

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี



[Handwritten signature]

นางมณีกานต์ สุภาเส
ผู้วิจัย

[Handwritten signature]

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

[Handwritten signature]

อาจารย์ วรรณภา ประไพพานิช
Ph.D. (Nursing)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

[Handwritten signature]

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.
กณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

[Handwritten signature]

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี

ได้รับการพิจารณาอนุมัติตามหลักสูตรให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2551



นางมณีกานต์ สุภาเส

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลดาวัลย์ นิชโรจน์

พย.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

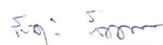
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



อาจารย์ วรรณภา ประไพพานิช

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิณ พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภิน แสงอ่อน ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.วรรณภา ประไพพานิช กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและเสียสละเวลาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ นิชโรจน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมสิงห์ ที่ได้ให้โอกาสในการศึกษาต่อครั้งนี้และให้คำแนะนำตลอดจนให้ความช่วยเหลือต่างๆ ตลอดมา ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยมีเวลาในการทำวิทยานิพนธ์นี้จนเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจึงขอขอบ พระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพสตรีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้ความช่วยเหลือประสานงานสำหรับการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยใคร่กราบขอบพระคุณมารดา พี่ น้อง หลาน และเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สามีผู้ซึ่งมีส่วนสำคัญในการให้ความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจในการศึกษา วิจัยด้วยดีเสมอมา คุณประโยชน์อันเกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ผู้วิจัยขอมอบแต่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสิ้นลงอย่างสมบูรณ์

มณีกานต์ สุภาเส

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี
(PREDICTORS OF DEPRESSION IN FEMALE NURSES)

มณีกานต์ สุภาเส 4736740 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), วรรณภา ประไพพานิช,
Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความชุก ระดับของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โดยใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพสตรีในระดับพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้ว จำนวน 358 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบนำเข้าทั้งหมดพร้อมกัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพสตรีส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และพบมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.9 ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง และประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีได้ร้อยละ 29 โดยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด

จากผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพสตรีมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหน่วยงานและองค์กรพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โดยการลดหรือป้องกันปัญหาความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง ส่งเสริมให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงขึ้น ส่งเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้ควรมีการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในพยาบาลที่มีประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ด้วย

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า / ปัจจัยทำนาย / พยาบาลวิชาชีพสตรี/ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน / ความตึงเครียดจากภาระหน้าที่ของผู้หญิง

185 หน้า

PREDICTORS OF DEPRESSION IN FEMALE NURSES

MANEEKAN SUPHASA 4736740 RAMH/M

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

THESIS ADVISORS: SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing),
WONNAPHA PRAPAIPANICH, Ph.D. (Nursing)**ABSTRACT**

The aim of this descriptive correlational research was to investigate the prevalence and severity of depression of female professional nurses, as well as to determine factors related to and predictive of this depression. The conceptual framework of this study was developed based on a literature review on theories related to depression. The subjects were 358 female professional nurses working in hospitals under the Ministry of Public Health in the Eastern region of Thailand. Five questionnaires were used including the demographic characteristics questionnaire, the Women's Role Strain Inventory, the Personal Resource Questionnaire, the Job Satisfaction Questionnaire, and the Thai Depression Inventory. Descriptive statistics as well as inferential statistics of Pearson's Product Moment Correlation and Multiple Regression Analysis were used for data analyses.

The findings revealed that 96.1% of subjects professional nurses did not have depression, while 3.9% suffered from depression. Women's role strain and loss of mother before age 11 were positively associated with depression, while social support and job satisfaction were negatively associated. Also, loss of mother before the age of 11, women's role strain, social support, and job satisfaction could jointly explain 29% of the variance in depression in this subjects. The best predictor of depression was women's role strain.

Based on the findings that 3.9% of female nurses had depression, it is recommended that nurses and organizations should be aware of the importance of depression and strategies to reduce and prevent problems related to depression, such as reducing strain from various women's roles, increasing job satisfaction, and promoting social support and stress management strategies. In addition, nurses with a history of loss of their mother before age 11 should be monitored for depression.

**KEY WORDS: DEPRESSION / PREDICTORS / FEMALE NURSES /
JOB SATISFACTION / WOMEN'S ROLE STRAIN**

185 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
สมมติฐานในการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	12
แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง	37
ภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี	43
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี	45
บทที่ 3 เครื่องมือและวิธีการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	76
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	77

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	77
การวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 4 ผลการวิจัย	82
บทที่ 5 อภิปรายผล	90
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	99
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย	101
ข้อจำกัดของการวิจัย	103
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	104
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	126
บรรณานุกรม	149
ภาคผนวก	168
ประวัติผู้วิจัย	185

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล	68
2. ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ	77
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	83
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสีย มารดา ก่อนอายุ 11 ปี	85
5. ค่าคะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย (X) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความตึงเครียด ที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในพยาบาลวิชาชีพ	86
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในพยาบาลวิชาชีพสตรี	86
7. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาท และภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจ ในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี	88
8. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระกับ ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	89

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2. แสดงรายละเอียดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง	69



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดในทางลบต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป โดยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวังและรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสนใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ น้อยลง จึงมีผลกระทบต่ออาชีพการงานและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Stewart, Gucciardi, & Grace, 2003) ตลอดจนความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิต มีการรายงานว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการทุพพลภาพ(disability) (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, & Murray, 2004) เทียบเท่ากับการทุพพลภาพของผู้ที่ตาบอด (blindness) หรือ อัมพาตครึ่งท่อนล่าง (paraplegia) (National Institute of Mental Health (NIMH), 2006; World Health Organization (WHO), 2006) และในปัจจุบันพบว่าภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ทั่วโลก (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, & Murray, 2004; NIMH, 2006; WHO, 2006) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นภาระทางด้านสังคมและเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัว ชุมชน ตลอดจนประเทศชาติ (Klerman & Weissman, 1992)

จากการศึกษาภาระโรค (Global Burden of Disease: GBD) โดยองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ด้วยเครื่องมือที่ใช้วัดสภาวะทางสุขภาพแบบใหม่ที่เป็น การเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคทั้งที่ทำให้เสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควรและทำให้ต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยหรือพิการอยู่ในดัชนีชี้วัดตัวเดียวกันที่เรียกว่า ดัชนีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ซึ่งหมายถึง ปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ โดยวิเคราะห์ค่า DALYs จากจำนวนปีที่ผู้ป่วยสูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost: YLLs) รวมกับจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพจากโรคนั้นๆ (Years Lived with Disability : YLDs) โดย 1 DALYs เท่ากับการสูญเสียช่วงอายุที่มีสุขภาพดีไป จำนวน 1 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2542) ซึ่งการศึกษาระยะโรคของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2000 พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 5 หรือคิดเป็นร้อยละ 4.1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั่วโลก

และมีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (Ustun et al., 2004; WHO, 2000) และสำหรับการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้หญิงของ WHO ใน ปี ค.ศ. 2000 พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะ (WHO, 2000) และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้หญิงทั่วโลกด้วย (WHO, 2006) สำหรับการศึกษาระบาดโรคนเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 พบว่าโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด แต่เป็นค่าของจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด คือ 240,557 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2542) เมื่อพิจารณาเฉพาะเพศหญิงพบว่าโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดด้วยเช่นกัน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และส่งผลกระทบต่อมากโดยเฉพาะกับผู้หญิง (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) ทั้งนี้มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าผู้หญิงมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2-3 เท่า (Nolen-Hoeksema, 1990; Stewart, Ransom, Damiani, & Honikman, 2001; Stewart et al., 2003; Warren, 1995; WHO, 2000) และพบมากในช่วงอายุระหว่าง 25- 44 ปี ซึ่งเป็นวัยของการเจริญพันธุ์ การทำงาน และการมีครอบครัว (ศิริพร จิรวัดน์ กุล, 2546; Weissman, 1987; WHO, 2006) ซึ่งการที่ผู้หญิงต้องตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะทำให้กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2542; กรมสุขภาพจิต, 2546) ถึงแม้ภาวะซึมเศร้าจะไม่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรก็ตาม แต่พบว่าการที่ต้องทนอยู่กับความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพนี้ สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยและเป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547; Taylor, 1994)

จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรมต่างๆ (McGrath, Keita, Strickland, & Russo, 1992; Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, 1990; Stewart et al., 2001; Stewart et al., 2003; WHO, 2000) โดยการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในช่วงต่างๆ ของวงจรการเจริญพันธุ์ในชีวิตของผู้หญิง เช่น การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด ระยะก่อนและหลังการหมดประจำเดือน (McGrath et al., 1992) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในบทบาทต่างๆ ของผู้หญิง การถูกแบ่งแยกชนชั้นทางเพศ การขาดการสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีความสำคัญต่อผู้หญิง ปัญหาความยากจน และมีประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกิดขึ้นในชีวิต เป็นต้น (Kendel, Davies, & Raveis, 1985; Krause & Geyer-Pestello, 1985) ซึ่งการที่ผู้หญิงต้องมีภาระหน้าที่เพิ่มขึ้นทั้งในการรับผิดชอบดูแลครอบครัวและต้องทำงานนอกบ้านเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวนี้ สร้างความรู้สึกล้มเหลวให้กับผู้หญิง

จากความไม่สัมพันธ์กันระหว่างหน้าที่การงานกับความรับผิดชอบในครอบครัว (Reisine & Fifield, 1995; Spurlock, 1995; WHO, 2000) จึงส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงได้มากขึ้น (Kasen, Cohen, Chen, & Castille, 2003) ดังเช่นการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) ที่พบว่าผู้หญิงไทยที่แต่งงานแล้วมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้หญิงที่เป็นโสด และพบมีโอกาสที่ภาวะซึมเศร้าได้ถึง 3 ครั้งในช่วงของชีวิต และการศึกษาของ Duangsri (1998) ที่พบว่าแรงงานก่อสร้างสตรีในเขตกรุงเทพมหานครที่มีสถานภาพสมรสคู่เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าแรงงานก่อสร้างสตรีที่เป็นโสดถึง 4 เท่า โดยพบว่าการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคู่สมรสมีผลต่อสุขภาพจิตของแรงงานก่อสร้างสตรี สรุปได้ว่าผู้หญิงที่มีครอบครัวและทำงานนอกบ้านอาจมีความกดดันและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างครอบครัวกับการทำงาน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้หญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kasen et al., 2003)

วิชาชีพพยาบาลมีบุคลากรส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง จึงมีความเสี่ยงจากปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับวงจรชีวิตในช่วงต่างๆ ของการเจริญพันธุ์และบุคลิกภาพที่เฉพาะทางเพศเป็นปัจจัยทางจิตสังคม เช่นเดียวกับผู้หญิงทำงานโดยทั่วไปที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, 1990; Stewart et al., 2001; Stewart et al., 2003) และภาระงานของพยาบาลซึ่งมีลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดความกดดัน สร้างความคับข้องใจ และความเครียดให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้สูง (Demir, Ulusoy, & Ulusoy, 2003) เนื่องจากการมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของสุขภาพและชีวิตซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การปฏิบัติงานต้องมีการควบคุมอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดและเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การทำงานต้องประสานกันเป็นทีมและต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นพยาบาลผู้หญิงจึงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Baba et al., 1999; Williams, Hagerty, Murphy-Weinberg, & Wan, 1995) ตามที่สถาบันความปลอดภัยในวิชาชีพและสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษได้กล่าวว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลมีโอกาสเกิดความเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดจากการทำงานได้มากกว่าวิชาชีพอื่นๆ (Seago, 1997) ซึ่งมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของ Shiraz Namazi Hospital ในประเทศอิหร่าน จำนวน 130 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ศึกษาทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้า โดยพบภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 73.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.5 และร้อยละ 5.4 มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง (Kavari, 2006) นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มผู้หญิงทำงานระดับวิชาชีพ เช่น นักเคมี พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักศึกษาแพทย์ และนักจิตวิทยา พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป ซึ่งสาเหตุของการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากมีภาวะซึมเศร้า (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และ ชนิดา กาญจนลาภ, 2543; McGrath et al, 1990) ทั้งนี้มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าพยาบาลที่มีความเครียดเป็นเวลานานและไม่สามารถปรับตัวหรือได้รับ

ความช่วยเหลือให้เผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย (burnout) ส่งผลให้พลังงานที่สะสมในร่างกายลดลง เกิดความรู้สึกท้อแท้ใจ และมีความภาคภูมิใจในตนเองลดน้อยลงจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (Baba et al., 1999; Lambert & Lambert, 2001; Weinberg & Creed, 2000)

กล่าวโดยสรุปก็คือ พยาบาลวิชาชีพสตรีเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง จากสาเหตุของการมีลักษณะความเป็นผู้หญิงที่เป็นปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ และจากการทำงานที่มีความกดดันสร้างความตึงเครียดให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีครอบครัวยังมีการะหน้าที่และความรับผิดชอบจากบทบาทต่างๆ มากมายทั้งในครอบครัว เช่น ภรรยา หรือ มารดา หรือ คุณแม่ที่สูงอายุหรือญาติ และในบทบาทผู้ทำงานด้านการพยาบาลซึ่งมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่พบเกี่ยวกับผู้ป่วย การทำงานแบบผลัดเปลี่ยนเวลายังจะทำให้ร่างกายต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลาแล้ว ยังอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวพยาบาลเอง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลได้ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีจึงเป็นเรื่องที่ควรตระหนักและให้ความสำคัญ เนื่องจากพยาบาลเป็นฐานกำลังที่สำคัญของระบบสาธารณสุขของประเทศ ถ้าหากพยาบาลวิชาชีพสตรีเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติงานทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนความน่าเชื่อถือของวิชาชีพพยาบาลให้ลดลงได้ ซึ่งในปัจจุบันนี้ประเทศต่างๆ ได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์กันมากขึ้น (Blisker, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล แต่ไม่พบว่ามีการศึกษาภาวะซึมเศร้าที่เจาะจงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรีโดยตรง ทั้งที่พยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีหลายบทบาทมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุก ระดับของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้ว ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นเขตพื้นที่เจริญและประชากรมีการแข่งขันกันทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่าประชาชนในเขตนี้มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าสูงเป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร (กรมสุขภาพจิต, 2546) เพื่อให้มีความเข้าใจในภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีในพื้นที่นี้ และเพื่อประโยชน์ในการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าให้กับบุคลากรวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทยต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและในพยาบาล ซึ่งทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักๆ คือ ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (Biological theory) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological theory) และทฤษฎีทางด้านสังคม (Social theory) (Rathbun, 2000; Weitz, 2001; Sadock & Sadock, 2005; Rasgon, Guire, & Troisi, 2000) มีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา อธิบายถึงปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยด้านพันธุกรรม และความผิดปกติจากการทำงานของสารสื่อประสาทและฮอร์โมนต่างๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546; Gordon & Ledray; 1985; Kreps, 2006; Sadock & Sadock, 2005; Stuart, 1995; Warren, 1995; Weissman, 1987; Willenz, 2002) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยด้านพันธุกรรมที่กล่าวถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดชั้นที่หนึ่ง (พ่อ แม่ พี่น้อง) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า (McGrath et al., 1990; Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman, 1987) โดยปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ซึ่งเป็นข้อมูลของบุคคลและครอบครัวที่นำมาประกอบในการพิจารณาความเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Glowinski, Madden, Bucholz, Lynsky, & Heath, 2003; Rice, Harold, & Thapar, 2002; Roy, 1981; Roy, 1987; Sangon, 2001; Silberg, Rutter, & Eaves, 1999; Townsend, 1999; Weissman et al., 1987; Willenz, 2002)

ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา อธิบายถึงปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง ประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีพฤติกรรม ทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ และทฤษฎีความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี (โดยการเสียชีวิตหรือแยกจากกัน) เป็นปัจจัยที่มาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ที่เป็นผลจากประสบการณ์ที่เจ็บปวดจากการสูญเสียบิดามารดาในวัยเด็ก โดยเฉพาะกับการที่สูญเสียมารดาโดยการเสียชีวิตหรือหรือพลัดพรากจากกัน (Akiskal, 2005; Brown & Harris, 1978; Stuart, 1995; Warren, 1995) โดยในขณะที่บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียนั้นจะเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalent) ร่วมด้วย แต่ความรู้สึกดังกล่าวถูกเก็บกดอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกจึงไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดการหันเหเข้าหาตัวเองโดยการกล่าวโทษตนเอง (introjection) (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2545) ก่อให้เกิดความรู้สึกโกรธแต่จำเป็นต้องเก็บกดไว้ด้วยความรู้สึกผิดซึ่งสร้างความเจ็บปวดให้กับตนเอง ส่งผลให้พัฒนาการทางจิตใจและอารมณ์ไม่สมบูรณ์ขาดพัฒนาการด้านความรักและการ

มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และ ชนิดา กาญจนลาภ, 2543; Bowlby, 1986) ต่อมาเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่จึงกระตุ้นความรู้สึกที่เก็บกดเอาไว้ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ (Akiskal, 2005; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987; Stuart, 1995) อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความสูญเสียนี้เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการพัฒนาและทุกช่วงอายุ (Blazer, 1982 อ้างใน มาโนช ทับมณี, 2541) แต่เนื่องจากพัฒนาการด้านความคิดและจินตนาการของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 11 ปี ยังเป็นระบบแบบรูปธรรม (concrete thinking) จึงยังไม่สามารถมีความเข้าใจในสิ่งที่อาจต้องการความเข้าใจที่ซับซ้อนได้ดี เช่น การต้องแยกจากมารดาอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตหรือพลัดพรากได้ ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 11 ปีที่มีการสูญเสียพ่อหรือแม่จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเด็กในช่วงอายุอื่นๆ (จำลอง ดิษยวิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวิช, 2546; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546; สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Sangon, 2001; Stuart, 1995; Warren, 1995; Kavari, 2006)

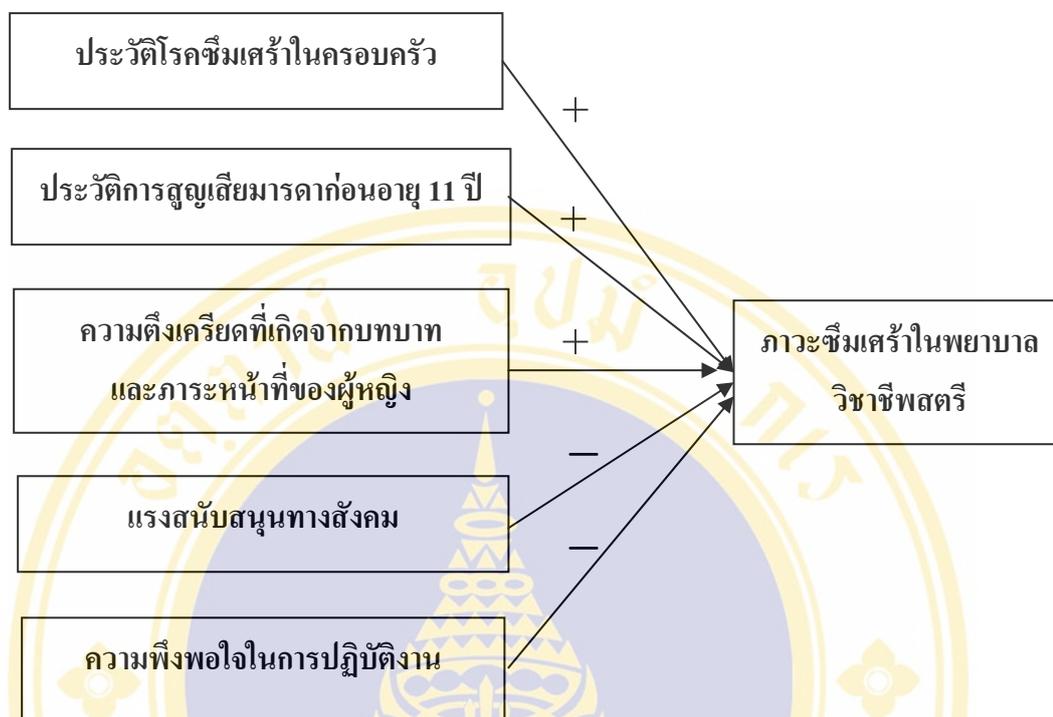
ทฤษฎีทางด้านสังคม อธิบายถึงอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงประกอบด้วย ทฤษฎีบทบาท ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ปัจจัยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง (Women's Role Strain) เป็นปัจจัยที่มาจากภาระโดยทฤษฎีบทบาททางสังคม กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงว่าการที่ผู้หญิงต้องมีภาระหน้าที่ในบทบาทต่างๆ เช่น บทบาทของการเป็นภรรยา บทบาทมารดา ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัว และเป็นผู้ทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้หญิงเกิดความรู้สึกตึงเครียดและเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง โดยมีการศึกษาพบว่าความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (Churoke, 2005; Reid & Hardy, 1999 cited in Churoke, 2005; Pearlin, 1989; Rosenfield, 1989; Stuart, 1981)

