการยอมจำนนจากการเรียนรู้ ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ ทฤษฎีทางปัญญานิยม และทฤษฎีทางสังคมอธิบายถึงปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีบทบาท เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละทฤษฎีก็ได้อธิบายถึงปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและจากการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากหลายๆปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กันทั้ง 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม

อาการของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มความผิดปกติของอาการหลายๆด้านจึงทำให้มีอาการแสดงออกได้หลายอย่าง โดยปกติจะเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ลักษณะอาการผิดปกติเหล่านี้ได้มีผู้กล่าวถึง ซึ่งสรุปได้ดังนี้ คือ

อารมณ์เศร้าหมอง ไม่มีความสุข ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา เป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้ารุนแรง อาการดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วยและมีอาการเกือบตลอดทั้งวันหรือเกือบตลอดทุกวันนานสองสัปดาห์ขึ้นไป (ดวงใจ กสานครกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ พบได้เสมอในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ารุนแรงผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆกิจกรรมที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่างๆที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยความรู้สึกทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย (ดวงใจ กสานครกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่ายโดยไม่รู้สาเหตุและมักจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ อาการนี้เป็นอาการสำคัญพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว (ดวงใจ กสานครกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรับประทานอาหารของผู้ป่วยจะรู้สึกไม่อยากอาหารแม้จะชอบส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัมเมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก (ดวงใจ กสานครกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจจะนอนไม่หลับเป็นเวลา 1 - 2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ผันร่ายหรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเข้านอนจะหลับได้ตามปกติแต่ตื่นตอนดึก เช่น ดิหนึ่งตีสองแล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้แต่ยากและมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อยหรือทุกคืนและจะหงุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นผู้ที่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหวตลอดจนการพูดจาเชิงซ้ำในระยะแรกผู้ป่วยจะเจิบและซึมลง ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลงผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ผู้ป่วยเองก็รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้และเกิดความกังวลใจมากเพราะไม่ทราบสาเหตุและจะพยายามฝืนตนเอง การกระทำต่างๆจะเป็นการฝืนใจ เช่นการพูด การแต่งตัว การทำงาน ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติแต่ก็ทำไม่ได้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ผู้ป่วยส่วนมากจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น รู้สึกว่าตนเองไม่มีดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สถิติปัญญาหรือ เกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักมีความรู้สึกผิดและตำหนิตนเองโดยที่ไม่มี ความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องที่ไม่สำคัญ ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ทำให้ผู้ป่วยอยากตายและคิดฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ความคิดอยากตาย พบว่าอารมณ์เศร้าและความคิดอยากตายมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากความทรมานและความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นครั้งแรก (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ความกลัวและความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลไปต่างๆ ความกลัวและความวิตกกังวลจะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วยทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

อาการทางกาย ที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ระดับของภาวะซึมเศร้า

เบค (Beck, 1967) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression) คือ ภาวะความรู้สึกอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส (blue mood) ซึ่งบุคคลทุกคนรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆเลย บุคคลทั่วไปมีอาการซึมเศร้าได้ ถ้าหากรู้สึกเหนื่อยหน่ายมาก และขาดคนเห็นอกเห็นใจ หรือถูกทอดทิ้งอยู่คนเดียว ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) ภาวะซึมเศร้าชนิดนี้มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ แต่มีความรุนแรงกว่าจนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงาน แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ได้ ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นัก ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางมักเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบต่อภาวะการสูญเสียและเหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าชนิดนี้จะรู้สึกอึดอัดใจ การพูดจาเป็นไปอย่างลำบาก ความคิดเชิงซ้ำ อาจเกิดความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับลึกและเป็นอยู่เวลานาน ภาวะซึมเศร้าชนิดนี้จะสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ รู้สึกสิ้นหวังและมีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักจะถอนตัวจากโลกของความจริง อาจมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน อาจมีความคิดหรือพยายามทำร้ายตนเอง สาเหตุความซึมเศร้ามาจากภายในตัวบุคคลนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่าระดับของภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามอาการและอาการแสดง การแบ่งระดับดังกล่าวจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลมีแนวทางในการให้การดูแลและช่วยเหลือบุคคลนั้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546; American Psychiatric Association, 2000) ได้กำหนดหลักการวินิจฉัยไว้ ดังนี้

1. ต้องมีอาการตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป และมีอาการติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปโดยต้องมีอาการหลักอย่างน้อย 1 ข้อ ระหว่างข้อ 1 หรือข้อ 2 ซึ่งอาการต่างๆของโรคซึมเศร้า มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 อารมณ์เศร้าหมองเกือบตลอดเวลาทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดได้)

1.2 รู้สึกเบื่อ ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมต่างๆที่เคยชอบลดลงทั้งหมดหรือแทบทั้งหมด อาการจะเป็นตลอดเวลาทั้งวันติดต่อกันเกือบทุกวัน

1.3 น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เช่น ลดลงถ้าเบื่ออาหารหรือเพิ่มขึ้นถ้ามีความอยากรับประทานอาหารมาก

1.4 นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปอย่างผิดปกติเกือบทุกวัน

1.5 มีการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น กระวนกระวาย อยู่ไม่สุขหรือเชื่องช้าลง

1.6 อ่อนเพลีย ไม่มีแรงเกือบทุกวัน

1.7 มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกที่ตนเองผิดมากเกินไป เป็นเกือบทุกวัน

1.8 สมาธิลดลง ความสามารถในการตัดสินใจลดลงจนตัดสินใจไม่ได้ โดยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวัน

1.9 คิดซ้ำๆ เรื่องการตาย มีความคิดฆ่าตัวตายหรือวางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

2. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคจิตอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท

3. อาการที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ (distress) หรือทำให้เกิดความเสื่อมเสียหน้าที่ในด้านสังคม ด้านอาชีพ หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ

4. อาการที่เกิดขึ้นมิได้เป็นผลจากการใช้สารเสพติด และต้องไม่ใช่โรคจิตที่เกิดจากสภาวะความทางกาย (เช่น Hypothyroidism)

5. อาการดังกล่าวไม่เข้ากับความเศร้าโศกเสียใจตามธรรมดา (Bereavement) ซึ่งได้แก่มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรักหรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (Psychomotor retardation)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าสามารถได้รับการป้องกันช่วยเหลือและรักษาแก้ไขได้อย่างทันท่วงที (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546) ดังนั้น จึงมีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าไว้หลายแบบ ซึ่งมีการนำไปใช้ในลักษณะที่แตกต่างกัน มีทั้งสำหรับจิตแพทย์ใช้ในโรงพยาบาลและใช้ประเมินสำหรับประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตามแบบวัดภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ แบบวัดที่ใช้ประเมินโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ (Clinician - rated measures) และแบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (Self - report measures) (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549; รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546; Yonkers & Samson, 2000) โดยแต่ละประเภท มีรายละเอียดดังนี้

แบบวัดที่ใช้ประเมินโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ (Clinician - rated measures) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินโดยแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการประเมินระยะของอาการในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในการรักษา (Sadock & Sadock, 2003) ได้แก่

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HRDS-17) ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าก่อนและภายหลังได้รับการบำบัดรักษา เพื่อทราบความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาและประเมินผลลัพธ์ของการดูแล แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2539) ผู้ประเมินเป็นผู้สังเกตและสอบถามอาการจากผู้ป่วยหรือจากคนรอบข้างตามหัวข้อที่มีในแบบประเมินอย่างเป็นระบบ (Structural Interview) ซึ่งดั้งเดิมพัฒนาโดยศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1950 มีการปรับปรุงต่อมาในปี ค.ศ. 1967 และหลังจากแปลเป็นภาษาไทยได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในกลุ่ม Depression disorder จำนวน 50 ราย มีความแม่นยำและความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของซึมเศร้าในผู้ใหญ่ และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรคและเป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา เนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า (Depressed effect) อาการแบบจิตสรีระ อาการวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวายและการหยั่งรู้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ ข้อดี คือ จำนวนข้อไม่มาก มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง (ชรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2549)

2. Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (MADRS) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดยมอนต์โกเมอรีและแอสเบิร์ก (Montgomery & Asberg, 1979) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของอาการ โรคซึมเศร้า และใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาต้านอาการเศร้า เป็นแบบประเมินที่มีความไว และมีความเที่ยงตรงสูง ในการวัดอาการเปลี่ยนแปลง

ของความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า จึงมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยโรคซึมเศร้าทางคลินิกระดับนานาชาติ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามซึ่งไม่มาก และเจาะจงใช้กับการประเมินอาการภาวะซึมเศร้าโดยตรง แต่ละข้อแบ่งการให้คะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0, 2, 4, 6 โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน มีการศึกษาคุณภาพเครื่องมือของแบบวัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 137 คนที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า ด้านความเชื่อมั่นของแบบวัด พบว่ามีค่า internal consistency เท่ากับ 0.95 (Galinowski & Leher, 1995) ด้านความเชื่อมั่นของระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliability) มีค่า intraclass correlation agreement เท่ากับ 0.82 ($p < 0.001$) และจาก test - retest correlation นานกว่า 2 วันมีค่าเท่ากับ 0.90 ($p < 0.001$) (Murdt, Katzelnick, Kennedy & Eisfeld, 2006) แบบประเมินนี้ให้ความสำคัญกับการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยมากกว่าอาการทางด้าน Psychomotor (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) แบบประเมินนี้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) โดยได้มีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 70 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบวัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่า item correlation coefficient มากกว่า 0.60 ซึ่งอยู่ในระดับดี และด้านความเชื่อมั่น โดยมี interrater reliability จากผู้ทำการประเมิน 7 คนได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.78 ซึ่งมีค่าความมั่นคงของทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.80 โดยรวมแล้วแบบประเมินนี้มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ สั้น กระชับ และง่าย เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้ในงานเวชปฏิบัติ และสามารถประเมินได้โดยบุคลากรอื่นๆที่ไม่ใช่จิตแพทย์ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยได้ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546)

3. The Raskin Scale (Three-Area Severity of Depression Scale) พัฒนาขึ้นโดย Raskin และคณะในปี ค.ศ. 1988 ใช้ประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าใน 3 ด้านๆ ละ 1 ข้อ รวม 3 ข้อ คือ 1) ประสพการณ์ที่แสดงออกชัดเจน (ด้านคำพูด) 2) ด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฏิกิริยา และ 3) ประเมินอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านพฤติกรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิด โดยแต่ละข้อให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 12 คะแนน ซึ่งผู้ที่ได้คะแนน 3 อยู่ในเกณฑ์ปกติ และคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้า (Sadock & Sadock, 2003) การตรวจสอบคุณภาพมีค่าความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88 และตรวจสอบความตรงตามสภาพ โดยมีผู้นำไปศึกษาเปรียบเทียบกับแบบวัด HAM-D พบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันโดย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.65 - 81 แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คาดคะเนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยา และยังสามารถวัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไป

เนื่องจากการบำบัดรักษา แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องมีข้อมูลด้านการทดสอบ และวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้ (Yonkers & Samson, 2000)

แบบประเมินด้วยตนเอง (Self - report measures) แบบวัดนี้ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยที่ผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ซึ่งการประเมินชนิดนี้ใช้ง่ายและนิยมใช้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกในด้านการสำรวจ (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2549; รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ดังนี้

1. Beck Depression Inventory (BDI) พัฒนาโดย Beck และคณะในปี ค.ศ.1961 โดยใช้ชื่อว่า Beck Depression Inventory (BDI) ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ.1978 และปี ค.ศ.1993 ใช้ในการบำบัดทางปัญญาเพื่อเป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และต่อมาในปี ค.ศ.1996 ได้มีการออกแบบประเมินฉบับใหม่ ชื่อ BDI-II ซึ่งเป็นการปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยเน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย กับพฤติกรรม ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ แต่ละข้อแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 63 คะแนน แบ่งความรุนแรงออกเป็น 6 ระดับ คือ 0 - 10 คะแนน คือ ระดับปกติ (Normal) 11 - 16 คะแนน คือ อารมณ์เบี่ยงเบนเล็กน้อย (Mild Mood Disturbance) 17 - 20 คะแนน คือ เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก (Borderline Clinical Depression) 21 - 30 คะแนน คือ อาการซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) 31-40 คะแนน คือ อาการซึมเศร้าในระดับสูง (Severe Depression) และตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป คือมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงสูงสุดขีด (Extreme Depression) ซึ่งถ้าหากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าบุคคลนั้นต้องได้รับการบำบัดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบวัดโดยศึกษาถึง 9 ครั้งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.76 - 0.95 มีการตรวจสอบความตรงของแบบวัดหลายครั้ง พบว่ามีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.27-0.89 ในขณะที่มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Zung Self Rating Depression Scale เท่ากับ 0.57 - 0.83 (Bagby et al., 2004) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย จึงมีผู้นิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยกันมาก (ทวี ดั่งเสรี และคณะ, 2546)

2. Zung Self Rating Depression Scale (SDS) พัฒนาโดย Zung (1965) สร้างขึ้นเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะเมื่อทดสอบคุณภาพของยา แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ (2533) โดยมีเนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (Affect Disturbance) ด้านร่างกาย (Physical Disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกาย (Psychomotor Disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological

Disturbance) แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 - 3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น(Reliability) โดยใช้วิธี Test - Retest และ Split - half reliability เท่ากับ 0.73 เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 - 15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ข้อดีคือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ข้อจำกัด คือ เมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

3. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES - D) พัฒนาโดย Radloff และสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ในปี ค.ศ.1977 โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale และ Gardner (Weissman, 1977) สร้างขึ้นเพื่อประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช หรือประชาชนทั่วไป ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ผลการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเที่ยงใกล้เคียงกับต้นฉบับ คือ เท่ากับ 0.86 แต่ได้ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ปกติคะแนนสูงกว่าต้นฉบับ และการหาคุณลักษณะความตรงทางโครงสร้างโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าเครื่องมือมีโครงสร้างไม่ชัดเจน ดังนั้น วิไล สุปถันนริศศกุล และพนม เกตุมาน (2540) จึงได้นำมาศึกษาในบุคคลากรโรงพยาบาลศิริราชและผู้ป่วยจิตเวชอีกครั้ง ได้ค่าคะแนนมาตรฐานที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของคนไทยที่เหมาะสม คือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ได้ค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 เครื่องมือนี้มีเนื้อหาเน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ ค่าคะแนนของแบบสอบถามมีตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน สำหรับเกณฑ์การตัดสินของคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไปถือว่าบุคคลนั้นซึมเศร้า วิธีการให้คะแนนของ CES - D Scale ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.53 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ 0.85 ได้ค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.92 ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 - 15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ข้อดี คือ สะดวก ประหยัดเวลา เครื่องมือนี้มีความแม่นยำตรงสูงเหมาะสมที่สุดในการนำไปคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกว่าโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นก่อนหรือหลังการเจ็บป่วย ไม่สามารถบอกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

4. Geriatric Depression Scale (GDS) พัฒนาโดย Yesavage et al. ในปี ค.ศ. 1983 ได้ทำการปรับปรุงเป็นฉบับที่เหลือจำนวนข้อเพียง 15 ข้อในปี ค.ศ. 1986 ได้รับความนิยมโดยมีการนำไปใช้หลายประเทศ สำหรับในประเทศไทยได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) และพัฒนามาเป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ หรือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) โดยคณะกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง (2537) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยาจิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คนและได้ทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 257 รายโดยมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.85 เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การรู้คิดและการแยกตัว บอกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้และใช้กับผู้สูงอายุใช้เวลาในการตอบ 10 - 15 นาที ข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้และเข้าใจง่ายและใช้ระยะเวลาสั้น ข้อจำกัดคือไม่สามารถนำไปใช้ประเมินผู้ที่มีความบกพร่องในการรู้คิด อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียน บกพร่องด้านสติปัญญาและการรับรู้ (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

5. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พัฒนาขึ้นโดย Zigmond และ Snaite ในปี ค.ศ. 1983 สำหรับในประเทศไทยได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ ในปี 2539 คือ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai - HADS) และได้ทำการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรามาธิบดีของภาควิชาศัลยศาสตร์และภาควิชาสูติศาสตร์ จำนวน 60 คนเพื่อใช้คัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินอาการและการแสดงของผู้ป่วยด้านอาการผิดปกติทางจิตเวชโดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 14 ข้อ การให้คะแนนคิดแบบ Likert scale มีคะแนน 21 คะแนน โดยมีคะแนนข้อละ 0 - 3 คะแนน การหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมในการคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวชโดยทำ Receiver Operating Characteristic (R.O.C) Curve analysis ได้มากกว่า 11 คะแนน ข้อดีคือเป็นเครื่องมือที่สั้นกะทัดรัดและมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี สามารถบอกถึงระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านอกจากมีการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากต่างประเทศมาแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ประเทศไทยได้สร้างและพัฒนาแบบวัดขึ้นเองเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมคนไทยมากขึ้น ดังนี้

1. Health-Related Set-Reported (HRSR Scale) เป็นแบบสอบถามปัญหาสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรไทยพัฒนาขึ้นโดย ดวงใจ กสาดิกุล (2540) มีคำถามจำนวน 20 ข้อ แยกเป็นอาการทางกาย ความกระตือรือร้น

อาการทางความคิดและทางอารมณ์ มีข้อคำถามด้านบวก 3 ข้อ เพื่อช่วยแยกบุคคลทั่วไปออกจากผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า การคิดคะแนนความถี่จากไม่มีอาการเลย เท่ากับ 0 คะแนนและมีอาการบ่อยๆ เท่ากับ 3 คะแนน แบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และมีค่าความไวเท่ากับ 85.3 ข้อจำกัดคือ ผู้นำไปใช้ควรนำหลักการให้คำปรึกษาเบื้องต้นมาใช้กับผู้ตอบก่อน เพื่อสร้างความไว้วางใจจึงจะได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของผู้ตอบ (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

2. Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สร้างโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะในปี พ.ศ.2538 เพื่อใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก คือ ไม่เป็นเลย (0 คะแนน) เป็นนานๆ ครั้ง (1 คะแนน) เป็นบ่อย (2 คะแนน) และเป็นเกือบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 90 คะแนน การแปลผลคะแนนที่ได้ คือคะแนนจุดตัดที่ 20 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่น 0.94 (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2549)

3. Thai Depression Inventory (TDI) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุกนิษฐ์ (พ.ศ. 2542) เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในคนไทยโดยประเมินจากอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัวและความสามารถในการปฏิบัติการกิจต่างๆ การสร้างคำถามโดยอิงจาก Beck Depression Inventory (BDI), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MARDS), Zung Self -Rating Depression Scale (Zung SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2542) ซึ่งในแบบวัดมีคำถาม 20 ข้อแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน แบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ดังนี้ น้อยกว่า 21 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า 21 - 25 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน 26 - 34 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 35 - 40 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงและคะแนนมากกว่า 40 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก โดยผู้ตอบแบบสอบถามประเมินและสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเลือกตอบข้อที่ตรงกับตนเองมากที่สุด การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นพบว่ามี ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถนำไปใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ (ทวี ตั้งเสรีและคณะ, 2540; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุกนิษฐ์, 2542)

ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ของมาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุกนิษฐ์ (2542) เนื่องจากเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากร สะดวกกับการนำไปใช้ เข้าใจง่ายและใช้เวลาสั้นไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม นอกจากนี้มีผู้นำแบบประเมินนี้ไปใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงซึ่งตรงกับกลุ่ม

ที่ผู้วิจัยจะศึกษา และพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี (Sangon, 2001; Vatanasin, 2005) ดังนั้น แบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในครั้งนี้

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามเช่น พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทและฮอร์โมน ความเครียดในบทบาทการเป็นผู้หญิง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและความรุนแรงในคู่สมรสล้วนทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเศรษฐกิจของผู้มีภาวะซึมเศร้า

การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในชีวิตจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้หญิงเอง คือ ภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยส่งผลต่อกระบวนการคิด ความรู้สึก ร่างกายและพฤติกรรม การรับรู้และการคิดช้าลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ศักยภาพในการทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆบกพร่องทั้งหน้าที่ในครอบครัว การงานและการดูแลตนเอง (Beebe, 2000 อ้างในวิภาวี เผ่ากันทรกร, 2548; Stewart & Hays, 1989)

ผลกระทบด้านครอบครัว ภาวะซึมเศร้าไม่เพียงแต่ทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้หญิงเท่านั้นยังทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวด้วย ได้แก่ ครอบครัวเกิดความรู้สึกอาย ความคับข้องใจ และความเศร้าโศก (Goldman, Nielsen & Champion, 1999; Soonthornchaiya, 2004 อ้างในสุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) อีกทั้งยังเป็นภาระของคนในครอบครัวในการดูแลและทำให้สูญเสียเงินจำนวนมากในการรักษา ซึ่งในบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีการทำร้ายตนเองและผู้อื่นด้วย (วิภาวี เผ่ากันทรกร, 2548)

ผลกระทบด้านสังคมและประเทศชาติ ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เป็นนานถึงเรื้อรังและเกิดเป็นซ้ำได้บ่อยทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็น 1 ใน 10 ของโรคที่มีต้นทุนสูงซึ่งในปี 1990 มีผู้ป่วยซึมเศร้าถึง 11 ล้านคนเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจถึงประมาณ 44,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายการรักษาโดยตรงประมาณร้อยละ 28 เป็นการสูญเสียเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพร้อยละ 55 และการสูญเสียที่เกี่ยวกับการตายร้อยละ 17 ของงบประมาณทั้งหมด (Hall & Wise, 1995 อ้างใน สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547)

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความสูญเสียจากโรคซึมเศร้าในเชิงเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข แต่ผลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ.2546 โดยกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2547) ร่วมกับคณะผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ได้ศึกษาขนาดของปัญหาและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งผลจากการสำรวจในครั้งนี้พบว่าประชากรไทยอายุ 15 - 59 ปีจำนวน 1.2 ล้านคนกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยที่ 871,700 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

ชนิดรุนแรง (Major Depressive Disorder) และ 321,300 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic Disorder) และจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี 2542 (Bundhamacharoen, 1999) โดยคณะทำงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภท พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) โดยเมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย (Years Live with Disability, YLD) โรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทยและเป็นอันดับ 3 ในผู้ชายไทย และเมื่อคำนวณในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นความเจ็บป่วยอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพแก่ประชากรไทยและประชากรทั่วโลก (Murray & Lopez, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงนั้นมีผลต่อบุคคล ครอบครัวและประเทศชาติ ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ลดลง การทำงานต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้หากได้รับการตรวจพบและได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

สำหรับผู้ที่มียารักษาหรืออาการซึมเศร้าในระดับไม่รุนแรงอาจไม่จำเป็นต้องรับการรักษา เพราะอารมณ์เศร้านั้นอาจหายไปเองจากการพยายามเข้าใจ หาทางระบายความคับข้องใจในรูปแบบต่างๆ ที่ทำให้ผ่อนคลายหายทุกข์ นอกจากนั้นการได้พูดคุยปรับทุกข์กับผู้อื่นก็จะทำให้คลายเครียดได้ระบายความทุกข์ และมองเห็นทางออกทำให้จิตใจสดชื่น แจ่มใส กลับสู่ภาวะอารมณ์ปกติได้ ในกรณีที่ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมีวิธีการบำบัดรักษาโดยทั่วไป ดังนี้

1. ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าได้แก่ ยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant) และยาคลายกังวล ยารักษาอาการซึมเศร้ามีหลายชนิดทุกชนิดออกฤทธิ์โดยการเพิ่มระดับของสารสื่อประสาทในสมองส่วนกลาง สารสื่อประสาทที่สำคัญ 2 ชนิดคือ Serotonin และ Norepinephrine ซึ่งในโรคซึมเศร้าระดับของสาร 2 ชนิดนี้จะลดต่ำลง และผลจากการลดต่ำลงดังกล่าวทำให้ส่วนของสมองที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และความรู้สึกทางเพศแปรปรวนไป ผู้ป่วยจึงเกิดอาการที่เรียกว่าซึมเศร้า ยาที่รักษาอาการซึมเศร้าที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ TCAs (Tricyclic Antidepressant) ที่นิยมใช้ คือ Amitriptyline, Imipramine, Nortriptyline, Mianserin และ SSRI (Selective serotonin reuptake) เช่น Fluoxetine และ Paroxetine ส่วนยาคลายกังวลหรือยากล่อมประสาทนำมาใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับยารักษาอาการเศร้า เพื่อลดอาการวิตกกังวลช่วยให้ผ่อนคลาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้านำมาใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเฉพาะรายที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายหรือผู้ป่วยมีอาการโรคจิตที่รุนแรงด้วย ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วโดยจะให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าควบคู่กันไปด้วย อันตรายจากการรักษาด้วยวิธีนี้มีน้อยมาก หลักการคือ ปลดปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่านเข้าร่างกายของผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 0.1 นาที ขณะนั้นผู้ป่วยนอนหลับจะไม่รู้สึกเจ็บปวดแต่อย่างใด กล้ามเนื้อแขนขาจะมีอาการเกร็งเพียงเล็กน้อยเป็นเวลานาน 10 - 20 วินาทีโดยได้รับออกซิเจนตลอดเวลา ผู้ป่วยจะนอนหลับด้วยฤทธิ์ยานอนหลับประมาณ 2 - 5 นาที เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวจะมีอาการสับสนเล็กน้อยประมาณ 15 นาที แล้วเป็นปกติคล้ายๆกับผลที่ได้รับจากยารักษาอาการเศร้าใช้เวลาประมาณ 6 - 8 ครั้งโดยทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

3. จิตบำบัด เป็นการรักษาทางจิตสังคมซึ่งเน้นที่ความรู้สึนึกคิดของผู้ป่วยอาศัยการสนทนาและสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น (มานิช หล่อตระกูลและ ภาพันท์ เจริญสวรรค์, 2548) โดย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยามีบทบาทเป็นผู้บำบัดทางจิต ซึ่งวิธีจิตบำบัดนี้มีทั้งจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม จิตบำบัดรายบุคคลมีวิธีที่ใช้กันมากเฉพาะกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคือวิธีที่เรียกว่า จิตบำบัด ชนิดการรักษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy หรือ IPT) คิดค้นโดย Gerald Klerman (Kaplan & Sadock, 2000) เพื่อใช้แก้ไขความบกพร่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล วิธีนี้อยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือจากความสัมพันธ์ในสังคมที่ไม่ดีและเมื่อมีอารมณ์เศร้าก็ทำให้ความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นสุขนี้มีปัญหามากขึ้น ทั้งนี้พบว่า IPT เป็นการบริหารบำบัดที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่มีสาเหตุจากความบกพร่องของการมีสัมพันธภาพ (มานิช หล่อตระกูล, 2546; Stuart, 1995) นอกจากวิธี IPT แล้วยังมีการใช้วิธีจิตบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive - Behavioral Therapies หรือ CBT) วิธีนี้เป็นวิธีการให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความคิดที่จะเอาชนะอารมณ์เศร้าให้ได้ ผู้ที่พัฒนาการบำบัดนี้คือ Aaron Beck ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ได้ผลดีในผู้ป่วยซึมเศร้าที่รุนแรงในระยะเฉียบพลัน นิยมใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา (Kaplan & Sadock, 2000; Sadock & Sadock 2003; Stuart, 1995) วิธีบำบัดอารมณ์ด้วยเหตุผล (Rational - Emotive Therapy หรือ RET) ที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนความเชื่อของตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยใช้เหตุผลพร้อมกับใช้วิธีบำบัดอื่นๆ คือ การฝึกผ่อนคลายความเครียดซึ่งมีหลายเทคนิค เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย การฝึกหายใจ และการสร้างจินตนาการเป็นต้น นอกจากวิธีบำบัดรายบุคคลแล้ว วิธีการรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัดซึ่งนิยมใช้ 3 ชนิด คือ ครอบครัวยุติธรรม และการบำบัดคู่สมรส กลุ่มจิตบำบัดทั่วไปและกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งแต่ละชนิดก็มีเป้าหมายและเทคนิควิธีแตกต่างกันไป (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546)

บทบาทของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตมุ่งปฏิบัติงานให้ได้ผลลัพธ์ของการบริการ ที่มีคุณภาพและคุ้มค่าใช้จ่ายตามนโยบายของระบบสุขภาพใหม่ โดยจะต้องทำงานให้เกิดผลใน 3 ระดับดังนี้ 1) ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ เป็นการดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยตรง 2) เจ้าหน้าที่พยาบาล เป็นการผลักดันให้การบริการพยาบาลก้าวหน้าทันกับความรู้วิชาการต่างๆ โดยผ่านเจ้าหน้าที่พยาบาล และ 3) องค์กรและเครือข่ายเป็นการพัฒนานวัตกรรมและระบบการพยาบาลให้ได้คุณภาพและคุ้มค่าใช้จ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแล บทบาทของพยาบาลจิตเวชในฐานะพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1) การพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (care management) โดยประชากรประกอบด้วยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล การจัดทำโครงการเพื่อค้นหาโรคซึมเศร้าในผู้ที่มารับบริการ การป้องกันอันตรายในผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าที่มีแนวโน้มในการทำร้ายตัวเอง สูง พัฒนาและจัดระบบการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เกษัชกร พยาบาลจิตเวช จัดระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยการติดตาม และการให้คำปรึกษาที่เน้นในเรื่องการปรับตัว การแก้ไขปัญหาทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึง การดำเนินชีวิตในสังคม

2) การดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและครอบครัวผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Direct Care) ประเมินภาวะสุขภาพผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ วินิจฉัย ปัญหาทั้งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล ให้การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ความรู้ทฤษฎี และ หลักฐานเชิงประจักษ์ การดูแลเป็นแบบองค์รวมและบูรณาการ (One Stop Service) ป้องกันและลด ภาวะแทรกซ้อนของโรค

3) การประสานความร่วมมือ (Collaboration) ประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประสานความร่วมมือในวิชาชีพพยาบาลการให้ความรู้กับ พยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล ประสานงานกับพยาบาลจิตเวชชุมชน และ เครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ประสานความร่วมมือกับสมาคมผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้า เป็นต้น

4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึกทักษะ (Coaching) และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring) ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มี