ปัจจัยอีกตัวหนึ่งจากทฤษฎีทางสังคมที่เลือกศึกษาในครั้งนี้ คือ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (Job Satisfaction) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการทำงานที่พบว่ามีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในผู้ปฏิบัติงาน (Herzberg et al., 1959) โดยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติงานของบุคคล (Hazel & Karen, 1991) กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงจะมีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน และมีความอดทนต่อความกดดันจากอุปสรรคต่างๆ มีการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่ำจะมีความสัมพันธ์และทำให้เกิดความเครียด ถ้าความเครียดที่เกิดขึ้นเรื้อรังไม่ได้แก้ไขจะทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายในงาน และส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือเกิดปัญหาทาง

สุขภาพจิตในพยาบาลได้ (Baba et al., 1999; Healy & McKay, 2000; Stacciarini & Troccoli, 2004; Tyler & Cushway, 1995) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าพยาบาลที่รู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่รู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (เสาวคนธ์ สิงห์อาจ, 2546)

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กล่าวถึง แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการให้และการได้รับหรือการตอบสนองความต้องการจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Brown & Harris, 1978) จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและจิตใจของบุคคล (Beeber, 1996; Cohen & Syme, 1985) โดยเฉพาะกับผู้หญิง ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธ์ที่ดีระหว่างตนเองกับบุคคลที่สำคัญและผูกพันอยู่ด้วย (Beeber, 1996; Rasgon et al., 2000; Rosenfield, 1989; Weitz, 2001) และพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยเพิ่มความมั่นใจ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีความสามารถในการที่จะควบคุมสถานการณ์ ช่วยลดระดับของความเครียดที่เกิดขึ้น และช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม (Beeber, 1996; Cohen & Syme, 1985) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่ได้รับการยอมรับกันโดยทั่วไป พบว่ามี 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการความใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม โอกาสในการมีพฤติกรรมดูแลรับผิดชอบผู้อื่น การได้รับการยอมรับในคุณค่าของตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือที่มีประโยชน์ทางด้านข้อมูล อารมณ์ และเครื่องมือ (Weinert, 1987) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546; พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540; Duangduen, 2004; Sangon, 2001; Vatanasin, 2005)

สรุปว่า ปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของพยาบาลวิชาชีพสตรีในการศึกษาครั้งนี้เป็นปัจจัยที่มาจากทฤษฎีทางด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคม ประกอบด้วย ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย คือ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง

สมมติฐานการวิจัย

1. ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง
2. แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง
3. ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพสตรีระดับพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้วที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และมีบทบาทอื่นที่นอกเหนือจากเป็นผู้ทำงาน เช่น ภรรยา มารดา หรือ ผู้ดูแล ปฏิบัติงานสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นทางสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพสตรีในการป้องกันและจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี

นิยามตัวแปร

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) มี 5 ตัว ได้แก่

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว หมายถึง ประวัติบุคคลในครอบครัวสายตรงของพยาบาลวิชาชีพสตรีที่กำลังเป็นหรือเคยเป็นภาวะซึมเศร้า จากการตอบในแบบสอบถาม

ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี หมายถึง ประวัติของพยาบาลวิชาชีพสตรีเกี่ยวกับการสูญเสียมารดาโดยการเสียชีวิตหรือการพลัดพรากจากกันก่อนอายุ 11 ปี จากการตอบในแบบสอบถาม

ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพสตรีเกี่ยวกับความตึงเครียดที่เกิดจากภาระหน้าที่ของผู้หญิงที่มีหลายบทบาท ซึ่งความรู้สึกตึงเครียดจากการมีหลายบทบาทนี้อาจเกิดจากความขัดแย้งในบทบาท ความไม่ชัดเจนในบทบาท บทบาทที่ไม่ต่อเนื่อง และการที่มีบทบาทมากเกินไป

นิยามเชิงปฏิบัติการของความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง ของพยาบาลวิชาชีพสตรี หมายถึง คะแนนรวมของของความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงของพยาบาลวิชาชีพสตรี ประเมินโดยแบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง (Women's Role Strains Inventory : WRSI) ฉบับภาษาไทย (Sangon, 2001) จำนวน 44 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 44 - 220 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทน้อย

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพสตรีเกี่ยวกับการให้ และรับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ใน 5 มิติ ได้แก่ 1) ความรักใคร่ผูกพัน 2) การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 4) การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง และ 5) ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูล คำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการ

นิยามเชิงปฏิบัติการของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง คะแนนรวมของแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพสตรี ประเมินโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II) ฉบับภาษาไทย (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) จำนวน 25 ข้อ ที่มีเนื้อหาแบบสอบถามของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ที่มีคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 25 - 125 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมสูงหมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (Weinert, 1987)

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีต่องานและสิ่งแวดล้อมที่พยาบาลวิชาชีพสตรีปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองจากปัจจัยจิตใจหรือปัจจัยภายใน และความ

ไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นผลจากความไม่เพียงพอจากปัจจัยด้านหรือปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทาง ด้านสิ่งแวดล้อมของงาน

นิยามเชิงปฏิบัติการของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง คะแนนรวมของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพสตรี ประเมินโดยแบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่พัฒนาโดย เอียดศิริ เรื่องภักดี (2543) จากทฤษฎีการจูงใจในการปฏิบัติงานของเฮอรัช เบิร์กและคณะ (Herzberg et al., 1959) จำนวน 50 ข้อ โดยคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 50 - 250 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง คะแนนรวมต่ำหมายถึง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับต่ำ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และด้านร่างกายของพยาบาลวิชาชีพสตรีที่แสดงด้วยอาการซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่ายไม่มีความสุข ขาดสมาธิ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายและรุนแรง การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ รู้สึกอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกไร้ค่าไม่อยากมีชีวิตอยู่

นิยามเชิงปฏิบัติการของภาวะซึมเศร้า หมายถึง คะแนนรวมของภาวะซึมเศร้าของพยาบาลวิชาชีพสตรี ประเมินจากแบบประเมิน ชื่อ Thai Depression Inventory พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) มีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนน 0 - 3 โดยคะแนนรวมที่ได้มีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจากคะแนนรวมที่ได้ เป็น 5 ระดับ ดังนี้ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนรมน้อยกว่า 21 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (คะแนนรวมตั้งแต่ 21 - 25 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนนรวมตั้งแต่ 26 - 34 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนนรวมตั้งแต่ 35 - 40 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้าระดับที่รุนแรงมาก (คะแนนรวมมากกว่า 40 คะแนน)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษา คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
 - 1.4 ระดับของภาวะซึมเศร้า
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 1.7 การรักษาโรคซึมเศร้า
 - 1.8 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง
3. ภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี
 - 4.1 ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว
 - 4.2 ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี
 - 4.3 ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง
 - 4.4 แรงสนับสนุนทางสังคม
 - 4.5 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Concepts of Depression)

ความหมายของภาวะซึมเศร้า (Definition of Depression)

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนไปในทาง โศกเศร้า เสียใจ อ่างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ชอบตำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น และการทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า หรือ กระวนกระวาย เป็นต้น

อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2530) ได้ให้นิยามภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ อาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ซึ่งมีเพียงความรู้สึกเศร้า หงุดหงิดหรือร้องไห้ ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน และโรคซึมเศร้า เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรง รบกวนกิจวัตรประจำวัน

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดห้วงมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนืดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้เป็นอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย (2545) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ ลึนหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่มีผู้กล่าวไว้สรุปความหมายได้ดังนี้ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ในทางลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตของตนเอง ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ อาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ซึ่งมีเพียงความรู้สึกเศร้า หงุดหงิดหรือร้องไห้ ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค ไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน และโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรง รบกวนกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่มีความสุข รู้สึกตนเอง

ไร้ค่า ไม่มีอนาคต สิ้นหวังในชีวิตจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพสตรีที่เป็นโรคซึมเศร้า

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (Theories Related to Depression)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งทฤษฎีเหล่านี้มี 3 กลุ่ม คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม (Akiskal, 2005; Rasgon et al., 2000) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีชีววิทยา (Biological Theories of Depression)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาทางด้านประสาทวิทยาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของปัจจัยด้านชีววิทยาในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ (Akiskal, 2005; Laraia, 1995; Rasgon et al., 2000; Stuart, 1995) ได้แก่ พันธุกรรม (Genetics) สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitters) และการควบคุมการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Regulation) (Akiskal, 2005; Gordon & Ledray, 1985; Rasgon et al., 2000; Sadock & Sadock, 2005; Warren, 1995) ซึ่งได้อธิบายไว้ดังนี้

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetics Theories)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาทางด้านพันธุกรรมในปัจจุบันมีวิธีการศึกษาที่เจาะลึกในโมเลกุลของยีนถึงระดับของ DNA ที่มีผลสนับสนุนได้ว่าภาวะซึมเศร้าสามารถถ่ายทอดในครอบครัวได้ (Kelsoe, 2005; Kreps, 2006; Sadock & Sadock, 2003; Stuart, 1995; Townsend, 1993) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้สนับสนุนความเกี่ยวข้องของพันธุกรรมกับภาวะซึมเศร้า พอสรุปได้ดังนี้ 1) การศึกษาครอบครัว (family studies) ซึ่งมีการศึกษาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ ประวัติครอบครัว (family history) พบว่าผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวข้องกับทางสายเลือดในชั้นแรก (เช่น พ่อแม่ ลูก พี่น้อง) เกิดภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลทั่วไป 1.5-3 เท่า (Kelsoe, 2005; Kreps, 2006; Laraia, 1995; Weissman, 1987; Willenz, 2002; American Psychiatric Association (APA), 1987 cited in Townsend, 1993) และการศึกษาในกลุ่มแฝด (twin studies) ที่พบว่าถ้าคู่แฝดคนใดคนหนึ่งที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic) มีภาวะซึมเศร้าโอกาสที่คู่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดภาวะซึมเศร้ามีประมาณร้อยละ 75 ในขณะที่คู่แฝดคนใดคนหนึ่งที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic) มีภาวะซึมเศร้า โอกาสที่คู่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดภาวะซึมเศร้ามีประมาณร้อยละ 20 (Beeber, 1996; Fontaine, 1991; Kelsoe, 2005; Stuart, 1995; Townsend, 1993) นอกจากนี้การศึกษาในบุตรบุญธรรม (adoption studies) เป็นการศึกษาเพื่อแยกปัจจัยด้านพันธุกรรมจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมหรือการเลี้ยงดูสนับสนุนความเกี่ยวข้องของพันธุกรรมกับ

ภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าบุตรบุญธรรมที่พ่อแม่ผู้ให้กำเนิดมีภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุตรบุญธรรมที่มีพ่อแม่ปกติ (Kelsoe, 2005; Stuart, 1995; Cadoret, 1978 cited in Townsend, 1993) ซึ่งข้อมูลทั้งหมดสนับสนุนความเกี่ยวข้องของการถ่ายทอดภาวะซึมเศร้าทางพันธุกรรม ทำให้มีการศึกษาที่เจาะลึกลงไปในระดับโมเลกุลของหน่วยทางพันธุกรรมขึ้น ซึ่งก็คือการศึกษาในยีนและโครโมโซม (genetic linkage studies) ทั้งนี้มีรายงานการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติด้านอารมณ์กับยีนลักษณะเฉพาะ (gene markers) บนโครโมโซมบางตัว เช่น 5, 11, 18, และ x เป็นต้น (Sadock & Sadock, 2003) ทำให้นักวิจัยเชื่อว่าการที่ผู้หญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าอาจเป็นเพราะมียีนเฉพาะเป็นลักษณะเด่นของผู้หญิง (X-linked dominant gene) เป็นไปได้ว่าภาวะซึมเศร้าอาจถูกถ่ายทอดโดยยีนที่มีภาวะซึมเศร้าบนโครโมโซม X ในครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้า (Beeber, 1996; Glowinski et al., 2003; Kelsoe, 2005; Taegum, 1988 cited in Fontaine, 1991; Laraia, 1995; Rice et al., 2002; Silberg et al., 1999; Townsend, 1993; Stuart, 1995; Weissman et al., 1987; Willenz, 2002) อย่างไรก็ตามการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในปัจจุบันมีไม่มากพอที่จะสรุปผลได้อย่างแน่นอน และจากที่การศึกษามีผลที่มีความแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาที่พบมีความสำคัญจึงยังมีการศึกษาด้านนี้กันต่อไปในปัจจุบัน (Kelsoe, 2005; Sadock & Sadock, 2003; Stuart, 1995)

1.2 สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitters)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความสัมพันธ์กับสารสื่อประสาท 2 ชนิด คือ serotonin และ norepinephrine ซึ่งพบว่ามีความสำคัญกับการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่บริเวณ limbic และ cortex ที่ควบคุมการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ (บุศยา บุญใจเพชร และคณะ, 2547) มีการศึกษาว่าถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติของการเผาผลาญของสาร Monoamine ที่บริเวณระบบประสาทส่วนกลางดังกล่าวจะทำให้ระดับของ serotonin และ norepinephrine ต่ำกว่าปกติ และพบว่าเกิดการเกิดภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการที่มีปริมาณหรือการทำงานที่ลดลงกว่าปกติของ Serotonin และ norepinephrine (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2533; Akiskal, 2005; Laraia, 1995; Janowsky et al, 1988 cited in Townsend, 1993; Sadock & Sadock, 2003; Steiner & Edward, 2000; Wood, 2005) นอกจากนี้พบว่าในผู้ป่วยซึมเศร้าอาจมีสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องอีกตัว คือ Dopamine ซึ่งพบว่ามีความสำคัญในการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางด้านอารมณ์ เช่น แรงขับทางเพศ (sex drive) ความรู้สึกพอใจ (pleasure) การเคลื่อนไหว (psychomotor) และความคิด (cognition) มีการทำหน้าที่ลดลง (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2536; Laraia, 1995; Steiner & Edward, 2000; Thase, 2005; Wood, 2005)

1.3 การควบคุมการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine regulation)

แนวคิดนี้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความแปรปรวนของHypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมการทำงานของสมองและระบบประสาทอัตโนมัติ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2536) โดยพบว่าความผิดปกติในการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนของ Hypothalamus เป็นผลจากการทำงานที่ผิดปกติของสารสื่อประสาทสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ด้วย (Sadock & Sadock, 2003; Hanley & Van de Kar, 2003 cited in Wood, 2005) การศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่ามีความผิดปกติของระบบควบคุมการหลั่งฮอร์โมนใน 3 ระบบที่สำคัญ คือ 1) ระบบHypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) axis ซึ่งมีการทำงานมากขึ้น โดยที่ Hypothalamus มีการหลั่งของฮอร์โมน CRF เพิ่มขึ้นซึ่งไปกระตุ้นให้ Anterior Pituitary หลั่งฮอร์โมน ACTH ไปกระตุ้นที่ Adrenal cortex มีผลทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Cortisol เพิ่มมากขึ้น ซึ่ง Cortisol ที่สูงขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อร่างกายให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง เช่น มีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ ลดความอยากอาหาร น้ำหนักลดลง และอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 50 มีระดับของ Cortisol เพิ่มสูงขึ้น (Stuart, 1995; Townsend, 1993) 2) ระบบ Hypothalamic-Pituitary-Thyroid (HPT) axis โดยการศึกษาพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 25 มีการเปลี่ยนแปลงการหลั่งฮอร์โมน Thyroid-Stimulating-Hormone (TSH) ที่ Anterior Pituitary ซึ่งเป็นผลจากการถูกกระตุ้นด้วย Thyrotropic-Releasing-Hormone (TRH) ที่หลั่งจาก Hypothalamus โดยพบว่า TSH มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นของ TRH เปลี่ยนไป ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน (Akiskal, 2005; Keltner, Schwecke, & Bostrom, 1999; Stuart, 1995; Townsend, 1999) และ 3) ระบบ Hypothalamic-Pituitary-Growth Hormone axis ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจะมีความผิดปกติในการหลั่งของ Growth Hormones (Sadock & sadock, 2003; Thase, 2005; Townsend, 1993; Stuart, 1995; Hanley & Van de Kar, 2003 cited in Wood, 2005) นอกจากนี้พบว่า การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน estrogen, follicle stimulating hormone (FSH), Luteinizing Hormone (LH), Prolactin และ Tryptophan ที่ลดลงในผู้หญิงช่วงตั้งครรภ์และช่วงหลังคลอดให้นมบุตร ช่วงใกล้หมดประจำเดือน และช่วงหมดประจำเดือน ส่งผลให้ผู้หญิงบางคนมีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เสียว่าย และในบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546; Nolen-Hoeksema, 1990; Sadock & sadock, 2003)

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression)

ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีพฤติกรรม และทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งแต่ละทฤษฎีได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อประสบการณ์ของการสูญเสียบุคคลสำคัญที่เป็นที่รักตั้งแต่ในวัยเด็ก (Stuart, 1995; Warren, 1995) โดยเฉพาะมารดาจากการเสียชีวิตหรือพลัดพราก ซึ่งในขณะที่บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียนั้นจะเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalent) ร่วมด้วย แต่ความรู้สึกดังกล่าวถูกเก็บกดอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกจึงไม่ได้รับการแก้ไขทำให้เกิดการหันเหเข้าหาตัวเอง (introjection) ทำให้บุคคลเกิดการกล่าวโทษตนเอง (เอาไปพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2545) คิดว่าไม่มีใครต้องการตนเองและคิดว่าตนเองไม่มีค่า เกิดความรู้สึกโกรธแต่จำเป็นต้องเก็บกดไว้ด้วยความรู้สึกผิดซึ่งสร้างความเจ็บปวดให้กับตนเอง ส่งผลให้พัฒนาการทางจิตใจและอารมณ์ไม่สมบูรณ์ ขาดพัฒนาการด้านความรักและการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น (ฉรงค์ สุภัทรพันธุ์ และ ชนิตา กาญจนลาภ, 2543; Bowlby, 1986) ทำให้รู้สึกขาดความรักและความอบอุ่น กลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ต่อมาเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้ (Akiskal, 2005; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987; Stuart, 1995) มีการศึกษาพบว่า การสูญเสียที่มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดโรคซึมเศร้า คือ การสูญเสียพ่อหรือแม่ที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 11 ปี (จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช, 2546; ศรยุทธ วาสิกันานนท์, 2547; Brown & Harris, 1978; Sangon, 2001) ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความสูญเสียสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการพัฒนาและทุกช่วงอายุ (Blazer, 1982 อ้างใน มาโนช ทับมณี, 2541) แต่เนื่องจากพัฒนาการด้านความคิดและจินตนาการของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 11 ปี ยังเป็นระบบแบบรูปธรรม (concrete thinking) จึงยังไม่สามารถมีความเข้าใจในสิ่งที่อาจต้องการความเข้าใจที่ซับซ้อนได้ดี เช่น การต้องแยกจากมารดาอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตหรือพลัดพรากได้ ส่งผลทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546)

2.2 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory)

ทฤษฎีปัญญานิยม ได้อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากการที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ในองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ แนวคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Cognitive triad) รูปแบบทางความคิด (Schema) และความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) ทำให้เกิดแนวคิดและการรับรู้ในทางลบ ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้ดังนี้ (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; ขวัญจิต มหาจิตติคุณ, 2548)

แนวคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (Cognitive triad) ได้แก่ การรับรู้ในทางลบต่อตนเอง (Negative view of self) เป็นความคิดที่ตนเองสร้างขึ้นโดยบุคคลรับรู้ว่าคุณ

ไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความเชื่อว่าคนอื่นไม่ต้องการ และไม่มีโอกาสมีความสุขได้ เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นจะโทษว่าเกิดจากความผิดของตนเอง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา การรับรู้ในทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) บุคคลรับรู้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมในทางลบ คิดว่าเต็มไปด้วยอุปสรรค มองโลกในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมสิ่งแวดล้อม และมองโลกทุกด้านในแง่ลบโดยอัตโนมัติ จนรู้สึกท้อแท้และพ่ายแพ้ ไม่สามารถทนได้และแยกตัวเองไปจากสังคม เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ทำให้มีการแปลไปทางลบและเกิดภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ในทางลบต่ออนาคต (Negative view of future) บุคคลมีการมองเหตุการณ์ความทุกข์ในปัจจุบันว่าจะดำเนินไปไม่มีสิ้นสุด มองว่าอนาคตมีแต่ความยากลำบาก จะเห็นแต่อุปสรรคไม่มีทางบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้ ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจ ท้อแท้ และสูญเสียความหวังในอนาคต หมดหวัง เกิดภาวะซึมเศร้า

รูปแบบทางความคิด (Schema) เป็นการอธิบายถึงความหมายของรูปแบบทางความคิดที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ยังคงคิดว่าตนเองได้รับความเจ็บปวดหรือล้มเหลว แม้ว่าจะมีเหตุการณ์ทางบวกเข้ามาในชีวิต ซึ่งเป็นผลจากการเลือกสนใจตัวกระตุ้นที่เฉพาะในสถานการณ์นั้น (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) เป็นความคิดที่มีลักษณะเนื้อหาไปในทางลบ ได้แก่ การด่วนสรุปความคิดเห็นโดยมีข้อมูลไม่เพียงพอ (arbitrary interference) การเลือกสนใจประสบการณ์ทางลบ (selective abstraction) การแปลความเกินความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การมีความคิดเอนเอียงไปในทางที่ไม่เกี่ยวกับตน (personalization) และการมีความคิดด้านในด้านหนึ่ง (absolutistic, dichotomous thinking)

2.3 ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavioral theory)

Lewinsohn (1979) เสนอว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคล เกี่ยวข้องกับระบบการให้แรงเสริมจากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากบุคคลถูกจำกัดโอกาสในการได้แรงเสริมทางบวก (reinforcement) หรือได้รับแรงเสริมที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับการมีทักษะทางสังคมไม่ดี ความยากลำบาก เช่น ความล้มเหลวของบุคคลในด้านต่างๆ ทำให้เกิดความไม่พอใจ เกิดความเบื่อหน่าย ความรู้สึกผิดหวังเสียใจ และรู้สึกเจ็บปวดที่มีต่อสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งเป็นอาการของภาวะซึมเศร้า (Akiskal, 2005; Craig & Dobson, 1996; Lewinsohn, 1995; Stuart, 1995)

2.4 ทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned-Helplessness Theory)

ทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ของ Seligman (1975) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกท้อแท้ท้ออาลัย และเชื่อว่าไม่มีใครที่จะทำอะไรเพื่อช่วยเหลือตนเอง ซึ่งภาวะ Helplessness ดังกล่าวนี้นี้เป็นความคิดของบุคคลที่เชื่อว่าไม่ว่าตนเองหรือใครๆ ก็ไม่สามารถทำอะไรเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จได้ ดังนั้นเมื่อมีประสบการณ์ล้มเหลวหลายๆ ครั้ง ไม่ว่าจะ เป็นจริงหรือรู้สึกไปเอง บุคคลนั้นก็จะเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยงความพยายามที่จะนำพาตนเองไปสู่ความสำเร็จ (learned-helplessness) และยอมแพ้ต่ออุปสรรค หมดความกระตือรือร้นขาดแรงจูงใจ ในการจัดการปัญหาในชีวิต ทำให้รู้สึกตนเองไร้คุณค่าในที่สุดเกิดภาวะซึมเศร้า (Akiskal, 2005; Gordon & Ledray, 1985; Kerr, 1987)

3. ทฤษฎีทางสังคม (Social theories of Depression)

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีทางสังคม ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้ากับสิ่งแวดล้อมทางสังคม เนื่องจากสังคมมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและเศรษฐกิจ ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวตามได้ทัน ทำให้บุคคลมีความเครียดและอาจพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สร้างความกดดันด้านจิตใจให้แก่บุคคล เช่น เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตต่างๆ สถานภาพการสมรส ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส ความสัมพันธ์ของครอบครัว สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาหน้าที่การงานและอาชีพ และการขาดการสนับสนุนและกำลังใจจากสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Beeber, 1996; Rasgon et al., 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า พบว่าทฤษฎีที่อธิบายภาวะซึมเศร้ามี 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยที่ประกอบด้วย ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยสารสื่อประสาทสมอง และฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ และทฤษฎีทางจิตวิทยาซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม และทฤษฎีพฤติกรรม และสุดท้ายทฤษฎีทางสังคมอธิบายถึง ปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันทั้งปัจจัยทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา และทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อมของบุคคล

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (Symptoms of Depression)

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มความผิดปกติของอาการหลายด้าน จึงทำให้เกิดอาการแสดงออกได้หลายอย่างดังนี้ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; Priest, 1983)

1. อารมณ์เศร้าหมอง ไม่มีความสุข ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา เป็นอาการหลักของภาวะซึมเศร้ารุนแรง อาการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย และมีอาการเกือบตลอดวันหรือเกือบทุกวันนานสองสัปดาห์ขึ้นไป

2. อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจ หรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (Anhedonia) พบได้เสมอในภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ บางคนมีอาการเฉยชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สิ้นน้ำใจดูเครื่องเครียดยิ้มไม่ออกและไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ บางคนอาจจะไม่บ่นระบายความรู้สึกดังกล่าวเพียงแค่แยกตัวเฉยชา ทำตัวเหินห่างจนเป็นที่สังเกตเห็นได้ต่อครอบครัวและเพื่อนฝูง

3. อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายโดยไม่รู้สาเหตุและมักจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ โดยจะรู้สึกเสียใจเมื่อแสดงอาการหงุดหงิดหรือทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว

4. รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิวต้องฝืนใจรับประทาน ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่ของที่ชอบ ทำให้น้ำหนักลดมากและผ่ายผอม ผู้ป่วยกลุ่มที่อาการไม่ตามรูปแบบกลับจะมีอาการเจริญอาหาร รับประทานมากขึ้นทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น มีปัญหาเรื่องอ้วนตามมา

5. อาการนอนไม่หลับ ซึ่งอาการนอนไม่หลับมีได้ตั้งแต่ต้นนอนหลับยาก หรือนอนไม่หลับระยะต้น (Initial insomnia) ต้องใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อย หรือหลับได้ง่ายแต่มีรู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (Terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

6. อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรงแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การนอนหลับหรือพักผ่อนก็ไม่ช่วยให้ดีขึ้น

7. อาการไม่มีสมาธิ ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าคิดช้า ความคิดไม่แล่น การพูดจาเชื่องช้า จี๋ลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ พูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ อาการคล้ายกับมีความจำเสื่อม แต่เมื่อทดสอบด้านจิตวิทยาแล้วจะตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ

8. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) อยู่ไม่เป็นสุข ผุดลุกผุดนั่งเดินไปมา บ่นพึมพำกับตนเอง อยู่นิ่งมือไปมา ขี้มอมหรือดึงผมตนเอง เป็นพฤติกรรมที่กระทำซ้ำๆ ไร้จุดหมาย บางคนมักจะมีอาการเชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) ผู้ที่มีอาการรุนแรงมากอาจจะมีอาการคาทาโทเนีย (Catatonia) คือ นอนหรือนั่งนิ่งอยู่ท่าใดท่าหนึ่ง

นานๆ และชัดเจนต่อต้านเมื่อถูกจับให้เคลื่อนไหว หรืออาจนอนนิ่งเฉยไม่พูดจาหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ เหมือนไม่รู้สึกรู้สึกรู้

9. ความรู้สึกผิดโทษตนเอง คิดสมเพชดูถูกตนเองอย่างมากแม้มีความผิดพลาดเล็กน้อย หรือตำหนิตนเองทั้งที่ไม่มีผิดอะไรคิดว่าตนเองมีบาปสมควรถูกลงโทษไม่สมควรมีชีวิตอยู่

10. ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าใดๆในตนเอง ครุ่นคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าหมกความสำคัญ เป็นภาระของครอบครัวและนำความยุ่งยากมาให้ ซึ่งความคิดเหล่านี้สามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

11. อาการคิดหมกมุ่นกับความตาย มีความคิดอยากตาย พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งร้อยละ 15 พยายามฆ่าตัวตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน ผู้ป่วยมักจะคิดว่าความตายน่าจะเป็นทางออกที่ดีสำหรับตนเอง หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

12. อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 - 70 หรือเกือบทุกคน แต่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไม่ทุกคนที่มีอารมณ์ซึมเศร้า อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่นใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรงร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามมือและเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะและปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆ นานา กลัวไปหมด (fearful) เชื่อว่าอาการคิดมากและวิตกกังวลอาจเป็นอาการเริ่มแรกของภาวะซึมเศร้าได้

13. อาการหมดอารมณ์ทางเพศ หรืออารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ชาย

14. อาการวิตกหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (Hypochondriasis) พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ เกิดอาการทางกายร่วมด้วยและเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก และปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยมักจะมารับทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการหรือความเครียด และดึงดันหรือยืนยันกรานว่าตนเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

ระดับของภาวะซึมเศร้า (Levels of Depression)

ภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ด้วยลักษณะที่เปลี่ยนไป 4 ด้าน คือ อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และอาการทางกาย ซึ่งแบ่งความรุนแรงได้ดังนี้ (Townsend, 1993; Townsend, 1999)

1. ภาวะซึมเศร้าชั่วคราว (Transient depression) ในอาการระดับนี้ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ แต่จะมีการเปลี่ยนแปลง คือ

ด้านอารมณ์ มีความเศร้าโศกเสียใจ หม่นหมอง

ด้านพฤติกรรม อาจมีอาการร้องไห้

ด้านความคิด อาจรู้สึกยากต่อการที่จะไม่คิดถึงเรื่องที่ทำให้ผิดหวัง

ด้านร่างกาย รู้สึกอ่อนล้า

2. ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเศร้าโศกเสียใจตามปกติ

ด้านอารมณ์ ปฏิเสธความรู้สึก โกรธ วิตกกังวล รู้สึกผิด ท้อแท้ สิ้นหวัง เศร้าโศก

ด้านพฤติกรรม ร้องไห้ มีภาวะถดถอย อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย ถอยหนี

ด้านความคิด มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับความสูญเสีย ต่ำห็นตนเองและผู้อื่น คิดสับสน

ด้านร่างกาย เบื่ออาหาร หรืออาจรับประทานอาหารมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดหน้าอก หรือมีอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่แสดงถึงปัญหาและความผิดปกติมากขึ้น

ด้านอารมณ์ รู้สึกเศร้าโศกเสียใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกมีดมนล้นหนทาง รู้สึกนับถือตนเองต่ำ ยากจะมีความสุขกับกิจการต่างๆ

ด้านพฤติกรรม การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ทำทางห่อเหี่ยว พุดซ้ำ พุดน้อย มักพุดเกี่ยวกับความล้มเหลวของชีวิต หลีกหนีสังคม ลดความสนใจในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ด้านความคิด คิดซ้ำ มีสมาธิยาก คิดวนเวียนแต่ในแง่ร้าย มีความคิดอยากตาย

ด้านร่างกาย เบื่ออาหารหรืออาจทานมากกว่าปกติ นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดหน้าอก ปวดท้อง หดแรง เชื่องซึม

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับที่มากกว่าระดับปานกลาง จนเข้าขั้นเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) และเป็นโรคซึมเศร้าไบโพลาร์ (Bipolar) ลักษณะอาการประกอบไปด้วย

ด้านอารมณ์ รู้สึกหมดสิ้นหวัง ท้อแท้ ไร้ค่า นิ่งเฉยเหมือนไร้ซึ่งอารมณ์ รู้สึกว่างเปล่า เชื่องซึม ไม่สามารถมีความสุขได้

ด้านพฤติกรรม การเคลื่อนไหวเชื่องช้าจนบางครั้งอยู่นิ่งเฉยนาน แต่บางครั้งจะกระวนกระวาย อยู่ในท่าอึดว เคนซ้ำและแข็งทื่อ แยกตัว

ด้านความคิด มีความคิดหลงผิด สับสนตัดสินใจอะไรไม่ได้ และไม่มีสมาธิ รู้สึกถึงเกียรติตัวเอง ดำเนินตนเองอย่างมาก และมีความคิดอยากจะทำตัวตาย

ด้านร่างกาย ไม่ค่อยเคลื่อนไหว ทำให้การย่อยอาหารช้ามาก ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ประจำเดือนขาด ความต้องการทางเพศลดลง น้ำหนักลด มีปัญหาเรื่องการนอน

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Diagnosis of Depression)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000, p. 356) ซึ่งกำหนดหลักการวินิจฉัยไว้ดังนี้

ต้องมีอาการตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป และมีอาการติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปโดยต้องมีอาการหลักอย่างน้อย 1 ข้อ ระหว่าง 1) อารมณ์เศร้าหมอง หรือ 2) เบื่อ หดความสนใจหรือหมดอารมณ์สนุก ซึ่งอาการต่างๆ ของภาวะซึมเศร้า มีดังต่อไปนี้

1. อารมณ์ซึมเศร้าหมองเกือบตลอดทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดก็ได้)
2. รู้สึกเบื่อ ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบลดลงทั้งหมดหรือแทบทั้งหมด อาการจะเป็นตลอดเวลาทั้งวัน ติดต่อกันเกือบทุกวัน
3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทุกวัน เช่น ลดลงถ้าเบื่ออาหาร หรือเพิ่มขึ้นถ้ามีความอยากรับประทานอาหารมาก
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไปอย่างผิดปกติเกือบทุกวัน
5. มีการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง
6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เกือบทุกวัน
7. มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกว่าตนเองผิดมากเกินไป เป็นเกือบทุกวัน
8. สมาธิลดลง ความสามารถในการตัดสินใจลดลงจนตัดสินใจไม่ได้ โดยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวัน
9. คิดซ้ำๆ เรื่องการตาย มีความคิดฆ่าตัวตายหรือวางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

การประเมินภาวะซึมเศร้า (Assessment of Depression)

เนื่องจากการค้นพบภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระยะแรกนั้น มีความสำคัญเนื่องจากจะทำให้ผู้ที่ มีปัญหาภาวะซึมเศร้าสามารถได้รับการป้องกันช่วยเหลือและรักษาแก้ไขได้อย่างทันที่ แต่ใน

การตรวจและคัดกรองที่กระทำโดยผู้เชี่ยวชาญโดยตรงเป็นไปได้ยาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ (ทวี และคณะ, 2546) ดังนั้นจึงมีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าไว้หลายแบบซึ่งมีการนำไปใช้ในลักษณะที่แตกต่างกัน มีทั้งสำหรับจิตแพทย์ใช้ในโรงพยาบาลและใช้ประเมินสำหรับประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ แบบวัดที่ใช้ประเมินโดยผู้อื่นและแบบประเมินด้วยตนเอง (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546; Yonkers & Samson, 2000) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ประเภทที่ 1 แบบวัดที่ใช้ประเมินโดยผู้อื่น (Objective Rating Scale) ซึ่งแบบวัดนี้มีประโยชน์สำหรับแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการประเมินระยะของอาการในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในการรักษา (Sadock & Sadock, 2003) ได้แก่

1. Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) พัฒนาโดย Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1960 และปรับปรุงในปี ค.ศ. 1967 (Hamilton, 1982 อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2539; Bagby, Ryder, Schuller & Marshall, 2004) เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าในการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าและในการวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ โดยประเมินอาการด้านอารมณ์ ทางด้านร่างกาย ด้านการรับรู้ และความสามารถในการทำงาน โดยในแบบวัดจะมีแนวทางการให้คะแนนในแง่ของความรุนแรงอยู่ด้วย แบบวัดนี้มีหลายฉบับที่มีคำถามตั้งแต่ 17 - 21 ข้อ แต่ที่นิยมใช้คือ แบบดั้งเดิมที่มี 17 ข้อ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และ รณชัย คงสกนธ์, 2544; Bagby et al., 2004) มีการแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ ตั้งแต่ 0 - 2 มี 8 ข้อ และ 0 - 4 มี 9 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 52 คะแนน แบ่งความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับปกติ คะแนน 0 - 7 ระดับเล็กน้อย คะแนน 8 - 12 ระดับปานกลาง คะแนน 13 - 17 ระดับรุนแรง คะแนน 18 - 29 และระดับที่รุนแรงมาก คะแนนมากกว่า 30 ทั้งนี้พบว่าผู้ที่นิยมใช้แบบวัดนี้มาก ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบวัดนี้ในการศึกษาต่างๆ โดยตรวจสอบด้านความเชื่อมั่นของแบบวัด พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) อยู่ระหว่าง 0.46 - 0.97 ด้านความตรงของแบบวัดด้วยวิธี Rasch Analysis พบว่าทุกข้อคำถามสอดคล้องกับทฤษฎี และตรวจสอบความตรงตามสภาพพบว่าได้รับการยอมรับว่ามีคุณภาพใกล้เคียงกับ DSM - IV ซึ่งแบบวัดอื่นๆนิยมนำ Ham - D เปรียบเทียบเป็น Gold Standard เพื่อตรวจสอบความตรงตามสภาพ เช่น กับแบบวัด BDI มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ 0.48 - 0.89 กับแบบวัด CES - D มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.65 และกับแบบวัด Raskin Depression Scale มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.65 - 0.81 นอกจากนี้ด้านความตรงในการประเมินของแบบวัดพบว่า ความไวมีค่าสูง คือ 0.69 - 0.87 และมีความจำเพาะ 0.75 - 1.00 เป็นต้น (Bagby et al., 2004) ทั้งนี้ผู้ที่ใช้แบบวัดนี้ต้องได้รับการฝึกให้มีความชำนาญในการสังเกต

และตัดสินใจการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจึงจะใช้แบบวัดนี้ได้โดยมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปแพทย์หรือผู้รักษาเป็นผู้พิจารณา

แบบวัดนี้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะในปี พ.ศ. 2538 เพื่อใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย โดยมีทั้งหมด 17 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0 - 2 มี 8 ข้อ และ 0 - 4 มี 9 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 52 คะแนน และแบ่งความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ เช่นเดียวกัน ทั้งนี้พบว่าผู้ที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไปจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า และหากเป็นรุนแรงมากที่มีค่าคะแนนมากกว่า 30 คะแนน มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบวัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในกลุ่ม depressive disorders จำนวน 50 ราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า interrater reliability ของแบบวัดมีค่า kappa เท่ากับ 0.87 ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.74 ความตรงของแบบวัดเมื่อเทียบกับ Global Assessment Scale ได้เท่ากับ 0.82 ($P < 0.0001$) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี แบบวัดนี้สามารถใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2539)

2. Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (MADRS) พัฒนาขึ้นโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า และใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาต้านอาการเศร้า เป็นแบบประเมินที่มีความไวและความเที่ยงตรงสูง ในการวัดอาการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า จึงมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยโรคซึมเศร้าทางคลินิกระดับนานาชาติ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ทั้งนี้แบบประเมินนี้มีเพียง 10 ข้อ ซึ่งไม่มากและเจาะจงใช้กับการประเมินอาการภาวะซึมเศร้าโดยตรง แต่ละข้อแบ่งการให้คะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0, 2, 4, 6 โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน มีการศึกษาคุณภาพเครื่องมือของแบบวัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 137 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า ด้านความเชื่อมั่นของแบบวัดพบว่า มีค่า internal consistency เท่ากับ 0.95 (Galinoski & Lehert, 1995) ด้านความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliability) มีค่า Intraclass correlation agreement เท่ากับ 0.82 ($p < 0.001$) และจาก test-retest correlation นานกว่า 2 วัน มีค่าเท่ากับ 0.90 ($p < 0.001$) (Murdt, Katzelnick, Kennedy, & Eisfeld, 2006) ด้านความตรงตามสภาพ (concurrent validity) เมื่อเทียบกับ Clinical Global Impression scores (CGI) พบว่า สัมพันธ์ทางบวกกับ CGI โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.88 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ Ham-D มีค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ 0.68 - 0.88 (Bagby et al., 2004) แบบประเมินนี้ให้ความสำคัญกับการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยมากกว่าอาการทางด้าน psychomotor (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546)

แบบประเมินนี้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ (2546) โดยได้มีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 70 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบวัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่า item correlation coefficient มากกว่า 0.60 ซึ่งอยู่ในระดับดี และด้านความเชื่อมั่น โดยมี interrater reliability จากผู้ทำการประเมิน 7 คน ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.78 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.80 โดยรวมแล้วแบบประเมินนี้มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ สั้น กระชับ และง่าย เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้ในงานเวชปฏิบัติ และสามารถประเมินได้โดยบุคลากรอื่นๆ ที่ไม่ใช่จิตแพทย์ 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) ประสิทธิภาพที่แสดงออกชัดเจน (ด้านคำพูด) 2) ด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิ และ 3) ประเมินอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ 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 พบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.65 - 81 แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คาดคะเนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยา และยังสามารถวัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการบำบัดรักษา แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องมีข้อมูลด้านการทดสอบและวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้ (Yonkers & Samson, 2000)

ประเภทที่ 2 แบบประเมินด้วยตนเอง (Self-report)

แบบวัดนี้ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยที่ผู้ป่วยหรือผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ซึ่งการประเมินชนิดนี้ใช้ง่ายและนิยมใช้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย สะดวกในด้านการสำรวจ (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ประกอบด้วย

1. Beck Depression Inventory (BDI) พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Beck และคณะใน ปี ค.ศ.1961 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 และด้านร่างกายกับพฤติกรรม 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 คืออาการซึมเศร้าในระดับสูง (Severe depression) และตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป คือ มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงสูงสุดขีด (Extreme depression) ซึ่งถ้าหากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าบุคคลนั้นต้องได้รับการบำบัดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบวัดโดยศึกษาถึง 9 ครั้ง ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.76 - 0.95 มีการตรวจสอบความตรงของแบบวัดหลายครั้ง พบว่า มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.27 - 0.89 ในขณะที่มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Zung SDS เท่ากับ 0.57- 0.83 (Bagby et al., 2004) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย จึงมีผู้นิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยกันมาก (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

2. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) ถูกพัฒนาขึ้นโดยซุงในปี ค.ศ. 1965 เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินด้านอารมณ์ ด้านความรู้สึกลึกซึ้ง ด้านพฤติกรรม และด้านอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ แต่ละข้อคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลยหรือมีเล็กน้อย(1) เป็นบางครั้ง(2) เป็นประจำ(3) และเกือบทุกวัน(4) โดยคะแนนรวมที่ได้มีค่าตั้งแต่ 20 - 80 โดยจะนำคะแนนรวมที่ได้มาเทียบให้เป็น 100 คะแนนเต็มก่อน แล้วจึงนำมาแปลความหมายได้ดังนี้ คือ คะแนนต่ำกว่า 50 แสดงว่าปกติ คะแนน 50 - 59 แสดงว่าซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 60 - 69 แสดงว่าซึมเศร้าปานกลางถึง marked depression และคะแนนมากกว่า 70 แสดงว่าซึมเศร้ารุนแรงถึงซึมเศร้าสุดขีด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่นด้วยวิธีเทคนิคการแบ่งครึ่ง (split-half) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73 และจากการสำรวจในชุมชน จำนวน 1,173 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

เท่ากับ 0.79 ด้านความตรงโดยการศึกษาในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า แบบประเมินนี้มี ความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) โดยมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.76 และมีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale (MMPI - D) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.65 แต่ ระยะเวลาหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ของอาการซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร (Zung, 2003 อ้างในทวิ ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES - D) พัฒนาโดย นักวิจัย แห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ชื่อ แรดลอฟฟ์ ในปี ค.ศ. 1977 (Radloff, 1977 อ้างใน อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และ ปิยลัมพร หะวานนท์, 2540) เพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่โดยเฉพาะในการสำรวจในชุมชน ประกอบด้วย คำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา โดยเน้นการประเมินใน 4 ด้าน คือ ด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม การแสดงออก (behavioral manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (somatic disturbance) แต่ละข้อมีตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรงหรือความถี่ของอาการมี 4 ระดับ คือ ไม่เลย (คะแนน 0) บางครั้ง (คะแนน 1) บ่อยๆ (คะแนน 2) และตลอดเวลา (คะแนน 3) โดยคะแนนรวม มีค่าตั้งแต่ 0 - 60 การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพเครื่องมือ พบว่า ความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีความ สอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคใน ระดับ 0.8 - 0.9 และ test-retest reliability จากการติดตามตั้งแต่หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนอยู่ ระหว่าง 0.5 - 0.6 และมีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Clinical's Rating Scale (Hamilton, 1960) และ Raskin Scale (Raskin, 1969) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เท่ากับ 0.69 และ 0.75 ตามลำดับ ด้านความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ใช้วิธีวิเคราะห์ องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่าคำถามทั้ง 20 ข้อ สามารถวัดคุณลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้าได้ตามโครงสร้างที่กำหนด แบบประเมินนี้ถูกนำมา ใช้ในการวิจัยมากมายทั้งใน ผู้ใหญ่และวัยรุ่น เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย และง่ายต่อการ แปลผล (อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 2540)

แบบประเมินนี้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะในปี 2540 เพื่อ ใช้ในการตรวจค้นหาภาวะซึมเศร้า ผลจากการศึกษาคุณภาพของแบบวัดในกลุ่มวัยรุ่นชายที่กระทำ ผิดกฎหมาย อายุระหว่าง 15 - 18 ปี จำนวน 125 คน พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 ด้านความตรงในการจำแนก (discriminant validity) พบว่าคะแนนรวมของกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ

ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่ามีความตรงในการจำแนกที่ดีมีจุดตัดคะแนน (cut-of point) ที่ 22 คะแนน เป็นจุดคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 72 มีความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 85 และมีความแม่นยำ (accuracy) ร้อยละ 82 นับว่า CES-D เป็นแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับเป็นเครื่องมือเสริมในการคัดกรอง เพื่อตรวจค้นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 2540, ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

4. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พัฒนาโดย Zigmond และ Snaith (Zigmond & Snaith, 1983 อ้างใน ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อซึ่งเป็นข้อเลขคู่ทั้งหมด โดยที่ตัวเลขของแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ซึ่งแต่ละส่วนมีคะแนนรวมมีค่าได้ตั้งแต่ 0 - 21 คะแนน การพิจารณาระดับของความรุนแรงเหมือนกัน คือ คะแนน 0 - 7 ไม่มี ความผิดปกติ คะแนน 8 - 10 มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases) และคะแนน 11 - 21 เป็นกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases) ซึ่งแบบคัดกรองนี้สามารถนำไปใช้ในสำรวจปัญหาวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในประชากรทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชได้ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539)

แบบคัดกรองนี้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ในปีพ.ศ. 2539 โดยเรียกว่า Thai HADS เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถคัดกรองปัญหาดังกล่าวในผู้ป่วยโรคทางกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งในขั้นต้นได้ โดยได้มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 60 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด พบว่าความเชื่อมั่นของแบบวัดในส่วนของอาการวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และสำหรับอาการซึมเศร้ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 ทั้งนี้ได้เปรียบเทียบกับแบบวัด Thai HADS กับจิตแพทย์ที่ใช้ Semistructure Psychiatric Interview สำหรับวินิจฉัยอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย จำนวน 10 ราย ซึ่งสำหรับอาการวิตกกังวล พบว่า Thai HADS มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยโดย Semistructure Psychiatric Interview โดยมีค่า $\kappa = 0.67$ ($p < 0.0001$) การศึกษาความตรงในการจำแนกที่จุดตัดคะแนน (cut-of point) ที่คะแนน >11 พบว่า มีความไว ร้อยละ 100 และมีความจำเพาะร้อยละ 86 มีความสัมพันธ์ของคะแนนรวมของอาการวิตกกังวลระหว่าง Thai HADS กับคะแนนรวมที่จิตแพทย์ให้ตามระดับความรุนแรงในการวินิจฉัยทางคลินิก ด้วยวิธี Spearman's correlation พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.78$ ($p < 0.0001$) และ

สำหรับการประเมินอาการซึมเศร้า พบว่า Thai HADS มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยของแพทย์ที่ใช้ Semistructure Psychiatric Interview มีค่า kappa = 0.73 ($p < 0.0001$) และด้านความตรงในการจำแนกภาวะซึมเศร้ามีจุดตัดคะแนน (cut-of point) ที่คะแนน >11 พบว่ามีความไว ร้อยละ 85.71 และความจำเพาะร้อยละ 91.3 ความสัมพันธ์ของคะแนนรวมของอาการซึมเศร้าระหว่าง Thai HADS กับคะแนนรวมที่จิตแพทย์ให้ตามระดับความรุนแรงในการวินิจฉัยทางคลินิก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.68$ ($p < 0.0001$) มีการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยโดยวิธี Varimax Rotation พบว่าข้อคำถามครอบคลุมทั้งอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า พบว่าแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาลนี้เป็นแบบวัดที่มีความสั้น กะทัดรัด มีคุณภาพของเครื่องมือโดยมีค่าความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539)

5. Geriatric Depression Scale (GDS) ถูกพัฒนาขึ้นใช้โดย Yesavage และ Brink ในปี ค.ศ. 1983 (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ โดยแต่ละข้อมี 2 คำตอบ ให้เลือก ใช่ (0) หรือ ไม่ใช่ (1) และต่อมาในปี ค.ศ. 1986 ได้มีการปรับปรุงให้สั้นเหลือเพียง 15 ข้อ ซึ่งความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าอยู่ในระหว่าง 0.85- 0.94

แบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (พ.ศ. 2542) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ โดยแต่ละข้อมี 2 คำตอบให้เลือก คือ ใช่ (0) หรือไม่ใช่ (1) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ เท่ากับ 0.93 ซึ่งแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมสำหรับใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539)

นอกจากมีการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากต่างประเทศมาแปลเป็นภาษาไทย เพื่อนำมาใช้กับคนไทยในบางแบบตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ในประเทศไทยยังได้มีการพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาใช้อีก ดังนี้

1. แบบวัดโรคซึมเศร้าในประเทศไทย (Health-Related Self-Report : HRSR) พัฒนาโดย พ.ญ. ดวงใจ กษานติกุล และคณะ ในปี พ.ศ. 2540 เพื่อใช้เป็นแบบวัดที่ใช้สำหรับคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยการประเมินด้วยตนเองด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย การแปลผลง่ายและใช้ได้สะดวก แยกเป็นอาการทางกาย (vegetative) ความกระตือรือร้น (motivational) อาการทางความคิด (cognitive) และทางอารมณ์ (psychological) มีจำนวนคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0(ไม่เคย) -3(บ่อยๆ) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 -60 คะแนน

โดยแบ่งอาการตามคะแนนรวมที่ได้ คือ คะแนนรวม 25 แสดงถึงผู้ตอบน่าจะมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตประเภทอื่นๆ คะแนนรวม 30 แสดงถึงผู้ตอบน่าจะมีภาวะซึมเศร้าระดับที่รุนแรง มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบวัดโดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต อายุระหว่าง 15 - 60 ปี จำนวน 405 คน จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลจิตเวชเด็ก โดยมีกลุ่มควบคุมเป็นประชาชนที่ปกติจากชุมชนที่มีลักษณะทางประชากรคล้ายกับผู้ป่วยเป็น จำนวน 890 คน ผลการศึกษาด้านความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 ความตรงในการจำแนกภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง โดยมีจุดตัดที่คะแนน 30 ซึ่งแบบวัดมีความไวร้อยละ 85.3 และความจำเพาะร้อยละ 90.2 ด้านความตรงตามโครงสร้างพบว่า แบบวัดสามารถวัดอาการทางคลินิกได้ครอบคลุมทุกในปัจจัยตามโครงสร้างที่กำหนด (Kasantikul et al., 1997)

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในคนไทย ชื่อ Thai Depression Inventory (TDI) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (พ.ศ. 2542) เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในคนไทย โดยประเมินจากอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ การสร้างคำถามโดยอิงจาก Beck Depression Inventory (BDI), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS), และ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2542) ซึ่งในแบบวัดมีคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-60 คะแนน แบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับดังนี้ น้อยกว่า 21 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า 21-25 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน 26-34 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 35-40 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง และที่คะแนนมากกว่า 40 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก โดยผู้ตอบแบบสอบถามประเมินและสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเลือกตอบข้อที่ตรงกับตัวเองมากที่สุด ผลการศึกษาคูณภาพของเครื่องมือโดยการศึกษาเปรียบเทียบกับ Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) ฉบับภาษาไทยมีค่า concurrent validity โดยวิธีของ Spearman-Brown formula เท่ากับ 0.72 ($p < 0.001$) การตรวจสอบความเชื่อมั่น พบว่า มีความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 ซึ่งแบบสอบถามนี้มีความตรงและความน่าเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี สามารถนำไปใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2540; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะในปี พ.ศ. 2546 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546) โดยอิงจากแบบ SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Version 2.1) ของ WHO ปี ค.ศ.1999 และเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิมในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งได้เคยมีการทดลองใช้แล้ว แต่ยังไม่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความเชื่อมั่นของแบบวัด ผ่านแต่เฉพาะขั้นตอนการศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) เท่านั้น แบบวัดนี้มีการประเมินใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) Mood Component, 2) Cognitive Behavior Component, และ 3) Somatic Component มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้ 2 ตัวเลือก คือ มี (0) หรือ ไม่มี (1) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 15 คะแนน มีการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 17 คน ซึ่งเป็นจิตแพทย์จำนวน 7 คน และพยาบาลจิตเวชจำนวน 10 คน จำนวน 2 ครั้ง จากนั้นนำแบบคัดกรองไปทำการทดสอบภาษาในทุกภาคของประเทศ โดยการทำ Focus group จำนวน 2 กลุ่ม เป็นผู้รับบริการที่สถานีอนามัย 1 กลุ่ม และผู้รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน 1 กลุ่มๆ ละประมาณ 8 - 12 คน แล้วนำผลมาวิเคราะห์เนื้อหาโดยมีการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงคำถามของแบบคัดกรองแล้วนำไปศึกษาคุณภาพของแบบวัดในกลุ่มผู้รับบริการ ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 131 คน ผลการศึกษาด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 ด้านความตรงตามโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ปัจจัย มีค่า factor loading ของคำถามแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.46 - 0.78 ด้านความตรงตามสภาพ (concurrent validity) โดยเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ที่ใช้ MINI ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือในการช่วยวินิจฉัยโรคซึมเศร้า พบว่ามีความสอดคล้องกันกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ที่ตรงกัน (agreement study) มีค่า kappa = 0.84 ($p < 0.001$) ด้านการจำแนกของแบบวัดสำหรับคนปกติกับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าโดยการเปรียบเทียบคะแนน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ คะแนน 6 ขึ้นไป ซึ่งแบบวัดมีค่าความไวร้อยละ 86.8 และมีความจำเพาะร้อยละ 79.8 มีคุณค่าของการทำนายผลบวก (positive predictive value) ของแบบวัดร้อยละ 38.5 และคุณค่าของการทำนายผลลบ (negative predictive value) ร้อยละ 97.7 พบว่าแบบวัดมีความถูกต้องของการทดสอบคิดเป็นร้อยละ 80.7 ทั้งนี้แบบวัดนี้เหมาะสมในการใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้ในชุมชน เนื่องจากใช้ได้ง่ายและสะดวกสามารถใช้ได้โดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข (ทวี ตั้งเสรี และ คณะ, 2546)

ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสม

สำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคนไทย นอกจากนี้มีผู้นำแบบประเมินนี้ไปใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงและนักศึกษาพยาบาลซึ่งตรงกับกลุ่มที่ผู้วิจัยจะศึกษา และพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี (Sangon, 2001; Wattanasin, 2005) ดังนั้นแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรีในครั้งนี้

การรักษาโรคซึมเศร้า (Treatment for Depression)

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่เรื้อรังมีการพยากรณ์ของโรคดี แต่พบว่าการกลับเป็นซ้ำมีได้มาก เนื่องจากสามารถถูกกระตุ้นได้โดยสถานการณ์ที่สร้างความเครียดให้กับผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาจึงต้องเน้นทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธี และอาจต้องมีการรักษาต่อเนื่องดังนี้ (Sadock & Sadock, 2003; Varcarolis, 1998)

1. Psychopharmacologic Management เป็นการรักษาด้วยยา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินโรค คือ (มาโนช หล่อตระกูล, 2546, p. 149 - 150)

1.1 การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาหาหมอมีอาการ ไปจนถึงหายจากอาการ ซึ่งยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาแก้เศร้า

1.2 การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 6 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว เมื่อครบระยะเวลาแล้วจะค่อยๆ ลดยาลงทุก 2-3 สัปดาห์จนหยุดการรักษา

1.3 การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดกลับซ้ำ (recurrent) ของโรค พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำสูง คือ 1) มีอาการมาแล้ว 3 ครั้ง 2) มีอาการมาแล้ว 2 ครั้ง ร่วมกับมีภาวะต่อไปนี้ 1 ข้อ ขึ้นไป คือ มีประวัติ recurrent ในญาติใกล้ชิด (first-degree relative) มีประวัติ recurrent ภายใน 1 ปี หลังจากหยุดการรักษา เริ่มมีอาการครั้งแรกขณะอายุน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี) มีอาการที่เป็นเรื้อรัง รุนแรง หรืออันตรายต่อผู้ป่วยมา 2 ครั้ง ภายในช่วง 3 ปี

2. Electroconvulsive Therapy (ECT) เป็นการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการใช้ไฟฟ้าไปทำให้เกิดความสมดุลของระบบสื่อประสาททั้งในระดับ presynaptic และ postsynaptic โดยจะใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือทนฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือเคยได้รับการรักษาวิธีนี้ได้ผล หรือในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องการความเร่งด่วนในการรักษา เช่น มีอาการ catatonia หรือ พฤติกรรมแยกตัว และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Stuart, 1995) ซึ่งมีประสิทธิผลในการรักษาประมาณ 75 - 85 % (Sadock & Sadock, 2003) แต่ไม่ได้ช่วยป้องกัน recurrent จึงควรรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

3. Psychotherapy เป็นการรักษาทางด้านจิตใจ ซึ่งเน้นที่ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย อาศัยการสนทนาและสัมพันธ์ภาพในการรักษาระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย เป็นตัวพาหะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ภาพันธ์ เจริญสวรรค์, 2548, p. 369) พบว่า การใช้จิตบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาในการรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมี ประสิทธิภาพสูง ซึ่งจิตบำบัดที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามีหลายแบบ (มาโนช หล่อ ตระกูล, 2546; Grady et al., 1997; Sadock & Sadock, 2003; Stuart, 1995; Townsend, 1993; Varcarolis, 1998) ได้แก่

1) Interpersonal Therapy (ITP) คิดค้นโดย Gerald Klerman เพื่อใช้แก้ไขความ บกพร่องของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นการเพิ่มทักษะในการสื่อสารกับบุคคลอื่น เพื่อช่วย ลดปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัวและที่ทำงาน เป็นต้น (Stuart, 1995) ทั้งนี้พบว่า ITP เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ที่มีสาเหตุจากความ บกพร่องของการมีสัมพันธ์ภาพ ซึ่งมีระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานาน 12-16 สัปดาห์