ภาวะซึมเศร้า โดยการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพได้แก่ ทักษะการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม รวมถึงทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล การสอนครอบครัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบที่มาจากผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นพี่เลี้ยงและฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

5) การเป็นที่ปรึกษาในการดูแล (Consultation) ให้คำปรึกษาและชี้แนะในการปฏิบัติงานกับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

6) เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยทั้งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแล การนำหลักฐานเชิงประจักษ์จากการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามาประยุกต์ใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเป็นรูปธรรม และผลักดันให้ถูกกำหนดอยู่ในแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

7) การให้เหตุผลทางจริยธรรม และตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and Ethical Decision Making) ใช้ความรู้ทางทฤษฎีและหลักจริยธรรม การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การตัดสินใจจริยธรรมในการปฏิบัติงาน ร่วมในกระบวนการตัดสินใจจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล

8) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) แสวงหาข้อมูลที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล เช่นการวิเคราะห์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามาประยุกต์ใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

9) การจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) กำหนดผลลัพธ์ และตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น มีทักษะในการปรับตัวต่อปัญหาและทักษะการปรับตัวในสังคมได้ดีขึ้น รวมถึงทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ความพึงพอใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นต้น

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ในปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว มนุษย์มีการติดต่อกันมากขึ้นในทุกสังคม พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นจริยธรรมทางการพยาบาลด้านวัฒนธรรมที่แตกต่างด้วย เนื่องจากมีหลายชนชาติเริ่มมีการติดต่อกันมากขึ้น เช่นเดียวกับชาวเขาเผ่าต่างๆ ที่มีสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกับชาวพื้นราบทั้งภาษา และความเชื่อ เริ่มมีการติดต่อกับชาวพื้นราบมากขึ้น ตามกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เจริญขึ้นรวมถึงการมารับบริการทางด้านสาธารณสุข ดังนั้น บุคลากรทางการพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เคารพในคุณค่า ความเชื่อ และวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมไม่ว่าจะแตกต่างหรือกลมกลืนของวัฒนธรรม เพราะ วัฒนธรรมมีผลโดยตรงต่อระบบสุขภาพ สอดคล้องกับการดูแลด้านวัฒนธรรมของไคไนน์เจอร์ ที่มีความเชื่อและให้คุณค่าแก่วัฒนธรรมว่า มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและการอยู่ดีของบุคคล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546) การที่พยาบาลไม่เข้าใจวัฒนธรรมก่อให้เกิดปัญหา เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการทางการพยาบาลได้ทั้งที่ไม่ตั้งใจ เช่น ปัญหาการติดต่อสื่อสาร หากพยาบาลทุกคนตระหนักและเข้าใจเรื่องวัฒนธรรมที่แตกต่าง ปัญหาต่างๆ ก็จะลดลง การบริการทางการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง

ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่าผู้ชาย ผู้หญิงจึงมักอยู่ในฐานะผู้ถูกกระทำได้มากกว่า ผู้หญิงและผู้ชายได้รับการจัดแบ่งหน้าที่ที่แตกต่างกันในครอบครัวมาแต่โบราณ การแบ่งแยกหน้าที่กันนี้ ส่วนหนึ่งได้มาจากการยึดหลักความแตกต่างทางกายภาพและสรีรภาพ กล่าวคือ ผู้หญิงเป็นผู้ที่มีลักษณะทางกายภาพที่บอบบางและเป็นผู้ให้กำเนิดบุตร จึงทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรอยู่กับบ้าน ผู้หญิงชาวเขาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทางภาคเหนือของประเทศไทยมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างจากสังคมเมือง สังคมชาวม้งเป็นสังคมที่ยึดจารีตประเพณีที่มีความเชื่อมโยงของระบบเครือญาติ มีการสืบสกุลทางฝ่ายชาย ลักษณะครอบครัวจะเป็นครอบครัวขยายและยอมรับการที่สามีมีภรรยาได้หลายคน (สมัย สุทธิธรรม, 2541) แต่พบว่าการมีภรรยาหลายคนนี้มีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าผู้ชายที่มีภรรยาหลายคนจะเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว มีปัญหาความขัดแย้งในชีวิตสมรส ทำให้ภรรยาไม่สบายใจมากและไม่มีความสุข หากถูกระทบกระเทือนจิตใจผู้หญิงมาก อาจถึงการพยายามฆ่าตัวตาย (นงพงา ลิ้มสุวรรณ และธนชัย คงสกันธ์, 2541) การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในชีวิต ย่อมมีผลต่อชีวิตผู้หญิงทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผลเสียทางตรง คือ การเจ็บป่วย การทำงานในหน้าที่ต่างๆบกพร่องทั้งหน้าที่ในครอบครัว และการงานและการดูแลตนเอง (Hays, et al., 1995; Peden, Rayen & Beebe, 2000 อ้างใน วิภาวี เผ่ากันทรากกร, 2548; Well, Stewart & Hays, 1989) ส่วนผลเสีย

ทางอ้อม คือ การเป็นภาระของครอบครัว การสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา ซึ่งในบางรายหากมีอาการรุนแรงมากอาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ซึ่งเป็นประชากรชนกลุ่มน้อยในประเทศไทยแต่เป็นชนกลุ่มน้อยที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก คิดเป็นร้อยละ 56.75 หากเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวและชุมชน ซึ่งการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในครั้งนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง และเพื่อเป็นแนวทางการดูแลป้องกันด้านสุขภาพจิตต่อไป

ประวัติความเป็นมาของชุมชนที่ศึกษา

อำเภอพบพระ จังหวัดตาก ที่ตั้ง อยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัดตาก ห่างจากจังหวัดตาก 135 กิโลเมตร ทิศเหนือติดอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ทิศใต้ติดต่อกับอำเภออุ้มผาง จังหวัดตากและประเทศพม่า ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภอเมืองตาก อำเภอวังเจ้าและจังหวัดกำแพงเพชร ทิศตะวันตกติดต่อกับประเทศพม่าระยะทางยาว 70 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 1,075 ตารางกิโลเมตร ลักษณะที่ตั้งอยู่แนวชายแดนไทย - พม่า พื้นที่อำเภอพบพระมีชาวเขาหลายเผ่าพันธุ์ คือ ม้ง กะเหรี่ยง มูเซอ ลีซอ อีเก้อ ไทยใหญ่ เข้า จีนฮ่อ และชาวไทยพื้นราบ ที่ย้ายถิ่นฐานมาจากจังหวัดต่างๆ คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ด้านการปกครองอำเภอพบพระมี 5 ตำบล คือ ตำบลพบพระ ตำบลคีรีราษฎร์ ตำบลลวมไทย ตำบลช่องแคบ และตำบลวาลย์ มี 54 หมู่บ้าน มีเขตเทศบาล 1 แห่ง คือ ตำบลพบพระและมีองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 5 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบพระ จังหวัดตาก, 2552)

ลักษณะทางด้านสังคมและวัฒนธรรมชาวเขาเผ่าม้ง

ม้ง เป็นชาวเขาเผ่าหนึ่งที่อพยพมาจากประเทศจีนจึงมีขนบธรรมเนียมประเพณี หน้าที่ และภาษาพูด - เขียนโบราณคล้ายคนจีน ชาวเขาแต่ละเผ่าแตกต่างกันในด้านภาษา วัฒนธรรม ประเพณีแต่จะมีสภาพการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกันแต่สำหรับความแตกต่างแยกได้ดังต่อไปนี้

การแต่งกาย ชาวเขาเผ่าม้งแบ่งเป็นม้งขาว ม้งน้ำเงิน ซึ่งมีลักษณะการแต่งกายผิดกันบ้าง ผู้หญิงม้งน้ำเงินมักจะสวมกระโปรงพื้นสีน้ำเงินสลับด้วยลวดลายขาวตามขวาง ม้งขาวจะนุ่งกางเกงสีน้ำเงินมีผ้ากันเปื้อนสีน้ำเงินขอบดำทั้งข้างหน้าและข้างหลัง บางทีก็นุ่งกระโปรงเรียบๆ สีขาวไม่มีลวดลายปัก หญิงม้งมักจะใช้ผ้าโพกผมเสมอและมีผ้าพันแข้งขอบใส่ห้วงคอทำด้วยเงินเป็นวงกลม ผู้ชายเองก็ชอบใส่ด้วย ผู้ชายม้งน้ำเงินใส่เสื้อชั้นนอกและกางเกงยาวกว่าม้งขาวซึ่งใส่เสื้อสั้นเปิดท้องและใส่หมวกแบบคนจีน (สุจริตลักษณ์ คีฬคุง, 2538)

ที่อยู่อาศัย มั้งในประเทศไทยอยู่กระจัดกระจายตามจังหวัดต่างๆทางภาคเหนือ เช่น น่าน เชียงราย เชียงใหม่ และตาก ส่วนใหญ่ตั้งบ้านเรือนอยู่บนเขาซึ่งสูงกว่าระดับน้ำทะเลมาก หลังคาบ้านทำด้วยใบหญ้าแห้ง บ้านพักปลูกด้วยไม้ไผ่ซึ่งหาง่ายในป่าเขา (สุจริตลักษณ์ คีฬุง, 2538)

การเพาะปลูก ส่วนใหญ่พวกม้งปลูกข้าวคดซึ่งก็คือข้าวเจ้าธรรมดา แต่ปลูกตามไหล่เขา ก่อนจะลงเมล็ดเพาะปลูกต้องถางและเผาป่าให้เรียบรื้อเสียก่อน พวกผู้หญิงและชายม้งจะช่วยกันทำไร่อย่างขยันขันแข็ง เรียกการเพาะปลูกอย่างนี้ว่า “การทำไร่เลื่อนลอย” การเพาะปลูกแต่ละครั้งมีการย้ายที่ไปเรื่อยๆ ป่าไม้ทางตอนเหนือจึงถูกทำลายไปมากมีการหวนกลับมาปลูกที่เดิมอีกเมื่อ 4 – 5 ปีล่วงไปแล้ว นอกจากจะปลูกข้าวเป็นอาหารหลักแล้วพืชไร่ที่พวกม้งนิยมปลูกอีกอย่างคือฝิ่น เพราะลักษณะภูมิประเทศและอากาศเหมาะแก่การปลูกฝิ่น ฝิ่นจึงเป็นพืชที่นำรายได้มาให้ชาวเขาเผ่านี้ (สมัย สุทธิธรรม, 2541)

การปกครอง ลักษณะการปกครองของชุมชนชาวม้งจะมีลักษณะเหมือนกับหมู่บ้านทั่วไป นั่นคือมีคณะกรรมการหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นผู้ปกครองหมู่บ้าน ดูแลความสงบสุขและช่วยระงับข้อพิพาทต่างๆ สมาชิกของคณะกรรมการนี้จะเลือกจากผู้อาวุโสในหมู่บ้าน มีภาวะผู้นำ เป็นคนซื่อสัตย์และมีความรู้เรื่องผีและประเพณีต่างๆของชาวม้งเป็นอย่างดีด้วย สังคมชาวม้งถือการสืบตระกูลของฝ่ายชายเป็นหลัก (patrilineal society) เมื่อแต่งงานแล้วฝ่ายชายจะพาเจ้าสาวมาอยู่อาศัยในครัวเรือนของฝ่ายชาย ผู้ที่อาวุโสที่สุดในครัวเรือนถือเป็นหัวหน้าครอบครัว (สุจริตลักษณ์ คีฬุง, 2538)

ความเชื่อถือ ในหมู่บ้านจะมีหมอผี ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของลูกบ้านและเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา คือ ไหว้ผี ม้งยังมีความเชื่อถือในเรื่องผีอยู่มากไม่ว่าจะเจ็บป่วยหรือถึงวันสำคัญจะต้องมีการเซ่นผีเป็นประจำ แต่พิธีการก็มักแตกต่างกันไป (สมัย สุทธิธรรม, 2541)

การละเล่น ในช่วงเทศกาลปีใหม่ม้งทุกคนจะหยุดทำงานและมีความปลื้มปิติยินดีมาก มีการร้องรำทำเพลงอย่างสนุกสนานและเป็นช่วงเวลาที่หนุ่มสาวมีโอกาสนัดนัดรักกัน หนุ่มสาวเล่นโยนลูกบอลที่เรียกว่า “ป้อ” และมีการเกี่ยวพาราสีกันอย่างสนุกสนาน (สมัย สุทธิธรรม, 2541)

สถานภาพและบทบาทของสตรีม้งในครอบครัวฐานะภรรยา

สถานภาพหรือตำแหน่งของสตรีม้งในฐานะภรรยาเป็นสถานภาพที่ได้มาจากการสมรสซึ่งมีที่มาของการเป็นภรรยาที่แตกต่างกันออกไป เช่น การสู่ขอ การจูด การหนีตามกัน ทุกวิธีที่กล่าวมานำไปสู่การแต่งงาน ซึ่งชาวม้งเรียกว่า “หย่าเก้าปู้” หมายถึง การซื้อเมียเป็นการซื้อที่ผู้หญิงต้องออกจากแซ่สกุล ขาดผีจากสกุลเดิมไปเข้าอยู่กับผีแซ่สามี (ธงชัย ศรีเมือง, 2545)

สถานภาพของการเป็นภรรยา มีบทบาทตามสถานภาพ ต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบดูแลทุกคนในครอบครัว ในครอบครัวขยาย (Extended family) ที่มีจำนวนสตรีมั่งในครอบครัวอยู่หลายคน ก็จะช่วยกันและรับผิดชอบงานในครัวเรือนกันทุกคนซึ่ง “แม่ใหญ่” หรือภรรยาหัวหน้าครอบครัวจะเป็นผู้กำหนดงานและมอบหน้าที่ให้ทุกคนต้องทำตาม ส่วนในครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ภรรยาหัวหน้าครอบครัวรับผิดชอบตามลำพังทั้งงานบ้านและช่วยงานในไร่ มีเพียงลูกซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็ก ไม่สามารถช่วยงานได้มากนัก ถึงแม้ว่าจะมีลักษณะครอบครัวขยายหรือครอบครัวเดี่ยว สตรีในฐานะภรรยาที่มีบทบาทสำคัญแยกได้ดังนี้ (ธงชัย ศรีเมือง, 2545)

การเตรียมประกอบอาหาร เป็นงานที่สตรีมั่งจะต้องทำโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในฐานะภรรยา โดยผิวเผินอาจจะเห็นเป็นงานที่ง่าย ในอดีตนั้น สตรีมั่งจะใช้แรงงานและเวลามาก งานหนักที่จะใช้แรงงาน คือ การดำข้าวเปลือกซึ่งมีจำนวนมากพอสำหรับการหุงข้าวรับประทานตลอดวัน โดยการใช้ครกกระเดื่องในตัวบ้าน จากการดำข้าวเปลือกต้องใช้เวลานานเป็นชั่วโมง สตรีมั่งต้องตื่นนอนเวลา 03.00 - 04.00 น. เพื่อมาประกอบอาหารให้ทุกคนในครอบครัวรับประทานแล้วจึงออกไปทำงานในไร่ต่อ ในเวลาช่วงเย็น (สมัย สุทธิธรรม, 2541)

การทำความสะอาดบ้านและซักเสื้อผ้า งานซักเสื้อผ้าถือเป็นงานอีกอย่างหนึ่งของสตรีที่เป็นภรรยา ในอดีตงานซักเสื้อผ้านั้นไม่ได้เป็นงานที่ต้องทำทุกวัน เพราะชาวมั่งจะใส่ไปทำงานในกลางวันทุกวัน ปกติเสื้อผ้าที่ไม่ได้ใส่เพียงวันเดียวแล้วซัก อาจจะใส่ 3 - 4 วัน หรือบางคนใส่เป็นเดือน แต่เสื้อผ้าที่ใส่ในกลางวันสำหรับทำงานก็มักจะถูกเปลี่ยนเมื่อเลิกงานแล้วและจะกลับมาใช้งานใหม่ในวันทำงานวันต่อไป เวลาซักผ้าไม่ใช้วิธีการขยี้แต่จะใช้การนวดกับหินเพื่อความสะดวกและไม่นิยมใช้ผงซักฟอก (ธงชัย ศรีเมือง, 2545)

เป็นผู้รองรับอารมณ์และอารมณ์ทางเพศสามี ในสังคมวัฒนธรรมชาวมั่งมีความเข้มงวดเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ทั้งภายในและมีภายนอกบริบทของครอบครัว กล่าวคือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของชาวมั่งถือว่าเป็นเรื่องปกติที่สังคมชาวมั่งยอมรับแต่หากหญิงสาวที่แต่งงานแล้วจะไม่สามารถไปมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นได้ จะต้องซื่อสัตย์ต่อสามีในฐานะที่เป็นภรรยาและมีบทบาทที่จะสนองรองรับอารมณ์ทางเพศแก่สามี แบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ของสามีภรรยาในสังคมมั่งนั้น การมีเพศสัมพันธ์เป็นกิจกรรมที่กระทำในห้องนอนที่บ้าน ถึงแม้ว่าภายในบ้านจะมีสมาชิกในครอบครัวอยู่หลายคน (ธงชัย ศรีเมือง, 2545)

บทบาทด้านการผลิต การที่ได้สถานภาพภรรยาโดยการแต่งงาน นอกจากจะเป็นการสืบทอดเผ่าพันธุ์แล้ว สตรีมั่งเป็นแรงงานสำคัญในการทำงานทั้งในไร่และภายในบ้าน ในหมู่ชาวมั่งจึงมีค่านิยมในการมองผู้หญิงว่าสมควรแต่งงานด้วยหรือไม่ โดยพิจารณาจากความขยัน รู้จักการประหยัดและคว่ำทำงานเป็นหรือไม่ บทบาทหลักของผู้หญิงมั่งในการผลิตคือ “แรงงาน” เนื่องจาก

วิธีการผลิตของชาวม้งจะทำไมจึงทำให้ต้องการแรงงาน ชายชาวม้งจึงนิยมแต่งงานมีเมียหลายคน เพื่อมาช่วยในการทำงาน (ธงชัย ศรีเมือง, 2545)

การบริโศกและการใช้ جای ในครอบครัวที่มีลักษณะผัวเดียวหลายเมีย (Polygamy) สามีนฐานะหัวหน้าครอบครัวจะเป็นผู้จัดการในเรื่องการบริโศกและค่าใช้ جایหรือการมอบหมายหน้าที่ให้กับภรรยาคนใดคนหนึ่ง (ธงชัย ศรีเมือง, 2545)

การเป็นผู้จัดการทรัพย์สิน จากการที่เป็นภรรยาขอมมีสิทธิที่จะเป็นผู้จัดการทรัพย์สิน และการใช้ جایในครอบครัวร่วมกับสามี ถึงแม้ว่าสตรีอยู่ในฐานะผู้จัดการทรัพย์สินแต่จะมีสถานภาพเป็นรองสามี (ธงชัย ศรีเมือง, 2545)

ฐานะการเป็นมารดา ความเป็นแม่ของสตรีม้งมีแบบแผนที่เหมือนกับมารดาในทุกชนเผ่าทั่วโลก คือ มีการเสียสละจะดูแลใกล้ชิดโดยการใช้ผ้าเป็นผืนผูกติดไว้ทางด้านหลัง การอบรมเลี้ยงดูให้ การศึกษานั้นช่วยกันทั้งบิดาและมารดา แต่สิทธิและอำนาจในการตัดสินใจภายในครอบครัวเป็นของบิดาแต่เพียงผู้เดียว ดังนั้นบิดามีสิทธิในตัวบุตรมากกว่ามารดา (ธงชัย ศรีเมือง, 2545)

จะเห็นได้ว่าผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นภรณานั้น ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบมากมายทั้งการดูแลทุกคนในครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร การทำอาหารและงานทุกอย่างในบ้าน ซึ่งการมีภาระหน้าที่มาก อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ และหากมีความเครียดเป็นระยะเวลานานๆ อาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผลกระทบที่สำคัญที่สุดของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี เพื่อจะได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยดังกล่าวและส่งเสริมหาแนวทางการแก้ไขต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีและแนวคิดต่างๆ จะเห็นว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งยังมีน้อยทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาซึ่งมีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรมและได้คัดเลือกปัจจัยทำนายที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา รายได้) ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยมีรายละเอียดของปัจจัยต่างๆ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ระดับการศึกษา McKinlay (1987) ศึกษาถึงผลกระทบระหว่างจำนวนปีที่ได้รับการศึกษากับการเกิดอารมณ์เศร้า พบว่า จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจะมีความผกผันกับการเกิดอารมณ์เศร้า และพบว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่จะมีการเกิดอารมณ์เศร้านามากที่สุดโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงวัยกลางคน

รายได้ ในสังคมปัจจุบันปัจจัยด้านรายได้เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ทุกคน ซึ่งต้องการหารายได้ให้เพียงพอที่จะเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวให้มีความสุขผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งก็ยังมีคามจำเป็นเช่นกันที่จะต้องทำงานหนักเพื่อหารายได้ให้เพียงพอต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของสมถวิล สีนุประสิทธิ์ (2545) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท/ เดือน จนถึงไม่มีรายได้ มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.7 รายได้ 2,001 - 6,000 บาท/ เดือน มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.7 รายได้มากกว่า 6,000บาท/ เดือน มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.3 และจากการศึกษาของ Salokangas & Poutanen (1998) พบว่า ระดับของรายได้ที่ต่ำมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับภาวะซึมเศร้า

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว หมายถึง ประวัติบุคคลในครอบครัวสายตรงของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่แต่งงานแล้วที่กำลังเป็นหรือเคยเป็นภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่มาจากปัจจัยด้านชีววิทยาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรม ที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (Sangon, 2001; Townsend, 1991; Weissman et al., 1987) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดชั้นแรกได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้องและบุตร ที่เป็นภาวะซึมเศร้าจะพบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 1.5 - 3 เท่า (Beeber, 1996; Kelso, 2005; Weissman, 1987) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทยของโสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2001) พบว่าผู้หญิงไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวมากกว่าผู้หญิงไทย ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.42, p < 0.001$) และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงไทยได้ ($\chi^2 = 20.78, p < 0.001$) และยังมีผลทางตรงต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทย ($\beta = 0.14, p < 0.05$) จากการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนปัจจัยการมีประวัติซึมเศร้าในครอบครัวน่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่แต่งงานแล้วในการศึกษารุ่นนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self - esteem)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บางครั้งอาจใช้คำอื่นๆแทนในความหมายเดียวกัน เช่น ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (self - worth) ความเชื่อมั่นในตนเอง (self - confidence) ความเคารพนับถือตนเอง (self - respect) หรือภาพพจน์แห่งตน (self - image) ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965 cited in Carpenter, 1996) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง (self-love) การยอมรับตนเอง (self - acceptance) และรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีความสามารถ (sense of competence)

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เคารพและยอมรับตนเองว่ามีความสำคัญ และสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้ ตลอดทั้งมีความเชื่อมั่นในคุณค่าแห่งตน

ไมเซนเฮลเดอร์ (Meisenhelder, 1985) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินคุณค่าในตนเองของบุคคลที่ได้จากการเปรียบเทียบระหว่างตนในอุดมคติ และตนที่ได้จากปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลอื่น

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยใช้แนวคิดของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ซึ่งได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีความสามารถ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพจิต (Taft, 1985) ซึ่งสามารถเปลี่ยนได้ตามวัย วุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ของชีวิต ในวัยเด็กสัมพันธภาพที่บิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวมีต่อเด็ก โดยเฉพาะความผูกพันใกล้ชิดที่บิดามารดาอบออบให้จะมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กมากที่สุด (Sullivan, 1953) เมื่อเข้าสู่เด็กวัยรุ่น เพื่อนสนิทจะมีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้นแทนบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว และกลายเป็นบุคคลสำคัญต่อไป ถ้าเด็กวัยรุ่นได้รับความรักจากบุคคลดังกล่าวก็จะมองตนเองในทางบวก แต่ถ้าครอบครัวและบุคคลสำคัญรอบข้างไม่เห็นคุณค่าไม่ยอมรับ สิ่งเหล่านี้ก็จะนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทางลบ (Barry, 1989)

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้มีผู้สร้างแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยใช้วิธีการรายงานตนเองไว้หลายแบบ เช่น แบบประเมินอัตมโนทัศน์ของตนเอง (Tennessee Self - concept Scale) ของฟิตส์ (Fitt) แบบประเมิน

ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem Inventory) ของคูเปอร์สมิท (Coopersmith) และแบบประเมินความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self - esteem Scale)

โรเซนเบิร์กได้สร้างแบบประเมินความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง โดยมีพื้นฐานมาจากแบบจำลองของกัตต์แมน (Guttman model) เพื่อประเมินความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองของบุคคลในด้านความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองแบบมิติเดียวที่เกี่ยวข้องเฉพาะในเรื่องของตนเองทั้งหมด (global self - esteem) และได้พัฒนาปรับปรุงให้มีความกระชับ และครอบคลุมเนื้อหา โดยเน้นให้เข้าใจง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ เหมาะสมสำหรับใช้ในกลุ่มวัยรุ่นและนักเรียน โดยเมื่อเริ่มใช้โรเซนเบิร์กได้นำไปใช้กับกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 นอกจากนี้ซิลเบอร์และทิพเพทท์ (Silver & Teppett, 1965 cited in Burn, 1979) ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยวิธีทดสอบซ้ำ ในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (1965) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่นิยมใช้วัดความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัดความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองของการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้มีผู้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ประเมินความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้หญิงซึ่งตรงกับกลุ่มที่ผู้วิจัยจะศึกษา และพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536; Vatanasin, 2005; Warren, 1997) ดังนั้นแบบประเมินความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองนี้จึงมีความเหมาะสมในการนำมาประเมินความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้า

ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองมาจากปัจจัยด้านจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยบุคคลที่มีความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นลดการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของวาร์เรน (Warren, 1997) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลีคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชนชั้นกลางชาวอเมริกา-แอฟริกัน จำนวน 100 คน อายุระหว่าง 20 - 35 ปี ในช่วงปี 1997 โดยใช้ Rosenberg self - esteem scale พบว่า ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงแอฟริกัน - อเมริกัน ($r = -.17, p < 0.10$) และ ปรีชา สุวัจนบุตร (2543) พบว่า ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ($r = -.48, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ (Vatanasin, 2005) พบว่าความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.61, p < .01$) เนื่องจากความรู้สึกลีคุณค่าในตนเองจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมีจิตใจที่มั่นคง รับรู้ถึงความสำเร็จมีวิถีทางอารมณ์สูงสามารถ

แก้ไขปัญหาได้ตามสภาพความเป็นจริงมีความเคารพในตนเองรู้สึกว่าคุณค่าส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย

แรงสนับสนุนทางสังคม

มโนทัศน์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากนักวิจัยทั้งสาขาสังคม พฤติกรรม และสุขภาพ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของบุคคล (Bruhn & Phillips, 1984) ทั้งนี้ความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของคนในด้านสรีระวิทยาและจิตสังคมทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่า (Weiss, 1974) ทำให้มีความมั่นใจในการที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่ดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด นำไปสู่การปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์และจากการศึกษาได้มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้างว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ตัวเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในสิ่งต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่างหรือมากกว่าคือ 1) การแสดงความรัก ความชื่นชมที่มีต่อกัน 2) การยืนยันหรือการรับรองพฤติกรรม การรับรู้หรือความคิดเห็นของบุคคล 3) การให้ความช่วยเหลือสิ่งของ หรือ เงินทอง

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้ความหมายว่า หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับการยกย่องนับถือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบสังคมนั้นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านการประเมิน การรับรองการกระทำอันจะทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเพนเดอร์แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (instrumental aid) และการยอมรับ (affirmation)

ทอยส์ (Thoits, 1982) ให้ความหมายว่า บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เป็นความรักใคร่และความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงินสิ่งของและแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติของบุคคลเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการแนะนำหรือให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการกระทำใดก็ตามที่ส่งเสริมให้ผู้รับเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร เงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา รวมทั้งการประเมินเพื่อการเรียนรู้ส่งผลให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่คุกคามต่อร่างกายหรือจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brant & Weinert, 1987) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

1. ความใกล้ชิด ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในกลุ่มสมรส เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
2. การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมของบุคคลในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อภาระจิตวิญญาณและความสุขสบายของผู้น้อย แล้วทำให้ตนเองรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย
4. การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
5. การได้รับความช่วยเหลือ เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำชี้แนะหรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 2 ด้าน คือ

1. การวัดด้านโครงสร้างของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการวัดข้อมูลเชิงปริมาณของแหล่งเครือข่ายทางสังคมที่มีการเชื่อมโยงกับบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเชิงโครงสร้างนี้ ได้แก่ สถานภาพสมรส ความถี่ในการติดต่อกับบุคคลที่สำคัญ จำนวนของผู้ที่ไว้วางใจได้ และจำนวนครั้งที่มีส่วน

ร่วมในชุมชน (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Cohen & Wills, 1985; Weinert, 1987)

2. การวัดหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งให้ความสนใจต่อคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเครือข่ายทางสังคม เป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากสังคมว่ามีความพอเพียงและเหมาะสมเพียงใด (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Cohen & Wills, 1985; Weinert, 1987)

ซึ่งการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ พบว่ามีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลายแบบ โดยแบบวัดที่มีผู้นิยมนำไปใช้ในการวิจัย มีดังต่อไปนี้

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคล พัฒนาโดยเบรนท์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1981; Weinert, 1987) จากแนวคิดของ Weiss ซึ่งแบบวัดนี้มีการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคล 2 ส่วน คือ โครงสร้างและหน้าที่โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมใน 5 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด 2) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น 4) การได้รับการยอมรับในคุณค่าแห่งตน และ 5) การได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำที่เหมาะสม ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ แต่ละข้อให้ค่าคะแนน 1 - 7 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 25 - 175 ค่าคะแนนรวมที่มากแสดงว่าการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสูง แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

แบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (The Interpersonal Relationship Index: IPRI) พัฒนาโดย ทิลเดน และคณะในปี 1989 (Tilden, Nelson & May, 1990) จากแนวคิดของทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคมของ Cook และคณะ (1979) และทฤษฎีความเสมอภาคของ Messick และ Cook (1983) วัดใน 3 ด้าน โดยวัดแยกกันในแต่ละด้าน คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Reciprocation) และความขัดแย้ง (Conflict) ของเครือข่ายทางสังคม ทั้งนี้ผู้พัฒนามีแนวคิดที่สัมพันธ์ภาพอาจมีโอกาสทำให้เกิดความขัดแย้งซึ่งกันและกันได้ แต่ละด้านมีคำถาม 13 ข้อ รวมทั้งหมด 39 ข้อ แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.91, ด้านการแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เท่ากับ 0.84, และด้านความขัดแย้ง เท่ากับ 0.81