2) Cognitive Therapy เป็นการรักษาที่มุ่งแก้ไขความคิด โดยการให้ข้อมูลและ เหตุผลที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่มีแนวคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ที่พัฒนาการบำบัดนี้คือ Aaron Beck ซึ่งผลการศึกษาพบว่าได้ผลดีในผู้ป่วยซึมเศร้าที่รุนแรงใน ระยะเฉียบพลัน นิยมใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา และเป็นทางเลือกอื่นๆ ในการรักษาติดตาม สำหรับผู้ป่วย

3) Behavior Therapy เป็นการรักษาในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่มีปัญหาเกี่ยวกับการ ปรับตัวและการอยู่ร่วมกับสังคม โดยการให้ทักษะการแก้ไขปัญหาและให้การเสริมแรงต่อ พฤติกรรมทางบวก ซึ่งการศึกษาพบว่าได้ผลในการรักษาในผู้ป่วยซึมเศร้าที่รุนแรง

4) Family Therapy เป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยลด อาการในผู้ป่วยหรือช่วยในการปรับตัวต่อความเครียด สำหรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่มีปัญหา เกี่ยวกับครอบครัว เช่น คู่สมรส การเสียหน้าที่ของครอบครัว ในการป้องกันอาการกำเริบของ ภาวะซึมเศร้า

5) Psychoanalytically Oriented Therapy มีพื้นฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์เกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความขัดแย้งในใจ และปรับบุคลิกภาพบางส่วน ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้มีความไว้วางใจในบุคคลอื่น มีความรู้สึกผูกพัน และมีการปรับตัวที่ เหมาะสม

6) Group Therapy เป็นการรักษาโดยมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาร่วมๆ กัน มีการ แบ่งปันความรู้สึก และช่วยเหลือให้คำปรึกษาแก่กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งมีประโยชน์มาก

สำหรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายังมีผู้อื่นที่อยู่ในภาวะเดียวกันกับตนเอง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้แสดงความรู้สึก พัฒนารูปแบบของการปรับตัว และมีการเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ที่แต่ละคนมีต่อกัน ช่วยลดพฤติกรรมการแยกตัว นิยมใช้ในการบำบัดผู้ป่วยหลังจากที่อาการของภาวะซึมเศร้าทุเลาลง เช่น ผู้ป่วยที่มีรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาเหมือนกัน (มาโนช หล่อตระกูล และภานุพันธ์ เจริญสุวรรณ, 2548; Sadock & Sadock, 2003)

4. Milieu Therapy เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันในสังคมในโรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้เน้นแต่วัตถุเท่านั้นแต่จะสร้างบรรยากาศให้มีความเข้าใจ ยืดหยุ่น มีเหตุผล มีความสม่ำเสมอ โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อผลในการปรับตัวสามารถกลับคืนสู่สภาพสังคมเดิม และพร้อมที่จะเผชิญกับอุปสรรคปัญหาต่างๆ

สรุปการรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาต้านการซึมเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำจิตบำบัด และสิ่งแวดล้อมบำบัด ทั้งนี้พิจารณาจากระดับความรุนแรงและสาเหตุของผู้ป่วย ซึ่งการรักษามีทั้งระยะเฉียบพลัน รักษาต่อเนื่อง และการป้องกันกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า โดยให้ความสำคัญทั้งต่อการรักษาในผู้ป่วย และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเหมาะสม

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Nursing management for Depression)

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญ เพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมผู้ป่วยสามารถฟื้นหายและมีชีวิตอย่างปกติสุขกับครอบครัวและสังคมได้ ซึ่งจากการประเมินข้อมูลของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ทำให้สามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้การวางแผนเพื่อให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลสรุปได้ดังนี้ (อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย, 2545, p. 305 - 311; Townsend, 2000, p. 444 - 445; Varcarolis, 1998, p. 559 - 561)

- 1) เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โกรธ และแปลเหตุการณ์ผิดจากความเป็นจริง
- 2) การสูญเสียหน้าที่การทำงาน ปฏิเสธการสูญเสีย การระบายความโกรธไม่เหมาะสม คิดซ้ำๆ กับสิ่งที่สูญเสีย ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้
- 3) ขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัยของตนทุกด้าน รวมถึงการดูแลด้านบุคลิกภาพ และการแต่งกาย

4) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกถูกทอดทิ้งไม่มีใครช่วยเหลือได้ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ร้าย

5) ไม่มีพลังกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย ขาดการควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ

6) แยกตัวจากสังคม ล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีพฤติกรรมยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง กลัวการปฏิเสธ ไม่กล้าสื่อสารกับผู้อื่น

7) กระบวนการคิดแปรปรวน แยกตัว บุคลิกภาพอ่อนแอ ต่ำหั้นและทำโทษตนเอง มองคนในแง่ลบ ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ หลงผิด

8) รูปแบบการนอนเปลี่ยนแปลงจากความวิตกกังวล ความกลัว นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามีดื่มีคำพูดว่ารู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ

9) ภาวะโภชนาแปรปรวน ไม่สมดุลกับความต้องการของร่างกาย ความอยากอาหารลดลงหรือไม่สนใจอาหาร น้ำหนักลด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เชื้อบูตาซิด ความตึงตัวของผิวหนังไม่ดี อ่อนเพลีย

จากปัญหาของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าข้างต้น กำหนดการวางแผนการพยาบาลทั้งระยะสั้นและระยะยาวดังนี้

การวางแผนระยะสั้น มุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังกล่าวดังนี้

1) การป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว

2) การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม

3) การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมเหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง

4) การดูแลช่วยเหลือด้านสรีรวิทยา เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้นอนหลับพักผ่อนรับประทานอาหารได้เพียงพอ ป้องกันการขาดอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

การวางแผนระยะยาว มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต ซึ่งการวางแผนระยะยาวมุ่งเน้นการพัฒนาผู้ป่วยดังนี้

1) การพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเอง

2) การส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน

กล่าวได้ว่าความสำคัญของการวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ต้องมีความต่อเนื่องเนื่องจากโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำมีมาก ซึ่งความเข้าใจในภาวะของโรคจะช่วยพยาบาลให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมทั้งกับผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีจิตวิทยา ทฤษฎีทางสังคม ซึ่งช่วยให้มีความเข้าใจถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าว่ามีหลายๆ ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในบทนี้มีการทบทวนวรรณกรรมที่ช่วยให้มีความเข้าใจเพิ่มขึ้น เกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การวินิจฉัย การประเมินอาการ การรักษา และการพยาบาลภาวะซึมเศร้า

แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง

จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของผู้หญิงทั้งปัจจุบันและในอนาคต (Merikangas, 2000; Nolen - Hoeksema, 1987) โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับที่ 4 ของผู้หญิงในปัจจุบัน (Steiner et al., 2000) และWHO ได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาการเจ็บป่วยอันดับแรกของผู้หญิงเมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยอื่นๆ และสถิติของภาวะซึมเศร้าในหลายๆ ประเทศพบว่า ผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 - 3 เท่า (WHO, 2000) โดยประมาณการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ชายและผู้หญิงว่าจะพบ 1 คนจาก 4 คนในผู้หญิง และพบ 1 คนจาก 9 คนในผู้ชาย (Beeber, 1996; Stuart, 1995) การที่ผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย อาจเนื่องมาจากผู้หญิงมีการแสวงหาการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย และอาจเป็นเพราะความลำเอียงในการวินิจฉัย โรคนี้ในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (McGrath et al., 1992; Merikangas, 2000) อย่างไรก็ตามการศึกษาศาสตร์ที่อธิบายถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงหลักๆ แบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา ในแง่ความแตกต่างด้านลักษณะทางเพศ พันธุกรรม ฮอร์โมน และพฤติกรรม 2) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Rasgon et al., 2000) และ 3) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นทำให้ผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชาย เช่น บทบาทต่างๆ ทางสังคม (social roles) หรือการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต (Life events) เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้หญิงเผชิญกับความกดดันหรือความเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (Merikangas, 2000; Mirowsky & Ross, 1995; Nolen - Hoeksema, 1987;

Pugliesi, 1992 cited in Sangon, 2001; Weissman & Klerman, 1981) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านชีววิทยา

จากความก้าวหน้าทางการศึกษาวิจัย ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีววิทยาที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้หญิง ได้แก่ พันธุกรรม (genetic) สารชีวเคมี (biochemical) และฮอร์โมน (hormonal) (Gershon, 1983; Engeland & Hostetter, 1983; Gershon, Berrettini, Nurnberger & Godin, 1986 cited in McGrath et al., 1992; Monroe & Dupue, 1991; Nolen - Hoeksema, 1987) ทั้งนี้การศึกษาปัจจัยด้านพันธุกรรมจากการศึกษาครอบครัวที่พบว่าผู้หญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ทำให้มีความสงสัยและเชื่อมโยงว่าอาจเนื่องจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่เฉพาะโดยโครโมโซมเพศหญิง จึงทำให้มีการศึกษาเจาะลึกลงไปในโครโมโซมเพศ ซึ่งเริ่มมีการศึกษากันตั้งแต่ปี ค.ศ.1972 จนถึงปัจจุบัน (Gordon & Ledray, 1985; Mendlewicz, Fleiss & Fieve, 1972) โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับการถ่ายทอดภาวะซึมเศร้าจากแม่สู่ลูกผู้หญิงทางโครโมโซมเพศหญิงที่มีลักษณะของอาการซึมเศร้าอยู่ (X-linked Dominant genetic factor) ที่อาจทำให้ผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชาย (Kelsoe, 2005; Sadock & Sadock, 2003)

ปัจจัยด้านชีววิทยาที่เกี่ยวข้องอีกปัจจัยหนึ่ง คือ การเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมองที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ เช่น Norepinephrine, Serotonin, และ Dopamine ที่ได้กล่าวไว้ในปัจจัยด้านสารสื่อประสาทในสมอง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม กระทั่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในผู้หญิง (Bowly, 1986; Dunn & Steiner, 2000; Nolen - Hoeksema, 1987; Nolen - Hoeksema, 1990; Weissman & Klerman, 1981) และการที่มีปริมาณของฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงไปในช่วงต่างๆ ของวงจรชีวิตการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง เช่น ในช่วงวัยรุ่น (Puberty) ช่วงการมีประจำเดือน (menstrual cycle) การตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (Pregnancy, Delivery & Postpartum) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในผู้หญิง ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวได้แก่ Progesterone และ Estrogen (Gordon & Ledray, 1985) จากการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนที่เกิดขึ้นในช่วงดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้หญิงมีอาการเปลี่ยนแปลง รู้สึกหงุดหงิด และเกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ได้ง่าย (Nolen-Hoeksema, 1990) ทั้งนี้การศึกษากการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลพบว่าช่วงระยะที่มีประจำเดือน (menstrual cycle) ของนักศึกษาพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ซึมเศร้า (Williams et al., 1995) และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ของ Gotlib และคณะ (1989) ที่ศึกษาการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด จำนวน 360 ราย โดยเก็บ

ข้อมูลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 10 และร้อยละ 6.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดตามลำดับ (Ramchandani et al., 2005) ทั้งนี้พบว่าการลดลงของฮอร์โมนในช่วงของการใกล้หมดประจำเดือน (Perimenopausal) และการหมดประจำเดือน (Menopause) ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (Akiskal, 2005; Steiner et al., 2000) มีการศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าจะพบมากขึ้น โดยเฉพาะในสตรีวัยเปลี่ยน โดยเฉพาะสตรีที่มีอายุมากจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่าถึง 3 เท่า อาจเนื่องจากสตรีที่มีอายุมากจะมีอำนาจในการต่อรองในเรื่องสัมพันธ์ทางสังคมต่ำกว่า และมักจะถูกลดออกจากการทำให้ต้องพึ่งพิงคนอื่นในทางเศรษฐกิจ (Arber & Ginn, 1993) อ้างตามปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, 2546; Guttentag, 1980) หรือจากผลกระทบของสุขภาพและความเจ็บป่วย (Zisook et al., 2007) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (สายลม เกิดประเสริฐ, 2542) และในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพโดย ทิวาพร พู่เพ็ญ (2542) ก็พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการที่ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าพบว่ามีสาเหตุจากการที่มีปัจจัยทางด้านพันธุกรรม เช่น การมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง และจากระบบของฮอร์โมนที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงในวงจรชีวิตของผู้หญิง

ปัจจัยด้านจิตวิทยา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการที่ผู้หญิงเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้านั้น เนื่องจากการมีบุคลิกภาพและลักษณะที่เฉพาะตัวของผู้หญิง จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Akiskal, 2005; Steiner et al., 2000)

ลักษณะเฉพาะทางบุคลิกภาพของบุคคล (Personality Traits)

นักวิจัยด้านจิตวิทยาได้อธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไว้ว่า อาจเป็นเพราะลักษณะทางบุคลิกภาพที่แตกต่างกันระหว่างผู้หญิงกับผู้ชาย ซึ่งแสดงถึงการมีทัศนคติและพฤติกรรมต่างๆ ในการตอบสนองกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่างกันด้วย (Akiskal, 2005; Nolen-Hoeksema, 1990; Rasgon et al., 2000; Steiner et al., 2000) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะนิสัยของผู้หญิงมีความวิตกกังวลง่าย ชอบคิดซ้ำแต่เรื่องเดิมๆ มีลักษณะของการพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งการที่ผู้หญิงมีบุคลิกภาพเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Katz, & McGuffin, 1987; Birtchnell, 1984 cited in Henderson, 1988; Nolen - Hoeksema, 1990 cited in Sangon, 2001, p. 26)

ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (Self-in-relation theory)

ทฤษฎีนี้ถูกปรับปรุงและพัฒนาขึ้นมาใหม่โดยนักทฤษฎีสตรีนิยม (Feminist theory) และนักจิตบำบัดเพื่ออธิบายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง และใช้เป็นหลักในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้หญิง โดยอธิบายถึงความแตกต่างของการพัฒนาเอกลักษณ์ทางเพศในวัยเด็กระหว่างผู้ชายและผู้หญิง เนื่องจากเด็กผู้หญิงได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาและมีการซึมซับเอาลักษณะความเป็นผู้หญิงของมารดาในการเป็นผู้ที่ต้องดูแลและเอาใจใส่ต่อผู้อื่น มีความคาดหวังและมีความอ่อนไหววิตกกังวลได้ง่าย และจากการที่สังคมให้คุณค่าผู้หญิงในฐานะเป็นผู้ดูแล ซึ่งแตกต่างจากการให้คุณค่าในการทำหน้าที่ของผู้ชาย ซึ่งความไม่สมหวังในความต้องการของผู้หญิงจึงเป็นปัจจัยที่กระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้หญิง โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างผู้หญิงกับผู้ที่มีความสำคัญกับผู้หญิง (Beeber, 1996, p. 244-245)

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีทางสังคมอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมี 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทฤษฎีบทบาท (Social Role Theory) ที่มองว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานภาพทางสังคมของผู้หญิง (Pearlin, 1989; Rasgon, et al., 2000; Rosenfield, 1989; Weitz, 2001) 2) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events) ซึ่งมองว่าเหตุการณ์ชีวิตต่างๆ ที่สร้างความเครียดให้กับผู้หญิง เช่น การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย การหย่าร้าง หรือปัญหาจากการทำงานทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Sadock & Sadock, 2003) และ 3) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships theory) กล่าวถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของเครือข่ายสังคมของบุคคล (social networks) ซึ่งเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยพบว่าการสนับสนุนและเกื้อกูลจากสังคม (social support) จะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น และเป็นกำลังใจให้กับบุคคลในการเผชิญปัญหา ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม (social support) พบว่ามีความสำคัญมากในการช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (Beeber, 1996; Rihmer & Angst, 2000)

ทฤษฎีบทบาททางสังคม (Social Role theory)

ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับบทบาทต่างๆ ที่ผู้หญิงต้องทำในสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้หญิงต้องมีภาระจากบทบาทเพิ่มมากขึ้นจากเดิมที่ผู้หญิงมีบทบาทเพียงแม่บ้านและมารดา โดยผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำให้ต้องสวมบทบาททั้งเป็นภรรยา มารดาของลูก ผู้ทำงานนอกบ้าน และผู้ดูแลหลักที่ต้องดูแลพ่อแม่สูงอายุ (Clausen, 1972; Birdsall, 1976 cited in Kandle et al., 1985; Radloff, 1975) ซึ่งพบว่า การที่ผู้หญิงต้องรับผิดชอบหลายบทบาทอาจทำให้เกิดความขัดแย้งกันจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างบทบาทที่คาดหวังกับความสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ให้สมบูรณ์ได้ ทำให้เกิดความกดดันขึ้นและกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงขึ้นได้ (สุกัญญา บุญตานนท์, 2534 อังนัทสนา ชูวรรณะปกรณ์, 2547; Maria, Irma, & Eugene, 2001; Ogema & Kittisuksathit, 1997; Pearlin & Schoolar, 1978; Tantiwiramanond & Pandey, 1997) ถึงแม้ในสังคมปัจจุบันผู้หญิงจะมีสถานะทางสังคมสูงขึ้นก็ตาม แต่ตำแหน่งหน้าที่การงานยังไม่ชัดเจนและความมั่นคงในงานตลอดจนมีรายได้ต่ำกว่าผู้ชาย (Stewart, Rondon, Damiani, & Honikman, 2001) ซึ่งมีการศึกษาภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในกลุ่มแพทย์ในประเทศตุรกี พบว่าในกลุ่มแพทย์ที่เป็นผู้หญิงที่มีเงินเดือนต่ำจะมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีเงินเดือนสูงกว่า (Erdur et al., 2006) จะเห็นได้ว่าสาเหตุทางสังคมที่ความกดดันและส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าต่อผู้หญิงเนื่องมาจากมีความแตกต่างในเรื่อง ภาระหน้าที่จากบทบาทต่างๆ ที่ผู้หญิงต้องรับผิดชอบ การที่มีความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องของรายได้ และความก้าวหน้า นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ต้องยอมรับสภาพต่อการอยู่ภายใต้อำนาจของผู้ชาย สร้างความอึดอัดใจและกดดันทำให้ผู้หญิงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ส่งผลให้ผู้หญิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beeber, 1996; Fontaine, 1991; Kandle et al., 1985) ซึ่งการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่แต่งงานและทำงานนอกบ้านพบว่า มีสาเหตุจากการมีปริมาณงานที่มากเกินไป (work overload) มีการใช้เวลาในการทำงานมาก (time overload) การไม่มีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องงาน การมีโอกาสก้าวหน้าในงานน้อย ส่งผลให้ผู้หญิงมีความรู้สึกขัดแย้งจากการไม่สามารถบริหารจัดการเพื่อควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (lack of control) ทำให้สับสนและรู้สึกสับสน หลง เกิดความท้อแท้ ส่งผลทำให้ผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2541; Fontaine, 1991; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000) ส่วนการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่แต่งงานและทำหน้าที่เป็นแม่บ้านอย่างเดียว พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ ความขัดแย้งกันของคู่สมรส (Fontaine, 1991; Kandle et al., 1985) การไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว การต้องพึ่งพาความเป็นอยู่จากสามี (Radloff, 1975) และการต้องรับทั้งภาระงานบ้านและดูแลบุตร (Kandle et al., 1985)

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงานของผู้หญิงวิชาชีพพยาบาลกับภาวะซึมเศร้า แต่ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Baba et al., 1999)

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)

การทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีทางสังคมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง พบว่าการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (social support) จากเครือข่ายทางสังคม (social networks) ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (Beeber, 1996; Rihmer & Angst, 2000) โดยการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมจะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างความมั่นใจ ทำให้รู้สึกปลอดภัย โดยจะเป็นตัวกลางในการบรรเทาความเครียดและช่วยดูดซับผลกระทบจากความเครียด (Beeber, 1996; Israel, Farquhar, Schulz, Jame, & Parker, 2002; McBride, 1990) ซึ่งพบว่าแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ผู้ให้บริการสุขภาพหรือชุมชน เป็นต้น (Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987) ซึ่งรายละเอียดของแรงสนับสนุนทางสังคมจะได้กล่าวในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าต่อไป