แบบวัดความคุ้มค่าและการตอบแทนซึ่งกันและกัน (Cost and Reciprocity Index : CRI) เป็นแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีแนวคิดเหมือนแบบที่ 2 แต่เพื่อป้องกันความลำเอียงจากการวัดในแบบเดิมจึงเพิ่มส่วนของค่าใช้จ่าย (Cost) เข้าไปด้วย ดังนั้นจึงมีการวัดใน 4 ด้าน คือ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ด้านการแลกเปลี่ยนความ

ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Reciprocation) ด้านค่าใช้จ่าย (Cost) และความขัดแย้ง (Conflict) ของเครือข่ายทางสังคม แบบวัดนี้มีคำถาม 38 ข้อ ค่าของคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแต่ละด้านแยกกัน คือ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.91 การแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เท่ากับ 0.81) ด้านค่าใช้จ่าย เท่ากับ 0.92 และด้านความขัดแย้ง เท่ากับ 0.95 (Weinert & Tilden, 1990)

แบบประเมินการสนับสนุนระหว่างบุคคล (The Interpersonal Support Evaluation List: ISEL) พัฒนาขึ้นโดย Cohen & Hoberman ในปี 1985 (Cohen et al., 2000) เพื่อวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ สิ่งของ มิตรภาพและการดำรงรักษาความมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 40 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: PRQ85 Part II) ของแบรนท์และไวเนิร์ต (1981) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีผู้นิยมนำไปใช้วัดหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นและผู้หญิงวัยกลางคน ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของการศึกษาครั้งนี้ และพบว่ามีผู้นำแบบประเมินนี้ไปใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้หญิงซึ่งตรงกับกลุ่มที่ผู้วิจัยจะศึกษาและมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี (ธิดิมา กาญจนสาย, 2551; มณีกานต์ ซาญกิจการคำ, 2551; Sangon, 2001) นอกจากนี้แบบวัดนี้มีคุณภาพของเครื่องมือสูงโดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากต่อผู้หญิงที่แต่งงาน คือ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นวัยรุ่น คือ ครอบครัวและเพื่อน (จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และคุชฎี มุขสมบัติ, 2539; Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978) แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์เครียดในชีวิต หรือช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลได้ (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978; Israel et al., 2002) โดยพบว่า ผู้หญิงที่ไม่มีความสุขในการแต่งงาน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชายที่แต่งงาน (Kerr, 1987; Krause & Geyer - Pestello, 1985; Weissman, 1986) และพบว่าผู้หญิงที่มีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้หญิงที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือไม่มี (Warren, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดิมา กาญจนสาย (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติที่มีต่อภาวะหมดประจำเดือน การสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน จำนวน 120 ราย ผล

การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

การศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์ (Vatanasin, 2005) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 340 คนพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .01$

การศึกษาของพิสิฐ ชัยประเสริฐสุด เกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยเปลี่ยนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย พบว่า สตรีวัยเปลี่ยนมีความชุกในช่วงเวลาที่ศึกษาของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ คือการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (adjusted OR=63.54, 95% CI = 6.100-661.803) และใช้ Multiple Regression Analysis พบว่า ปัจจัยที่มีผลทำนายค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ คือ การมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในการศึกษาครั้งนี้

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Relationship) หมายถึง การที่คู่สมรสพยายามปรับตัวเข้าหากัน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหาต่างๆที่ทำให้คู่สมรสไม่เข้าใจกัน แต่กลับมีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน มีความสนใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกัน พยายามปฏิบัติตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย (Locke & Williamson, 1985) การปรับตัวของคู่สมรสเป็นการโอนอ่อนผ่อนตามซึ่งกันและกันระหว่างสามีภรรยา (Locke & Wallace, 1959) การปรับตัวเป็นกระบวนการและการประเมินผลของการทำหน้าที่ของคนสองคนซึ่งแต่งงานกันเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายองค์ประกอบที่สะท้อนให้เห็นการประเมินผลของคู่สมรสที่มีต่อปฏิสัมพันธ์และหน้าที่ของคู่สมรสซึ่งแต่งงานและใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน (Spanier, 1976; Spanier & Lewis, 1980) คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะมีความรักความเข้าใจ สนใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันมีการให้และการรับรู้จากเพื่อนนักเพื่อนเบา อดทนให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายกันชัดเจน ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะช่วยขจัดความขัดแย้งต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างกันได้ นอกจากนี้ยังทำให้ทั้งสองฝ่ายได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคู่สมรสที่มีโอกาสได้ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่ตนเองรัก

หลังจากที่ชายหญิงตกลงใช้ชีวิตร่วมกันแล้ว ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้การดำเนินชีวิต ครอบครัวฐานะสามีภรรยา นับตั้งแต่ความเป็นอยู่ การแบ่งภาระงานบ้าน การใช้จ่ายในครอบครัว ตลอดจนความสัมพันธ์ทางเพศและเรื่องอื่นๆ หากทั้งสามีภรรยาไม่มีความเข้าใจกัน มีความขัดแย้งกัน ไม่มีความเห็นอกเห็นใจกัน อาจทำให้เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัวได้มากอาจถึงขั้นหย่าร้างกันได้

สเปาเนียร์ให้ความเห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีลักษณะเป็นกระบวนการ ซึ่งมีลักษณะเป็นการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การวัดคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจึงเป็นการวัด ณ จุดหนึ่งของเส้นตรง ซึ่งอาจวัดตรงจุดที่ปรับตัวได้ดี ซึ่งอยู่ที่ปลายข้างหนึ่งหรืออาจเป็นการวัด การปรับตัวไม่ได้ ซึ่งอยู่ที่ปลายอีกข้างหนึ่งมากกว่าการวัดกระบวนการปรับเปลี่ยน และการวัดการวัดคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส คือ การวัดองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ 1) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส 2) ความพึงพอใจในคู่สมรส 3) ความกลมเกลียวในคู่สมรส และ 4) การแสดงความรัก

แบบวัดการปรับตัวในชีวิตคู่ของสเปาเนียร์ (Dynamic Adjustment Scale) เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่นิยมแพร่หลายเกี่ยวกับงานวิจัยเกี่ยวกับชีวิตสมรสและความสัมพันธ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน (Spanier & Thompson, 1982) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการปรับตัวในชีวิตคู่ ซึ่ง จารุวรรณ ชูปวา ได้แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับสังคมไทย เพื่อใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และไปทดลองใช้กับคู่สมรสมารดาวัยรุ่นจำนวน 30 ราย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.78

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับภาวะซึมเศร้า

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจะแสดงถึงสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันระหว่างสามีภรรยาอย่างเหนียวแน่นจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมาก (Cronenwett & Kunst - Wilson, 1981: อ้างในจารุวรรณ ชูปวา, 2541) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสะท้อนถึงการประเมินของบุคคลต่อการปฏิสัมพันธ์และการทำบทบาทหน้าที่ในชีวิตคู่สมรส ระดับของสัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถประเมินได้จาก ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ความพึงพอใจในคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรสและ การแสดงความรักจาก การศึกษาพบว่าคู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันมีการพูดคุยปรึกษาหารือกันหรือแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกันจะช่วยลดความเครียดลงได้ (Wanderman, 1980 อ้างใน จารุวรรณ ชูปวา, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การ

ปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจากการศึกษาของ Dominic et al. (2004) โดยติดตามหญิงตั้งครรภ์ในประเทศจีนจำนวน 959 คนที่มาฝากครรภ์ในคลินิก มีการประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 4 ครั้งตั้งแต่มาครั้งแรก ระยะตั้งครรภ์ที่ 3 เดือนสุดท้าย หลังคลอดวันแรก และ หลังคลอดแล้ว 3 เดือนพบว่า ชีวิตสมรสที่ไม่ราบรื่นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้หญิง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในการศึกษาครั้งนี้

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event) หมายถึง สถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไปได้

Holmes & Rahe (1967) ให้ความหมายของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตว่าเป็นความเครียดทางสังคม ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ใดๆ ที่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลแล้วจะทำให้บุคคลนั้นๆ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

Lazarus & Folkman (1984) อธิบายถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดว่า หมายถึง สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้นจะมีผลต่อตนอย่างไร บุคคลจะต้องมีการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) ซึ่งต้องผ่านกระบวนการใช้ความคิดทำการตัดสินใจสถานการณ์ และใช้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่ตนมีอยู่ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวก่อภาวะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ โดยถ้าศักยภาพของตนเองที่มีอยู่น้อยกว่าความรุนแรงของสถานการณ์ หรือประเมินว่าสถานการณ์นั้นจะเข้ามาคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลนั้นจะรับรู้สถานการณ์นั้นก่อให้เกิดภาวะเครียด

Mueller, Edwards & Yarvis (1977) ให้ความหมายของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตว่า หมายถึง สิ่งที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจหรือความเจ็บป่วยทางกาย

ดังนั้น สามารถสรุปความหมายของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง สถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคล ทำให้บุคคลนั้นๆมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจากสภาพปกติของบุคคลนั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวเป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจหรือความเจ็บป่วยทางกาย

การประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful Life Events)

แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Event Scale) เป็นแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นในช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมาพัฒนามาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Social Readjustment Rating Scale) ของโฮล์มและเรช (Holm & Rahe, 1967) โดยอรรณชุกฤษ (2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้หญิงใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ 6 ข้อ ด้านครอบครัว 7 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 3 ข้อ ด้านการงาน 3 ข้อ และด้านสังคม 6 ข้อ คะแนนที่แสดงถึงการเกิดภาวะเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ระหว่าง 25 - 100 คะแนน โดยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน คะแนนต่ำ (25 - 49) แสดงถึงมีการรับรู้ว่าการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับต่ำ คะแนนปานกลาง (50 - 75) แสดงถึงมีการรับรู้ว่าการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับปานกลาง และคะแนนสูง (76 - 100) แสดงถึงมีการรับรู้ว่าการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง

แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตนี้ อรรณชุกฤษ (2548) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและนำไปลองใช้ในสตรีหลังหมดประจำเดือนจำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า

การศึกษาของ Michalux et al., (2003) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคม เหตุการณ์ทางลบในชีวิตที่สัมพันธ์กับการเกิด Seasonal affective disorder ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,250 คนที่มีอายุ 18-64 ปี พบว่า ความเป็นผู้หญิงมีปัจจัยเสี่ยงสูงมาก ปัจจัยอื่นที่สำคัญ ได้แก่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ประสบเหตุการณ์ชีวิตทางลบหลายๆครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมถวิล สันธุประสิทธิ์ (2545) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 1 ปีที่ผ่านมาเฉลี่ย 36.32 พบว่าต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเฉลี่ย 63.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของ Greene & cooke (1980) ได้ศึกษาแบบสำรวจในเมือง Glasgone พบว่าผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงวัยหมดประจำเดือน เช่น การสูญเสีย การหย่าร้าง การจากไปของเพื่อนสนิท มีผลกระทบต่ออาการทางจิตใจและร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมหลายอย่างที่เป็นสิ่งบอกความเครียดในชีวิต เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส การเสียชีวิตของเพื่อนสนิท ปัญหาในการทำงาน การแยกบ้านของบุตร การเปลี่ยนบทบาทจาก พ่อ แม่ ไปเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย และการศึกษาของ Kaufen และคณะ (1992) พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าในหญิงวัยหมดประจำเดือน คือปัญหาจากสภาพแวดล้อม ได้แก่ ปัญหาสัมพันธ์กับคู่สมรส และบุตร

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง เพื่อการอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง พบว่ามีทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม สาเหตุของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรง การวินิจฉัย การประเมิน การรักษา การพยาบาลภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง และเป็นแนวทางในการป้องกัน ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ประสบกับภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามิในเขตอำเภอพบพระจังหวัดตาก ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้) ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ในบทนี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงวิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อาศัยในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก โดยเป็นผู้หญิงที่มีอายุ 15 - 60 ปี ที่อยู่กึ่งกับสามิซึ่งมีทั้งหมด 4 ตำบลที่มีผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งอาศัยอยู่ คือ ตำบลคีรีราษฎร์ ตำบลรวมไทยพัฒนา ตำบลช่องแคบ และตำบลวาลย์ มีประชากรจำนวน 6,153 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อาศัยในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก โดยเป็นผู้หญิงที่มีอายุ 15 - 60 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามิ
2. ไม่มีประวัติโรคจิตอื่น
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ อาศัยหลักการ Power Analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ Medium ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 102 คน

จากสูตรดังกล่าวข้างต้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 102 คน แต่เพื่อป้องกันปัญหาการลงข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือมีการสูญหายของข้อมูลและให้มั่นใจว่าการศึกษาในครั้งนี้จะได้จำนวนตัวอย่างเพียงพอ จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนของตัวอย่างให้มากกว่า 102 คน ผู้วิจัยจึงได้ปรับจำนวนตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 20% (Lemeshow, Hosmer, Klar & Lwanga, 1990) ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ คือ จำนวน 122 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) เป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีจัดแบ่งเป็นกลุ่ม โดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามพื้นที่อำเภอพบพระมี 5 ตำบล แต่มี 4 ตำบลที่มีผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งอาศัยอยู่ คือ ตำบลคีรีราษฎร์ ตำบลรวมไทยพัฒนา ตำบลช่องแคบและตำบลวาลย์ ซึ่งแต่ละตำบลที่กล่าวมา มีหมู่บ้านจำนวน 11 หมู่บ้าน 7 หมู่บ้าน 2 หมู่บ้านและ 1 หมู่บ้านตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีอายุตั้งแต่ 15 - 60 ปี จำนวน 6,153 คน มีวิธีคัดเลือกตัวอย่างดังกระบวนการต่อไปนี้

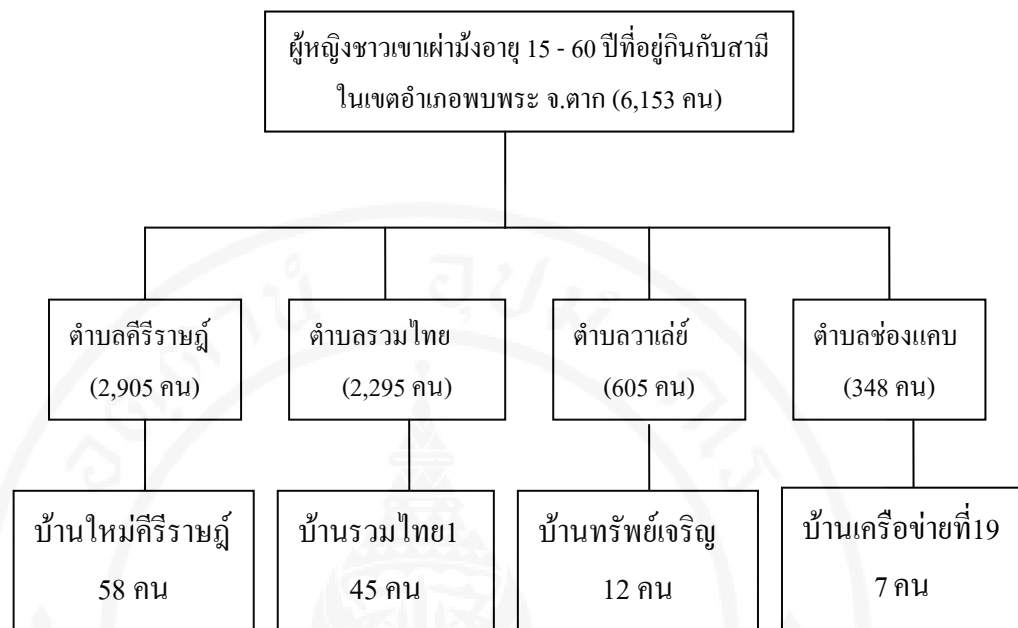
1. กำหนดจากจำนวนผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ที่ต้องการใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนของจำนวนประชากรได้กลุ่มตัวอย่างจากตำบลคีรีราษฎร์ จำนวน 58 คน ตำบลรวมไทยพัฒนา จำนวน 45 คน ตำบลวาลย์จำนวน 12 คน และตำบลช่องแคบ จำนวน 7 คนรวมจำนวนทั้งสิ้น 122 คน (ดังตาราง 1)

2. หลังจากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลแล้วผู้วิจัยได้เลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากหมู่บ้านจากแต่ละตำบลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการตามจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

3. หากการสุ่มได้หมู่บ้านที่มีประชากรจำนวนน้อยไม่พอก็จับฉลากเพิ่มจนครบจำนวนตามที่ต้องการ

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยจำแนกตามตำบล

หมู่บ้าน	จำนวนผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง อายุ 15-60 ปีที่อยู่กินกับสามี	จำนวนผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งอายุ 15-60 ปี ที่อยู่กินกับสามีเป็นกลุ่มตัวอย่าง
ต.คีรีราษฎร์		
บ้านร่มเกล้า4	438	
บ้านแม่ละเมา	196	
บ้านป่าห้วย	179	
บ้านป่าคา	344	
บ้านป่าคาใหม่	250	
บ้านป่าคาเก่า	193	
บ้านจิบาโบ	280	
บ้านใหม่คีรีราษฎร์	371	
บ้านใหม่ยอดคีรี	167	
บ้านใหม่ดินแดง	300	
บ้านห้วยไผ่	187	
รวม	2,905	58
ต.รวมไทยพัฒนา		
บ้านคีรีน้อย	248	
บ้านแก้วรวมไทย	501	
บ้านห้วยน้ำเย็น	280	
บ้านเจริญมิตร	189	
บ้านรวมไทยสามัคคี	231	
บ้านรวมไทย1	344	
บ้านเสริมสุข	502	
รวม	2,295	45
ต.วาลีย์		
บ้านทรัพย์เจริญ	605	
รวม	605	12
ต.ช่องแคบ		
บ้านเครือข่ายที่19	125	
บ้านสามยอดคอย	223	
รวม	348	7
รวมทั้งหมด	6,153	122



ภาพ 2 รายละเอียดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 116 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จำนวน 27 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อและ

ส่วนที่ 6 แบบวัดภาวะซึมเศร้า ชื่อ Thai Depression Inventory จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's self - esteem scale) (Rosenberg, 1965) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อความด้านบวกจำนวน 5 ข้อ และข้อความด้านลบ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าที่ใช้ในแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 5 ข้อ และข้อความด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความเห็น	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
ตลอดเวลา	4	1
บ่อยๆ	3	2
นานๆ ครั้ง	2	3
ไม่เคย	1	4

การแปลผลคะแนนรวมทำโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน การแบ่งคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 10 - 20 คะแนน มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ 21 - 30 คะแนน มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และ 31- 40 คะแนน มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

คุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability)

แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้ สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) ได้แปลเป็นภาษาไทย และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่านแล้วนำไปใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 205 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.80 นอกจากนี้ วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2536) ได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของสตรีที่มีบุตรยาก โดยศึกษาในสตรีที่มีบุตรยากที่ได้รับการตรวจรักษาภาวะการมีบุตรยากที่คลินิกผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ การศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

ก่อนที่จะนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษาผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ที่อยู่กั้นกับสามีและมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life Stress Events) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดของโฮล์ม และ เรช (Holm & Rahe, 1967) โดยอรรณ ชูฤกษ์ (2548) ซึ่งวัดเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้หญิงใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ 6 ข้อ ด้านครอบครัว 7 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 3 ข้อ ด้านการงาน 3 ข้อ และด้านสังคม 6 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามถ้าไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นให้ระบุในช่อง “ไม่” แต่ถ้ามีเหตุการณ์นั้นๆ ให้ระบุในช่อง “ใช่” และระบุเพิ่มเติมในช่องระดับความเครียดว่ามากน้อยเพียงใด ซึ่งแต่ละข้อคำถามนั้นจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ประเมินการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตว่า มี หรือ ไม่มี

ถ้าตอบว่า ‘ไม่มี’ ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบว่า ‘มี’ ให้ตอบเพิ่มในส่วนที่ 2

ส่วนที่ 2 เป็นการตอบเกี่ยวกับการรับรู้เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด แบ่งออกเป็น 4 ระดับคะแนน ดังนี้

- ไม่เครียดเลย หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเครียดให้ 1 คะแนน
- เครียดเล็กน้อย หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเครียดเพียงเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
- เครียดปานกลาง หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเครียดระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน
- เครียดมาก หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเครียดมาก ให้ 4 คะแนน

คะแนนที่แสดงถึงการเกิดภาวะเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ระหว่าง 25 - 100 คะแนน โดยใช้คะแนนรวมเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับการแปลผลคะแนน

25 - 49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับต่ำ

50 - 75 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับปานกลาง

76 - 100 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง

คุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability)

แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตนี้ อรรณ ชูฤกษ์ (2548) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและนำไปลองใช้ในสตรีหลังหมดประจำเดือนจำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่า

ความเที่ยงเท่ากับ 0.81 นอกจากนี้ ธิดิมา กาญจนสาย (2551) ได้นำแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตนี้ไปใช้ในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลาดพร้าว โรงพยาบาลศิริรินทร์และโรงพยาบาลหัวเฉียว จำนวน 120 ราย ได้นำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

ก่อนที่จะนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษาผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีและมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นแบบสอบถามที่ จารูวรรณ ชูปวา แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวในชีวิตคู่ (Dyadic Adjustment Scale) ซึ่งสร้างโดยสเปนีร์ (Spanieir, 1976 cited by Stover & Hope, 1993) แบบวัดชุดนี้เดิมมี 32 ข้อ โดย จารูวรรณ ชูปวาได้ตัดออก 5 ข้อ เนื่องจากข้อแรกข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย ซึ่งถามเกี่ยวกับการจับคู่สมรส ข้อสองและข้อสามเป็นข้อคำถามที่มีความหมายคล้ายกันถามเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการขัดแย้งกันระหว่างคู่สมรส ข้อที่สี่ถามเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต จากการนำแบบวัดชุดนี้ไปทดลองใช้กับคู่สมรสมารดาวัยรุ่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจความหมาย และข้อสุดท้ายถามถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในอนาคต แต่การวิจัยครั้งนี้เน้นเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในปัจจุบันเท่านั้น ดังนั้นแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีคำถาม 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส (Dyadic consensus) ความพึงพอใจในคู่สมรส (Dyadic satisfaction) ความกลมเกลียวของคู่สมรส (Dyadic cohesion) และการแสดงความรัก (Affectional expression) ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

4.1 ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมดมี 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 4 และข้อ 6 - 13 ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

เห็นพ้องกันมากที่สุด	5	คะแนน
เห็นพ้องกันมาก	4	คะแนน
เห็นพ้องกันปานกลาง	3	คะแนน
เห็นพ้องกันน้อย	2	คะแนน
ไม่เห็นพ้องกันเลย	1	คะแนน

4.2 ความพึงพอใจในคู่สมรส มี 8 ข้อ ข้อความมีความหมายทั้งทางด้านบวกและด้านลบ โดยมีข้อคำถามด้านบวกคือ ข้อที่ 16, 17, 20 และ 27 ส่วนข้อคำถามด้านลบคือ ข้อที่ 14, 15, 18 และ 19 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ บ่อยมาก บ่อย ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

	ด้านบวก	ด้านลบ
บ่อยมาก/ หรือตลอดเวลา	5 คะแนน	1 คะแนน
บ่อย/ หรือเกือบตลอดเวลา	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เล็กน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

สำหรับข้อคำถามที่ 27 ถามเกี่ยวกับความสุขในชีวิตสมรส เป็นข้อคำถามด้านบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มีความสุขมากที่สุด = 5 คะแนน มีความสุขค่อนข้างมาก = 4 คะแนน มีความสุขปานกลาง = 3 คะแนน มีความสุขเล็กน้อย = 2 คะแนน และ ไม่มีความสุขเลย = 1 คะแนน

4.3 ความกลมเกลียวของกลุ่มสมรส มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21, 22, 23 และ 24 เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกันกับความพึงพอใจในกลุ่มสมรส

4.4 การแสดงความรัก มี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 25 และ 26 เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกันกับความพึงพอใจในกลุ่มสมรส

คะแนนรวมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ได้จากการคำนวณคะแนนรวมของคะแนนที่ได้จากจำนวนข้อทั้งหมด 27 ข้อ และคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในแต่ละด้านใน 4 ด้านนั้นคำนวณได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนน ($\bar{X}$) ที่ได้จากข้อที่วัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้านนั้นๆ

การแปลผลคะแนนรายด้านและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 ถึง 5.00 คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.99	หมายถึง	ผู้ตอบมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี หรือไม่มีความสุขในชีวิตสมรสเลย
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง	ผู้ตอบมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างไม่ดี หรือมีความสุขในชีวิตสมรสเล็กน้อย
คะแนนเฉลี่ย	3.00-3.99	หมายถึง	ผู้ตอบมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างดี หรือมีความสุขในชีวิตสมรสค่อนข้างมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.00-5.00	หมายถึง	ผู้ตอบมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี หรือมีความสุขในชีวิตสมรสมาก

คุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability)

จรรวณ ชูปวาได้นำแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไปใช้ในกลุ่มสมรสควายรุ่นที่มีอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจหลังคลอด แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล 5 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร ได้นำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

ก่อนที่จะนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษาผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีและมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2: The Personal Resource Questionnaire: (PRQ85 - II) พัฒนาโดย Brandt & Weinert ในปี ค.ศ.1981 จากแนวคิดของ Weiss (Brandt & Weinert, 1981; Weinert, 1987; Weinert & Tilden, 1990) มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบแบบประมาณค่า 7 ระดับ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้ประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลใน 5 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความผูกพันใกล้ชิด: Intimacy/Attachment 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 10, 11, 19, และ 20

การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม: Social Integration 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 8, 9, 16, และ 18

การมีโอกาที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น: Opportunity for Nurturance 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 12, 17, 21, และ 24

การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง: Self - Worth 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 13, และ 23

การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ: Assistance and Guidance 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 14, 15, 22, และ 25

โดยข้อที่เป็นคำถามเชิงบวก มี 20 ข้อ คือ 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, และข้อ 25 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ได้	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ได้	3	คะแนน
เฉยๆ	ได้	4	คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	ได้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	6	คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	ได้	7	คะแนน

และคำถามเชิงลบ มี 5 ข้อ คือ ข้อ 4, 7, 10, 16, และข้อ 24 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ได้	7	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	6	คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ได้	5	คะแนน
เฉยๆ	ได้	4	คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	ได้	3	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	ได้	1	คะแนน

คะแนนรวม มีค่าได้ตั้งแต่ 25 - 175 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (Weinert, 1987)

คุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability)

Brandt & Weinert (1981) ได้พัฒนาแบบวัดนี้ครั้งแรกใช้ชื่อ PRQ82 ต่อมาปรับปรุงเป็น PRQ85 ซึ่งประเมินใน 5 องค์ประกอบ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัยทางการแพทย์ ความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ด้วยการเปรียบเทียบกับ Beck Depression Inventory (BDI) และ Self-Evaluation Questionnaire (Trait Anxiety Scale) ในกลุ่มผู้ใหญ่จำนวน 181 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแบบวัด PRQ85 มีความสัมพันธ์ในทางลบกับ BDI โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ $r = -0.33$ ($p < .001$) และพบว่ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับ Trait Anxiety Scale มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ $r = -0.39$ ($p < .001$) (Weinert, 1987) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มสมรรถที่มีอาการ Multiple sclerosis จำนวน 149 คน ได้เท่ากับ 0.89 (Brandt & Weinert, 1981) และในผู้ใหญ่ชนชั้นกลางในเมือง จำนวน 99 คน เท่ากับ 0.91 (Weinert & Tilden, 1990) ทั้งนี้ได้มีการแปลแบบวัด PRQ85 part II เป็นภาษาไทยโดย จัตุพลย์ ใจอารีย์ (2533) โดยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเฉียบพลัน จำนวน 20 ราย และจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ พบว่าแบบวัดนี้มีประสิทธิภาพสูงในการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงเลือกแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จัตุพลย์ ใจอารีย์ (2533) เนื่องจากแบบวัดมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพในการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และมีผู้นำไปใช้วัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิง ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่จะศึกษาในครั้งนี้

ก่อนที่จะนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษาผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีและมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 6 แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2542) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับคนไทย ใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัวและความสามารถในการปฏิบัติการกิจต่างๆประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยผู้ตอบแบบสอบถามประเมินและสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเลือกตอบข้อที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ข้อคำตอบที่เลือกจะถูกแปลเป็นคะแนนดังนี้ ข้อ ก = 3 คะแนน ข้อ ข = 2 คะแนน ข้อ ค = 1 คะแนน และข้อ ง = 0 คะแนน แล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมมีค่า ตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน แล้วนำมาเทียบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

น้อยกว่า 21 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
21 - 25 คะแนน	ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน
26 - 34 คะแนน	ภาวะซึมเศร้าปานกลาง
35 - 40 คะแนน	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง
มากกว่า 40 คะแนน	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก

คุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability)

การตรวจสอบคุณภาพของ Thai Depression Inventory โดย มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2542) ได้นำไปทดสอบในผู้ป่วยจำนวน 50 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยการทำ Split - half test พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของ Spearman - Brown formula เท่ากับ 0.76 และมีค่า Interrater reliability ของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 ตรวจสอบความตรงของแบบวัด (concurrent validity) โดยเทียบกับแบบวัด HRSD ฉบับภาษาไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับแบบวัด HRSD ฉบับภาษาไทยโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.72 ($p < 0.001$) ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ด้วยวิธี principal component analysis with varimax rotation พบว่า คำถามสามารถวัดได้ตรงตามโครงสร้างที่กำหนด ทั้งนี้มีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง คือ โสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2001) ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทยจำนวน 142 คน พบว่าค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลผู้หญิงของดวงใจ วัฒนสินธุ์ (Vatanasin, 2005) จำนวน 340 คนได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

ก่อนที่จะนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษาผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ที่อยู่กั้นกับสามีและมีความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Protection of the Right of Human Subjects)

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยและคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นก่อนที่จะเก็บข้อมูล โครงการวิจัยจะต้องผ่านการพิจารณาความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจะต้องชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลา สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีความกระทบใดๆต่อตัวผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีการรหัสไม่ระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมของกลุ่มประชากร ทั้งนี้กำหนดการช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไปซึ่งแสดงว่าเริ่มมีภาวะซึมเศร้าโดยแจ้งผลกับผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งแจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าและนำส่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงพบปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตเพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Procedure)

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านภาษาไทยได้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กลุ่มที่ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์แบบสอบถามด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ไปยื่นเสนอต่อหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
2. กำหนดหมายเลขแบบสอบถาม ให้เลขที่ลำดับตรงกันทั้ง 6 แบบสอบถามเพื่อสะดวกในการตรวจสอบ ป้องกันการสูญหาย
3. กำหนดวันเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2553 - 25 เมษายน 2553
4. ขอความร่วมมือกับหัวหน้าสถานีอนามัยในแต่ละตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอข้อมูล Family Folder ของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี เพื่อศึกษารายละเอียดก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขช่วยเป็นล่ามแปลแบบสอบถามเป็นภาษาม้งเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์กรณีกับผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
5. ผู้วิจัยเตรียมอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละตำบลโดยแบ่งเป็นตำบลคีรีราษฎร์ 2 คน ตำบลรวมไทยพัฒนา ตำบลช่องแคบและตำบลวาลย์อย่างละ 1 คน และเตรียมความพร้อมอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นล่ามชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายพูดคุยเกี่ยวกับแบบสอบถามทั้งฉบับโดยเน้นในข้อที่ซับซ้อนเข้าใจยาก เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นล่าม

6. ในการดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพร้อมด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีที่คัดเลือกจากหมู่บ้านในแต่ละตำบลตามวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form)

7. อธิบายชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 - 6 แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เข้าใจในข้อคำถามใด ก็อธิบายซ้ำหรือให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มช่วยแปลแบบสอบถามโดยมีจำนวน 20 คนที่ต้องใช้กลุ่มช่วยแปลและ 102 คนที่สามารถตอบเอง

8. ในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าใจภาษาไทยและไม่เข้าใจในการตอบแบบสอบถาม อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มจะช่วยแปลแบบสอบถามและในแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์รอยยิ้มแบบต่างๆจากมากไปหาน้อยเพื่อเป็นตัวแทนคำตอบของระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 45 - 60 นาทีต่อคน

9. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และแสดงความขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูล

10. ผู้วิจัยรวบรวมคะแนนจากแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 122 ชุดเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ทำการลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลไปลงโปรแกรมและดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. สถิติบรรยาย (Descriptive statistic) เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ซึ่งสถิติเชิงบรรยายที่นำมาใช้ คือ

1.1 การแจกแจงความถี่ และร้อยละ อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติดโรคซึมเศร้าในครอบครัว ระดับของความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ระดับของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ระดับของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี

1.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) อธิบายระดับของภาวะซึมเศร้า ระดับของความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง ระดับของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ระดับคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) ใช้ในการทดสอบว่าสมมติฐานการวิจัยเป็นจริงหรือไม่ (สัมพันธ์ พันธุ์พฤษย์, 2541) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามัญ สถิติที่ใช้ คือ

2.1 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติภาวะซึมเศร้า ในครอบครัว ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งโดยได้มีการตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยมีค่าในการบอกขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรในแต่ละคู่ ดังต่อไปนี้ (Munro, 2001)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	มีความสัมพันธ์
0.00 - 0.25	ค่อนข้างต่ำ
0.26 - 0.49	ต่ำ
0.50 - 0.69	กลาง
0.70 - 0.89	สูง
0.90 - 1.00	สูงมาก

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha < 0.05$

2.2 สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter method) ใช้วิเคราะห์เพื่อหาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของตัวแปรอิสระ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีในเขต อำเภอพบพระ จังหวัดตาก ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งบทนี้เป็นการนำเสนอผลการวิจัยซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก โดยใช้สถิติบรรยาย

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก โดยใช้สถิติบรรยาย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson - product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีในเขตอำเภอ พบพระ จังหวัดตาก ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณรในเขตอำเภอ
พบพระ จังหวัดตาก โดยใช้สถิติบรรยาย

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 122)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ			รายได้เฉลี่ยของครอบครัว / ปี		
15-20 ปี	18	14.8	5,000 -10,000 บาท/ปี	24	19.7
21-25 ปี	19	15.6	10,001 –30,000 บาท/ปี	43	35.2
26-30 ปี	29	23.8	30,001 –50,000 บาท/ปี	31	25.4
31-35 ปี	26	21.3	50,001 –70,000 บาท/ปี	11	9
36-40 ปี	10	8.2	70,001 –90,000 บาท/ปี	6	4.9
41ปีขึ้นไป	20	16.4	มากกว่า 90,001 บาท/ปี	7	5.7
— X=30.82, SD=9.63, min=15, max=60			— X=38,604, SD=28,585, min=5.000, max=200,000		
ระดับการศึกษา			ความเพียงพอของรายได้		
ไม่ได้รับการศึกษา	54	44.3	ไม่พอใช้และต้องเป็นหนี้สิน	83	68
ประถมศึกษา	46	37.7	ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	18	14.8
มัธยมศึกษา	18	14.8	พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	19	15.6
อนุปริญญา	3	2.4	พอใช้และเหลือเก็บ	2	1.6
ปริญญาตรี	1	0.8	จำนวนบุตร		
อาชีพ			ไม่มีบุตร	6	4.9
แม่บ้าน	7	5.7	1-2 คน	48	39.3
รับจ้าง	5	4.1	3-4 คน	39	32
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	2.5	5-6 คน	18	14.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	7 คนขึ้นไป	11	9
เกษตรกรรวม	11	9	— X=3.30, SD=2.28, min=0, max=12		
ทำไร่	96	78.7	แหล่งที่มาของรายได้		
			หาด้วยตนเอง	79	64.8
			สามเณรผู้ให้	6	4.9
			บุตรหลานเป็นผู้ให้	2	1.6
			อื่นๆ (ระบุ	35	28.7

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 122) (ต่อ)

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	120	98.4
มี	2	1.6

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 26 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.8 ไม่ได้รับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 44.3 มีอาชีพทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 78.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัวในช่วง 10,001 - 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.2 มีรายได้ไม่พอใช้และต้องเป็นหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 68 มีบุตร 1 - 2 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 และหารายได้ด้วยตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 64.8 โดยมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 1.6 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 98.4 (ตาราง 2)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กั้นกับสามเณรในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

ตาราง 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (n = 122)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ภาวะซึมเศร้า	0-60	0-48	16.16	10.96
ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง	10-40	12-38	26.04	6.69
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	25-100	28-66	41.53	7.69
แรงสนับสนุนทางสังคม	25-175	82-161	122.46	15.37
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	1.00-5.00	1.44-4.22	3.01	0.638

ผลการวิเคราะห์ระดับการศึกษาและรายได้ ดังแสดงในส่วนที่ 1

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปร โดยใช้สถิติบรรยายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 1.6 และไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 98.4 ดังแสดงในตาราง 2 และสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรชนิดต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เฉลี่ยเท่ากับ 26.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.69 สำหรับปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.69

สำหรับปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.64 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ซึ่งมี 4 ด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดถึงน้อยที่สุดเรียงตามลำดับเป็นดังนี้ ด้านความเห็นพ้องต้องกันของคู่สมรส ด้านความพึงพอใจในคู่สมรส ด้านการแสดงความรักและด้านความกลมเกลียวของคู่สมรส มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.13, 3.02, 2.81 และ 2.79 ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมรวมเฉลี่ยเท่ากับ 122.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.37 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ซึ่งมี 5 ด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดถึงน้อยที่สุดเรียงตามลำดับเป็นดังนี้ ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ด้านความผูกพันใกล้ชิด ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและด้านการมีโอกาสที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.25, 25.68, 24.96, 22.8 และ 22.77 ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

(n = 122)

ระดับภาวะซึมเศร้า		จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	(< 21 คะแนน)	79	64.7
มีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน	(21-25 คะแนน)	20	16.4
มีภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง	(26-34 คะแนน)	14	11.5
มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	(35-40 คะแนน)	5	4.1
มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก	(> 40 คะแนน)	4	3.3

$\bar{X} = 16.16$, $SD = 10.96$, $\min = 0$, $\max = 48$

ตาราง 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 35.3 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงและภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 16.4, 11.5, 4.1 และร้อยละ 3.3 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 16.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.96 พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงสุดเท่ากับ 48 คะแนน

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
(n = 122)

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ (10-20คะแนน)	38	31.1
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (21-30คะแนน)	41	33.6
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (31-40 คะแนน)	43	35.3
$\bar{X} = 26.04$, $SD = 6.69$, $\min = 12$, $\max = 38$		

ตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 35.3, 33.6 และ 31.1 ตามลำดับ

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
(n = 122)

ระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (25-49 คะแนน)	104	85.2
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (50-75 คะแนน)	18	14.8
$\bar{X} = 41.53$, $SD = 7.69$, $\min = 28$, $\max = 66$		

ตาราง 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 85.2 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเท่ากับ 41.53

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
(n = 122)

ระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี (1.00-1.99 คะแนน)	10	8.2
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างไม่ดี (2.00-2.99 คะแนน)	43	35.3
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างดี (3.00-3.99 คะแนน)	62	50.8
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี (4.00-5.00 คะแนน)	7	5.7
$\bar{X} = 3.01, SD = 0.64, \min = 1.44, \max = 4.22$		

ตาราง 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 50.8 และพบว่าสัมพันธภาพสมรสค่อนข้างไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 35.3 แต่เมื่อพิจารณาตามระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในส่วนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างดีและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี กับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 56.5 และ 43.5 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีค่าใกล้เคียงกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเท่ากับ 3.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.64 พบว่ามีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสคะแนนสูงสุดเท่ากับ 4.22 คะแนน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือ

เครื่องมือ	การทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)	การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง (n = 122)
แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.88	.94
แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.81	.76
แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	.93	.92
แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม	.84	.83
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	.90	.93

ตาราง 8 จากผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ .88, .81, .93, .84 และ .90 ตามลำดับ และจากการศึกษาพบว่ามีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัด คือ .94, .76, .92, .83 และ .93 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเฝ้าในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson - product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเฝ้าในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (Test of Assumptions)

โดยก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Multiple Regression Analysis ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นดังต่อไปนี้ (ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษและยุดิ ฤาชา, 2549)

1. Normal distribution หมายถึง ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ(Normality) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นนี้ทำได้โดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test เพื่อดูว่าตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ คือค่า $p > .05$ ซึ่งจากการวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ คือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีค่า p เท่ากับ .299, .552 และ .807 ตามลำดับและพบว่าตัวแปรที่มีการแจกแจงไม่ปกติ คือ รายได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ามีค่า p เท่ากับ .002, .011 และ .048 ตามลำดับ

2. Linearity Relationship หมายถึง ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการทำ Scatter Plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม กราฟที่ได้ควรมีลักษณะเป็นเส้นตรง และจากการวิเคราะห์ พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตามภาวะซึมเศร้า ส่วนรายได้และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตามภาวะซึมเศร้า

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 1 และข้อ 2 สรุปได้ว่า รายได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้ามีการแจกแจงไม่ปกติ และรายได้และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตามภาวะซึมเศร้า จากปัญหาที่พบจึงวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยการทดสอบการกระจายแบบปกติของค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนายตัวแปรตาม ถ้าผลการทดสอบพบว่า การกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นแบบปกติ หมายถึง ตัวแปรตามที่ใช้ในการวิเคราะห์มีการกระจายแบบปกติและยังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอีกด้วย ซึ่งจากการวิเคราะห์ด้วย Standardized Residuals Plots พบว่า การกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นแบบปกติ จึงสรุปได้ว่า ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 1 และข้อ 2 (แสดงในภาคผนวก ก)

3. Homoscedasticity หมายถึง ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน การทดสอบโดย การทำกราฟระหว่างตัวแปรตามบนแกน X และตัวแปรตามมาตรฐานบนแกน Y ลักษณะเส้นสมการทำนายที่ได้จะเอียงจากมุมล่างด้านซ้ายไปยังมุมบนด้านขวา ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าผ่านตามข้อตกลงเบื้องต้นข้อนี้ (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

4. Autocorrelation หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ตรวจสอบโดยการทำกราฟระหว่างตัวแปรอิสระบนแกน X และตัวแปรความคลาดเคลื่อนบนแกน Y หรือการใช้สถิติ Durbin-Watson ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าค่า Durbin-Watson ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 1.882 ซึ่งหมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กันเองจึงไม่มีปัญหาเรื่อง Autocorrelation

5. Multicollinearity หมายถึง ตัวแปรอิสระทั้งหลายที่ใช้ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยดูได้จาก

5.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่ควรเกิน 0.85

5.2 ค่า Tolerance ซึ่งเป็นค่าสัดส่วนความแปรปรวนของตัวแปรตามที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอิสระอื่นที่ไม่อยู่ในสมการ ดังนั้น ค่า Tolerance ไม่ควรมีค่าเข้าใกล้ 0

5.3 VIF (Variance inflation factor) ซึ่งถ้าค่า VIF มีค่าน้อยแสดงถึงการมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อย ดังนั้นค่า VIF ไม่ควรมากกว่า 6 หรือ 7 โดยจากการวิเคราะห์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อยกว่า 0.85 ค่า Tolerance ของตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ 0.99, 0.91, 0.96, 0.54, 0.80, 0.65 และ 0.69 ตามลำดับ และ ค่า VIF ของตัวแปรที่ศึกษามีค่าเท่ากับ

1.01, 1.10, 1.04, 1.84, 1.25, 1.52 และ 1.44 ตามลำดับ จึงสรุปได้ว่า การศึกษาในครั้งนี้ตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษาไม่มีปัญหาเรื่อง Multicollinearity

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและ แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 122)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) ระดับการศึกษา	1							
(2) รายได้	.71	1						
(3) ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	-.02	-.06	1					
(4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.04	.25**	-.13	1				
(5) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	-.04	.03	.03	-.39***	1			
(6) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	-.01	.18*	.05	.53***	-.35	1		
(7) แรงสนับสนุนทางสังคม	-.03	.10	-.01	.52***	-.28	.43	1	
(8) ภาวะซึมเศร้า	.04	.01	-.06	-.64***	.62***	-.58***	-.42***	1

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson - product moment correlation coefficient) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = -.64, p < .001$; $r = -.58, p < .001$ ตามลำดับ) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = -.42, p < .001$) ส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .62, p < .001$) ตัวแปรระดับการศึกษา รายได้และประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ตาราง 9)

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาอำนาจทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าของ
กลุ่มตัวอย่าง (n = 122)

ปัจจัยทำนาย	b	SEB	beta	t
ระดับการศึกษา	1.08	1.22	.05	.89
รายได้	5.15	.00	.13	2.32*
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	-8.01	4.85	-.09	-1.65
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.66	.12	-.40	-5.38***
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.53	.09	.38	6.07***
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	-4.33	1.17	-.25	-3.68***
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.01	.05	-.01	-.18
ค่าคงที่ (Constant)	22.79	7.31	...	3.12
R = .81, R ² = .65, Overall F = 30.42, Sig F = .000				

*p < .05, ** p < .01, *** p < .001

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเข้าพร้อมกันทั้งหมดพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 65 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (F = 30.42, p < .001) และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ (b = 5.15, p < .05) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (b = -.66, p < .001) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (b = .53, p < .001) และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (b = -4.33, p < .001) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด (β = -.40, p < .001) รองลงมาคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (β = .38, p < .001) (ตาราง 10)

ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ สามารถเขียนเป็นสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{จากสมการ } Y_i' = b_0 + b_1X_{1i} + b_2X_{2i} + b_3X_{3i} + \dots + b_kX_{ki}$$

ภาวะซึมเศร้า = 22.79 - .66 (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) + .53 (เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต) - 4.33 (สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส) + 5.15 (รายได้) - 8.01 (ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว) + 1.08 (ระดับการศึกษา) - .01 (แรงสนับสนุนทางสังคม)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ในบทนี้เป็นการอภิปรายผล การศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีจำนวน 122 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี (23.8%) อายุเฉลี่ย 30.84 ปี ไม่มีการศึกษา (44.3%) มีอาชีพทำไร่ (78.8%) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีอยู่ในช่วง 10,001-30,000 บาท (35.2%) มีรายได้ไม่พอใช้และมีหนี้สิน (68%) มีบุตร 1-2 คน (39.3%) และหารายได้ด้วยตัวเอง (64.8%) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาของมนตรี นามมงคลและคณะ (2544) ที่สำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทยภูเขาที่พบว่า ชาวเขาเผ่าม้งส่วนใหญ่ไม่มีการศึกษา (45.8%) มีอาชีพทำไร่ (75.5%) มีรายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-50,000 บาท (37.7%) และมีรายได้ไม่พอกิน (56.1%) สะท้อนให้เห็นถึงสถานภาพทางสังคมของชาวเขาเผ่าม้งที่ด้อยกว่าสังคมเมืองจากการไม่ได้รับการศึกษา จึงต้องประกอบอาชีพทำไร่ที่อาศัยแรงงานเป็นหลัก นำไปสู่การมีรายได้น้อย ไม่พอใช้และต้องเป็นหนี้สิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว (98.4%)

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.3 โดยพบว่า ร้อยละ 16.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 11.5 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงและร้อยละ 3.3 มีภาวะซึมเศร้าในระดับ

รุนแรงมาก ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mouanoutoua และคณะ (1991) ที่ทำการศึกษาในผู้ลี้ภัยชาวฮัง ซึ่งอาศัยอยู่ใน California จำนวน 123 คน เป็นผู้ชาย 76 คน ผู้หญิง 47 คน โดยใช้ HABDI (Hmong Adaptation of the Beck Depression Inventory) พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ลี้ภัยชาวฮังผู้ลี้ภัยในกลุ่มตัวอย่างมีร้อยละ 66 ซึ่งมากกว่าการศึกษานี้ อาจเนื่องจากการศึกษาในชาวเขาเผ่าม้งที่อาศัยอยู่ในฐานะผู้ลี้ภัยในสังคมตะวันตก ซึ่งชนบทรูปร่างวัฒนธรรมและภาษาที่ใช้แตกต่างอย่างชัดเจนกับสังคมตะวันออกซึ่งเป็นภูมิลาเนาเดิมของชาวเขาเผ่าม้ง อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ นอกจากนี้การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้การพบความชุกของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันได้ ส่วนการศึกษาของ มณีกานต์ สุภาเส (2551) ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรีร้อยละ 3.9 และการศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์ (Vatanasin, 2005) ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.2 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษานี้เนื่องจาก การศึกษาทั้งสองกลุ่มข้างต้นทำในผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูง กระบวนการในการจัดการกับปัญหาที่นำมาสู่ภาวะซึมเศร้าทำได้ดีกว่า ซึ่งอาจส่งผลให้พบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ส่วนการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.2 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) เป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากกว่าซึ่งอาจทำให้ได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ลี้ภัยชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งน่าจะอธิบายได้จาก ความเป็นอยู่ทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ลี้ภัยชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีแตกต่างจากผู้ลี้ภัยกลุ่มอื่น สังคมชาวฮังเป็นสังคมที่ยึดจารีตประเพณีที่มีความเชื่อมโยงของระบบเครือญาติมีการสืบสกุลทางฝ่ายชาย (สมัย สุทธิธรรม, 2541) ผู้ลี้ภัยชาวเขาเผ่าม้งส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่าผู้ชาย ลักษณะครอบครัวจะเป็นครอบครัวชายและยอมรับการที่สามีมีภรรยาได้หลายคน การเป็นภรรยา มีบทบาทตามสถานภาพต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบดูแลทุกคนในครอบครัว สตรีจึงเป็นแรงงานสำคัญในการทำงานในไร่ ทำงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตร (ธงชัย ศรีเมือง, 2545) ซึ่งการมีภรรยาที่มาก อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ และหากมีความเครียดเป็นระยะเวลานานๆ อาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในชีวิต ย่อมมีผลต่อชีวิตผู้ลี้ภัยทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผลเสียทางตรงคือ การเจ็บป่วย การทำงานในหน้าที่ต่างๆ บกพร่องทั้งหน้าที่ในครอบครัว และการงานและการดูแลตนเอง (Hays, et al., 1995; Peden, Rayen & Beebe, 2000 อ้างใน วิภาวี เผ่ากันทรกร, 2548; Well, Stewart & Hays, 1989) ส่วนผลเสียทางอ้อม คือ การเป็นภาระของครอบครัว การสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา ซึ่งในบางรายหากมีอาการรุนแรงมากอาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ เนื่องจากม้งเป็นชนกลุ่มน้อยในเขตอำเภอ

พบพระ จังหวัดตากที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดจำนวน 28,034 คน คิดเป็นร้อยละ 56.75 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบพระ, 2552) จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามมี ปัญหาภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักและให้ความสนใจกับ ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งให้มี ภูมิคุ้มกันต่อภาวะซึมเศร้าได้

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสาม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson-Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรง สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .001$; $r = .62, p < .001$; $r = -.58, p < .001$; $r = -.42, p < .001$ ตามลำดับ) โดยความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่วนระดับ การศึกษา รายได้ และประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเข้า พร้อมกันทั้งหมดพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกลึกมีคุณค่า ในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 65 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 30.42, p < .001$) และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง ($b = -.66, p < .001$) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($b = .53, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($b = -4.33, p < .001$) และรายได้ ($b = 5.15, p < .05$) โดยความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด ($\beta = -.40, p < .001$) รองลงมา คือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($\beta = .38, p < .001$) ส่วนระดับการศึกษา ประวัติภาวะซึมเศร้าใน ครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรง สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถทำนาย ภาวะซึมเศร้าได้ โดยจะได้อภิปรายในแต่ละปัจจัยดังต่อไปนี้

ระดับการศึกษา

ผลจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยายพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.3 และได้รับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 55.7 โดยระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 37.7 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.8 ระดับอนุปริญาคิดเป็นร้อยละ 2.4 และระดับปริญาตรีคิดเป็นร้อยละ 0.8 และจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า การได้รับการศึกษาและไม่ได้รับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.06, p > .05$) ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยจากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.42, p < .001$) ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 แต่พบว่าไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติมา กาญจนสาย (2551) ในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mouanoutoua และคณะ (1991) ที่ทำการศึกษาในผู้ลี้ภัยชาวม้ง 123 คนเป็นผู้ชาย 76 คน ผู้หญิง 47 คน โดยใช้ HABDI (Hmong Adaptation of the Beck Depression Inventory) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.51, p < .001$) และการศึกษาของ McKinlay (1987) ที่ศึกษาถึงผลกระทบระหว่างจำนวนปีที่ได้รับการศึกษากับการเกิดอารมณ์เศร้า พบว่าจำนวนปีที่ได้รับการศึกษามีความผกผันกับการเกิดอารมณ์เศร้า และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Beck (1967) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีการศึกษาดำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง

จากการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์และไม่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี อาจเป็นเพราะจากสถิติบรรยายจะเห็นได้ว่าการศึกษาในครั้งนี้มีความแปรปรวนของระดับการศึกษาไม่มาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับค่อนข้างต่ำ คือ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 44.3 และที่ได้รับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.7 อาจอธิบายได้ว่าการได้รับหรือไม่ได้รับการศึกษาไม่ค่อยมีความสำคัญในบริบทการใช้ชีวิต ในการประกอบอาชีพในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

รายได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีอยู่ในช่วง 10,001-30,000 บาท (คิดเป็นรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 833.3-2,500 บาท) คิดเป็นร้อยละ 35.2 มีรายได้ไม่พอใช้และต้องเป็นหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 68 มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บและเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 15.6 และ 1.6 จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .01, p > .05$) ซึ่งผลการศึกษาไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และจากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่ารายได้สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าและสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีกกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = 5.15, p < .05$) และ ($F = 30.42, p < .001$) ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ซึ่งหมายถึง ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ที่อยู่กึ่งกับสามีกมีรายได้สูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

สอดคล้องกับดาวรุ่ง เกิดสิน (2548) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่อครอบครัวน้อย มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีรายได้มาก ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (วรธิดา อิ่มสุดใจ, 2540) และความยากจนขัดสนทางการเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์หรือเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2543) ซึ่งรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล เป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการ (เยาวรัตน์ ชันธิวิชัย, 2544) การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ ซึ่งรายได้ที่ได้รับขึ้นอยู่กับผลผลิตในแต่ละปี หากผลผลิตน้อยเกิดภาวะขาดทุนก็ทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอซึ่งพบว่าผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีกมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียง 833.33-2,500 บาท (35.2%) ซึ่งรายได้ดังกล่าวไม่เพียงพอกับความต้องการและทำให้ต้องเป็นหนี้สิน (68%) ซึ่งในปัจจุบันชาวเขาเผ่าม้งมีการติดต่อกับชาวพื้นราบมากขึ้น เช่น การติดต่อค้าขายและส่งบุตรหลานเรียนต่อมากขึ้น จึงทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายมากกว่าในอดีต ก็ยังมีความจำเป็นเช่นกันที่จะต้องทำงานหนักเพื่อหารายได้ให้เพียงพอต่อตนเองและครอบครัว รายได้จึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีก

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

ผลจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวร้อยละ 1.6 และจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์

กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.06, p > .05$) ซึ่งผลการศึกษาไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โดยจากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.42, p < .001$) ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 แต่พบว่าไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่างได้

สอดคล้องกับการศึกษาของธิดิมา กาญจนสาย (2551) ในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่พบว่าประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราที่สูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่าและถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) การศึกษาของโสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2001) ที่พบว่าผู้หญิงไทยที่เคยมีประวัติและเป็นโรคซึมเศร้ามีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวมากกว่าผู้หญิงไทยที่ไม่เคยเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.42, p < 0.001$) และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทยได้ ($\chi^2 = 20.78, p < 0.001$) และยังมีอิทธิพลต่อระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทย ($\beta = 0.14, p < 0.05$) และในการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว (2541) ที่พบว่า การมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งการศึกษากครั้งนี้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและไม่มียิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้น อาจเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง เด็กวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิง และกลุ่มผู้หญิงทำงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่กลุ่มของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีจึงอาจทำให้มีความแตกต่างกันของผลการศึกษาได้ และอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมีการรับรู้และความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าน้อย ส่วนใหญ่ไม่รู้จักโรคซึมเศร้า ไม่รู้ว่า เป็นหรือเป็นโรคซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ จากการเข้าไม่ถึงการรับบริการด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยนี้มีความสำคัญและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จึงควรจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและมีการเฝ้าระวังในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวต่อไป

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงร้อยละ 35.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลางร้อยละ 33.6 และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ

ร้อยละ 31.1 มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเฉลี่ย เท่ากับ 26.04 (ช่วงคะแนน 12-38 คะแนน) ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .001$) ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามิได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.42, p < .001$) ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามิกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.40, p < .001$) ซึ่งหมายถึงผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามิที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายๆการศึกษาที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า การศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์ (Vatanasin, 2005) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = -.61, p < .01$) โอลิเวอร์ และพอลล์ (Oliver & Paull, 1995) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยทางภาคเหนือตอนกลางของประเทศสหรัฐอเมริกา ($r = -.66, p < .01$) ปรีชา สุวังบุตร (2543) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ($r = -.48, p < .01$) พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2540) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ($r = -.36, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.23, p < .001$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวาร์เรน (Warren, 1997) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชนชั้นกลางชาวอเมริกา- อาฟริกันจำนวน 100 คน อายุระหว่าง 20-35 ปี ในช่วงปี 1997 ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรสำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามิ ซึ่งอธิบายได้ว่า ในสังคมวัฒนธรรมม้งนั้นให้อำนาจผู้ชายเป็นใหญ่มีอำนาจและเป็นผู้นำครอบครัว โดยผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามิ จะมีบทบาทและการแสดงออกน้อยกว่าผู้ชาย (ธงชัย ศรีเมือง, 2545) ซึ่งการที่ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามิ อยู่ในฐานะที่ด้อยกว่าผู้ชาย การรับรู้เช่นนี้ อาจทำให้มีการปรับตัวแบบเชื่อฟัง สมยอม หมดหวังและพ่ายแพ้ ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามิต่ำกว่าผู้หญิงกลุ่มอื่นๆ ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าใน

ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ปัจจัยที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมาก คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงควรส่งเสริมให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีเห็นถึงคุณค่าในตนเอง เพราะบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหา รับรู้ปัญหาได้ตามสภาพความเป็นจริง มีความเคารพตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสุขส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย (Vatanasin, 2005)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีส่วนใหญ่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 85.2 ส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.8 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 41.53 (ช่วงคะแนน 28-66 คะแนน) การศึกษาพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .62, p < .001$) ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการทำนายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.42, p < .001$) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่างได้ดีเป็นอันดับสองรองจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .38, p < .001$) ซึ่งหมายถึงผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง จะมีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายๆ การศึกษาที่ผ่านมา การศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธ์ (Vatanasin, 2005) ที่พบว่า การรับรู้ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = .66, p < .01$) ธิดิมา กาญจนสาย (2551) ศึกษาในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = .37, p < .01$) วาเรน (Warren, 1997) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = .29, p = .003$) และการศึกษาของฟิลิฏฐ์ ชัยประเสริฐสุด (2548) ที่พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = .436, p < .001$)

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจอธิบายได้ว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมีบทบาทตามสถานภาพต้องทำหน้าที่ความรับผิดชอบดูแลทุกคนในครอบครัว เป็นแรงงานสำคัญในการทำงานในไร่ การเลี้ยงดูบุตร และทำหน้าที่แม่บ้าน (ธงชัย ศรีเมือง, 2545) ซึ่งการมีภาระหน้าที่มาก อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ และหากมีความเครียดเป็นระยะเวลานานๆ อาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้เหตุการณ์

ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในทุกกลุ่มเป็นสิ่งที่อ่อนและยืนยันทฤษฎีทางสังคมที่กล่าวว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่ว่าระดับความรุนแรงจะเป็นอย่างไร แต่เมื่อเกิดกับบุคคลย่อมก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาเช่นเดียวกัน ซึ่งผลกระทบที่เห็นชัดและก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมคือ ภาวะซึมเศร้า (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) ดังนั้น เราควรส่งเสริมให้มีวิธีลดความตึงเครียดในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การสอนให้ฝึกการหายใจ การทำสมาธิ สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย การทำกลุ่มให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ การให้สุขภาพจิตศึกษา จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้มีเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเสามารถผ่อนคลายจากความกดดันต่างๆ และป้องกันไม่ให้ความเครียดพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

การศึกษาพบว่าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 50.8 และพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 35.3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเฉลี่ยเท่ากับ 41.53 (ช่วงคะแนน 28-66 คะแนน) โดยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.58, p < .001$) ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถรวมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.42, p < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -4.33, p < .001$) ซึ่งหมายถึง ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วงศ์เศวตริกุล (2540) ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดของมารดาที่มีบุตรคนแรก ($r = -.16, p < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.39, p < .001$)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างและสามเส่วนใหญ่มีความรู้สึกนึกคิดที่ค่อนข้างดีต่อการในการดำเนินชีวิตครอบครัว รู้สึกมีความรัก ความผูกพัน ความพึงพอใจ และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเส่วนใหญ่ร้อยละ 85.2 มีอายุมากกว่า 21 ปี ซึ่งนับว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ สามารถปรับตัวหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี (Andreasson, 1980) มีความสามารถในการสื่อสารความคิดความรู้สึกอย่างมีประสิทธิภาพ

มีการแสดงออกของอารมณ์เหมาะสมกับสถานการณ์ และสามารถเผชิญความเครียดได้ในทางสร้างสรรค์ ซึ่งนับว่าเป็นคุณสมบัติที่มีผลโดยตรงต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Dean, 1966 อ้างถึงใน สุภาพรณ โคตรจรัส, 2521) ซึ่งคู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยปรึกษาหารือ หรือแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกันจะช่วยลดความเครียดและป้องกันไม่ให้ความเครียดพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ การเปิดเผยตนเอง การไว้วางใจกันและการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

แรงสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาพบว่าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 122.46 (ช่วงคะแนน 82-161 คะแนน) โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.42, p < .001$) ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.42, p < .001$) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และเป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของวาร์เรน (Warren, 1997) เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชนชั้นกลางชาวอเมริกา-แอฟริกัน จำนวน 100 คน อายุระหว่าง 20-35 ปี ในช่วงปี 1997 พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.27, p = .007$) การศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์ (Vatanasin, 2005) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี เขตภาคตะวันออก ($r = -.50, p < 0.05$) การศึกษาของมณีนันต์ สุภาเส (2551) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.40, p < .001$) และการศึกษาของพิสิษฐ์ ชัยประเสริฐสุด (2548) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.42, p < .05$)

ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ หมายถึง ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ อาจอธิบายได้ว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่ได้รับการช่วยเหลือและได้รับการตอบสนอง รวมถึงการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และการได้รับการยอมรับในสังคม (ปิยนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2540) ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Weiss, 1974) ทำให้มีความมั่นใจในการที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่ลด

ซ้ำหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด นำไปสู่การปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียด และช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978) ดังนั้น จึงควรมีการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มสังคม และส่งเสริมให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับบุคคลในกลุ่มกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เช่น กลุ่มกิจกรรมทางศาสนา กลุ่มกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ เช่น วันแม่ วันพ่อ เป็นต้น เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิด และมีกิจกรรมทำร่วมกัน จะช่วยให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี รู้สึกถึงการมีคุณค่าต่อตนเอง บุคคลอื่น และสามารถมีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหา เป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีได้อีกทางหนึ่ง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้เป็นการบรรยายถึงการสรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย และข้อจำกัดของการศึกษา ซึ่งได้อธิบายดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี อายุ 15 - 60 ปี ไม่มีประวัติโรคจิตอื่นและยินดีเข้าร่วมการวิจัย อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก จำนวน 122 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ ID-02-53-01 การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem Inventory) แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful Life Event) แบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Relationship) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ85 part II) และแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory)

โดยก่อนที่จะนำแบบวัดไปใช้ในการศึกษาจริง ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem Inventory) แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful Life Event) แบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Relationship) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ85 part II) และแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) คือ .88, .81, .93, .84, และ .90 ตามลำดับ และจากการศึกษาพบว่า

ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัด คือ .94, .76, .92, .83 และ .93 ตามลำดับและได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มีนาคม - 25 เมษายน 2553 และการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการใช้สถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาและใช้สถิติอ้างอิง คือ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับภาวะซึมเศร้าและใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้า กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี อายุระหว่าง 15-60 ปี จำนวน 122 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.8 อายุเฉลี่ย 30.82 ปี ($SD = 9.63$) มีบุตร 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 44.3 และมีอาชีพทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 78.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.2 มีรายได้ไม่พอใช้และต้องเป็นหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนใหญ่หารายได้ด้วยตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 64.8 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว (98.4%)

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 35.3 โดยพบว่ามีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงและภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 16.4, 11.5, 4.1 และ 3.3 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 16.16 และพบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงสุดเท่ากับ 48 คะแนน

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson-Product Moment Correlation Coefficient) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .001$; $r = .62, p < .001$; $r = -.58, p < .001$; $r = -.42, p < .001$ ตามลำดับ) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่วนระดับการศึกษา รายได้ และประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเข้าพร้อมกัน ทั้งหมดพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 65 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 30.42, p < .001$) และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($b = -.66, p < .001$) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($b = .53, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($b = -4.33, p < .001$) และรายได้ ($b = 5.15, p < .05$) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด ($\beta = -.40, p < .001$) รองลงมาคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($\beta = .38, p < .001$) ส่วนระดับการศึกษา ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.3 โดยพบว่า มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมากและขั้นรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 3.3 และร้อยละ 4.1 ตามลำดับ จึงได้มีการติดตามผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก และขั้นรุนแรง มาพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย การดูแลและการรักษา และมีการประเมินซ้ำในการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีภาวะซึมเศร้า

2. จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มิฉะนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีคะแนนซึมเศร้าต่ำ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีให้ รู้สึกว่าตนเองมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ มีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ได้เท่าเทียมผู้อื่น มีความพึงพอใจในตนเองและมีการยอมรับนับถือตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีได้อีกทางหนึ่ง

3. จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ซึ่งความเครียดนี้รวมถึงความเครียดจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้วย ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี ไม่มีความสุขในชีวิตสมรส จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี ในฐานะพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องในวิชาชีพ ควรส่งเสริมให้มีวิธีลดความตึงเครียดอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การสอนให้ฝึกการหายใจ การทำสมาธิ สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย การทำกลุ่มให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ การให้สุขภาพจิตศึกษา จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีสามารถผ่อนคลายจากความกดดันต่างๆ และป้องกันไม่ให้ความเครียดพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้

4. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังนั้น จึงควรมีการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มสังคมและส่งเสริมให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับบุคคลในกลุ่มกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เช่น กลุ่มกิจกรรมทางศาสนา กลุ่มกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ เช่น วันแม่ วันพ่อ เป็นต้น เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดและมีกิจกรรมทำร่วมกัน จะช่วยให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี รู้สึกถึงการมีคุณค่าต่อตนเอง บุคคลอื่นและสามารถมีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือได้เมื่อยามที่มีปัญหาเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดในบทบาทหน้าที่ของผู้หญิง เป็นต้น เพื่อทราบถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาในเชิงการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด ซึ่งผู้วิจัยคิดว่ามีความสำคัญกับภาวะซึมเศร้ามาก ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

4. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในเชิงวัฒนธรรมร่วมด้วย เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความต้องการความช่วยเหลือในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตากเท่านั้น ดังนั้นผลการศึกษาจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งของทั้งประเทศได้



ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

FACTORS PREDICTING DEPRESSION IN HMONG HILL TRIBE WOMEN LIVING IN PHOPPHRA DISTRICT, TAK PROVINCE

จันทนา ชุ่มเย็น 4837048 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอันดับสองที่ทำให้เกิดความทุกข์กับการอยู่กับโรคนี้รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2546 – 2550 พบว่า มีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้า เท่ากับ 163.76, 140.55, 149.90, 193.65 และ 196.51 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ.2546 ประมาณการว่า ประชากรไทยอายุ 15-59 ปีมีความชุกของโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ร้อยละ 3.2 เป็นเพศชายร้อยละ 2.47 เพศหญิงร้อยละ 3.98 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547)

โรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงร้อยละ 10 - 25 และพบในเพศชายร้อยละ 5 - 12 (Kessler, 2000 อ้างใน คาวรุ่ง เกิดสิน, 2548; Quinn, 2000) โรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็นอัตราส่วน 2:1 (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) โดยจะมีผู้หญิง 1 คนใน 4 คนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในช่วงชีวิต ในขณะที่ผู้ชายพบภาวะซึมเศร้า 1 คนใน 9 คน (Stuart, 1995) ซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

ซึมเศร้าในผู้หญิง พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านชีววิทยา ด้านจิตสังคมและวัฒนธรรม (Stewart et al., 2001) เมื่อพิจารณาตามสถานภาพสมรสพบว่าผู้หญิงโสดมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้หญิงที่สมรสแล้ว และคู่สมรสที่แต่งงานแต่ไม่มีความสุขในชีวิตคู่มิ้อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่า (NIMH, 2006) จากการศึกษาของศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) พบว่าผู้หญิงไทยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5 - 9 และพบในผู้ชายร้อยละ 2 - 3 โดยผู้หญิงที่แต่งงานแล้วจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้หญิงที่โสดและมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึง 3 ครั้งในช่วงของชีวิต ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าเหตุการณ์ต่างๆที่เฉพาะกับวงจรชีวิตของการเจริญพันธุ์ในผู้หญิง เช่น การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด หรือระยะก่อนและหลังการมีประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (McGrath et al., 1990) และพบว่าผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 25 - 44 ปี ซึ่งเป็นวัยของการทำงาน การเจริญพันธุ์และการมีครอบครัว (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546; Weissman, 1987) ดังนั้นเมื่อผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าจึงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การทำงาน สัมพันธภาพในครอบครัวและความสามารถในการดูแลตนเอง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า นอกจากจะส่งผลในด้านจิตใจหรือความรู้สึกแล้ว ยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ลดความสามารถของบุคคลในการคิดและการปฏิบัติงาน และเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 (ดวงใจ กสาดิกุล, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 60 ถึง 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) ในการศึกษาผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 640 คน ของสมภพ เรืองตระกูล (2543) พบว่าร้อยละ 45 เป็นโรคซึมเศร้าและจากรายงานจำนวนของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2546-2550 พบว่าความพยายามฆ่าตัวตายทั้งหญิงและชายเพิ่มขึ้นตามลำดับทุกปี จาก 40.19 เป็น 42.59 ต่อประชากรแสนคน และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและสาเหตุหลักมาจากรื่องความเครียดจากการทำงาน รายได้ ปัญหาสุขภาพจิตส่วนปัญหาที่ทำให้ตัดสินใจทำร้ายตนเองคือปัญหาความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด (กรมสุขภาพจิต, 2550) และจากการศึกษาเกี่ยวกับภาระโรคและการบาดเจ็บขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับภาระที่ต้องแบกรับจากโรคต่างๆด้วยตัวชี้วัด Disability Adjust Life Years พบว่าโรคซึมเศร้าทำให้เกิดอัตราทุพพลภาพ (Disability Rate) ในผู้หญิงถึงร้อยละ 30 ในขณะที่ทำให้เกิดอัตราทุพพลภาพในผู้ชายเพียงร้อยละ 12.6 (Quinn, 2000)

จากอุบัติการณ์ที่เพิ่มมากขึ้นของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆทั้งภายในและภายนอกตัวผู้หญิง ปัจจัยภายในที่พบได้แก่ รูปแบบพฤติกรรมการเล่นการเผชิญหน้า การสมยอม การพึ่งพาผู้อื่น

การมีความคิดในแง่ลบ การหมกมุ่นอยู่กับอารมณ์เศร้า และการที่ไม่สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ ส่วนปัจจัยภายนอกที่พบได้แก่ อัตราการถูกละเมิดทางเพศในวัยเด็ก ทำให้ผู้หญิงได้รับความเจ็บปวดเป็นระยะเวลายาวนาน ภาระหนักจากการเลี้ยงดูบุตรและชีวิตสมรส (Allen & Phillips, 1997; Hauenstein, 1991 อ้างในกนกวรรณ ทิณะ, 2544) และวัฒนธรรมของสังคมในปัจจุบันยังคงให้ความสำคัญต่อบทบาททางเพศของผู้ชายเด่นกว่าผู้หญิง มีความไม่เท่าเทียมทางเพศ จึงทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่าผู้ชาย ในขณะที่ผู้นำเชิงสังคมเป็นบทบาทของผู้ชายส่วนผู้หญิงจะมีบทบาทในฐานะเป็นผู้สนับสนุนครอบครัว ผู้หญิงจึงมักอยู่ในฐานะผู้ถูกกระทำได้มากกว่า (ศิริพร จิรวินกุล, 2546) ผู้หญิงและผู้ชายได้รับการจัดแบ่งหน้าที่แตกต่างกันในครอบครัวมาแต่โบราณ การแบ่งแยกหน้าที่กันนี้ส่วนหนึ่งได้มาจากการยึดหลักความแตกต่างทางกายภาพและสรีรภาพ กล่าวคือ ผู้หญิงเป็นผู้ที่มีลักษณะทางกายภาพที่บอบบางและเป็นผู้ให้กำเนิดบุตร จึงทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรอยู่กับบ้าน อีกทั้งสมัยก่อนผู้หญิงมีโอกาสด้านการศึกษาน้อยกว่าชาย บทบาทและหน้าที่หลักจึงเป็นงานบ้าน งานเหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นการเลี้ยงดูบุตร เตรียมอาหารให้สมาชิกในครอบครัว ซักเสื้อผ้าทำความสะอาดบ้านและการดูแลความเรียบร้อยทุกอย่างในบ้านล้วนแต่ไม่มีค่าตอบแทน จึงดูเหมือนว่าผู้หญิงที่รับบทบาทตามเพศที่มีมาแต่โบราณนั้นทำงานที่ด้อยคุณค่า เพราะเป็นงานที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าทางเศรษฐกิจใดๆ (เครี ริกเตอร์และนภกรณ์ หะวานนท์, 2538 อ้างในทัศนาศูววรรณปะกรณ์และคณะ, 2547) การแสดงออกด้านอารมณ์เศร้าของผู้หญิงจึงมีได้มาก ในขณะที่ผู้ชายจะไม่แสดงอารมณ์เศร้าแต่ มักใช้การระบายออกด้วยการสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้าแทนจึงทำให้ผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า น้อยกว่าผู้หญิง

ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งเป็นกลุ่มผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความเป็นอยู่สังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างจากสังคมเมือง สังคมชาวม้งเป็นสังคมที่ยึดจารีตประเพณีที่มีความเชื่อมโยงของระบบเครือญาติมีการสืบสกุลทางฝ่ายชาย ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่าผู้ชาย ลักษณะครอบครัวจะเป็นครอบครัวขยายและยอมรับการที่สามีมีภรรยาได้หลายคน (ธงชัย ศรีเมือง, 2545) ซึ่งการมีภรรยาหลายคนนี้มีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าผู้ชายที่มีภรรยาหลายคนจะเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ง่าย ทำให้คู่สมรสไม่สบายใจมากและไม่มีความสุข เกิดปัญหาความขัดแย้งในชีวิตสมรส หากถูกละเมิดกระเทือนจิตใจผู้หญิงมากอาจถึงการพยายามฆ่าตัวตาย (นงพาง ลิมสุวรรณ และรณชัย คงสกนธ์, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15 (Stuart & Sundeen, 1995)

โรงพยาบาลพบพระเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่แนวชายแดนไทย-พม่า ซึ่งมีประชากรหลายเชื้อชาติอาศัยอยู่ได้แก่ ไทย พม่า ม้ง กระเหรี่ยง มูเซอ อีเก้อ ลีซอและ เข้าโดยประชากรส่วนใหญ่

ในเขตอำเภอพบพระเป็นชาวเขาเผ่าม้งถึงร้อยละ 56.75 และผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพบพระ ส่วนใหญ่เป็นชาวเขาเผ่าม้ง จากประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลพบพระ พบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 40 รายและพบว่าอัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ 17 รายเป็นผู้ชาย 10 คน และผู้หญิง 7 คนโดยส่วนใหญ่ใช้วิธีกินสารกำจัดวัชพืช ซึ่งสาเหตุ ส่วนใหญ่ของการพยายามฆ่าตัวตายมาจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิด หึงหวง และจากการประเมิณ ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตพบว่ามี ภาวะซึมเศร้าถึง 10 รายและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 ราย แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง พบแต่รายงานวิจัยการสำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทยภูเขาของศูนย์สุขภาพจิต เขต 10 ซึ่งพบว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งจะมีอาการของโรคซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนมากกว่าเพศชาย (มนตรี นาม มงคล และคณะ, 2544) ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวยังไม่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงชาวเขา เผ่าม้งโดยตรง อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งมีความสำคัญ เนื่องจากม้งเป็นชนกลุ่มน้อยในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตากที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด การเกิด ภาวะซึมเศร้าขึ้นในชีวิตผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ย่อมมีผลต่อชีวิตของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งทั้งทางตรง และทางอ้อม ซึ่งผลเสียทางตรง คือ การเจ็บป่วย การทำงานในหน้าที่ต่างๆบกพร่องทั้งหน้าที่ใน ครอบครัว และการงานและการดูแลตนเอง (Hays, et al., 1995; Peden, Rayen & Beebe, 2000 อ้าง ใน วิภาวี เผ่ากันทรกร, 2548; Well, Stewart & Hays, 1989) ส่วนผลเสียทางอ้อม คือ การเป็นภาระ ของครอบครัว การสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา ซึ่งในบางรายหากมีอาการรุนแรงมาก อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าใน ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งและระบบบริการพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุมทางด้านภาวะสุขภาพจิต ดังนั้น การ ทำความเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง ซึ่งเป็นสังคมหนึ่งของประเทศไทยเพื่อ ช่วยให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับอิทธิพลทางสังคมวัฒนธรรมไทยและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีผลต่อ ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาถือเป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาสังคมวัฒนธรรมชาวเขาที่จะนำไปสู่การ พัฒนาวิธีการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้หญิงชาวเขาให้มี ภูมิคุ้มกันต่อภาวะซึมเศร้าได้และนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางการ พยาบาลสำหรับผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามยุทธศาสตร์ของกรม สุขภาพจิตคือ ลดอัตราการฆ่าตัวตาย ให้ทุกคนมีสุขภาพดีเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของชีวิตและ สังคม (กรมสุขภาพจิต, 2548)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งซึ่งจากการศึกษาพบว่าทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (Biological theory) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological theory) และทฤษฎีทางด้านสังคม (Social theory) (Rasgon, Guire, Troisi, 2000; Sadock & Sadock, 2005) มีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีทางชีวภาพ อธิบายถึงปัจจัยด้านชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆในผู้หญิง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546; Sadock & Sadock, 2005; Stuart, 1995) โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว (Family History of Depression) ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดชั้นที่หนึ่ง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านพันธุกรรมที่พบว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (McGrath et al., 1990; Nolen - Hoeksema, 1987; Nolen - Hoeksema, 1990; Weissman, 1987)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา อธิบายถึงปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและทฤษฎีการยอมรับจำนวนที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่อธิบายโดยทฤษฎีปัญญานิยมว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงทำให้เกิดแนวคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Beck, 1967 อ้างใน ดวงเดือน นรสิงห์, 2546) โดยบุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่ดี ไม่มีคุณค่าเป็นความคิดที่ตนเองสร้างขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นจะโทษว่าเป็นความผิดของตนเอง ส่งผลให้ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าซึ่งหมายความว่าบุคคลที่มีความรู้สึกลึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหา รับรู้ปัญหาได้ตามสภาพความเป็นจริง มีความเคารพตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสุขส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อย (Vatanasin, 2005)

ทฤษฎีทางสังคม อธิบายถึงปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง ประกอบด้วย ทฤษฎีบทบาท ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้นซึ่งทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นอธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงว่าผู้หญิงจะให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างตนเองกับบุคคลที่สำคัญและผูกพันด้วย (Rasgon et al., 2000) โดยปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ แรงสนับสนุน

ทางสังคม (Social Support) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Relationship) และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful Life Event) มีรายละเอียด ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยจากทฤษฎีทางสังคม (Social theory) ที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับการให้และการได้รับหรือการตอบสนองความต้องการจากแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Brown & Harris, 1978) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการบ่งบอกถึงสัมพันธภาพของบุคคลที่มีต่อเครือข่ายทางสังคม โดยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยเพิ่มความมั่นใจเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการที่จะควบคุมสถานการณ์และสามารถลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้นช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษางานวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า (พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540; Sangon, 2001; Vatanasin, 2005)

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นปัจจัยจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersoanal Theory) ที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้จากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสจะแสดงถึงสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันระหว่างสามีภรรยาอย่างเหนียวแน่นจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมาก (Cronenwett & Kunst - Wilson, 1981: อ้างใน จารูวรรณ ชูปาวา, 2541) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สะท้อนถึงการประเมินของบุคคลต่อการปฏิสัมพันธ์และการทำบทบาทหน้าที่ในชีวิตคู่สมรส ระดับของสัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถประเมินได้จาก ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ความพึงพอใจในคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรสและการแสดงความรัก จากการศึกษาพบว่า คู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยปรึกษาหารือกันหรือแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกันจะช่วยลดความเครียดลงได้ (Wanderman, 1980 อ้างใน จารูวรรณ ชูปาวา, 2541) ซึ่งการเกิดความเครียดในช่วงเวลาที่ยาวนานหรือเกิดขึ้นซ้ำๆ ย่อมส่งผลให้เกิดความฟุ้งเฟ้อและจะสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kendler, et al., 1995 อ้างใน วิภาวี เผ่ากันทราร, 2548)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นปัจจัยทางสังคมซึ่งเป็นสถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วมีผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้นซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตด้วยดีต่อไป ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เหตุการณ์ความเครียดที่บุคคลรับรู้ว่ามีรุนแรงมากส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าสูงตามไปด้วย (จิตติมา กาญจนสาย, 2551; อรรพรรณ ชูฤกษ์, 2548)

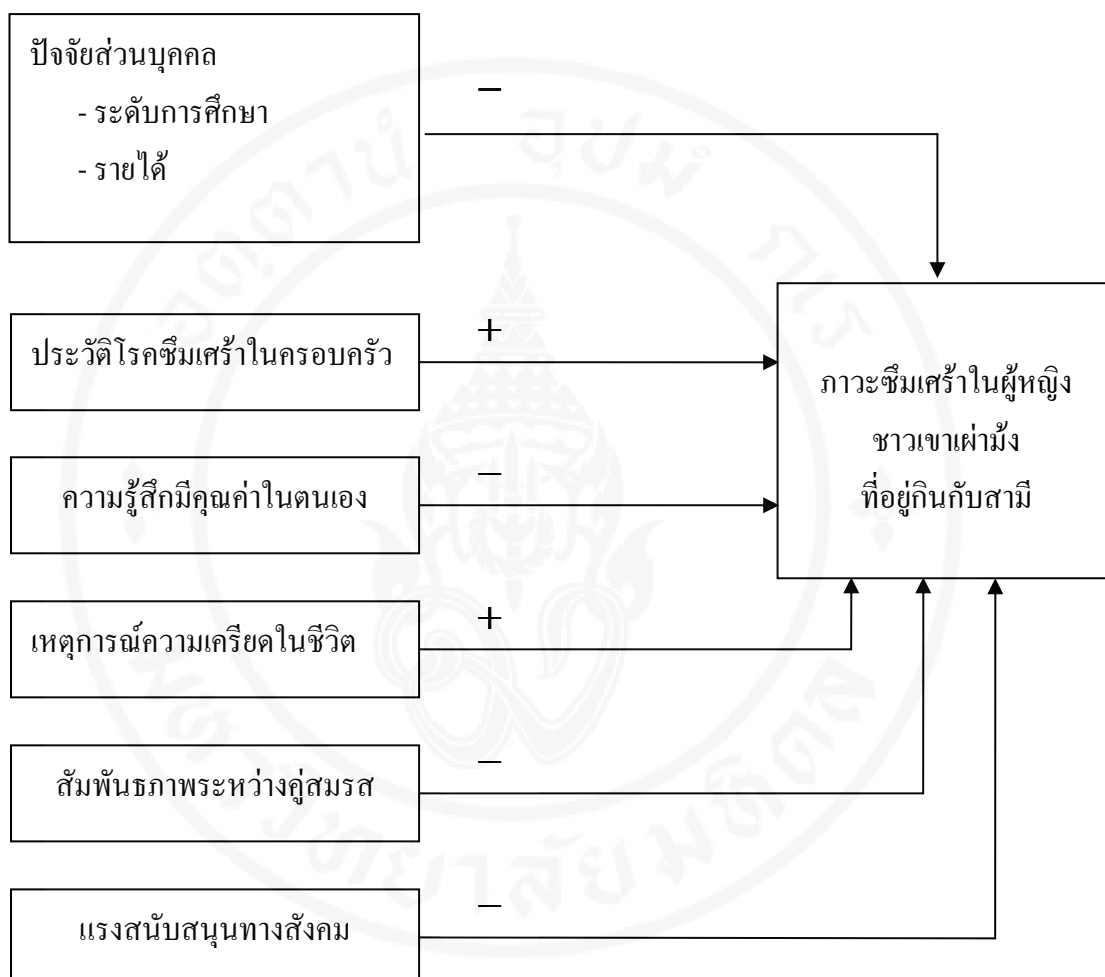
นอกจากปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological theory) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological theory) และปัจจัยด้านสังคม (Social theory) เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง แล้วยังมีปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ดังนี้

ระดับการศึกษา คือเครื่องชี้วัดชนชั้นในสังคม (Beck, 1967) จากการศึกษาของ Mckinlay (1987) ได้ศึกษาผลกระทบระหว่างจำนวนปีที่ได้รับการศึกษากับการเกิดอารมณ์เศร้า พบว่าจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจะมีความผกผันกับการเกิดอารมณ์เศร้าและพบว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อยและหย่าร้างหรือแยกกันอยู่จะมีโอกาสเกิดอารมณ์เศร้ามากที่สุดในกลุ่มหญิงวัยกลางคน

รายได้ ในสังคมปัจจุบันรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อมนุษย์ทุกคนซึ่งการหารายได้ให้เพียงพอที่จะเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวให้อยู่ได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาของสมถวิล สินธุประสิทธิ์ (2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำจนถึงไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

โดยสรุปในการศึกษานี้ ปัจจัยที่น่าจะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง คือ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มาจากทฤษฎีทางด้านชีววิทยา ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาและทฤษฎีทางด้านสังคม โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
2. ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
3. ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณที่มีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี ในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2553 - 25 เมษายน 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณในเขตอำเภอพบพระเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นทางสุขภาพจิตในการป้องกันและจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามเณในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

นิยามตัวแปร

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับของการศึกษาสูงสุดของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีประเพณี โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

- **รายได้** หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีได้รับต่อปี ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว หมายถึง ประวัติบุคคลในครอบครัวสายตรงของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีที่กำลังเป็นหรือเคยเป็นภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีที่มีต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับ ความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองและความสามารถของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่ง สุพรรณิ สุ่มเล็ก ได้แปลและดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's Self-esteem Scale) ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะเหตุการณ์ในด้านครอบครัว เศรษฐกิจ การงานและสังคมของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีที่ก่อให้เกิดความเครียด ประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดของอรวรรณ ชูฤกษ์ ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Social Readjustment Rating Scale) ของโฮล์มและเรห์ (Holms & Rahe, 1967) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่าเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หมายถึง การรับรู้ของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตครอบครัว ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ความพึงพอใจในคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรส และการแสดงความรัก ประเมินโดยแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่ง จารุวรรณ ชูปวา ได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวในชีวิตคู่ (Dyadic Adjustment Scale) สร้างโดย สเปนีย์ (Spanier, 1976 cited by Stover and Hope, 1993) ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี เกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมใน 5 ด้าน ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ ประเมินโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (The personal Resource Questionnaire: PRQ part II) พัฒนาโดยเบรนต์แอนไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ที่อาศัยแนวความคิดของไวส์ (Weiss, 1974) แปลเป็นภาษาไทยโดยฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ คะแนนรวมมีค่าได้ตั้งแต่ 25-175 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและด้านร่างกายของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามีที่แสดงออกด้วยอาการซึมเศร้าหดหู่ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ขาดสมาธิ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายและรุนแรง เบื่ออาหาร มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ อาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) ซึ่งพัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงและภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี ในเขตอำเภอพบพระจังหวัดตาก ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กึ่งกับสามี และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก อายุระหว่าง 15-60 ปี

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี
2. ไม่มีประวัติโรคจิตอื่น
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ อาศัยหลักการ Power Analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ Medium ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 102 คน

จากสูตรดังกล่าวข้างต้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 102 คน แต่เพื่อป้องกันปัญหาการลงข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือมีการสูญหายของข้อมูลและให้มั่นใจว่าการศึกษาในครั้งนี้จะได้จำนวนตัวอย่างเพียงพอ จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนของตัวอย่างให้มากกว่า 102 คน ผู้วิจัยจึงได้ปรับจำนวนตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 20% (Lemeshow, Hosmer, Klar & Lwanga, 1990) ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ จำนวน 122 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วนจำนวนคำถามทั้งหมด 116 ข้อ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล: ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว จำนวนบุตร จำนวนข้อคำถามรวม 9 ข้อ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง: ใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่ง สุพรรณิ สุ่มเล็กได้แปลและดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's Self - Esteem Scale) ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลคะแนนรวมทำโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน การแบ่งคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 10-20 คะแนน มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ 21-30 คะแนน มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และ 31-40

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 The Personal Resource Questionnaire part II (PRQ85-II) พัฒนาโดย Brandt & Weinert (Brandt & Weinert, 1981; Weinert, 1987; Weinert & Tilden, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย จักรวาลย์ ใจอารีย์ (2533) มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบแบบประมาณค่า 7 ระดับ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้ประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลใน 5 ด้านคือ ความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy/Attachment) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-Worth) และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (Assistance and Guidance) แต่ละข้อมีคำตอบแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) จนถึง 7 (เห็นด้วยมากที่สุด) มีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 25-175 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการนำไปทดลองใช้กับผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .84 และจากการศึกษา เท่ากับ .83

ส่วนที่ 6 แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินและสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวเองมากที่สุด คำถามมีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินอาการแสดงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัวและความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่งคะแนนรวมมีค่า ตั้งแต่ 0-60 คะแนน แล้วนำมาเทียบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

< 21 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
21 - 25 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน
26 - 34 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
35 - 40 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง
40 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก

ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการนำไปทดลองใช้กับผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .90 และจากการศึกษา เท่ากับ .93

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านภาษาไทยได้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กลุ่มที่ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์แบบสอบถามด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ไปยื่นเสนอต่อหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
2. กำหนดหมายเลขแบบสอบถาม ให้เลขที่ลำดับตรงกันทั้ง 6 แบบสอบถามเพื่อสะดวกในการตรวจสอบ ป้องกันการสูญหาย
3. กำหนดวันเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2553 - 25 เมษายน 2553
4. ขอความร่วมมือกับหัวหน้าสถานีอนามัยในแต่ละตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอข้อมูล Family Folder ของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี เพื่อศึกษารายละเอียดก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขช่วยเป็นล่ามแปลแบบสอบถามเป็นภาษาม้งเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
5. ผู้วิจัยเตรียมอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละตำบลโดยแบ่งเป็นตำบลศิริราษฎร์ 2 คน ตำบลรวมไทยพัฒนา ตำบลช่องแคบและตำบลลาวเล่ย์อย่างละ 1 คน และเตรียมความพร้อมอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นล่ามชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายพูดคุยเกี่ยวกับแบบสอบถามทั้งฉบับโดยเน้นในข้อที่ซับซ้อนเข้าใจยาก เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นล่าม
6. ในการดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพร้อมด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นล่ามเข้าพบผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่คัดเลือกจากหมู่บ้านในแต่ละตำบลตามวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form)
7. อธิบายชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 - 6 แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เข้าใจในข้อคำถามใด

ก็อธิบายซ้ำหรือให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นล่ามช่วยแปลแบบสอบถามโดยมีจำนวน 20 คนที่ต้องใช้ล่ามช่วยแปลและ 102 คนที่สามารถตอบเอง

8. ในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าใจภาษาไทยและไม่เข้าใจในการตอบแบบสอบถาม อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นล่ามจะช่วยแปลแบบสอบถามและในแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์รอยยิ้มแบบต่างๆจากมากไปหาน้อยเพื่อเป็นตัวแทนคำตอบของระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 45-60 นาทีต่อคน

9. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และแสดงความขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูล

10. ผู้วิจัยรวบรวมคะแนนจากแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 122 ชุด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย คือการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรอิสระและใช้สถิติอ้างอิงคือสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson-Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีและใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของตัวแปรอิสระที่ศึกษา โดยได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ พบว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในการใช้สถิติดังกล่าวข้างต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีจำนวน 122 คนอายุระหว่าง 15-60 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.8 อายุเฉลี่ย 30.82 ปี (SD = 9.63) มีบุตร 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.3 และมีอาชีพทำไร่

คิดเป็นร้อยละ 78.8 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวในช่วง 10,001-30,000 คิดเป็นร้อยละ 35.2 มีรายได้ไม่พอใช้และต้องเป็นหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 68 และส่วนใหญ่หารายได้ด้วยตัวเองคิดเป็นร้อยละ 64.8

2. ข้อมูลตัวแปรอิสระที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่ศึกษาพบว่า มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 1.6 คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เฉลี่ยเท่ากับ 26.04 (ช่วงคะแนน 10-40 คะแนน) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.53 (ช่วงคะแนน 25-100 คะแนน) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 (ช่วงคะแนน 1.00-5.00 คะแนน) และมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 122.46 (ช่วงคะแนน 25-175 คะแนน)

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.3 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงและภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 16.4, 11.5, 4.1 และ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 16.16 โดยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 64.7

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

(Pearson-product moment correlation coefficient) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = -.64, p < .001$; $r = -.58, p < .001$ ตามลำดับ) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = -.42, p < .001$) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .62, p < .001$) ส่วนระดับการศึกษา รายได้และประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ดังตาราง 1)

5. ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

แบบเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter Method) พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 65 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 30.42, p < .001$) และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ ($b = 5.15, p < .05$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($b = -.66, p < .001$) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($b = .53, p < .001$) และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($b = -4.33, p < .001$) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด ($\beta = -.40, p < .001$) รองลงมาคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($\beta = .38, p < .001$) (ตาราง 2)

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 122)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) ระดับการศึกษา	1							
(2) รายได้	.71	1						
(3) ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	-.02	-.06	1					
(4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.04	.25**	-.13	1				
(5) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	-.04	.03	.03	-.39***	1			
(6) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	-.01	.18*	.05	.53***	-.35	1		
(7) แรงสนับสนุนทางสังคม	-.03	.10	-.01	.52***	-.28	.43	1	
(8) ภาวะซึมเศร้า	.04	.01	-.06	-.64***	.62***	-.58***	-.42***	1

ตาราง 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 122)

ปัจจัยทำนาย	b	SEB	beta	t
ระดับการศึกษา	1.08	1.22	.05	.89
รายได้	5.15	.00	.13	2.32*
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	-8.01	4.85	-.09	-1.65
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.66	.12	-.40	-5.38***
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.53	.09	.38	6.07***
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	-4.33	1.17	-.25	-3.68***
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.01	.05	-.01	-.18
ค่าคงที่ (Constant)	22.79	7.31	...	3.12
R= .81 , R ² = .65 ,Overall F=30.42 ,Sig F=.000				

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี จำนวน 122 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี (23.8%) อายุเฉลี่ย 30.84 ปี ไม่มีการศึกษา (44.3%) ส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ (78.8%) และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีอยู่ในช่วง 10,001-30,000 บาท (35.2%) มีรายได้ไม่พอใช้และมีหนี้สิน (68%) มีบุตร 1-2 คน (39.3%) และหารายได้ด้วยตัวเอง (64.8%) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาของมนตรี นามมงคลและคณะ (2544) สะท้อนให้เห็นถึงสถานภาพทางสังคมของชาวเขาเผ่าม้งที่ด้อยกว่าสังคมเมืองจากการไม่ได้รับการศึกษา จึงต้องประกอบอาชีพทำไร่ที่อาศัยแรงงานเป็นหลัก นำไปสู่การมีรายได้น้อย ไม่พอใช้และต้องเป็นหนี้สิน

ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.3 โดยพบว่า ร้อยละ 16.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 11.5 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงและร้อยละ 3.3 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมาก

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 65 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 30.42, p < .001$) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .001, .001 และ .05 ตามลำดับ โดย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ($\beta = -.40, p < .001$) รองลงมาคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($\beta = .38, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($\beta = -.25, p < .001$) และรายได้ ($\beta = .13, p < .05$) ส่วนระดับการศึกษา รายได้และประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

การที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุดและมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง น่าจะอธิบายได้ว่า ในสังคมวัฒนธรรมม้งนั้นให้อำนาจผู้ชายเป็นใหญ่ มีอำนาจและเป็นผู้นำครอบครัวโดยผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี จะมีบทบาทและการแสดงออกด้อยกว่าผู้ชาย (ธงชัย ศรีเมือง, 2545) ซึ่งการที่ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี อยู่ในฐานะที่ด้อยกว่าผู้ชาย การรับรู้เช่นนี้ อาจทำให้มีการปรับตัวแบบเชื่อฟัง สมยอม หมดหวังและพ่ายแพ้ ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีต่ำกว่าผู้หญิงกลุ่มอื่นๆ ดังนั้น การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ปัจจัยที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมาก คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงควรส่งเสริมให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กิน

กับสามีเห็นถึงคุณค่าในตนเอง เพราะบุคคลที่มีความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าต่อตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหารับรู้ปัญหาได้ตามสภาพความเป็นจริง มีความเคารพตนเอง รู้สึกรู้ว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสุขส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อย (Vatanasin, 2005)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมาที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นความสำคัญของปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมียุทธศาสตร์ตามสถานภาพต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบดูแลทุกคนในครอบครัว เป็นแรงงานสำคัญในการทำงานในไร่ การเลี้ยงดูบุตร และทำหน้าที่แม่บ้าน (ธงชัย ศรีเมือง, 2545) ซึ่งการมีภาระหน้าที่มาก อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ และหากมีความเครียดเป็นระยะเวลานานๆ อาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในทุกกลุ่มเป็นสิ่งสะท้อนและยืนยันทฤษฎีทางสังคมที่กล่าวว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่ว่าระดับความรุนแรงจะเป็นอย่างไร แต่เมื่อเกิดกับบุคคลย่อมก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาเช่นเดียวกัน ซึ่งผลกระทบที่เห็นชัดและก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมคือ ภาวะซึมเศร้า (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, 2551) ดังนั้น เราควรส่งเสริมให้มีวิธีลดความตึงเครียดในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การสอนให้ฝึกการหายใจ การทำสมาธิ สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย การทำกลุ่มให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ การให้สุขภาพจิตศึกษา จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้มีเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีสื่อสารผ่อนคลายจากความกดดันต่างๆ และป้องกันไม่ให้ความเครียดพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างดี (ร้อยละ 50.8) โดยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.58, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีก่อนด้วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -4.33, p < .001$) ซึ่งหมายถึง ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีจะมีภาวะซึมเศร้ามาน้อย จากการศึกษานี้พบว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมียุทธศาสตร์ระหว่างคู่สมรสโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างและสามีสวนใหญ่มีความรู้สึกนึกคิดที่ค่อนข้างดีต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว รู้สึกรัก ความผูกพัน ความพึงพอใจ และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ยังอธิบายได้ว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีสวนใหญ่ร้อยละ 85.2 มีอายุมากกว่า 21 ปี ซึ่งนับว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ สามารถปรับตัวหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี (Andreasson, 1980) มีความสามารถในการสื่อสารความคิดความรู้สึกอย่างมีประสิทธิภาพ มีการแสดงออกของอารมณ์เหมาะสมกับสถานการณ์ และสามารถเผชิญความเครียดได้ในทางสร้างสรรค์ ซึ่งนับว่าเป็นคุณสมบัติที่มีผลโดยตรงต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Dean, 1966 อ้าง

ถึงใน สุภาพรรณ โคตรจรัส, 2521) ซึ่งกลุ่มสมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยปรึกษาหารือ หรือแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกันจะช่วยลดความเครียดและป้องกันไม่ให้ความเครียดพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ การเปิดเผยตนเอง การไว้วางใจกันและการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

รายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอใช้และต้องเป็นหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 68 ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ ซึ่งรายได้ที่ได้รับขึ้นอยู่กับผลผลิตในแต่ละปี หากผลผลิตน้อยเกิดภาวะขาดทุนก็ทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอซึ่งพบว่าผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียง 833.33-2,500 บาท (35.2%) ซึ่งรายได้ดังกล่าวไม่เพียงพอกับความต้องการและทำให้ต้องเป็นหนี้สิน (68%) ซึ่งในปัจจุบันชาวเขาเผ่าม้งมีการติดต่อกับชาวพื้นราบมากขึ้น เช่น การติดต่อค้าขายและส่งบุตรหลานเรียนต่อมากขึ้น จึงทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายมากกว่าในอดีต ก็ยังมีความจำเป็นเช่นกันที่จะต้องทำงานหนักเพื่หารายได้ให้เพียงพอต่อตนเองและครอบครัว รายได้จึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีการศึกษาพบว่า สามารถลดข้อขัดแย้ง ความรุนแรงของความเครียดและช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าได้ (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.42, p < .001$) และสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.42, p < .001$) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ดังนั้น จึงควรมีการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเข้ากลุ่มสังคม และส่งเสริมให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับบุคคลในกลุ่มกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิด และมีกิจกรรมทำร่วมกัน จะช่วยให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี รู้สึกถึงการมีคุณค่าต่อตนเอง บุคคลอื่นและสามารถมีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหา เป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถสรุปข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.3 โดยพบว่า มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมากและขั้นรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 3.3 และร้อยละ 4.1 ตามลำดับ จึงได้มีการติดตามผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมากและขั้นรุนแรง มาพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย การดูแลและการรักษา และมีการประเมินซ้ำในการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีภาวะซึมเศร้า

2. จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีคะแนนซึมเศร้าต่ำ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีให้รู้สึกว่าตนเองมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ มีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ได้เท่าเทียมผู้อื่น มีความพึงพอใจในตนเองและมีการยอมรับนับถือตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีได้อีกทางหนึ่ง

3. จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ซึ่งความเครียดนี้รวมถึงความเครียดจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้วย ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี ไม่มีความสุขในชีวิตสมรส จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี ในฐานะพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องในวิชาชีพ ควรส่งเสริมให้มีวิถีลดความตึงเครียดอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การสอนให้ฝึกการหายใจ การทำสมาธิ สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย การทำกลุ่มให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ การให้สุขภาพจิตศึกษา จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้มีเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีสามารถผ่อนคลายจากความกดดันต่างๆ และป้องกันไม่ให้ความเครียดพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้

4. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังนั้น จึงควรมีการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มสังคมและส่งเสริมให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับบุคคลในกลุ่มกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เช่นกลุ่มกิจกรรมทางศาสนา กลุ่มกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ เช่น วันแม่ วันพ่อ เป็นต้น เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดและมีกิจกรรมทำร่วมกัน จะช่วยให้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี รู้สึกถึงการมีคุณค่าต่อตนเอง บุคคลอื่นและสามารถมีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือได้เมื่อยามที่มีปัญหาเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามีได้อีกทางหนึ่ง

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กั้นกับสามีในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตากเท่านั้น ดังนั้นผลการศึกษาจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งของทั้งประเทศได้



FACTORS PREDICTING DEPRESSION IN HMONG HILL TRIBE WOMEN
LIVING IN PHOPPHRA DISTRICT, TAK PROVINCE

JANTANA CHUMYEN 4837048 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing),
PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

At present, major depressive disorder is a major public health problem as the incidence of major depressive disorder continues to increase and becomes more severe. The World Health Organization has estimated that in 2020, major depressive disorder will be the second most important health problem after coronary artery disease. In Thailand, the incidence of major depressive disorder tends to increase, as can be seen from the report on the number of patients with major depressive disorder of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. According to the report, between 2003 and 2006, the rates of patients with major depressive disorder were 163.76, 140.55, 149.90, 193.65, and 196.51 in the population of 100,000, respectively (Department of Mental Health, B.E. 2551). These statistics were in congruence with the mental health epidemiological survey in 2003 which showed that 3.2% of Thai population aged 15 to 59 years suffered from major depressive disorder. Of these, 2.47% were male and 3.98% were female (Pornthep Sirivanarangsarn et al., B.E. 2547).

In general, major depressive disorder is found in 10-25% of females and 5-12% of males (Kessler, 2000 cited in Daoroong Kerdsin, B.E. 2548; Quinn, 2000).

Major depressive disorder is more common in females than in males, with the ratio of 2:1 (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2542). One in four females can be stricken with major depressive disorder at a certain time in life. On the other hand, depression is found in only one out of nine males (Stuart, 1995). As regards the risks of depression, it has been found that the risks of depression are associated with biological, psychosocial, and cultural factors (Stewart et al., 2001). When considering the factor of marital status, it can be seen that single women have less depression than married women, and married women who do not have marital happiness are more likely to suffer from depression (NIMH, 2006). A study of Siriporn Jirawatkul (B.E. 2546) has shown that 5-9% of Thai women and 2-3% of Thai men suffer from depression. Likewise, married women have a higher incidence rate of depression than single women, and they have a chance to suffer depression three times in life. A study has revealed that different events which are associated with the reproductive cycle in females such as menstruation, pregnancy, childbirth, or pre- and post-menstruation are related to depression in women (McGrath et al., 1990). In addition, it has been found that women have a high rate of depression between the age of 25 and 44 years, which is the age of work, reproduction, and having a family (Siriporn Jirawatkul, B.E. 2546; Weissman, 1987). Therefore, when women develop depression, their daily living including work, family relationship, and self-care efficacy will be affected (Department of Mental Health, B.E. 2542).

With regard to the effects of depression, in addition to psychological and mental effects, depression also affects interpersonal relationship, decreases individuals' thinking and working ability, and can be a cause of suicide. It has been found that about 15% of patients with major depressive disorder committed suicide (Duangjai Kasantikul, B.E. 2542). Furthermore, 60% to 90% of individuals who committed suicide had history of major depressive disorder (Sorayuth Vasinanon, B.E. 2547). Somphob Ruangtrakul (B.E. 2543) conducted a study to investigate 640 individuals who successfully committed suicide and found that 45% of them were stricken with major depressive disorder. Moreover, a report on the number of individuals who tried to commit suicide in Thailand of the Department of Mental Health between 2003 and 2007 has indicated that the number of persons who tried to commit suicide increased on a yearly basis, from 40.19 to 42.59 per 100,000 persons,

and there were more females than males. Major causes of suicide attempts were work-related stress, income, and mental health problems. The problem which made these people decided to harm themselves was conflicts with close persons (Department of Mental Health, B.E. 2550). A study on diseases and injuries as determined by the Disability Adjust Life Year of the World Health Organization has shown that major depressive disorder accounts for the disability rate in 30% of females and only 12.6% in males (Department of Mental Health, B.E. 2546; Quinn, 2000).

Based on an increase in the incidence of depression in women and a review of literature on depression in women, it can be concluded that depression is associated with both internal and external factors in females. The reported internal factors include avoidance behavioral pattern, consent, dependence on others, negative thinking, obsession with sadness, and inability to solve problems. The reported external factors are history of childhood sexual abuse which causes a long period of pain and marital and childrearing burden (Allen & Phillips, 1997; Hausenstein, 1991, cited in Kanokwan Teekha, B.E. 2544). Besides this, the present-day culture still gives more significance to the male gender and gender inequality still prevails. For these reasons, most females have inferior status in society. Males continue to play a dominant role of the leader, while females have a supportive role in the family, so they are more susceptible to mistreatment (Siriporn Jirawatkul, B.E. 2546). Since the old days, males and females have been given different roles to play in the family. This resulted partly from physical and physiological differences between males and females. That is, females are more physiologically weaker than males and they are ones who give birth, so they have to stay home to take care of the children. Also, in the past females had less opportunity to be educated when compared to males, so their main tasks and responsibilities were household chores including raising children, preparing meals for the family, doing laundries, and looking after the house, with no payment or any returns. So, it seems that females have inferior roles because their roles do not result in any economic values (Napaporn Hawanon, B.E. 2538). Besides, females have more channels to express their sadness, while males are not likely to express their sadness but release their sadness through cigarette smoking or drinking. As a result, males have fewer risks of depression than females.

Hmong hill tribe women are susceptible to depression because their ways of life and cultures are different from those of women living in the city. The Hmong society strictly adheres to social norms and traditions. As for the family system, males are those who carry on the existence of the family, and Hmong women have inferior social status to men. In addition, they live in an extended family, which can be polygamous (Samai Suthitham, B.E. 2541). Having more than one wife can affect relationships in the family. It is likely that family conflicts can arise more often in a family with more than one wife. The wives tend to be unhappy, leading to marital conflicts. If they are seriously affected, these women may entertain a suicidal thought (Nongpanga Limsuwan & Ronnachai Kongsakon, B.E. 2541). Similarly, a study has reported that 15% of individuals who have serious depression will try to commit suicide (Stuart & Sundeen, 1995).

Phoppkra Hospital is a hospital situated on the border of Thai and Myanmar. There are people of various ethnic groups living in the area such as Thai, Burmese, Hmong, Karen, Lahu, Akha, Lisu, and Yao. More than half of the people who live in Phoppkra District, or 56.75%, are Hmong, and most of the patients who seek medical care at Phoppkra Hospital are also Hmong. According to the researcher's professional experience working at Phoppkra Hospital, there were 40 patients who were sent to the hospital in 2009 because they attempted suicide. Of these, 17, with ten males and seven females, successfully killed themselves. Most of them drank herbicides, and the most important reasons why these people wanted to take their own life were conflicts with close persons and jealousy. An assessment of depression in these patients who tried to commit suicide using the depression scale of the Department of Mental Health showed that ten of them had depression, and two of them had a high risk of suicide. However, a review of literature has revealed that there is no research on factors related to depression in Hmong hill tribe women. There is one research study on mental health conditions of hill tribe people in the Mental Health Center Zone 10 which has reported that Hmong hill tribe women are more likely to suffer from major depressive disorder and mood swings than men (Montree Nammongkol et al., B.E. 2543). But this study did not directly investigate depression in Hmong hill tribe women. Based on the aforementioned discussion, it can be concluded that a study on depression in Hmong hill tribe women is important as

Hmong hill tribe people constitute the largest group of minority people living in Phopphra District, Tak Province. Depression in Hmong hill tribe women both directly and indirectly affects their lives. Direct effects include sickness and reduced functioning in work, family, and self-care (Hays, et al., 1995; Peden, Rayen & Beebe, 2000 cited in Vipavee Phaokantrakorn, B.E. 2548; Well, Stewart & Hays, 1989). Indirect effects are family burdens, losses of income on medical expenses, and possibly harm to themselves and others in severe cases.

A review of study has shown that there is no study on depression in Hmong hill tribe women. Also, the existing nursing care system does not incorporate mental health care. For these reasons, an understanding of depression in Hmong hill tribe women, who make up part of the Thai society, is deemed significant. The findings of this study could shed light on influence of Thai society and cultures as well as local cultures on hill tribe women, which can be considered a starting point in the study of social and cultural conditions of hill tribe people that can lead to development of preventive measures of major depressive disorder, promotion of mental health of hill tribe women to prevent depression, and construction of a clinical nursing practice guideline for women with depression as stated in the strategies of the Department of Mental Health to reduce rates of suicide and promote good mental health for security of life and society (Department of Mental Health, B.E. 2548).

Conceptual Framework of the study

The conceptual framework used in the present study was developed based on a review of literature and research on depression, depression in women, and depression in Hmong hill tribe women. It has been found that the theories which are generally used to explain depression consist of the biological theory, the psychological theory, and the social theory (Rasgon, Guire, Troisi, 2000; Sadock & Sadock, 2005), which can be described as follows:

According to the biological theory, the biological factors associated with onset of depression include hereditary factors, abnormality of neurotransmitters, and hormonal changes in women (Manote Lortrakul & Pramote Sukanich, B.E. 2546; Sadock & Sadock, 2005; Stuart, 1995). The factor which was included in the present

study was family history of major depressive disorder, a hereditary factor which suggests that primary blood relations (parents and siblings) can put individuals at risk of depression (McGrath et al., 1990; Nolen - Hoeksema, 1987; Nolen - Hoeksema, 1990; Weissman, 1987).

The psychological theory explains psychological factors which are related to depression in women consisting of the psychoanalysis theory, cognitivism theory, behaviorism theory, and consensual learning theory. The factor which was selected in this study was self-esteem. According to the cognitivism theory, depression results when individuals have distorted thinking processes which bring about negative ideas and perceptions about themselves, their environment, and their future (Beck, 1967 cited in Duangduen Norasingh, B.E. 2546). When individuals perceive that they are not good persons and do not have any values, which is a thought that they create by themselves, they will put a blame on themselves if there are any events take place in their life. Thus, they will have less self-esteem, and depression will follow (Suthanan Chunjam, B.E. 2551). A study has shown that self-esteem is negatively associated with depression. This means that if individuals have a high level of self-esteem, they will have more self-confidence, be able to perceive problems realistically and solve them, have self-respect and self-value, become happy, so they are less likely to suffer from depression (Vatanasin, 2005).

The social theory explains social factors that are related to depression in women consisting of the role theory, the interpersonal relationship theory, stressful events in life, and socioeconomic status, etc. According to the interpersonal relationship theory, depression in women takes place because women tend to give more significance to the relationship between themselves and others who are important to them or are attached to them (Rasgon et al., 2000). The factors which were selected in this study were social support, marital relationship, and stressful life events, which can be described as follows:

Social support is a factor in the social theory that explains that depression is individuals' perception of giving and receiving or responding to needs from social support in terms of physical, psychological, emotional, and social assistance (Brown & Harris, 1978). Social support is an indicator of the relationship of individuals with their social network. If individuals receive sufficient social support, they will have

confidence and self-esteem, making them able to control the situations in life and reduce stress. In other words, social support enables individuals to appropriately respond to stress which is related to depression. Research has pointed out that there is a negative relationship between social support and depression (Porntip Vongwisetsirikul, B.E. 2540; Sangon, 2001; Vatanasin, 2005).

Marital relationship is a factor in the interpersonal theory. It can be explained that marital relationship reflects emotional support and the relationship between the husband and the wife is closely and strongly attached, so it is a very significant and effective source of social support (Cronenwett & Kunst-Wilson, 1981 cited in Jaruan Chupwa, B.E. 2541). In addition, marital relationship reflects individuals' appraisal of reactions and roles in their married life. The levels of relationship that have changed can be assessed from dyadic consensus, dyadic satisfaction, dyadic cohesion, and affectional expression. Previous studies have revealed that married couples with a good relationship will have love, understanding, and compassion for each other, and they will discuss and solve problems together, so they can relieve their stress (Wanderman, 1980 cited in Jaruan Chupwa, B.E. 2541). Stress that has persisted for a long period of time or occurs repeatedly will affect dependence and is associated with depression (Kendler et al., 1995 cited in Vipavee Phaokantrakorn, B.E. 2548).

Stressful life events are one of the social factors. They refer to negative situations that take place with individuals and affect their ways of life, making their living change from its normal condition. As a result, individuals have to adjust themselves to carry on living their life. Studies have shown that there is a positive relationship between stressful life events and depression. That is, stressful life events that are perceived as serious can cause a high level of depression (Thitima Kanchanasai, B.E. 2551; Orawan Chureurk, B.E. 2548).

In addition to biological theory, psychological theory, and social theory which are related to depression in Hmong hill tribe women, there are personal factors of educational background and income which are also associated with depression in Hmong hill tribe women as follows:

First, educational background is an indicator of social classes (Beck, 1967). According to Mckinlay (1987), the number of years individuals received

formal education is reversely associated with depression. Moreover, middle-aged women who are not highly educated and separated or divorced from their husband are most likely to develop depression.

As regards income, in the present-day society, income is an important factor for all human beings who need to earn sufficient income to support themselves and their family to live happily. A study of Somtavit Sinthuprasit (B.E. 2545) has reported that there was a negative relationship between low income or no income and depression.

In summary, in the present study, it was assumed that the factors which could predict depression in Hmong hill tribe women were educational background, income, family history of depression, sense of self-esteem, stressful life events, marital relationship, and social support, all of which were derived from the biological theory, the psychological theory, and the social theory. The conceptual framework of the study could be summarized below:

Conceptual Framework

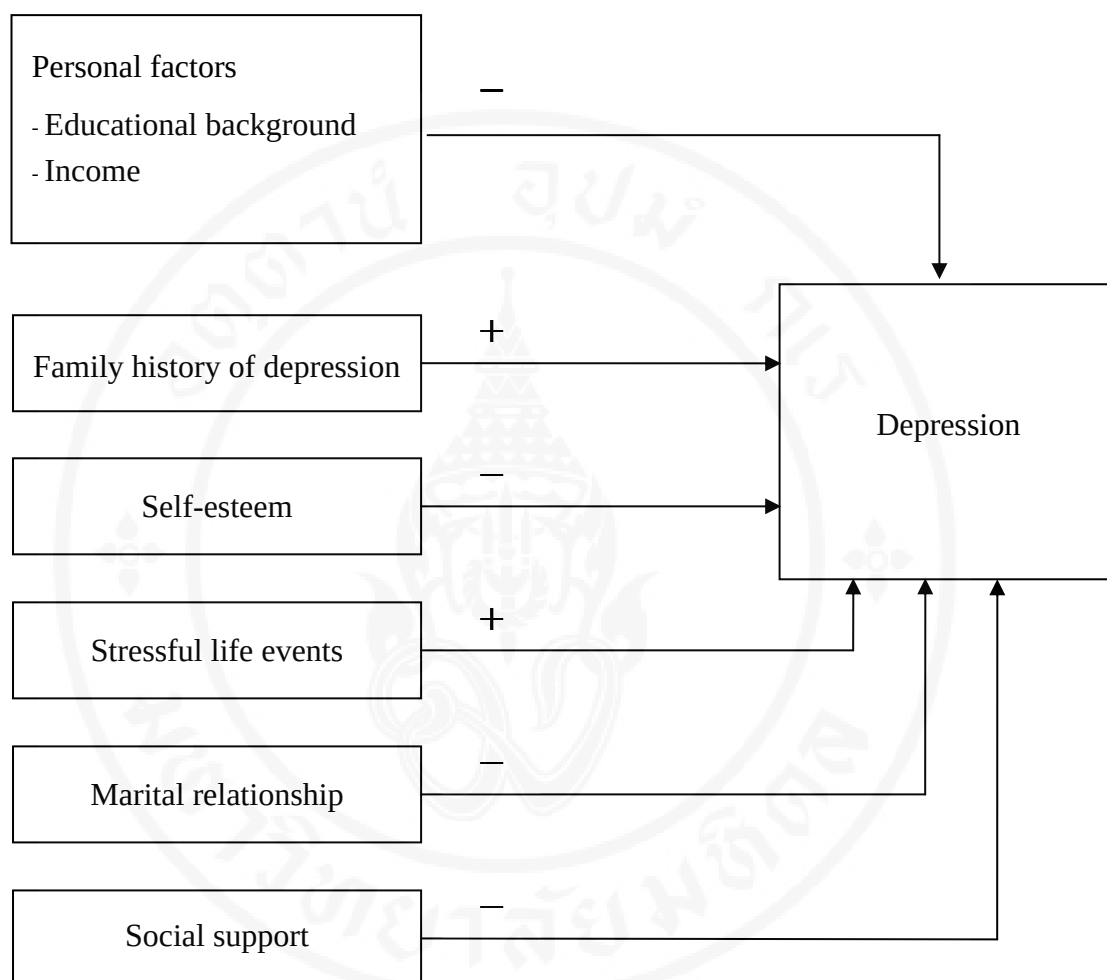


Figure 1 Conceptual Framework of the study

Research Objectives

1. To study depression in Hmong hill tribe women who live with their husband in Phoppkra District, Tak Province.
2. To investigate the relationship between educational background, income, family history of depression, sense of self-esteem, stressful life events, marital relationship, and social support and depression in Hmong hill tribe women who live with their husband in Phoppkra District, Tak Province.

3. To determine the predictive power of educational background, income, family history of depression, sense of self-esteem, stressful life events, marital relationship, and social support to predict depression in Hmong hill tribe women who live with their husband in Phoppkra District, Tak Province.

Research Hypotheses

1. Educational background, income, sense of self-esteem, marital relationship, and social support are negatively associated with depression in Hmong hill tribe women who live with their husband in Phoppkra District, Tak Province.

2. Family history of depression and stressful life events are positively associated with depression in Hmong hill tribe women who live with their husband in Phoppkra District, Tak Province.

3. Educational background, income, family history of depression, sense of self-esteem, stressful life events, marital relationship, and social support could co-predict depression in Hmong hill tribe women who live with their husband in Phoppkra District, Tak Province.

Scope of the Study

The present study aimed at investigating factors predicting depression in Hmong hill tribe women aged 15 to 60 years old who lived with their husband in Phoppkra District, Tak Province. Data collection was conducted between March 15, 2010 and April 25, 2010.

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the present study could be used as baseline data on depression and factors affecting depression in Hmong hill tribe women who live with their husband in Phoppkra District, Tak Province. Such mental health information can

be used to prevent and solve problems leading to depression in Hmong hill tribe women who live with their husband in Phoppхра District, Tak Province.

Definition of Terms

1. Independent variables

Personal factors consisted of the following:

- **Educational background** referred to the highest level of education attained by Hmong hill tribe women who lived with their husband as assessed using the demographic characteristics questionnaire.

- **Income** referred to the amount of money earned each year by Hmong hill tribe women who lived with their husband as assessed using the demographic characteristics questionnaire.

Family history of depression referred to the fact that direct family members of Hmong hill tribe women who lived with their husband used to have or were having depression as assessed using the demographic characteristics questionnaire.

Sense of self-esteem referred to the thoughts or attitudes that Hmong hill tribe women who lived with their husband had toward themselves. Such thoughts or attitudes resulted from evaluation of self-love, self-pride, self-acceptance, self-confidence, and self-efficacy. In this study, sense of self-esteem was assessed using the self-esteem scale adapted and translated from the Rosenberg's Self-Esteem Scale (Rosenberge, 1965) by Supanee Sumlek. There were ten items in the scale with the possible total scores ranging from 10 to 40 points. Higher scores indicated a higher level of self-esteem and vice versa.

Stressful life events referred to perception of changes in family, economic, work, and social conditions of Hmong hill tribe women who lived with their husband which could lead to stress. Stressful life events were assessed using the stressful life events scale of Orawan Chureurk which was developed from the Social Readjustment Rating Scale of Holms and Rahe. There were 25 items in the scale with the possible total scores ranging from 25 to 100 points. Higher scores indicated that such events could cause a higher level of stress and vice versa.

Marital relationship referred to perception of Hmong hill tribe women who lived with their husband of family life, dyadic consensus, dyadic satisfaction, dyadic cohesion, and affectional expression. In this study, marital relationship was assessed using the marital relationship scale translated and adapted by Jaruwan Chupwa from the Dyadic Adjustment Scale constructed by Spanier (Spanier, 1967 cited in Stover and Hope, 1993). There were 27 items in the scale, with higher scores reflecting good marital relationship and vice versa.

Social support referred to perception of Hmong hill tribe women who lived with their husband of giving and receiving assistance from individuals in their social networks in five aspects—love, perceived social belonging, exchange of mutual benefits, perceived self-esteem, and assistance in various aspects including information support, emotional support, and tangible support. In this study, social support was assessed with the Personal Resource Questionnaire: PRQ part II developed by Brandt and Weinert (1981) based on the concept proposed by Weiss (1974). The scale was translated into the Thai language by Chatwalai Jaiaree (B.E. 2533). There were 25 items in the scale with the possible total scores ranging from 25 to 175 points. Higher scores indicated a higher level social support and vice versa.

2. Dependent variable

Depression referred to abnormality that is caused by emotional, mental, behavioral, and physical changes in Hmong hill tribe women who lived with their husband. It was characterized by gloominess, sadness, boredom, unhappiness, lack of concentration, easy irritability, aggression, loss of appetite, sleeping problems, lack of self-confidence, sense of worthlessness, loss of the will to live, and suicidal thought or suicidal attempts. In this study, depression was assessed with the Thai depression inventory developed by Manote Lortrakul and Pramote Sukanich (B.E. 2542). The inventory was composed of 20 items which divided depression into five levels—no depression, mild depression, moderate depression, severe depression, and extremely severe depression.

Research Methodology

The present study was correlational research which described the relationship between a number of factors that were related to and could predict depression in Hmong hill tribe women who lived with their husband. The selected factors in this study were educational background, income, family history of depression, sense of self-esteem, stressful life events, marital relationship, and social support.

Population and sample

The population of the study consisted of Hmong hill tribe women who lived with their husband in Phoppfra District, Tak Province. They were between 15 and 60 years of age.

Inclusion criteria

The inclusion criteria of the study were as follows:

1. They were hill tribe women who lived with their husband.
2. They did not have any other mental disorder.
3. They were willing to participate in the study.

Sample size

The sample size of this study was calculated based on the principle of Power Analysis proposed by Cohen (1988), with the level of significance set at .05, the testing power set at .80, and the effect size at the medium level. The total number of subjects in this study was 102.

However, to prevent problems caused by incomplete responses to the questionnaires or losses of data and to ensure that the sample size of the study was large enough, the sample size was adjusted and increased by 20% (Lemeshow, Hosmer, Klar & Lwanga, 1990). Therefore, the final number of subjects in this study was equal to 122.

Instrumentation

Data collection instruments

The instrument used in this study was a questionnaire which was divided into six parts with 116 items as follows:

Part I: Demographic characteristics questionnaire: This part of the questionnaire elicited data regarding demographic characteristics of the subjects including age, educational background, income, family history of depression, and number of children in the family, totaling nine items.

Part II: Self-esteem questionnaire: The self-esteem scale which was adapted and translated from the Rosenberg's Self-Esteem Scale (Rosenberge, 1965) by Supanee Sumlek was used. There were ten items which were arranged in a four-point rating scale. The possible total scores ranged from 10 to 40 points. As for interpretation of scoring, the total scores were divided into three levels. The total scores of 10 to 20 points reflected a low level of self-esteem, the total scores of 21-30 points reflected a moderate level of self-esteem, and the total scores of 31-40 points reflected a high level of self-esteem. With regard to reliability of the questionnaire, the questionnaire was tried out with 30 Hmong hill tribe women who lived with their husband and whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient of the pilot study was equal to .88, while that of the main study was .94.

Part III: Stressful life events questionnaire: Stressful life events were assessed using the stressful life events scale of Orawan Chureurk which was developed from the Social Readjustment Rating Scale of Holms and Rahe to assess stressful life events in the past six weeks. There were 25 items in the scale which covered changes in five aspects in life of women—health, family, economy, work, and social life. As for the responses to these items, if no such events took place, the response was “no,” but if such events took place in the women's life, the response was “yes,” before further indicating how much stress they had for each life event. Each of the items was divided into two parts as follows:

Part I was the assessment of perception of existence or lack of existence of stressful life events.

If the answer was ‘no,’ the score of one point was given.

If the answer was ‘yes,’ the score of two points were given.

Part II elicited how stressful each of the events was as perceived by the subjects. The response choices were arranged in a four-point rating scale, with 1 meaning not stressful at all, 2 meaning slightly stressful, 3 meaning moderately stressful, and four meaning very stressful. The total scores ranged from 25 to 100 points. Low scores indicated perception that such events caused a low level of stress, whereas high scores indicated perception that such events caused a high level of stress. With regard to reliability of the questionnaire, the questionnaire was tried out with 30 Hmong hill tribe women who lived with their husband and whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient of the pilot study was equal to .81, while that of the main study was .76.

Part IV: Marital relationship questionnaire: The marital relationship scale was used. The scale was translated and adapted by Jaruwan Chupwa from the Dyadic Adjustment Scale constructed by Spanier (Spanier, 1967 cited in Stover and Hope, 1993). There were 27 items in the scale, which were divided into four aspects of dyadic consensus, dyadic satisfaction, dyadic cohesion, and affectional expression. The items were arranged in a five-point rating scale. The interpretation of scoring used mean scores ($\bar{X}$) which ranged from 1.00 to 5.00, with higher mean scores reflecting good marital relationship and vice versa. With regard to reliability of the questionnaire, the questionnaire was tried out with 30 Hmong hill tribe women who lived with their husband and whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient of the pilot study was equal to .93, while that of the main study was .92.

Part V: Social support questionnaire: The Personal Resource Questionnaire: PRQ part II developed by Brandt and Weinert (1981) based on the concept proposed by Weiss (1974) was employed. The scale was translated into the Thai language by Chatwalai Jaiaree (B.E. 2533). There were 25 items in the questionnaire which were arranged in a seven-point rating scale to cover five aspects of perceived social support of individuals including intimacy/attachment, social integration, opportunity for nurturance, self-worth, and assistance and guidance. The responses ranged from 1 meaning strongly disagree to 7 meaning strong agree. The possible total scores ranged from 25 to 175 points, and higher scores indicated a higher level social support and

vice versa. With regard to reliability of the questionnaire, the questionnaire was tried out with 30 Hmong hill tribe women who lived with their husband and whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient of the pilot study was equal to .84, while that of the main study was .83.

Part VI: Thai Depression Inventory: The Thai depression inventory developed by Manote Lortrakul and Pramote Sukanich (B.E. 2542) was used. The subjects were asked to assess and survey themselves in the past week and choose the responses that best represented themselves. The inventory was composed of 20 items which assessed physical symptoms, emotional symptoms, cognition, adjustment, and self-efficacy to carry out different activities. The items were arranged in a four-point rating scale, with the scores ranging from 0 to 3 points. The total scores ranged from 0 to 60 points. The interpretation of scoring was as follows:

< 21 points	meaning	having no depression at all
21-25 points	meaning	having mild depression
26-34 points	meaning	having moderate depression
35-40 points	meaning	having severe depression
> 40 points	meaning	having very severe depression

With regard to reliability of the questionnaire, the questionnaire was tried out with 30 Hmong hill tribe women who lived with their husband and whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient of the pilot study was equal to .90, while that of the main study was .93.

Research Ethics

The research proposal was considered and approved by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Data Collection

In this study, data were collected by means of questionnaires. The subjects who were able to read and write in Thai completed the questionnaires by themselves. On the other hand, those who could not read or write the Thai language were interviewed by the researcher based on the questionnaires. The steps involved in data collection were as follows:

1. The researcher submitted the letter to Graduate School, Mahidol University, to ask for a letter asking for permission to collect data, with details of the research objectives included, to be handed into the Head of Public Health Office, Phopphra District, Tak Province.
2. All six parts of the questionnaires were numbered to ensure convenience and to prevent loss of data.
3. The data collection dates were set between March 15, 2010 and April 25, 2010.
4. The head of the public health station in each Tambon in the district was approached to ask for cooperation in data collection. The research objectives were explained, and the Family Folders of Hmong hill tribe women who lived with their husband were retrieved for preliminary studies before data collection commenced. Public health volunteers were also approached and asked to be a translator in cases that the study subjects were not able to communicate in the Thai language.
5. The researcher prepared public health volunteers in each Tambon. There were two public health volunteers from Tambon Khirirat, and one from Tambon Ruamthaipattana, Chongkab, and Valey. Public health volunteers who would be translators were also prepared by giving explanation about the research objectives and the research instruments, with an emphasis on complicated items that were difficult to understand to ensure mutual understanding between the researcher and public health volunteers.
6. During data collection, the researcher and public health volunteers who acted as the translators met Hmong hill tribe women who lived with their husband that were selected from each village in the Tambon according to the inclusion criteria. The researcher introduced herself, explained the study objectives, and asked for

cooperation in data collation. The subjects who agreed to participate in the study were asked to sign the informed consent form.

7. The researcher explained how to respond to all six parts of the questionnaires to the study subjects and asked them to complete the questionnaires by themselves. If there were some items that the subjects did not understand, the researcher gave the explanation one more time or let the public health volunteers translated the questionnaires for them. In this study, 102 of the subjects were able to fill out the questionnaires by themselves, and only 20 of them needed assistance from the public health volunteers.

8. As for the study subjects who did not understand the Thai language or did not understand how to respond to the questionnaires, the public health volunteers would translate the questionnaires for them. As for the social support questionnaire and the marital relationship questionnaire, the researchers used the smiley face symbols with varying degrees of smiling/facial expressions to represent the responses to the social support and marital relationship questionnaires. Data collection lasted 45 to 60 minutes for each of the subjects.

9. After the subjects completed their responses to the questionnaires, the researcher examined the returned questionnaires to ensure completeness. After that, the researcher thanked the subjects for their participation in the study.

10. The researcher compiled the scores from all 122 questionnaires to prepare for data analysis.

Data Analysis

The statistical package for analysis in social studies (SPSS) program was used in data analysis. The significance level was set at .05. Descriptive statistics of frequency, percentage, range, mean ($\bar{X}$), and standard deviation (SD) were employed to analyze demographic characteristics of the study subjects and the independent variables. In addition, inferential statistics of Pearson's product moment correlation coefficient was used to determine the relationship between the independent variables and depression in Hmong hill tribe women who lived with their husband. Also, multiple regression analysis was utilized to determine the predictive power of

depression of the independent variables under study. When testing the initial agreement before statistical analyses were conducted, it was found that the data were appropriate for the selected statistical formulas.

Findings

1. Demographic characteristics of the study subjects

According to the findings, the subjects were 122 Hmong hill tribe women who lived with their husband. They were between 15 and 60 years of age, with the largest group of them ranging in age from 26 to 30 years old (23.8%). Their mean age was 30.82 years old (SD = 9.63). Moreover, more than one-third, or 39.3%, had one to two children. Close to half, or 44.3%, were uneducated, and most of them, or 78.8%, were farmers. As regards family income, 35.2% earned 10,001 to 30,000 baht per year on average, which was not sufficient, as 68% of them had to be in debt. Finally, close to two-thirds of the Hmong hill tribe women, or 64.8%, worked and earned their own income.

2. Data regarding the independent variables under study

When considering depression in Hmong hill tribe women who lived with their husband, it was found that 1.6% of them had family history of depression. Their mean self-esteem score was equal to 26.04 points (range = 10-40 points), their mean score of stressful life events was 41.53 points (range = 25-100 points), their mean score of marital relationship was 3.01 points (range = 1.00-5.00 points), and their mean score of social support was equal to 122.46 points (range = 25-175 points).

3. Depression in Hmong hill tribe women who lived with their husband

The findings showed that 35.3% of the subjects had depression. Of these, 16.4%, 11.5%, 4.1%, and 3.3% had mild, moderate, severe, and very severe depression, respectively. The mean score of overall depression was 16.16, as the majority of the subjects, or 64.7%, did not have depression.

4. Results of Pearson's product moment correlation coefficient

It was found that self-esteem and marital relationships were negatively related to depression at a moderate level with statistical significance at the .000 level

($r = -.64, p < .001$; $r = -.58, p < .001$, respectively). Likewise, social support was negatively related to depression but at a low level with statistical significance at the .000 level ($r = -.42, p < .001$). On the other hand, stressful life events were positively related to depression at a moderate level with statistical significance at the .000 level ($r = .62, p < .001$). However, the findings revealed that there was no relationship between educational background, income, and family history of depression and depression, as illustrated in Table 1 below.

5. Results of multiple regression analysis

The multiple regression analysis with the enter method indicated that educational background, income, family history of depression, self-esteem, stressful life events, marital relationship, and social support could co-predict the variance of depression in the study subjects by 65% with statistical significance at the .001 level ($F = 30.42, p < .001$). The factor which could predict depression in the study subjects with statistical significance were income ($b = 5.15, p < .05$), self-esteem ($b = -.66, p < .001$), stressful life events ($b = .53, p < .001$), and marital relationship ($b = -4.33, p < .001$). Of these factors, self-esteem was the best predictor of depression in the study subjects, followed by stressful life events, as depicted in Table 2.

Table 1 Correlation coefficient (r) between educational background, income, family history of depression, self-esteem, stressful life events, marital relationship, and social support and depression in the study subjects ($n = 122$)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) Educational background	1							
(2) Income	.71	1						
(3) Family history of depression	-.02	-.06	1					
(4) Self-esteem	.04	.25**	-.13	1				
(5) Stressful life events	-.04	.03	.03	-.39***	1			
(6) Marital relationship	-.01	.18*	.05	.53***	-.35	1		
(7) Social support	-.03	.10	-.01	.52***	-.28	.43	1	
(8) Depression	.04	.01	-.06	-.64***	.62***	-.58***	-.42***	1

Table 2 Regression analysis to determine predictive power of the independent variables to predict depression in the study subjects (n = 122)

Predictive factors	b	SEB	beta	t
Educational background	1.08	1.22	.05	.89
Income	5.15	.00	.13	2.32*
Family history of depression	-8.01	4.85	-.09	-1.65
Self-esteem	-.66	.12	-.40	-5.38***
Stressful life events	.53	.09	.38	6.07***
Marital relationship	-4.33	1.17	-.25	-3.68***
Social support	-.01	.05	-.01	-.18
Constant	22.79	7.31	...	3.12
R = .81, R ² = .65, Overall F = 30.42, Sig F = .000				

Discussion

The study subjects consisted of 122 Hmong hill tribe women who lived with their husband. The largest group (23.8%) were between 26 and 30 years old, their mean age was 30.84 years old, and 44.8% were uneducated. The majority of the subjects, or 78.8%, were farmers, and the mean family income ranged from 10,001 baht to 30,000 baht per year for 35.2% of the subjects. More than half, or 68%, had insufficient income and were in debt. In addition, 39.3% of the subjects had one or two children, and 64.8% earned their own income. It can be seen that the demographic characteristics of the study subjects were similar to the demographic characteristics of the subjects in the study conducted by Montree Nammongkol et al. (B.E. 2544). Such findings clearly reflect the social status of the Hmong hill tribe people who are generally inferior to people who live in the city. They do not have education, so they have to use their labor to work to earn their living. When they work as agriculturists, they have a low level of income. Insufficient income can lead to debts.

The findings also revealed that 35.3% of Hmong hill tribe women who lived with their husband had depression. Of these, 16.4% had mild depression, 11.5% had moderate depression, 4.1% had severe depression, and 3.3% had very severe depression.

Furthermore, it was discovered that educational background, income, family history of depression, self-esteem, stressful life events, marital relationship and social support could co-predict the variance of depression in the study subjects by 65% with statistical significance at the .001 level ($F = 30.42, p < .001$). Self-esteem, stressful life events, marital status, and income were the factors that could predict depression in Hmong hill tribe women who lived with their husband with statistical significance at the .001, .001, .001, and .05 levels, respectively. Self-esteem was the factor that had the highest influence on depression ($\beta = -.40, p < .001$), followed by stressful life events ($\beta = .38, p < .001$), marital relationship ($\beta = -.25, p < .001$), and income ($\beta = .13, p < .05$). However, educational background, income, and family history of depression were not found to be associated with depression.

The findings that self-esteem was the variable that had the highest influence on depression and that the level of the relationship was high could be explained that in the Hmong cultures, males are the leader of the family and have more power. Hmong hill tribe women who live with their husband have inferior roles and less opportunity to express themselves (Thongchai Srimuang, B.E. 2545). When Hmong hill tribe women live with the husband, they have to perceived and accept that they are inferior to their spouse. Such perception may force them to adjust themselves to be submissive, desperate, and lost. As a result, the sense of self-esteem of Hmong hill tribe women who live with their husband is lower than that of other groups of females. As such, to prevent depression in Hmong hill tribe women live with the husband, one factor that needs to be taken into careful consideration is sense of self-esteem. The sense of self-esteem of Hmong hill tribe women live with the husband needs to be promoted. This is because individuals who have a high level of self-esteem will have a higher level of self-confidence. They will be able to solve problems and perceive their problems realistically. They will also have self-respect and self-worth, leading to happiness and absence of depression (Vatanasin, 2005).

Moreover, stressful life events were the second factor which could predict depression. This finding reflects the significance of social and environmental factors. One plausible explanation is that Hmong hill tribe women live with the husband have the roles that come with their status. They have to be responsible for every member in the family, work as an agricultural labor, raise children, and perform household work

(Thongchai Srimuang, B.E. 2545). When women have a lot of duties and responsibilities to fulfill, they can develop stress. If the stress persists for a long period of time, depression may set in. Furthermore, previous studies have been conducted with stressful life events and the findings have reflected and confirmed the social theory that when stressful life events take place with an individual, they will lead to various impacts regardless of the severity of the events. One of the impacts that are obviously seen to cause damage to both the persons themselves and their family and society is depression (Suthanan Chunjam, B.E. 2551). Therefore, stress in Hmong hill tribe women live with the husband should be appropriately and correctly reduced. For example, various techniques can be used including breathing practices, meditation, exercises, group counseling, and dissemination of health education. These techniques should be carried out on a regular basis so as to enable Hmong hill tribe women live with the husband to relieve their tension and to prevent stress from developing into depression.

In addition, the findings showed that in terms of marital relationship, more than half of the subjects, or 50.8%, had a rather good marital relationship. The mean score of marital relationship was 41.53. It was also found that marital relationship was negatively associated with depression with statistical significance ($r = -.58, p < .001$), and it could predict depression in Hmong hill tribe women lived with their husband with statistical significance ($b = -4.33, p < .001$). This means that Hmong hill tribe women who lived with their husband and who had a good marital relationship will have a low level of depression. In this study, it was found that Hmong hill tribe women who lived with their husband had a rather good overall score of marital relationship. This means that most of the subjects and their husbands had a rather good idea about family life. They had love, attachment, satisfaction, and consensual agreement in living their life. This can be explained that most of the Hmong hill tribe women who lived with their husband in this study, or 85.2%, were older than 21 years old, so they were considered adults who were able to adjust or solve different problems effectively (Andreason, 1980). They also had the ability to effectively communicate their thinking, to have appropriate emotional expressions, and to creatively cope with stress, all of which have a direct relationship with marital relationship (Dean, 1966 cited in Supapan Kotecharas, B.E. 2521). Generally, married

couples who had a good relationship with each other have love, understanding, and compassion for their partner. They tend to discuss or solve problems together, so their stress level can be reduced and the onset of depression can be prevented. Thus, skills necessary for establishment and maintenance of relationships should be promoted including self-revelation, mutual trust, and mutual understanding so as to enhance marital relationship between Hmong hill tribe women who live with their husband and their husband.

As regards income, the findings indicated that more than two-thirds of the subjects, or 68%, had insufficient incomes and they had to be in debt. In this study, it was found that most of the study subjects were agriculturists, and their incomes depended on the productivity in each year. If they have low productivity, they will not have enough income. It has been found that the mean income of Hmong hill tribe women who lived with their husband ranged from 833.33 to 2,500 baht per month (35.2%), which was not enough for their needs and had caused them to be in debt (68%). At present, Hmong hill tribe people have more contacts with people on the lowland. For instance, they sell and buy products and send their kids to school more, so there are more financial obligations than in the past. Consequently, they have the necessity to work hard to earn enough income to sustain themselves and their family. In brief, income has been found to be a factor which has a strong influence on depression in Hmong hill tribe women who live with their husband.

Finally, social support has been found to be a significant factor that can absorb severity of stress and prevent depression. This is because reception of appropriate social support enables individuals to increase their sense of self-esteem, so it can prevent and reduce depression (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978). In the present study, it was discovered that social support was negatively associated with depression with statistical significance ($r = -.42$, $p < .001$) and could co-predict depression in Hmong hill tribe women who lived with their husband with statistical significance ($F = 30.42$, $p < .001$). Such finding reflects the importance of social support on depression in Hmong hill tribe women who live with their husband. Therefore, the benefits these women can gain from participating in a social group should be advertised and Hmong hill tribe women who live with their husband should be encouraged to meet other people and take part in social activities to exchange ideas

and share experiences, thus making them realize that there are other people who can provide assistance when they have problems. Therefore, depression in Hmong hill tribe women who live with their husband can be prevented.

Recommendations

Based on the study findings, the following recommendations can be made:

1. The study findings indicated that 35.3% of Hmong hill tribe women who lived with their husband had depression. Of these, 3.3% and 4.1% had very severe depression and depression, respectively. As a result, Hmong hill tribe women who live with their husband who have severe and very severe depression should be followed up. They should be encouraged to see the doctor for diagnosis, treatment, and care. After that, their level of depression should be re-evaluated to determine if there are any changes in their depression levels.

2. In this study, it was found that Hmong hill tribe women who lived with their husband who had a high score of self-esteem had a low level of depression. For this reason, self-esteem in Hmong hill tribe women who live with their husband should be promoted to make them realize that they are capable of doing things like others and they possess various good qualities in them. Thus, they should be able to develop self-satisfaction and self-respect which can help prevent depression.

3. The study findings also showed that Hmong hill tribe women who lived with their husband who had high scores of stressful life events were more susceptible to depression. Stressful life events included stress in their marital relationships. Hmong hill tribe women who lived with their husband who did not have good marital relationship or lacked marital happiness had higher depression scores than those of Hmong hill tribe women who lived with their husband with good marital relationships. Therefore, nurses and related healthcare professionals should help these women reduce their stress appropriately and correctly. For example, they can offer Hmong hill tribe women who live with their husband breathing practices, meditation, exercises, group activities, consultancy, and mental health education on a regular basis so as to help Hmong hill tribe women who live with their husband relieve their pressure and prevent stress from developing into depression.

4. It was found in this study that Hmong hill tribe women who lived with their husband who had high scores of social support had low scores of depression. For this reason, the benefits of participation in social groups should be promoted. Hmong hill tribe women who live with their husband should have the opportunity to engage in various social group activities such as religious activities, activities conducted on significant events such as Father' Day and Mother's Day, etc. to exchange ideas and share experiences. When having a chance to do activities with others, Hmong hill tribe women who live with their husband should develop sense of self-worth and realize that there are other people who can provide them with needed assistance. This can be one way to prevent depression in Hmong hill tribe women who live with their husband.

Limitation of the Study

In this study, data were collected only from Hmong hill tribe women who lived with their husband in Phoppхра District, Tak Province. As a result, the findings of the study could not be generalized to other Hmong hill tribe women living in other parts of the country.

รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ ชีณะ. (2544). *ผลของกลุ่มเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2549*. กองแผนงาน. สืบค้นเมื่อ ตุลาคม 8, 2548, จาก http://www.dmh.moph.go.th/download/person_train/NewGov/plan4year.pdf.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2544-2545*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2540-2550*. สืบค้นเมื่อ ธันวาคม 20, 2552, จาก <http://www.dmh.moph.go.th/report/report1.asp>
- กัลยา วานิชบัญชา. (2545). *การใช้ SPSS for window ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ซี เอ แอนด์ เอส โฟโต้ สตูดิโอ.
- จารุวรรณ ชูปวา. (2541). *ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและการแสดงบทบาทการเป็นบิดาของคู่สมรสมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ตั้งวรวงศ์ชัย และคุชฎี मुखสมบัติ. (2539). *รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จำลอง ดิษขวณิช และพริ้มเพรา ดิษขวณิช. (2546). *ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า*. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48(3), 185-199.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และชนิดา กาญจนลาภ ผู้แปล. (2543). *คำถามที่คุณมี คำตอบที่คุณต้องการ โรคอารมณ์ซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้างจำกัด.

- ดวงเดือน นรสิงห์. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลในผู้ที่เป็โรจิตจากแอมเฟตามีน*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: น้าอักษรการพิมพ์.
- ดาวรุ่ง เกิดสิน. (2548). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวิทยทองโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วัชนิ หัตถพน, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์ และคณะ. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันต์.
- ทัศนา ชูวรรณะปกรณ และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2547). *รายงานการวิจัยเรื่อง บทบาทเชิงซ้อนของผู้หญิงไทยที่แต่งงาน และทำงานนอกบ้าน : ผลกระทบต่อความซึมเศร้า*. ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธงชัย ศรีเมือง. (2545). *สถานภาพภายหลังการแต่งงานของสตรีเฝ้าร้าง กรณีศึกษา บ้านทับเบิก ตำบลวังบาล อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์*. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาชนบทศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). HADS ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. (2549). *องค์ความรู้โรคซึมเศร้า*. ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2550 จาก <http://thaidepression.prasri.go.th/reportfile/r001.pdf>
- ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. (2549). *การประเมินโรคซึมเศร้า*. การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2550 จาก <http://thaidepression.prasri.go.th/reportfile/r002.pdf>
- ธวัชชัย วรพงศกร, วงเดือน ปันดี และสมพร เจริมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 25-44.
- ธวัชชัย วรพงศกร. (2540). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ธิดิมา กาญจนสาย. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติที่มีต่อภาวะหมดประจำเดือน การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า ในสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นางพงา ลิ้มสุวรรณ และรัชชัย คงสกันธ์, (2541). สาเหตุการมีเมียน้อยในชายไทย 20ราย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43(3), 207-216.
- บุญใจ ศิริสถิตยัณรากร. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปรีชา สุวังบุตร. (2543). ภาวะซึมเศร้าและการแสวงหาความช่วยเหลือของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญันท์ สละสวัสดิ์. (2546). ความสุขของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรังสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ ไรจน์พลากร-ภูิชและยุวดี ฤาชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตน-ไพบูลย์ และ อัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความสุขของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12, 177-188.
- พิสิฏฐ์ ชัยประเสริฐสุด. (2548). ภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). การปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.

- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประทับประคองต่อการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีกานต์ ชาญกิจการค้า. (2551). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนตรี นามมงคล, อุบล หมดธรรม และเพชร ปาสรานันท์. (2544). รายงานการวิจัย เรื่องการสำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทยภูเขา. ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). เรื่องนำรู้เกี่ยวกับโรคภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: บริษัทไวกอท-เออีเอส (ประเทศไทย) จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2540). การพัฒนาแบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. เอกสารในการประชุมประจำปีราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ครั้งที่ 25, กรุงเทพฯ.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 82(12), 1200-1207.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2546). จิตเวชศาสตร์: รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สวิชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัดHAM-D ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(4), 235-246.
- มานิช หล่อตระกูล และภาพันธ์ เจริญสวรรค์. (2548). ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (บรรณาธิการ) จิตเวชศาสตร์: รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2 เรียบเรียงใหม่, p. 322-346). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- รัชชัย คงสกันต์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งรัก, อวยชัย โรจนนรินทร์กิจ และอุไร บุรณเชษฐ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48(4), 211-218.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2536). ชีวจิตเวชศาสตร์. ใน เกษม ดันติผลาชีวะ. (บรรณาธิการ). คำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- วิภาวี เผ่ากันทรากกร. (2548). ภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์ทั้งหมด-พื้นที่ของผู้หญิงอีสาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลดุสิตบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไล คุปต์นริศชัยกุล และพนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอบถามวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ในคนไทย, สารศิริราช, 49(5), 442-447.
- วีระ ชูรุจิพร. (2542). วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, (2), 176-179.
- ศิริพร จิรวรรณกุล. (2543). มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการหมดระดู. ใน กอบจิตต์ ลิมปพยอม (บรรณาธิการ). วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ศิริพร จิรวรรณกุล. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระบบบริการสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมถวิล สินธุประสิทธิ์. (2545). เจตคติที่มีต่อภาวะหมดประจำเดือนและภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนในโรงพยาบาลป่าโมก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์.
- สมัย สุทธิธรรม. (2541). สารคดีชีวิตชนกลุ่มน้อยบนดอยสูง: แม่. กรุงเทพฯ: เลิฟแอนด์ลิฟเพลส จำกัด.
- สรยุทธ วาสิกันานนท์. (2547). โรคซึมเศร้า. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์. (บรรณาธิการ). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช. (pp. 77-92). สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สัมพันธ์ พันธุ์ฤกษ์. (2541). สถิติประยุกต์เพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: หจก. ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุจิตต์ลักษณ์ ศิผดุง. (2538). สารานุกรมกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง. สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. (2551). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538). รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2533). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ 5-HT. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 35(4), 178-188.
- สุวดี จันดีกระยอม. (2546). การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พูนศรี รังสีจิ, นิรมล พังนสุนทร, สุรพล วีระศิริและสุชาติ พหลภักย์. (2549). การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51(4), 330-348.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2549). องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. ในรณินทร์ กองสุข. (บรรณาธิการ). สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม, 22, 2550, จาก <http://thaidepression.prasri.go.th/reportfile/r001.pdf>
- อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(3), 162-173.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด.
- Akiskal, H. S. (2005). Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed., pp. 1559-1575). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Alexandria, V. (2003). *Depression among working women number one barrier to success : Fear of stigma, lack of support keep women from seeking help*. (NAMH News Release Database, Nov,11)

- APA. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight. *Am J Psychiatry*, 161, 2163-2177.
- Barry, P. D. (1989). *Psychosocial Nursing Assessment and Intervention: care of the Physically ill Person*. 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Becker, J., & Kleinman, A. (1991). *Psychosocial aspects of depression*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Beeber, L. S. (1996). Depression in women. In A. B. McBride & J. K. Austin (Eds.), *Psychiatric-mental health nursing: Integrating the behavioral and biological sciences*. (pp. 235-268). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bowlby, J. (1986). *Attachment and loss, volumes III, loss: Sadness and depression*. Australia: Penguin Books.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, M. A. (1986). Social support, stress and health: A comparison of expectant mother and father. *Nursing Research*, 35(1), 72-76.
- Brown, G. W., Bifulco, A., & Harris, T. O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: Some refinements. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- Burn, N., & Grove, S. K. (Eds.). (2005). *The practice of nursing research conduct: Critique, and utilization*. (5th ed.). Missouri: Elsevier.

- Carpenter, J. S., Brockopp, D. Y., & Andrykowski, M. A. (1999). Self-transformation as a factor in self-esteem and well-being of breast cancer survivor. *Journal of Advance Nursing*, 29, 1402-1411.
- Churoek, O. (2005). *Relationships among stressful life events, role strain, health status, and depression in postmenopausal women*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 34, 374-378.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-352.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. (pp. 43-60). London: Academic Press.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention*. U.S.A.: Oxford University Press.
- Craig, K. D., & Dobson, K. S. (Eds.). (1996). *Anxiety and depression in adult and children*. London: SAGE Publication.
- Davidson, K. W., Rieckmann, N. & Lesperance, F. (2004). Psychological theories of depression: Potential application for the prevention of acute coronary syndrome recurrence. *Psychosomatic Medicine*, 66, 165-173.
- Dunn, E. J., & Steiner, M. (2000). The functional neurochemistry of mood disorders in women. In M. Steiner, K. A. Yonkers, & E. Eriksson. (Eds.), *Mood disorders in women*. (pp. 71-82). U.K.: Martin Dunitz.
- Fontaine, K. L. (1991). Affective disorders. In J. S. Cook, & K. L. Fontaine. (Eds.), *Essentials of mental health nursing*. (2nd ed.). California: Addison - Wesley Nursing.
- Fortinash, K. M., & Holoday-Wornet, P. A. (1996). *Psychiatric Mental Health Nursing*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Galinowski, A. & Leher, P. (1995). Structural validity of MARDS during antidepressant treatment. *International Clinical Psychopharmacol*, 10, 157-161.
- Glowinsky, A. L., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Lynsky, M. T., & Heath, A. C. (2003).

- Genetic epidemiology of self-reported lifetime DSM-IV depressive disorders in a population-based twin sample of female adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (7), 988-996.
- Grady, T. A., Sederer, L. I., & Rothschild, A. F. (1997). Depression. In L. I. Sederer, & A. J. Rothschild. (Eds.), *Acute care psychiatry: Diagnosis & treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- George, J. M. & Jones, G. R. (2000). *Essentials of managing organizational behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Goldman, L. S., Nielsen, N. H., & Champion, H. C. (1999). Awareness, Diagnosis and Treatment of Depression. (Electronic Version). *Journal of General Internal Medicine*, 14, 569-580.
- Gordon, V. C., & Ledary, L. E. (1985). Depression in women: The challenge of treatment and prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 23(1), 26-34.
- Gotlib, I. H. & Whiffen, V. E. (1989). Depression and marital functioning: An examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 23-30.
- Gottlieb, B. H., (1986). *Social support strategies, guidelines for mental health practice*. (3rd ed.). Beverly: Sage Publication.
- Hammen, C. & Brennan, P. A. (2001). Depressed adolescents of depressed and nondepressed mother: Tests of an interpersonal impairment hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 284-294.
- Holms, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hortwath, E., & Weissman, M. M. (1995). Epidemiology of depression and anxiety disorders. In M. T. Tsuang, M. Tohen, & G. E.P. Zahner (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology*.(pp. 317-326). New York: Wiley-Lis.
- Israel, B. A., Farquhar, S. A., Schulz, A. J., Jame, S. A., & Parker, E. A.(2002). The relationship between social support, stress, and health among women on Detroit's East Side. *Health Education & Behavior*, 29, 342-360.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In M. W. Riley. (Eds). *Aging From Birth to Death: Interdisciplinary Perspective*. Boulder: Westview Press.

- Kandle, D. B., Davies, M., & Raveis, V. H. (1985). The stressfulness of daily social roles for woman: Marital, occupational and household roles. *Journal of Health and Social Behavior, 26*, 64-78.
- Kasantikul, D., Limsuwan, N., Vuthiganond, S., Tantipiwatanakul, P., KarNjanathanalers, N., & Thongtang, O., et al. (1997). Health-Related Self- Report (HRSR) scale: The diagnostic screening test for depression in Thai population, *Journal of The Medical Association of Thailand, 80*(10), 647-657.
- Kasen, S., Cohen, H., & Castille, D. (2003). Research and practice depression in adult women: Age changes and cohort effects. *American Public Health Association, 93*(12), 2061-2066.
- Kaufen, J. B., Gilbert, p. & Tae, R. (1992). The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas, 14*, 143-155.
- Kelsoe, J. R. (2005). Mood disorders: Genetics. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed., pp. 1582-1593). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H., & Bostrom, C. E. (1999). *Psychiatric nursing*. (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M. C., Heath, A.C., Phil, D., & Eaves, L. J. (1993). The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry, 153*(8), 1139-1148.
- Kerr, N. J. (1987). Patterns of depression. In J. Haber, P. P. Hoskins, & B. F. Sideleau (Eds.), *Comprehensive psychiatric nursing*. (3rd ed., pp. 647-679). U.S.A.: McGraw-Hill Book Company.
- Kessler, R.C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617-627.
- Kessler, R. M. (2000). Gender and Mood disorder. In Goldman, M. B., & Hatch, M. C. (Eds.). *Woman and health*. USA: Academic press.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., Lewinsohn, M. P., Rohde, P., & Seeley, J. R. (2004). Family study of chronic depression in a community sample of young adults. *American Journal of Psychiatry, 161*(4), 646-653.

- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1992). The course, morbidity, and costs of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 49 (October), 831-833.
- Laraia, M. T. (1995). Biological context of psychiatric nursing care. In G. W. Stuart, & S. J. Sundeen (Eds.), *Principles & practice of psychiatric nursing*, (5th ed., pp. 103-124). St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book.
- Lemeshow, S. H., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S.W. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New York: John Wiley & Sons.
- Locke, H. J. & Wallace, K. M. (1959). Short marital – adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Locke, H. J. & Williamson, R. C. (1958). Marital adjustment: A factor analysis study. *American Sociological Review*, 23, 562-569.
- Lopez, A. D., (WHO). 2020 Policy Seminar: The Global Burden of Disease: The 1990s and beyond. Retrieved July 19, 2006, from: <http://www.ifpri.org/events/seminar/071599.htm>.
- McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R., & Russo, N. F. (1992). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington, D.C.:American Psychological Association.
- Mckinlay, J. B., Mckinlay, S. M., & Brambilla, D. (1987). The Relative Contributions of Endocrine Changes and Social Circumstances to Depression in Mid - Aged Woman. *Journal of Health and Social behavior*, 28(December), 345-363.
- Meisenhelder, J. B. (1985). Self-esteem: A closer Look at Clinical Interventions. *International Journal Nursing Studies*. 22(2), 127-135.
- Merikangas, K. R. (2000). Epidemiology of mood disorder in women. In M. Steiner, K. A. Yonkers, & E. Eriksson (Eds.), *Mood disorders in women*. (pp. 1-13). U.K.: Martin Dunitz.
- Michalux E. E., Wikinson C., Hood K., Dowrick C., & Wilkinson G. (2003). Seasonality, negative life events and social support in community sample. *British Journal of Psychiatry*, 182: 434-438.
- Montgomery, S. & Asberg, M. (1979). A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Monroe, S., & Depue, R. A. (1991). Life stress and depression. In J. Becker & A. Kleinman (Eds.), *Psychosocial aspects of depression*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

- Mouanoutoua, V. L. & Brown, L. G. (1991). A Hmong adaptation of the Beck Depression Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 57(2), 309-322.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Murdt, J. C., Katzelnick, D. J., Kennedy, S. H. & Eisfeld, B. S. (2006). *Validation of an IVRS version of the MADRS*. Retrieved January 9, 2007, from: <http://www.sciencedirect.com>
- Murray, J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Summary*. Boston: Harvard school of Public Health, World Health Organization.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2006). *The impact of mental illness On society "the burden of psychiatric conditions has been heavily underestimated"*. Retrieved July 19, 2006, from: <http://www.nimh.gov/publicat/burden.cfm?textSize=5>
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex Differences in Depression*. California: Stanford University.
- Nolen-Hoeksema, S., & Puryear, K. G. (2003). Women and depression: Introduction. *Psychology of Women Quarterly*, 27(2), 89-90.
- Peden, A. R., Hall, L. A., Rayens, M. K. & Beebe, L. H. (2000). Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college woman. *Nursing Research*, 49(40), 201-207.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. The United States of America: Appleton & Lange.
- Quinn, B. (2000). *The depression sourcebook*. 2nd ed. Los Angeles: Lowell House.
- Radloff, L. (1975). Sex difference in depression: The effects of occupation and marital status. *Sex Roles*, 1(3), 249-265.
- Rasgon, N. L., & McGuire, M. T., & Troisi, A. (2000). Evolutionary concepts of gender differences in depressive disorders. In M. Steiner, K. A. Yonkers, & E. Eriksson (Eds.), *Mood disorders in women*. (pp. 35-45). U.K.: Martin Dunitz.

- Rice, F., Harold, G., & Thaper, A. (2002). Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1039-1051.
- Roy, A. (1981). Specificity of risk factors for depression. *American Journal of Psychiatry*, 138(7), 959-961.
- Roy, A. (1987). Five risk factors for depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 536-541.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.). (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry*. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salokangas, R. K. R. & Poutanen, O. (1988). Risk factors for depression in primary care finding of the TADEP project. *Journal of Affective Disorder*, 48, 171-180.
- Sandra, S. (1995). *Depression: Questions you have-answers you need*. USA: Windows on the World Publishing.
- Sangon, S. (2001). *Predictors of depression in Thai women*. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Michigan, U.S.A.
- Sangon, S. (2005). Predictors of depression in Thai women. In R. A. Williams, B. M. Hagerty, & S. Ketefian (Eds.), *Depression research in nursing: Global perspectives* (pp. 117-149). USA: Capital City Press.
- Shives, L. R. (2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Spaneir, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spaneir, G. B. & Thomson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*, 26, 731-738.
- Steiner, M., & Edward, J. D. (2000). The functional neurochemistry of mood disorders in women. In M. Steiner, K. A. Yonkers, & E Eriksson (Eds.), *Mood disorders in women*. U.K.: Martin Dunitz.

- Steiner, M., Yonkers, K. A., & Eriksson, E.(2000). Introduction. In M. Steiner, K. A. Yonkers, & E. Eriksson (Eds.), *Mood disorders in women*. U.K.: Martin Dunitz.
- Stewart, D. E., Rondon, M., Damiani, G., & Honikman, J. (2001). International psychosocial and systemic issues in women's mental health. *Archives of Women' Mental Health*, 4, 13-17.
- Stewart, D. E., Gucciardi, E., & Grace, S. L. (2003). *Depression*. Retrieved July 19, 2006, From: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/chap-18-e.html> .
- Stover, R. G. & Hope, C. V. (1993). *Marriage, family and intimate relations*. Philadelphia: Harcourt Beace College.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S. J. (1983). *Principles & practice of psychiatric nursing* (2nd ed.). St. Louis: The C. V Mosby Company.
- Stuart, G.W. (1995). Emotional responses and mood disorders. In G. W. Stuart & S. J. Sundeen (Eds.), *Principles & practice of Psychiatric Nursing*. (5th ed., pp. 413-444). Baltimore: Mosby.
- Stuart, G. W. (1997). Emotional responses and mood disorders. In G. W. Stuart & S. J. Sundeen (Eds.), *Principles & practice of Psychiatric Nursing*. (6th ed., pp.413-452). New York: Mosby.
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in later life: a nursing perspective. *Advances in Nursing Science*, 8(10), 77-84.
- Thase, M. E. (2005). Mood disorders: Neurobiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed., pp. 1594-1611). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, C. M. (1994). *Essentials of psychiatric nursing*. (14th ed.). USA: Mosby-YearBook.
- Thapar, A., & McGuffin, P. (1994). A twin study of depressive symptoms in childhood. *British Journal of Psychiatry*, 165, 259-265.
- Thoits, P. (1982). Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(6), 145-159.
- Thoits, P. (1983). Multiple identities and psychology well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis, *American Sociological Review*, 48, 174-187.

- Tiden, V. P., Nelson, C. A., & May, B. A. (1990). The IPR inventory: Development and psychometric characteristic. *Nursing Research*, 39(6), 337-343.
- Townsend, M. C. (1993). *Psychiatric mental health nursing: concept of care*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Townsend, M. C. (1999). *Psychiatric mental health nursing: concept of care*. (3rd ed.). USA: WB. Saunders.
- Townsend, M. C. (2000). *Psychiatric mental health nursing: concept of care*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000⁺. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.
- Varcarolis, E. M. (1998). *Foundations of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed.). USA: WB. Saunders Company.
- Vatanasin, D. (2005). *Depression among undergraduate nursing students*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Warren, B. J. (1995). *Examining depression among African-American woman using womanist and psychiatric mental health nursing perspectives*. Retrieved March 8, 2005, from <http://www.uga.edu/womanist/1995/warren.htm>.
- Warren, B. J. (1997). Depression, stressful life event, social support, and self-esteem in middle class African-American women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(3), 107-117.
- Weinert, C. (1987). A social support measure: PRQ85. *Nursing Research*, 36(5), 273-277.
- Weinert, C., & Brandt, P. A. (1987). Measuring social support with the personal resource questionnaire. *Western Journal of Nursing Research*, 9(4), 589-602.
- Weinert, C., & Tilden, V. P. (1990). Measure of social support: Assessment of validity. *Nursing Research*, 39(4), 212-216.
- Weiss, R. (1974). The provision of social relationships. In *Doing unto Others*, ed. By Zick Rubin, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 17-26.
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1981). Sex differences and the epidemiology of depression. In H. Elizabeth & B. Marjorie (Eds.), *Women and mental health*. New York: Basic Book.

- Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77(4), 445-451.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., & Canino, G. J., et al. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29(1), 9-17.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R.D. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: Results from the Medical Outcome Study. *JAMA*, 262, 914-919.
- Williams, R. A., Hagerty, B. M., & Ketefian, S. (2005). *Depression research in nursing: Global perspectives*. USA: Capital City Press.
- Wood, S. J. (2005). Mood Disorders. In M. A. Boyd (Eds), *Psychiatric nursing: Contemporary practice*, (pp. 333-351). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2000). *Women's mental health: An evidence based review*, Geneva.
- World Health Organization. (2006). *What is depression?* Retrieved July 19, 2006, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/print.html
- Yonkers, K. A., & Samson, J. (2000). Mood disorders measures. In A. J. Rush, Jr. H. A. Pincus, M. B. First, D. Blacker, J. Endicott, & S. J. Keith, et al. (Eds.), *Handbook of psychiatric measures American Psychiatric Association*. (pp.515-548). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Zung, W. W. K., (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.



ภาคผนวก ก



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
(FACTORS PREDICTING DEPRESSION IN HMONG HILL TRIBE
WOMAN LIVING IN PHOPHRA DISTRICT, TAK PROVINCE)

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจันทนา ชุ่มเย็น

สถานที่วิจัย อำเภอพบพระ จังหวัดตาก

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติเกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อกับผู้ดำเนินการศึกษาที่หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 081-7616510 และหมายเลขโทรศัพท์โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก 055-569023 ต่อ 126 , 127 หากผู้ดำเนินการศึกษา ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จะติดต่อขอรับคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 2 ท่าน ประจำที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแล มีดังนี้

1. ผศ.ดร.โสภณ แสงอ่อน โทรศัพท์ 081-7011967
2. ผศ.ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์ โทรศัพท์ 083-2933957

ผู้สนับสนุนการวิจัย

ความเป็นมาของโครงการ

เนื่องจากปัจจุบันพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชากรทั้งในประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะกับผู้หญิง ซึ่งจากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้หญิงขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) พบภาวะซึมเศร้าอยู่ในอันดับสี่ที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพของผู้หญิง และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) ภาวะซึมเศร้าจะกลายเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญอันดับ

แรกของผู้หญิง โดยพบว่าผู้หญิงจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า และพบมากในช่วงอายุระหว่าง 25-44 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานและการมีชีวิตครอบครัว ทั้งนี้ผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งนับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นผู้หญิงและต้องแบกรับภาระหลายบทบาทหน้าที่ทั้งการดูแลทุกคนในครอบครัว การดูแลบุตรและการทำงานบ้านซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการที่ผู้หญิงชาวเขาเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ การศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางสุขภาพจิตอื่นๆในกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี มีอายุระหว่าง 15 -60 ปี ในเขต อำเภอพบพระ จังหวัดตาก แบบสอบถามจำนวน 116 ข้อ ซึ่งใช้เวลาในการตอบโดยเฉลี่ย 45 นาทีต่อคน การตอบคำถามเป็นไปด้วยความสมัครใจ ดังนั้นถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สะดวกที่จะตอบคำถามใดก็สามารถเว้นว่างไว้ไม่ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะตอบคำถามหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใดๆกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันและจัดการกับปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆของกลุ่มผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้ง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

คณะผู้วิจัยจะไม่นำคำตอบของผู้ร่วมวิจัยไปพูดคุยกับผู้ใดทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะไม่อ้างถึงชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยในการนำเสนอผลการศึกษาดูการพูดหรือการเขียน ผลของการศึกษาจะถูกวิเคราะห์และรายงานผลในลักษณะกลุ่มข้อมูล ดังนั้นจะไม่สามารถที่จะบ่งชี้ถึงผู้ใดได้จากการรายงานหรือการตีพิมพ์ผลการศึกษา

ถ้าท่านมีข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ข



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ **ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก**

ชื่อผู้วิจัย **นางสาวจันทนา ชุ่มเย็น**

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ก



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง

ชื่อโครงการ
ชื่อผู้วิจัย
*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน
นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ในฐานะ ได้ทราบรายละเอียดของ
โครงการการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่สิ่ง
ใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัย
เกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใด
ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัว
ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัว
ผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)
.....(พยาน)
.....(พยาน)
วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)
วันที่.....

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ง



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๓/๕๓

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๒-๕๓-๐๑ บ
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวจันทนา ชุ่มเย็น
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เอลซิงกิ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๕ มีนาคม ๒๕๕๓

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเขาเผ่าม้งที่อยู่กินกับสามี ในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 116 ข้อ

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	9	ข้อ
ส่วนที่ 2	ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 3	แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	25	ข้อ
ส่วนที่ 4	สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	จำนวน	27	ข้อ
ส่วนที่ 5	เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน	25	ข้อ
ส่วนที่ 6	ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	20	ข้อ

2. ในการตอบแบบสอบถามขอให้ท่านตอบทุกข้อตามความเป็นจริงทั้งนี้เพื่อความสมบูรณ์ในการนำไปวิเคราะห์ให้ได้ผลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด
(กรุณาอย่าเขียนชื่อของท่านลงบนแบบสอบถามนี้หรือบนกระดาษคำตอบ)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย หน้าคำตอบที่เป็นความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุปัจจุบัน ปี
2. จบการศึกษาสูงสุดชั้น.....
3. อาชีพปัจจุบัน

☐ แม่บ้าน	☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ เกษตรกร	☐ อื่นๆ (ระบุ
4. รายได้ของท่านโดยประมาณ.....บาท/ปี
5. ความเพียงพอของรายได้ที่ท่านได้รับ

☐ ไม่พอใช้และต้องเป็นหนี้สิน	☐ ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน
☐ พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	☐ พอใช้และเหลือเก็บ

ภาคผนวก จ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง ข้อความด้านล่างเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของท่าน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวาให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

ตลอดเวลา	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อยๆ
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ตลอดเวลา	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1.	ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่นๆ				
2.	ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
3.	ฉันมีความโน้มเอียงที่จะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว				
4.	ฉันมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าเทียมกับคนอื่นๆ ส่วนใหญ่				
10.	หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตนเอง				

ภาคผนวก ข

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ สอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิดเมื่อท่านเกิดปัญหาขึ้น กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว หรือเพื่อน ในข้อความนั้นๆ

ข้อคำถาม	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
1.ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึก อบอุ่นหรือปลอดภัย							
2.ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อ กลุ่ม							
3.คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้เมื่อฉัน ทำงานดี							
24.							
25.ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ที่จะให้ คำแนะนำแก่ฉันในการดูแลตนเอง							

ภาคผนวก ข

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างท่านกับคู่สมรสกรุณาทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องคำตอบทางขวาให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ท่านและสามีมีความคิดเห็น/หรือมีความสอดคล้องกันในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ไม่เห็นพ้องกันเลย คือ ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกัน

เห็นพ้องกันเล็กน้อย คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับคู่สมรสเพียงเล็กน้อย

เห็นพ้องกันปานกลาง คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับคู่สมรสปานกลาง

เห็นพ้องกันมาก คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับคู่สมรสมาก

เห็นพ้องกันมากที่สุด คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่สอดคล้องตรงกันกับคู่สมรสมากที่สุด

ข้อความ	เห็นพ้องกันมากที่สุด	เห็นพ้องกันมาก	เห็นพ้องกันปานกลาง	เห็นพ้องกันน้อย	ไม่เห็นพ้องกันเลย
1. การจัดการค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว					
2. การใช้เวลาในการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน					
3. ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา					

27. โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขหน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าเป็นตัวแทนความสุขในชีวิตสมรสของท่านได้ดีที่สุด

1

2

3

4

5

.....

ไม่มีความสุขเลย มีความสุขเล็กน้อย มีความสุขปานกลาง มีความสุขมาก มีความสุขมากที่สุด

ภาคผนวก ณ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต

คำชี้แจง ในช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านหรือไม่ หากมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นขอให้ท่านประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดในระดับใด

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวาให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ไม่เครียดเลย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความหรือเหตุการณ์นั้นไม่ก่อให้เกิดความเครียดเลย

เครียดเล็กน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความหรือเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดไม่มากนัก

เครียดปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความหรือเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดปานกลาง

เครียดมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความหรือเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดมาก

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดในชีวิต	มี	ไม่ มี	ระดับความเครียด			
			ไม่เครียด เลย	เครียด เล็กน้อย	เครียด ปานกลาง	เครียด มาก
1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (เช่น สายตา สิว ผื่น รังแค) 2. เจ็บป่วยถึงขั้นต้องหยุดงานหรือ งดกิจกรรมที่เคยทำ						
· · ·						
24. การถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อม 25. มีความไม่ปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน						

ภาคผนวก ญ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory

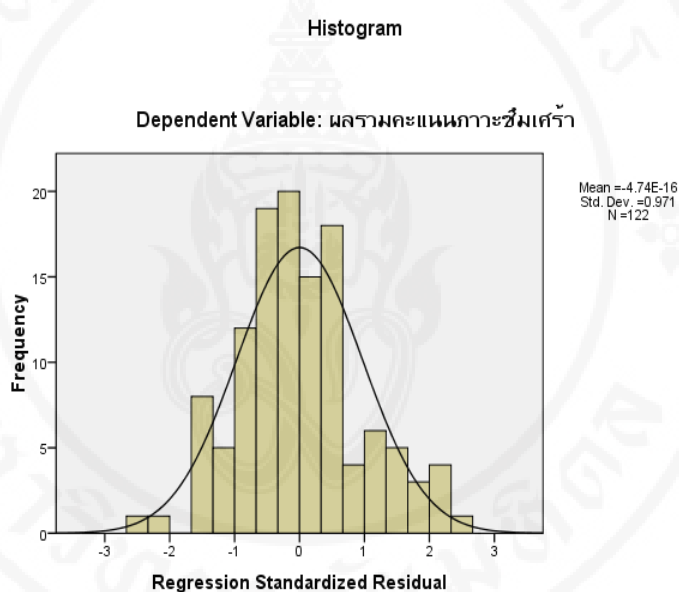
คำชี้แจง ข้อความด้านล่างถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่าน
เลือกตอบข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย X ลงบนข้อที่ต้องการ

1. ก. ท้อแท้ใจมาก หมดหวังในอนาคต
 ข. ท้อแท้ใจ มองอนาคตในแง่ร้าย
 ค. ท้อแท้ในบ้างบางครั้ง
 ง. ไม่หมดหวัง
2. ก. คิดวางแผนฆ่าตัวตาย
 ข. คิดอยากตาย
 ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อยๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย
 ง. ไม่ได้คิดเรื่องการตาย
3. .
 .
 .
 .
 .
 .
 .
20. ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง
 ข. ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่คิดอยากพูดคุยกับใคร
 ค. สนใจคนอื่นๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม
 ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม

ภาคผนวก ก

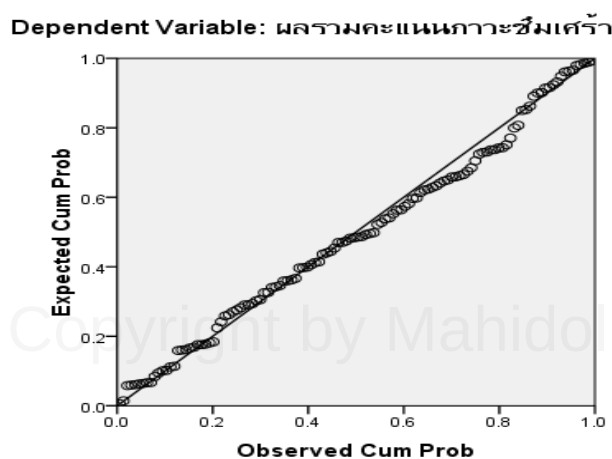
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

1. Test of Normal Distribution

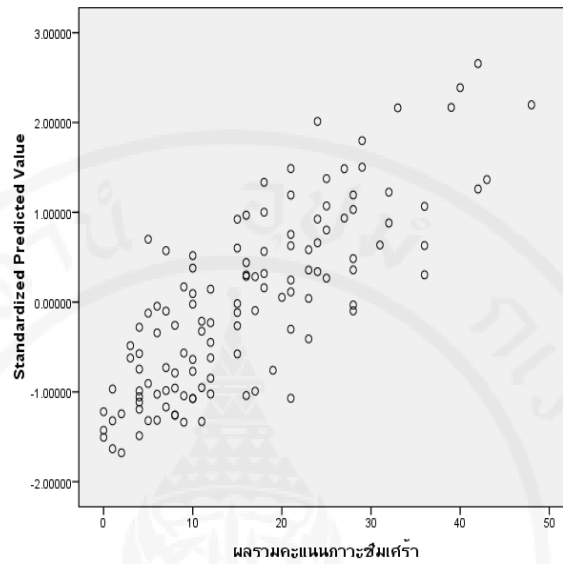


2. Test of Linearity Relationship

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



3. Test of Homocedasticity



Regression Standardized Predicted Value

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวจันทนา ชุ่มเย็น
วัน เดือน ปี เกิด	1 มกราคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดตาก
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับต้น พ.ศ. 2535 - 2537 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี), พ.ศ. 2543 - 2545 มหาวิทยาลัยมหิดล, พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, พ.ศ. 2548 - 2553 (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลพพบพระ อำเภอพพบพระ จังหวัดตาก โทรศัพท์: 055- 569023 E-mail: tomtoyo1@hotmail.com
ที่อยู่ปัจจุบัน	559 ถ. มหาดไทยบำรุง อำเภอเมือง จังหวัดตาก โทรศัพท์: 081-7616510