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยาของผู้หญิง เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรมที่พบว่าผู้หญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก โดยเฉพาะการมีสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดเกิดภาวะซึมเศร้า และการที่ฮอร์โมนมีการเปลี่ยนแปลงไปในช่วงของระยะต่างๆ ของวงจรชีวิตการเจริญพันธุ์ ส่วนปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของผู้หญิงซึ่งกล่าวว่า เนื่องจากผู้หญิงมีบุคลิกภาพที่ส่งเสริมให้ผู้หญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เช่น มีความวิตกกังวลง่าย ชอบคิดซ้ำแต่เรื่องเดิมๆ มีลักษณะของการพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น การที่ผู้หญิงมีภาระหน้าที่ต่างๆ จากหลากหลายบทบาทของการเป็น ภรรยา มารดา ผู้ทำงาน และผู้ดูแล ซึ่งสนับสนุนว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยทางชีววิทยา การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปีเป็นปัจจัยทางจิตวิทยา แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีความสำคัญกับผู้หญิงและผู้หญิงทำงาน ซึ่งผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี

ปัจจุบันบุคคลที่ทำงานประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้น นักวิชาการจึงให้ความสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในการทำงาน (Occupational Mental Health : OMH) ทั้งนี้จากการสำรวจในประเทศแคนาดาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพจิต และผลกระทบจากการที่ทำให้สูญเสียผลผลิตในประเทศ พบว่ามีมูลค่าถึงปีละ 1.5 พันล้านเหรียญ (Demir et al., 2003) และในประเทศออสเตรเลียที่ต้องใช้งบประมาณในการรักษาผู้มีภาวะเครียดจากงานมากถึงปีละ 30 ล้านเหรียญ (Baba et al., 1999) นอกจากนี้การศึกษสุขภาพจิตจากการทำงานของประเทศอังกฤษพบว่า มีบุคลากรที่เจ็บป่วยจากภาวะเครียดและทำให้มีการขาดงานเป็นจำนวนถึง 40 ล้านวันในแต่ละปี และพบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลมีโอกาสเกิดความเครียดทางด้านจิตใจจากการทำงานมากกว่าอาชีพอื่นๆ (Seago, 1997) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน และต้องแข่งขันกับเวลาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งทำให้พยาบาลมีความเครียด (Stress) และเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนั้นจึงทำให้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลมากขึ้น (Bailey, Steffen, & Grout, 1980) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในระยะแรกส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลจากการทำงาน (Malachi & Jackson, 1984 cited in Demir et al., 2003; Muldary, 1983) การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในงานของพยาบาลและการศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สภาพการทำงานของพยาบาล เป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพจิตของพยาบาล และเป็นสาเหตุที่สำคัญในการลาออกจางานของพยาบาล (Arsemault et al., 1991; Molassiotis & Haberman, 1996 cited in Baba, et al., 1999; Begat, Ellefsen, & Severinsson, 2005; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Snapp, 1992) โดยความเครียดที่เกิดขึ้นกับพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนานนี้ ถ้าหากไม่สามารถปรับตัวหรือได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจะทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย (Burnout) ในงานขึ้น (Malach, 1982; Muldary, 1983) ซึ่งผลของความเหนื่อยหน่ายทำให้พยาบาลมีทัศนคติในการทำงานเปลี่ยนไป สูญเสียความมั่นใจ ไม่สนใจ และขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน จนทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานนั้นๆ (Demir et al., 2003) มีผลให้มีการลดลงของพลังงานสะสม มีความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง ส่งผลทำให้พยาบาลเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (Baba et al., 1999; Demir et al.; Weinberg & Ceed, 2000; Malach, 1982; Muldary, 1983; Stuart & Sundeen, 1983) ซึ่งการที่พยาบาลวิชาชีพสตรีเกิดภาวะซึมเศร้าจะมีผล กระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ตลอดจนประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานลดลง

และอาจส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยด้วย (Baba et al., 1999; Demir et al., 2003; Muldary, 1983)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลมีน้อยมากและไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มพยาบาลสตรีโดยตรง อย่างไรก็ตามพบว่ามีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตจากการทำงาน โดยเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวกับงานกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มพยาบาลแถบทะเลแคริบเบียน จำนวน 119 คน เป็นการศึกษาในพยาบาลผู้ชาย 11 คน และพยาบาลผู้หญิง 108 คน ของ Baba และคณะ (1999) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน ได้แก่ บทบาทที่มากเกินไป (Role overload) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) อิสระในการตัดสินใจ (Decision latitude) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การลาออก (Turnover intention) การละทิ้งหน้าที่ (Absenteeism) ความเครียด (Stress) และความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพยาบาลผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$ โดยพบว่า Role overload, Role conflict, Stress, Burnout, Absenteeism, และ Turnover intention มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า Social support มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.29, p \leq 0.001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลได้โดยตรง คือ ความเหนื่อยหน่าย ($\beta = 0.19, p \leq 0.05$) ทั้งนี้มีความเครียดและความเหนื่อยหน่ายเป็นตัวแปรแทรก (mediator variable) ระหว่างบทบาทที่มากเกินไป ความขัดแย้งในบทบาท และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่าย ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Baba et al., 1999) นอกจากนี้มีการศึกษา พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และผู้ป่วยมีผลทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ (Bilsker, 2006; Healy & McKay, 1999; Muldary, 1983) การศึกษาโดยสถาบันสุขภาพจากการทำงานของฟินนิช (Finnish Institute of Occupational Health) และมหาวิทยาลัยเฮลซิงกิ (University of Helsinki) ในประเทศฟินแลนด์ ได้ศึกษาปัจจัยด้านลักษณะของงานที่เกี่ยวข้องกับเกิดภาวะซึมเศร้าในคนที่ทำงานในโรงพยาบาล ซึ่งมีพยาบาลเป็นกลุ่มตัว อย่างส่วนใหญ่ของการศึกษา ผลการศึกษาสรุปว่า ความเครียดของพยาบาลเกิดจากลักษณะของงานและสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน ได้แก่ ความชัดเจนของหน้าที่ในการทำงาน ความคลุมเครือในบทบาท ความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท ความมีอิสระในการตัดสินใจ ความสำเร็จในการทำงาน ความก้าวหน้าในงาน วิสัยทัศน์ ความยุติธรรม และพฤติกรรมของหัวหน้างาน โดยความเครียดจากการทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bilsker, 2006; Ylipaavaliniemi et al., 2005; Weinberg & Creed, 2000)

สำหรับประเทศไทยการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลพบมีจำนวนน้อย งานวิจัยที่พบเป็นการศึกษาของเสาวคนธ์ สิงห์อาจ (2546) ซึ่งศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคกลาง จำนวน 589 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 399 คน และพยาบาลเทคนิค 190 คน โดยใช้แบบสอบถามปัญหาสุขภาพในการตรวจหาภาวะซึมเศร้า (Health - Related Self - Reported : HRSR) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.6 และในจำนวนนั้นมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงร้อยละ 1.5 และการศึกษาเปรียบเทียบการมีภาวะซึมเศร้าพบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพและมีสภาวะการสูญเสียบุคคลที่สำคัญในชีวิตจะพบภาวะซึมเศร้าสูงกว่าในกลุ่มผู้ที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพและไม่มีสภาวะการสูญเสียบุคคลที่สำคัญในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สรุปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพสตรีเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ถ้าพบว่าพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพของประเทศเกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวพยาบาลและครอบครัวของพยาบาล ตลอดจนกระทบกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานการพยาบาล และอาจมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของพยาบาลได้ จากการที่พบว่าปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลยังมีน้อย ซึ่งการศึกษภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีครั้งนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี และเพื่อเป็นแนวทางการศึกษาด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ในบุคลากรทางการพยาบาลต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี

ถึงแม้ว่าปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลมีน้อยแต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีความรู้และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าต่างๆ ตลอดจนงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาล หรือในกลุ่มผู้หญิงทำงานอื่นๆ ทำให้ผู้วิจัยสามารถพิจารณาเลือกศึกษาปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีได้ ซึ่งปัจจัยทำนายที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งปัจจัยต่างๆ มีดังนี้

1. ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว

ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว หมายถึง ประวัติบุคคลในครอบครัวสายตรงของพยาบาลวิชาชีพสตรีที่กำลังเป็นหรือเคยเป็นภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่มาจากการศึกษาปัจจัยด้าน

ชีววิทยาและสังคมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรมที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสำหรับในผู้หญิงอีกปัจจัยหนึ่ง (Glowinski et al., 2003; Rice et al., 2002; Roy, 1981; Roy, 1987; Sangon, 2001; Silberg et al., 2001; Townsend, 1991; Weissman et al., 1987; Willenz, 2002) ซึ่งประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวนี้เป็นข้อมูลสำคัญที่บ่งบอกโอกาสเสี่ยงที่บุคคลจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Kelsoe, 2005; Rice et al., 2002; Weissman, 1987) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดชั้นแรก (พ่อแม่ พี่น้อง และบุตร) เป็นภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าประชาชนทั่วไป 1.5 - 3 เท่า (Beeber, 1996; Kelsoe, 2005; Craig & Dobson, 1996; Kreps, 2006; Laraia, 1991; Weissman, 1987; Willenz, 2002) และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) โดยพบว่าผู้หญิงที่มีบิดามารดา มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงถึง 3 เท่า (Kelsoe, 2005; Kreps, 2006; Willenz, 2002) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทยของ โสภณ แสงอ่อน (2001) พบว่า ผู้หญิงไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวมากกว่าผู้หญิงไทยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.42, p < 0.001$) และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทยได้ ($\chi^2 = 20.78, p < 0.001$) และยังมีผลทางตรงต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทย ($\beta = 0.14, p < 0.05$) อย่างไรก็ตามการศึกษาของไรซ์ และคณะ (2002) พบว่า ปัจจัยด้านพันธุกรรมมีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหญิงมากกว่าวัยรุ่นชาย โดยการมีมารดาและการอยู่กับมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีมารดา มีภาวะซึมเศร้าจะมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นกลุ่มที่มีมารดาไม่มีการซึมเศร้า (Rice et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้หญิงที่มีมารดาเป็นภาวะซึมเศร้าจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้หญิงที่ไม่มีมารดาเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Craig & Dobson, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรมสนับสนุนว่าปัจจัยของการมีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้า น่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีครั้งนี้

2. การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี

การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพสตรีมีประวัติเกี่ยวกับการสูญเสียมารดาโดยการเสียชีวิต หรือการพลัดพรากจากกันก่อนที่มีอายุ 11 ปี ปัจจัยนี้มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยอธิบายว่าการสูญเสียนี้ทำให้รู้สึกถูกทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้คุณค่า และทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความสูญเสียของบุคคล (Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978) ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่มีใคร

ต้องการตนเอง และคิดว่าตนเองไม่มีค่า เกิดความรู้สึกโกรธแต่จำเป็นต้องเก็บกดไว้ด้วยความรู้สึกผิดซึ่งสร้างความเจ็บปวดให้กับตนเอง ส่งผลให้มีพัฒนาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ไม่สมบูรณ์ ขาดการพัฒนาด้านความรักและการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ทำให้รู้สึกขาดความรักและความอบอุ่น และกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (ฌรงค์ สุภัทรพันธุ์ และชนิดา กาญจนลาภ, 2543; Bowlby, 1986) ต่อมาเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่จะกระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวังโทษแท้และพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ (Akiskal, 2005; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987; Stuart, 1995; Warren, 1995) โดยการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของต่างประเทศพบว่า ผู้ที่เคยมีการสูญเสียบิดาหรือมารดาโดยเฉพาะกับการสูญเสียมารดาโดยการเสียชีวิตหรือการพลัดพรากจากกันในช่วงวัยเด็กมาก่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคซึมเศร้าสูง คือ การสูญเสียพ่อหรือแม่ที่เกิด ขึ้นก่อนที่มีอายุ 11 ปี (จำลอง ดิษยวณิช และ พร้มเพรา ดิษยวณิช, 2546; สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Sangon, 2001) เช่น การศึกษาของบราวน์และฮาร์ริส (Brown & Harris, 1978) พบว่าการที่ผู้หญิงมีประสบการณ์สูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้อธิบายว่าการสูญเสียทำให้ผู้หญิงรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้คุณค่าและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978) และมีการศึกษาพบว่าประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Kavari, 2006) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี โดยโสภณ แสงอ่อน (2001) พบว่าผู้หญิงไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี มากกว่าผู้หญิงไทยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.53, p < 0.01$) และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงไทยที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ถึงแม้ยังไม่มีการศึกษาใดที่สรุปเกี่ยวกับช่วงอายุที่มีการสูญเสียมารดาของเด็กไทยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมสนับสนุนได้ว่าปัจจัยการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี น่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีในประเทศไทย

3. ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง

ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ หมายถึง การที่มีความรู้สึกยากลำบากในการจัดการกับบทบาทต่างๆ ที่ต้องรับผิดชอบให้บรรลุผลสำเร็จได้ (Goode, 1960 cited in Lengacher, 1997) เป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social factors) ซึ่งพบว่าสามารถกระตุ้นให้ผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (สุกัญญา บุญदानนท์ 2534 อ้างในทัศนาศูววรรณปะกรณ์, 2547;

Maria et al., 2001; Ogema & Kittisuksathit, 1997; Pearlin & Schoolar, 1978; Stuart, 1981; Tantiwiramanond & Pandey, 1997) จากการที่ผู้หญิงต้องปฏิบัติในบทบาทต่างๆ ให้ตอบสนองทั้งความต้องการจากครอบครัวและจากที่ทำงานสร้างความกดดันให้กับผู้หญิง (Krause & Geyer - Pestello, 1985; Nordenmark, 2004; Reisine & Fifield, 1995; Rosenfield, 1992) ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการมีหลายบทบาทนี้เกิดจากความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) จากความไม่สอดคล้องกันระหว่างบทบาทที่กระทำได้ (role actual/ role behavior) กับความคาดหวังในบทบาท (role expectation) ของผู้หญิงและผู้ที่สำคัญต่อผู้หญิง และการที่ผู้หญิงมีบทบาทมากเกินไป (role overload) ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทอื่นๆ ได้อย่างสมบูรณ์ในเวลาที่มีจำกัด (Kandel et al., 1985; Spurlock, 1995; Stuart, 1981) ซึ่งบทบาทต่างๆ ดังกล่าวของผู้หญิง ได้แก่ บทบาทของภรรยา มารดา ผู้ทำงาน และผู้ดูแล (Lengacher, 1997; Stuart, 1981)

การประเมินความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง

การประเมินความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง (Women Role's Strains Inventory : WRSI) โดย Lengacher ได้พัฒนาขึ้นในปี 1993 จากแนวคิดความตึงเครียดในบทบาทของทฤษฎีของ Goode และ Sieber (Lengacher, 1997) เพื่อประเมินความตึงเครียดที่เกิดจากการที่ผู้หญิงมีหลายบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ มีแนวคิดการวัดจาก 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ความเครียดจากบทบาท (role distress) 2) การส่งเสริมของบทบาท (role enhancement) และ 3) การสนับสนุนในบทบาท (role support) โดยเป็นการประเมินใน 7 ด้าน ได้แก่ 1) การทำหน้าที่แม่บ้าน 2) การสนับสนุนจากสามีหรือบุคคลสำคัญอื่นๆ 3) ลักษณะงานหรือการดูแล 4) ความกดดันจากเวลา 5) ภาวะสุขภาพของตนเอง 6) บทบาทการเป็นมารดา และ 7) การมีกิจกรรมในชุมชน คำถามทั้งหมดมี 44 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 44 - 220 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมที่น้อยแสดงว่ามีความตึงเครียดในบทบาทและภาระหน้าที่ระดับต่ำ คะแนนรวมที่มากแสดงว่ามีความตึงเครียดในบทบาทและภาระหน้าที่ระดับสูง เครื่องมือนี้ได้รับการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือกับพยาบาลสตรี จำนวน 455 คน พบว่าแบบวัดนี้มีความน่าเชื่อถือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient terms) เท่ากับ 0.93 (Lengacher, 1997)

ความสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความตึงเครียดจากการมีภาระหน้าที่หลายบทบาทของผู้หญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (Lengacher, 1997; Nolen-Hoeksema,

1990; Rosenfield, 1989; Stuart, 1981) ซึ่งบทบาทและหน้าที่หลักของผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว ประกอบด้วย บทบาทภรรยา มารดา และผู้ทำงาน (Nolen-Hoeksema, 1990; Rosenfield, 1989) การศึกษาในผู้หญิงทำงานที่แต่งงานแล้วพบว่าบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และการทำงานนอกบ้านสร้างความตึงเครียดให้กับผู้หญิง ซึ่งความตึงเครียดนี้อาจเกิดจากความคับข้องใจ และความขัดแย้งในบทบาท ทำให้ต้องการเวลา พลังงาน และแหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ ผลกระทบจากความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทนี้ทำให้สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้หญิงทรุดโทรมลง (Waldron, Weiss, & Hughes, 1998) และส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (Krause & Geyer-Pestello, 1985)

การศึกษาของ อรวรรณ ชูฤกษ์ (2005) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาท สถานะทางสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน โดยใช้แบบวัดความตึงเครียดในบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง (Women Role's Strains Inventory : WRSI) ของ Lengacher (1997) ผลการศึกษาพบว่า ความตึงเครียดจากบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37, p < 0.01$) โดยสาเหตุของความตึงเครียดจากบทบาทในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนเกิดจากการสับสนในบทบาท (role ambiguity) ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) และบทบาทที่มากเกินไป (role overload)

การศึกษาของ Kandel และ คณะ (1985) เกี่ยวกับผลกระทบของความเครียดจากบทบาทต่างๆ ทางสังคมของผู้หญิง โดยศึกษาในผู้หญิงในประเทศอเมริกาที่มีอายุ 18 - 44 ปี จำนวน 197 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดจากบทบาทแม่บ้านมีผลกระทบกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงมากกว่าความเครียดจากบทบาทภรรยา และความเครียดจากบทบาทผู้ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.61, 0.33, และ 0.32, $p < 0.05$ ตามลำดับ)

การศึกษาของ โสภิน แสงอ่อน (2001) เกี่ยวกับปัจจัยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทย โดยใช้แบบวัด Women Role's Strains Inventory (WRSI) ของ Lengacher (1997) ซึ่งผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดในบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทย แต่พบว่าผู้หญิงไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนของความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระของผู้หญิงสูงกว่าผู้หญิงไทยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.32, p > .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผู้หญิงต้องแบกรับบทบาทและหน้าที่ทั้งที่บ้านและที่ทำงานนี้ทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียด เนื่องจากความคาดหวังทั้งจากตนเองและจากผู้อื่นในการทำบทบาทและหน้าที่ในทุกด้านที่รับผิดชอบนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ และความเหน็ดเหนื่อยจากการมี

ภาระงานในบทบาทต่างๆ ทำให้ผู้หญิงรู้สึกขัดแย้งและคับข้องใจ เกิดความตึงเครียดขึ้นและหากไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลอื่นๆ ที่มีความสำคัญกับผู้หญิง ในที่สุดอาจเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสนับสนุนว่าปัจจัยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง น่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีครั้งนี้

4. แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มาจากกรอบทฤษฎีทางสังคมเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพสตรี เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพสตรีใน 5 มิติ ได้แก่ 1) ความผูกพันใกล้ชิด 2) การรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 4) การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง และ 5) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูล คำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ หรือบริการ แรงสนับสนุนทางสังคมนี้มีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า (Beeber, 1996) โดยจะช่วยป้องกันและลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงที่บุคคลมีความเครียด (Beeber, 1996; Cohen & Wills, 1985) ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนี้จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้แก่บุคคล (Beeber, 1996) บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะมีความเครียดลดลง ทำให้สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Cohen & Willis, 1985; Wortman, 1984)

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีหลายท่าน ดังนี้

สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988, p. 47) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติของบุคคล เพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

คอบบี้ (Cobb, 1976, p. 300-301) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เป็นความรักใคร่และความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงิน สิ่งของและแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ทอยส์ (Thoits, 1982, p. 147-148) ให้ความหมายว่า คือ การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งแรงสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บปวด หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนเกี่ยวกับประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมที่น่าสนใจ มีดังนี้

เฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1985, p. 199-206) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรัก ความเอาใจใส่ และรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเองหรือข้อมูลที่นำไปใช้ในการประเมินตนเองในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrument support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงิน แรงงาน

ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981, p. 293) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 มิติ คือ

1. ความผูกพันใกล้ชิด ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในกลุ่มสมรส เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
2. การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมของบุคคลในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตและความสุขสบายของผู้น้อย แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของ

บุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย

4. การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัว หรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่น หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำชี้แนะหรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (Assessment of Social Support)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมใน 2 ด้าน คือ (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000; Cohen & Wills, 1985; Weinert, 1987; Wortman, 1984)

1. การวัดด้านโครงสร้างของแรงสนับสนุนทางสังคม (Structure aspects of social support) เป็นการวัดข้อมูลเชิงปริมาณของแหล่งเครือข่ายทางสังคมที่มีการเชื่อมโยงกับบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเชิงโครงสร้างนี้ เช่น สถานภาพการสมรส ความถี่ในการติดต่อกับบุคคลที่สำคัญ จำนวนของผู้ที่ไว้ใจได้และจำนวนครั้งที่มีส่วนร่วมในชุมชน

2. การวัดหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม (Functional aspects of social support) ซึ่งให้ความสนใจต่อคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเครือข่ายทางสังคม เป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับพึงพอใจต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากสังคมว่ามีความพอเพียงและเหมาะสมเพียงใด

ซึ่งการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ พบว่ามีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลายแบบ โดยแบบวัดที่มีผู้นิยมนำไปใช้ในการวิจัย มีดังต่อไปนี้

1. แบบวัดแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคล(The Personal Resource Questionnaire: PRQ85) พัฒนาโดยแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981; Weinert, 1987) จากแนวคิดของ Weiss ซึ่งแบบวัดนี้มีการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคล 2 ส่วน คือ โครงสร้าง และหน้าที่ โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการให้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมใน 5 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด (Attachment) 2) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) 3) โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) 4) การได้รับการยอมรับในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) และ 5) การได้

รับการช่วยเหลือและคำแนะนำที่เหมาะสม (The obtaining of guidance) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ แต่ละข้อให้ค่าคะแนน 1-7 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 25-175 ค่าคะแนนรวมที่มากแสดงว่าการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสูง แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

2. 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 องค์ประกอบ โดยวัดแยกกันในแต่ละองค์ประกอบ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Reciprocation) และความขัดแย้ง (Conflict) ของเครือข่ายทางสังคม ทั้งนี้ผู้พัฒนามีแนวคิดว่าสัมพันธ์ภาพอาจมีโอกาสทำให้เกิดความขัดแย้งซึ่งกันและกันได้ แต่ละองค์ประกอบมีคำถาม 13 ข้อ รวมทั้งหมด 39 ข้อ แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ Social Support เท่ากับ 0.91, Reciprocation เท่ากับ 0.84, และ Conflict เท่ากับ 0.81

3. แบบวัดความคุ้มค่าและการตอบแทนซึ่งกันและกัน (Cost and Reciprocity Index : CRI) เป็นแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีแนวคิดเหมือนแบบที่ 2 แต่เพื่อป้องกันความลำเอียงจากการวัดในแบบเดิมจึงเพิ่มส่วนของค่าใช้จ่าย (Cost) เข้าไปด้วย ดังนั้นจึงมีการวัดใน 4 ด้าน คือ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ด้านการแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Reciprocation) ด้านค่าใช้จ่าย (Cost) และความขัดแย้ง (Conflict) ของเครือข่ายทางสังคม แบบวัดนี้มีคำถาม 38 ข้อ ค่าของคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแต่ละด้านแยกกัน คือ Social Support เท่ากับ 0.91, Reciprocation เท่ากับ 0.81, Cost เท่ากับ 0.92 และ Conflict เท่ากับ 0.95 (Weinert & Tilden, 1990)

4. แบบประเมินการสนับสนุนระหว่างบุคคล (The Interpersonal Support Evaluation List: ISEL) พัฒนาขึ้นโดยโคเฮนและโฮเบอร์แมน (Cohen & Hoberman) ในปี 1985 (Cohen et al., 2000) เพื่อวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ สิ่งของ มิตรภาพ และการดำรงรักษาความมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 40 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.90

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: PRQ85 Part II) ของแบรนท์และไวเนิร์ต (1981) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่นิยมใช้ในการวัดหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัดของแรงสนับสนุนของการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้แบบวัดนี้มีคุณภาพของเครื่องมือสูง

โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.89 และพบว่าผู้นำไปศึกษาและได้ผ่านการทดสอบแล้วอย่างกว้างขวาง

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์เครียดในชีวิต หรือช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลได้ (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978; Cohen & Wills, 1985; Israel et al., 2002; Parry, 1986) โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นวัยรุ่น คือ ครอบครัวและเพื่อน ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากต่อผู้หญิงที่แต่งงาน คือ สามี (จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และ คุษฎี मुखสมบัติ, 2539; Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่มีปัญหาไม่มีความสุขในการแต่งงาน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชายที่แต่งงาน (Kerr, 1987; Krause & Geyer-Pestello, 1985; Weissman, 1986) และพบว่าผู้หญิงที่มีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้หญิงที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำหรือไม่มี (Warren, 1997)

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองของ จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และ คุษฎี मुखสมบัติ (2539) เรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยแบ่งกลุ่มทดลองให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาจากสามีตามแผนการสนับสนุนที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนและคำแนะนำตามปกติจากพยาบาล แล้วมีการวัดผลที่ 2 สัปดาห์ และที่ 4 สัปดาห์หลังจากเริ่มให้แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการทดลองพบว่าคะแนนซึมเศร้าของมารดาในกลุ่มทดลองในช่วงก่อนและหลังการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีที่ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์หลังจากเริ่มให้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 27.41, 39.63, p\text{-value} = 0.0000$ ตามลำดับ) โดยพบว่ามารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีที่ 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ หลังจากเริ่มให้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.83, -18.66, p\text{-value} = 0.0000$ ตามลำดับ)

บาบา และคณะ (Baba, Galperin, & Lituchy, 1999) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในการทำงาน โดยการศึกษาปัจจัยการทำงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลแถบคาริบเบียน พบว่า social support มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($-0.29, P < 0.01$) และพบว่าการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเหนื่อยหน่าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในพยาบาล

การศึกษาของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2005) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 340 คน พบว่าพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.50$, $p < 0.05$)

การศึกษาของ Warren (1997) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชนชั้นกลางชาวอเมริกา-แอฟริกัน จำนวน 100 คน อายุระหว่าง 20 - 35 ปี ในช่วงปี 1997 โดยมีกรอบแนวคิดมาจากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าที่ใช้ศึกษาในผู้หญิงชาวยุโรป-อเมริกาของ Beeber (1987) วัดภาวะซึมเศร้าโดยแบบวัดของ Zung Self-Rating Depression Scale: SDS และ Beck Depression Inventory: BDI ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมใช้แบบวัดของ Personal Resource Questionnaire: PRQ Part II ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชนชั้นกลางชาวอเมริกา-แอฟริกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.27$, $p < .01$ ในแบบวัดของ Beck และ $r = -.24$, $p < .01$ ในแบบวัดของ Zung) ซึ่งเป็นการยืนยันว่าผู้หญิงชนชั้นกลางที่มีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อย (Beeber, 1987; Churoek, 2005; Maria et al., 2001; Parry, 1986; Warren, 1997)

จากการวิจัยที่ผ่านมานับสนับสนุนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีในการศึกษาครั้งนี้

5. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เป็นการรับรู้และความรู้สึกของบุคคลซึ่งเป็นอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพและจิตใจ (Hazel M & Karen, 1991) ทั้งนี้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานที่ให้การปรึกษาในโรงพยาบาลของประเทศอังกฤษ พบว่าการที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับสูงสามารถป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตจากผลกระทบของความเครียดในงานได้ ซึ่งการที่มีความเครียดในงานส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในงาน และการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติงานได้ โดยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีสาเหตุมาจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย หัวหน้า และผู้ร่วมงาน การมีสถานภาพของวิชาชีพหรือความภาคภูมิใจในตนเอง และการบริหารจัดการและมีแหล่งทรัพยากรที่ดี เป็นต้น (Ramirez, Graham, Richards, Cull, & Gregory, 1996; Taylor, Graham, Potts, Richatds, & Ramirez, 2005) และการศึกษาพบว่าระดับคะแนนของความ

พึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคะแนนความเครียดทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.0001$ (Snelgrove, 1998) โดยพบว่าผู้ที่มีความเครียดจากงานเพิ่มขึ้นนี้ถ้าปราศจากความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่สูงแล้วมีผลทำให้สุขภาพจิตแย่ลง (Taylor et al., 2005) จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่ำจะมีความเครียดสูง และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (Healy, 2000; Tyler & Cushway, 1995) ดังนั้นความพึงพอใจในการปฏิบัติงานจึงเป็นปัจจัยในการปฏิบัติงานของบุคคลที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลได้ (Hazel M & Karen, 1991)

ความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานไว้ดังนี้ เช่น

เทพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ (2529) ให้ความหมายของความพอใจในการปฏิบัติงานว่า หมายถึง ภาวะของความรู้สึกที่ดีหรือภาวะของอารมณ์ที่ดี ซึ่งมีผลมาจากประสบการณ์ของบุคคลใน การทำงาน ภาวะความรู้สึกที่ดีนี้จะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าการทำงานของบุคคลนั้นได้สนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลมากน้อยเพียงใด ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานนี้เป็นสิ่งที่เอื้อกับบุคคลประเมินจากการปฏิบัติงานของตนเองในสภาวะที่เป็นปัจจุบัน

Davis (1974) ให้ความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานว่า เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่องาน ซึ่งเป็นผลมาจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวในเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้

Herzberg (1959) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่องานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองจากปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยภายใน และปัจจัยค่าจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย โดยที่ความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นผลจากความเพียงพอของปัจจัยจูงใจเกี่ยวกับตัวงาน และความไม่พอใจในการปฏิบัติงานเป็นผลจากการที่ปัจจัยค่าจุนซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมของงานไม่เพียงพอ

Vroom (1972) ให้ความหมายของความพึงพอใจในปฏิบัติงาน หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่องาน และกล่าวถึงคำว่าทัศนคติต่องานที่อาจใช้แทนกันได้ ทัศนคติทางบวกที่มีต่อการปฏิบัติงานเทียบได้กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และทัศนคติทางลบที่มีต่อปฏิบัติงานเทียบได้กับความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน

โดยสรุป ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่องานที่ปฏิบัติอยู่ ที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ในงานที่มากกระทบความรู้สึกของบุคคลนั้น ซึ่ง

บุคคลจะมีความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานนั้นๆ ถ้ารู้สึกว่าการปฏิบัติงานนั้นมีความสุขและมีผลดีต่อตนเอง และเปลี่ยนแปลงเป็นความไม่พึงพอใจได้ถ้าบุคคลมีความคับข้องใจขึ้นในการปฏิบัติงานนั้นขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้น พบว่า มีหลายทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับ และนำไปศึกษาในการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานซึ่งได้แก่ ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two Factors Theory) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Need) ทฤษฎีการจูงใจของ วรูม (Vroom's Expectancy Theory) ทฤษฎีความเสมอภาค (Equity Theory) และทฤษฎีแรงจูงใจไฟ สัมฤทธิ์ของแมคเคลแลนด์ (McClelland's Achievement Motivation Theory) เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จากทฤษฎีของ เฮร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two Factors Theory) เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้รวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันเกี่ยวกับการสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคคลอย่างชัดเจน และมีตัวชี้วัดในการประเมินที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับงานและสิ่งแวดล้อมในงาน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของงานในวิชาชีพของพยาบาลที่ต้องมีการทำงานกับบุคคลต่างๆ และสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งสร้างความเครียดให้กับพยาบาล โดยพบว่าการสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสามารถช่วยป้องกันสุขภาพจิตในพยาบาลได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล พบว่า มีผู้นิยมนำทฤษฎีของเฮร์ซเบิร์กไปสร้างเป็นแบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลและได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ (จิริยา เฟ็งมีศรี, 2543; สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์, 2539; เอียดศิริ เรื่องักดี, 2543; Johnston, 1991) ซึ่งรายละเอียดของทฤษฎีมีดังนี้

ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two Factors Theory) (Herzberg, 1959)

ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก หรือ ทฤษฎีปัจจัยจูงใจ - คำจุน เพื่อสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg's Motivation-Hygiene of Job Satisfaction) พัฒนาโดย เฮร์ซเบิร์ก และคณะ ใน ปี ค.ศ. 1959 เพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานและไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าคนในสังคมมักมีปัญหาทางสุขภาพจิตจากการทำงาน โดยได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มวิศวกรและนักบัญชีจากโรงงานอุตสาหกรรมในเมืองพิทส์เบิร์ก (Pittsburgh) จำนวน 200 กว่าคน ซึ่งได้สรุปผลการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานและความรู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานในองค์กรนั้น มีปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ปัจจัย โดยปัจจัยแรก คือ ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยภายในงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในพนักงานเมื่อได้รับ

หรือตอบสนองในปัจจุบันนี้ และปัจจัยที่ 2 คือ ปัจจัยค่าจูนหรือปัจจัยสุขอนามัย เป็นปัจจัยที่เมื่อไม่ได้รับหรือไม่ตอบสนองจะส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานขึ้นได้ (Herzberg, 1959, p. 44 - 50) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้รับความนิยมนำไปประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ เนื่องจากให้ความสำคัญกับความต้องการทั้งทางกายและจิตใจของพนักงานที่พบว่ามียุทธศาสตร์การปฏิบัติงาน (George & Jones, 2000) ซึ่งรายละเอียดของปัจจัยดังกล่าวมีดังนี้

1. ปัจจัยจูงใจ หรือปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานหรือสิ่งที่สร้างความพึงพอใจหรือมีความสุขในการปฏิบัติงานนำไปสู่การมีทัศนคติในทางบวก เกิดความรักและความพยายามที่จะทำให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย ปัจจัยนี้มีตัวชี้วัด 6 ประการ ได้แก่ (Herzberg, 1959, p. 44-50)

1.1 ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบผลสำเร็จอย่างดี สามารถแก้ปัญหาต่างๆ และรู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งการที่ได้เห็นผลสำเร็จที่เกิดจากการปฏิบัติงานนั้น ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจและเกิดความปลื้มในผลสำเร็จของงานนั้น

1.2 การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือในความรู้และความสามารถทั้งจากผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน หรือบุคคลอื่นในหน่วยงาน การได้รับการเชิดชูและไว้วางใจจากผู้รับบริการ จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและส่งผลให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ลักษณะของงาน (Work Itself) หมายถึง ธรรมชาติของตัวงานที่บุคคลทำ เช่นเป็นงานที่ทำซ้ำๆ เดิมทีน่าเบื่อ หรืองานมีความหลากหลายเปลี่ยนไปตลอด งานนั้นมีความน่าสนใจและท้าทายความสามารถ หรือเป็นงานที่ต้องใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นต้น

1.4 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง การได้รับมอบหมายงานให้รับผิดชอบตามหน้าที่อย่างเหมาะสมกับความรู้และความสามารถ และการมีอำนาจตัดสินใจในงานนั้นอย่างเต็มที่

1.5 ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (Advancement) หมายถึง การมีโอกาสได้เปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งหน้าที่การงานโดยไม่ได้สูงไปกว่าเดิม แต่ทำให้ได้มีการพัฒนาทักษะให้มากขึ้น เช่น การย้ายจากแผนกเดิมไปที่แผนกอื่นโดยที่มีฐานะเท่าเทียมกับฐานะเดิม แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะงานทำให้มีการเรียนรู้งานได้มากขึ้น

1.6 โอกาสที่จะเจริญเติบโตในอนาคต (Possibility of growth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการมอบหมายงานในตำแหน่งใหม่ที่สูงขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากการได้มีโอกาสเข้ารับการฝึกฝนทักษะใหม่ๆ ที่เฉพาะทาง ทำให้บุคคลมีความชำนาญและมีความก้าวหน้าในงานวิชาชีพที่สูงขึ้น

2. ปัจจัยค้ำจุน หรือปัจจัยสุขอนามัย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่เมื่อมีในการทำงานแล้วจะสามารถป้องกันความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงานได้แต่ไม่มีผลให้ผู้ปฏิบัติพึงพอใจมากขึ้น แต่ถ้าพบว่าไม่มีปัจจัยนี้ จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีตัวชี้วัด 8 ประการ คือ

2.1 เงินเดือน (Salary) หมายถึง ค่าตอบแทนที่เป็นเงินและผลประโยชน์อื่นที่ได้รับจากการทำงาน จะกระตุ้นให้มีความตั้งใจและเต็มใจที่จะปฏิบัติงาน แต่ถ้าได้รับน้อยหรือไม่ได้รับ จะเกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานนั้น

2.2 ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในหน่วยงาน (Interpersonal Relations) ได้แก่ การติดต่อพบปะกันไม่ว่าจะเป็นทางกิริยาหรือวาจาที่แสดงถึงการมีสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์ในที่ทำงานนี้มี 3 แบบ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน (Peers) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บังคับบัญชา (Superior) และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้ใต้บังคับบัญชา (Subordinate)

2.3 สถานะในงาน (Status) หมายถึง ลักษณะของสถานะที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องาน เช่น การมีเลขานุการ มีรถประจำตำแหน่ง และมีอภิสิทธิ์ต่างๆ

2.4 วิธีการปกครองบังคับบัญชา (Supervision Technique) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงาน หรือความยุติธรรมในการบริหาร

2.5 นโยบายและการบริหารงาน (Policy and Administration) หมายถึง การจัดการและการบริหารงานขององค์กร เช่น การให้อำนาจแก่บุคคลในการให้เขาดำเนินงานได้สำเร็จ รวมถึงการติดต่อสื่อสารในองค์กร คือ นโยบายขององค์กรที่ต้องแน่ชัดเพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง

2.6 สภาพการทำงาน (Working Conditions) หมายถึง สภาพทางกายภาพ ได้แก่ แสง เสียง การถ่ายเทอากาศ ชั่วโมงทำงาน และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น อุปกรณ์การทำงาน หรือเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการทำงาน

2.7 ความมั่นคงในงาน (Job security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงของงาน ความยั่งยืนของอาชีพหรือความมั่นคงขององค์กร

2.8 ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (Factors in personal life) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ที่เป็นผลที่ได้รับจากงานในหน้าที่ของบุคคล เช่น การถูกย้ายไปทำงานที่ใหม่ซึ่งห่างไกลจากครอบครัวทำให้บุคคลนั้นไม่มีความสุข และไม่พึงพอใจกับการทำงานในที่ทำงานใหม่

จะเห็นว่าทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก ให้ความสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานด้วยการทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานก่อน โดยมีแนวคิดที่ว่าบุคคลมีความปรารถนาอยู่ 2 ประการ คือ ความปรารถนาที่จะขจัดความทุกข์ทางร่างกาย และความปรารถนาที่จะมีความสุขทางจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจากความทุกข์ทางกายและจิตใจนี้กระทบต่อคุณภาพการปฏิบัติงานได้ (Herzberg, 1959) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาและในปัจจุบัน ที่เน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากการปฏิบัติงานของบุคคลในวิชาชีพต่างๆ โดยเฉพาะในผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพประชาชน ซึ่งได้มีการสรุปว่าการที่บุคคลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและลดความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติงานได้ (Healy, 2000; Taylor et al, 2005; Tyler & Cushway, 1995)

การประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่อาศัยแนวคิดจากทฤษฎีของเฮิร์ซเบิร์ก พบว่าเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีหลากหลายที่ผู้วิจัยต้องการใช้ในการศึกษานั้นๆ ทั้งนี้จะกล่าวถึงแบบวัดดังกล่าวดังต่อไปนี้

1. แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (The Index of Work Satisfaction : IWS) ของ Stamps และ Piedmonte (1986) ที่มีแนวคิดพื้นฐานการสร้างจากทฤษฎีของเฮิร์ซเบิร์ก และทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Need) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ และคณะในปี พ.ศ. 2538 เป็นการประเมินใน 6 ด้าน คือ อัตราค่าจ้างเงินเดือน สถานภาพของวิชาชีพ สัมพันธภาพในหน่วยงาน ความต้องการของงานนโยบายและการบริหาร และความมีอิสระในการทำงาน มีคำถามจำนวน 49 ข้อ แต่ละข้อคำตอบแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยน้อย) ถึง 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 49-343 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความพึงพอใจในงานมาก ความเชื่อมั่นแบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.8 - 0.9 ซึ่ง อรพินธ์ เจริญผล และศรีสมร ภูมณสกุล และสายลม เกิดประเสริฐ และปราณี ป่องเรือ (2548) ได้นำไปใช้ประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลภาควิชา

พยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี และได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76

2. แบบวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ พัฒนาโดย สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์ พิสุทธิ (2539) จากทฤษฎีของเฮิร์ชเบิร์ก เพื่อใช้ในการศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เขต 8 โดยแบบวัดมีทั้งหมด 70 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด) แล้วนำคะแนนของแบบวัดมาหาค่าเฉลี่ย แบ่งความพึงพอใจในงานเป็น 5 ระดับ ตามคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.49	ความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับ ต่ำมาก
1.50 - 2.49	ความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับ ต่ำ
2.50 - 3.49	ความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับ ปานกลาง
3.50 - 4.49	ความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับ สูง
4.50 - 5.00	ความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับ สูงมาก

ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาลจำนวน 3 ท่าน และด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน เพื่อให้ปรับปรุงแก้ไขให้เนื้อหาครอบคลุมเหมาะสมถูกต้องตรงกับเรื่องที่ต้องการจะวัดแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนเขต 10 จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.96

3. แบบวัดความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยจูงใจ พัฒนาโดย วรางคณา สิริปุชกะ (2544) มีพื้นฐานจากทฤษฎีของเฮิร์ชเบิร์ก เพื่อใช้ประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ สภาพแวดล้อมในการทำงาน กับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนิตนเองของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร มีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ คำตอบ มี 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แล้วนำคะแนนของแบบวัดนำมาหาค่าเฉลี่ย แบ่งความพึงพอใจในงานเป็น 5 ระดับ ตามคะแนนเฉลี่ยที่ได้ เช่นเดียวกับ สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์ พิสุทธิ (2539)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในสถาบันการศึกษาและสถานบริการพยาบาล จำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ สำนวนภาษา ความชัดเจนของภาษา การตีความของข้อคำถาม เกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลตลอดจนข้อเสนอแนะ แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง

แก้ไขแบบสอบถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93

4. แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน พัฒนาโดย เอียดศิริ เรื่องภักดี(2543) จากแนวคิดการสร้างควมพึงพอใจในการปฏิบัติงานในทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) ซึ่งคำถามมีทั้งหมด 50 ข้อ คำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert) ให้ค่าคะแนนตามระดับความพึงพอใจ ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) แล้วนำคะแนนของแบบวัดมาหาค่าเฉลี่ย แบ่งระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็น 3 ระดับ

ช่วงคะแนน 3.68 -5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูง

ช่วงคะแนน 2.34 -3.67 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.00 -2.33 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่ำ

เอียดศิริ เรื่องภักดี (2543) ได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 80 จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตากสินที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการศึกษาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเอียดศิริ เรื่องภักดี (2543) ที่พัฒนาจากทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) เนื่องจากแบบวัดนี้มีเนื้อหาของการวัดได้ครอบคลุมในปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 2 ปัจจัย และมีตัวชี้วัดครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานตามแนวคิดของทฤษฎีเฮร์ซเบิร์ก และพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 ซึ่งอยู่ในระดับสูงและได้ใช้วัดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเหมือนกับที่ผู้วิจัยจะศึกษา แบบวัดนี้จึงเหมาะสมสำหรับการศึกษาค่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพสตรีในครั้งนี้

ความสัมพันธ์ของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานทำให้พยาบาลเกิดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ซึ่งความเครียดและความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นทำให้พยาบาลมีความรู้สึกทางลบต่อตนเอง รู้สึกหมดสิ้นความหวังจนพัฒนากลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Baba et al., 1999; Demir et al., 2003; Healy, 2000; Tyler & Cushway, 1995) โดยพบว่าพยาบาลที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำหรือปานกลางจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่ดี (Takase, Kershaw, & Burt, 2001) มีความเครียดและความกดดัน

เนื่องมาจากลักษณะงานจากปริมาณงานที่มาก และมีเวลาส่วนตัวในการผ่อนคลายต่างๆ น้อย (สิริยา สัมมาวาจ, 2532) ทำให้มีความเหนื่อยหน่ายในงานอยู่ในระดับสูงซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดความคิดริ้นและภาวะซึมเศร้า (Bogat et al., 2005; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2000; Healy, 2000; Tovey, 1999; Tyler & Cushway, 1995) ทั้งนี้การทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ดังนี้

การศึกษาของ รุ่งฤดี ศิริรักษ์ (2535) เกี่ยวกับแหล่งของความเครียดในหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 260 คน พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเครียดระดับปานกลาง (70.8 %) มีความพึงพอใจในการทำงานระดับปานกลาง (71.5 %) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (69.1%) โดยปัจจัยที่มีผลทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเครียดต่างกัน คือ ภาระครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ และความพึงพอใจในการทำงาน

การศึกษาของ เสาวคนธ์ สิงห์อาจ (2546) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยการทำงานในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคกลาง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่รู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 3.8 และ 1.9 ตามลำดับ) กลุ่มที่ไม่มีโอกาสก้าวหน้าในการทำงานมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีความก้าวหน้าในการทำงาน (ร้อยละ 6.3 และ 1.9 ตามลำดับ) และกลุ่มที่ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (ร้อยละ 3.6 และ 1.8 ตามลำดับ) กลุ่มที่เคยทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้บังคับบัญชาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้บังคับบัญชา (ร้อยละ 4.4 และ 1.9 ตามลำดับ) กลุ่มที่เคยทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน พบมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน (ร้อยละ 2.8 และ 2.5 ตามลำดับ) และในกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานในความสามารถ ก็พบมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานในความสามารถ (ร้อยละ 5.9 และ 2.5 ตามลำดับ) เช่นกัน

การศึกษาของ Ramirez และ คณะ (1996) ที่สำรวจเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ที่ให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล ประเทศอังกฤษ จำนวน 882 คน พบว่า มีความชุกของความเจ็บป่วยทางจิตเวชถึงร้อยละ 27 โดยพบว่าผู้ที่มีระดับคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่ำมักจะพบว่ามีคะแนนของความรู้สึกรู้สึกของการเป็นบุคคลลดลงสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง (OR=1.5, $p<0.001$) หรือผู้ที่มีระดับคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงจะมีคะแนนความรู้สึกของการเป็นบุคคลสูงด้วย (OR=1.5, $p<0.001$) โดยความรู้สึกรู้สึกของการลดความเป็นบุคคลแสดงถึงบุคคลมีความเหนื่อยหน่ายในระดับที่ 2 ซึ่งความเหนื่อยหน่ายเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง

ต่อความเครียดจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Cohen & Wills, 1985) โดยพบว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานจะช่วยปกป้องบุคคลจากผลกระทบของความเครียดที่เกิดจากการทำงานได้ ทั้งนี้ผู้ที่ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่ำมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มขึ้น

การศึกษาของ Snelgrove (1998) เกี่ยวกับความเครียดจากการปฏิบัติงานกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้เยี่ยมบ้านในชุมชน พยาบาลประจำตำบล และพยาบาลจิตเวช ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลที่มีระดับความเครียดจากการปฏิบัติงานสูงจะมีระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่ำ โดยที่ปัจจัยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาลทั้งสามกลุ่ม ซึ่งความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการมีปริมาณและความรับผิดชอบในงานมาก และการนิเทศงานจากผู้บังคับบัญชา

การศึกษาของ Stacciarini และ Troccoli (2004) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในประเทศบราซิล จำนวน 461 คน พบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33, p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันในทางตรงข้าม โดยการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานจะช่วยปกป้องบุคคลจากผลกระทบของความเครียดและความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เกิดจากการทำงานได้ ซึ่งสนับสนุนว่าปัจจัยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานน่าจะมีความเกี่ยวข้องและทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพในการศึกษาครั้งนี้

สรุปการทบทวนวรรณกรรม (Summary of Literature Review)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง เพื่อการอธิบายภาวะซึมเศร้าในพยาบาล พบว่า มีทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เข้าใจสาเหตุของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรง การวินิจฉัย การประเมิน การรักษา และการพยาบาล ภาวะซึมเศร้า มีความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้จากสถิติที่พบว่ามีผู้หญิงที่ต้องมีความทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าเป็นจำนวนมากทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสตรีนับเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าด้วย ผลกระทบจากการที่พยาบาลเกิดภาวะซึมเศร้ามีมากมายตั้งแต่กับพยาบาลและครอบครัว คุณภาพของการปฏิบัติกรพยาบาลที่อาจกระทบกับผู้ป่วย แต่พบว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลในประเทศไทยมีน้อย แต่จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าใน

พยาบาลได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ซึ่งประกอบด้วย ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี และเป็นแนวทางในการป้องกันและให้ความช่วยเหลือแก่นักบุคลากรทางการพยาบาลที่ประสบกับภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่นักบุคลากรพยาบาลของประเทศต่อไป



บทที่ 3

เครื่องมือและวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน บทนี้เป็นการนำเสนอถึงวิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพสตรีระดับพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้วที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง ในพื้นที่ 7 จังหวัด คือ จันทบุรี ชลบุรี ระยอง ปราจีนบุรี ตราด สระแก้ว และฉะเชิงเทรา ในปีงบประมาณ 2550 ซึ่งจากการสอบถามข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่ามีโรงพยาบาลทั้งหมด จำนวน 61 แห่ง มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพสตรีทั้งหมด 4,924 คน แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลส่วนใหญ่พบว่าพยาบาลที่สมรสแล้วมีสัดส่วนเป็นครึ่งหนึ่งของพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประมาณประชากรพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้เป็นครึ่งหนึ่ง คือ 2,462 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง มีประชากรเป้าหมาย 815 คน โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง มีประชากรเป้าหมาย 504 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาดตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป 8 แห่ง มีประชากรเป้าหมาย 349 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60-89 เตียง 13 แห่ง มีประชากรเป้าหมาย 357 คน และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-59 เตียง 33 แห่ง มีประชากรเป้าหมาย 437 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การศึกษาครั้งนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยวิธีของ Taro Yamane (Yamane, 1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และยอมให้มีความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างได้ 5 % ตามสูตรดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดยที่ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 N คือ จำนวนประชากรพยาบาลวิชาชีพสตรีที่สมรสแล้ว
 e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05

ดังนั้น
$$n = \frac{2,462}{1 + 2,462 (0.05)^2}$$

$$= 345 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันปัญหาการไม่ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจากผู้ให้ข้อมูล หรือข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำมาใช้ได้ หรือมีการสูญหายของข้อมูล ให้มั่นใจว่าการศึกษานี้ครั้งนี้จะได้จำนวนตัวอย่างเพียงพอ จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนของตัวอย่างให้มากกว่า 345 คน ผู้วิจัยจึงได้ปรับจำนวนตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 20 % (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษานี้ คือ จำนวน 415 คน

การสุ่มคัดเลือกตัวอย่าง (sampling)

ขั้นตอนในการหาตัวแทนโรงพยาบาลมีดังนี้ คือ เขียนรายชื่อของโรงพยาบาลในแต่ละประเภท โดยแบ่งประเภทตามขนาดของโรงพยาบาล เป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาดตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-30 เตียง สุ่มเลือกรายชื่อโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพสตรีจากแต่ละประเภท ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นและหาสัดส่วนแบบไม่คืนที่ (Proportional Multi-Stage Sampling Without Replacement) โดยคิดตามสัดส่วนเพื่อเป็นตัวแทนให้ครอบคลุมในแต่ละประเภท คือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-30 เตียง 8 แห่ง จากนั้นคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่ต้องการจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่ได้สุ่มเป็นตัวแทนไว้ตามสูตรดังนี้

$$\text{กลุ่มตัวอย่างแต่ละประเภท} = \frac{\text{ตัวอย่างเป้าหมายทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรเป้าหมายของโรงพยาบาลแต่ละประเภท}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

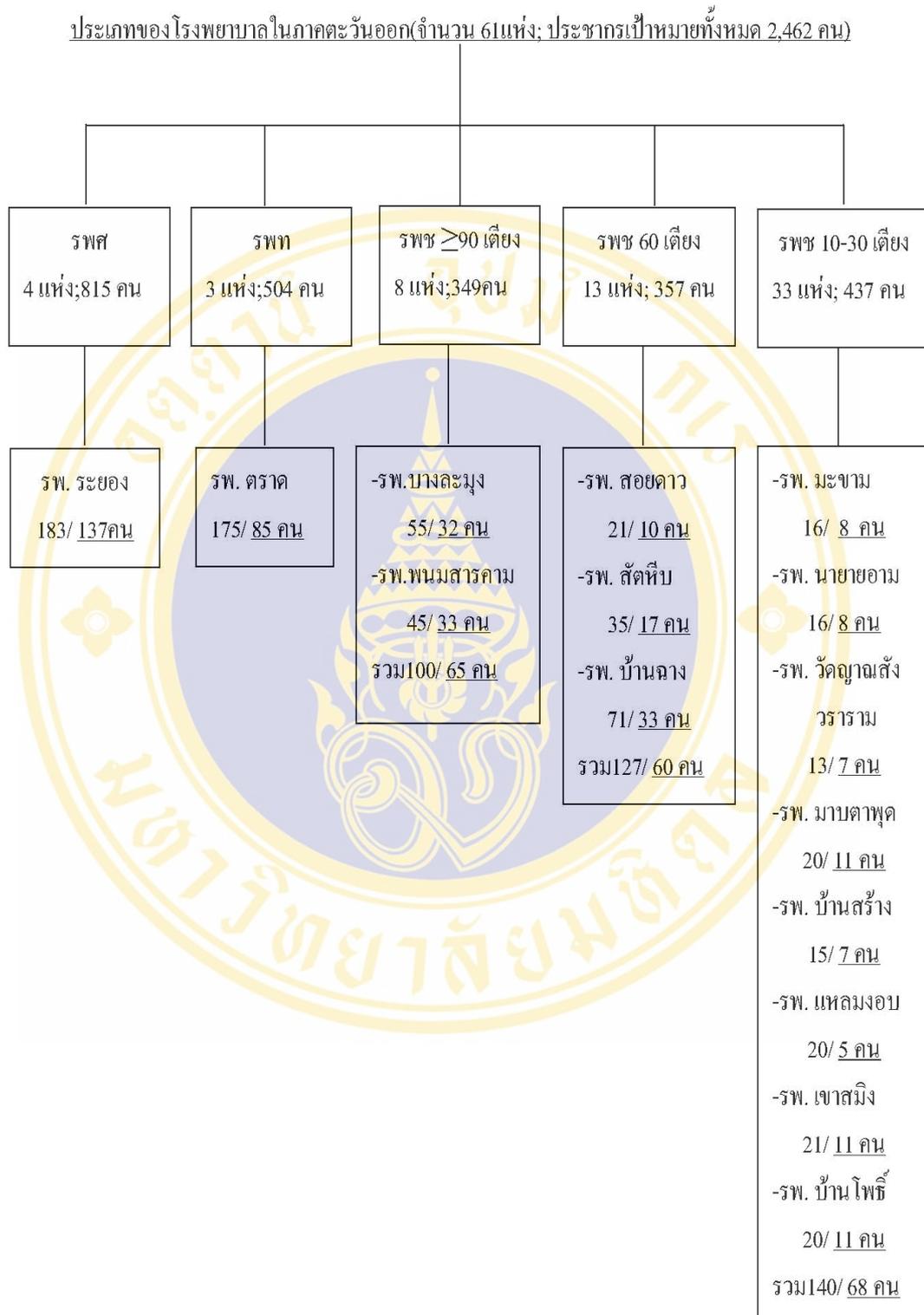
ซึ่งรายละเอียดของจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายจากโรงพยาบาลแต่ละประเภทแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาล	จำนวนทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนที่เลือก (แห่ง)	ประชากร (คน)	ตัวอย่างเป้าหมาย (คน)	แบบสอบถามที่ได้ กลับคืน (ฉบับ)
โรงพยาบาลศูนย์	4	1	815	137	104
โรงพยาบาลทั่วไป	3	1	504	85	83
โรงพยาบาลชุมชน \geq 90 เตียง	8	2	349	65	58
โรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง	13	3	357	60	54
โรงพยาบาลชุมชน \leq 30 เตียง	33	8	437	68	59
รวม	61	15	2,462	415	358

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามการวิจัยไปทั้งหมด 415 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่สามารถนำมาใช้ในการวิจัย จำนวน 358 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 86.27

โดยได้แสดงรายละเอียดของจำนวนตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพสตรีที่ใช้ในการศึกษาจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ตามรูปภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงรายละเอียดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้วที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. มีบทบาทอื่นที่นอกเหนือจากเป็นผู้ทำงาน เช่น ภรรยา มารดา หรือ ผู้ดูแล เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวนคำถามทั้งหมด 151 ข้อ (ภาคผนวก ข) มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน จำนวนบุตร สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน สถานภาพสมรส บทบาท ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ให้ข้อมูล ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี จำนวนคำถาม 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง : Women's Role Strains Inventory (WRSI) ผู้พัฒนาแบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง คือ เลนกาเชอร์ (Lengacher, 1993) โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีบทบาทของ Goode และ Sieber เป็นแบบประเมินด้วยตนเองเพื่อวัดความตึงเครียดที่เกิดเนื่องจากการมีบทบาทที่หลากหลายของผู้หญิง ได้แก่ บทบาทผู้ทำงาน บทบาทภรรยา บทบาทมารดา และบทบาทผู้ให้การดูแล คำถามทั้งหมด 44 ข้อ แต่ละข้อแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) โดยแบบวัดนี้มี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ความเครียดจากบทบาท (Role Distress) 2) การส่งเสริมของบทบาท (Role Enhancement) 3) การสนับสนุนในบทบาท (Role Support) ซึ่งเป็นการประเมินความเครียดเกี่ยวกับบทบาทใน 7 ด้านคือ 1) การทำหน้าที่แม่บ้าน 2) การสนับสนุนจากสามีหรือบุคคลสำคัญอื่นๆ 3) ลักษณะงานหรือการดูแล 4) ความกดดันจากเวลา 5) ภาวะสุขภาพของตนเอง 6) บทบาทการเป็นมารดา และ 7) การมีกิจกรรมในชุมชน คะแนนรวมมีค่าได้ตั้งแต่ 44 - 220 คะแนน คะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทน้อย

คุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability)

เลนกาเชอร์ (Lengacher, 1993) ได้นำแบบวัดเดิมที่มีทั้งหมด 50 ข้อ ไปทดสอบกับพยาบาลผู้หญิงจำนวน 62 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งผลที่ได้นำไปสู่การ

ปรับเปลี่ยนโดยลดคำถามลงเหลือ 44 ข้อ และได้ตรวจสอบคุณภาพอีกครั้งในพยาบาลผู้หญิงจำนวน 455 คน ผลการศึกษาด้านความตรงของแบบวัดตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลที่จบปริญญาเอก 3 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.91 ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการทำ Factor Analysis ด้วย Varimax Rotation พบว่า ทั้ง 3 ปัจจัยสอดคล้องเชื่อมโยงกับโครงสร้างของทฤษฎีที่ใช้สำหรับค่าความเชื่อมั่นของทั้งแบบวัดจากการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Coefficients) เท่ากับ 0.79 มีค่าความเชื่อมั่นของทั้งแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient Terms) เท่ากับ 0.93 และในแต่ละองค์ประกอบย่อย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความเครียดในบทบาท (Role Distress) เท่ากับ 0.89 2) การเสริมในบทบาท (Role Enhancement) เท่ากับ 0.86 3) การสนับสนุนในบทบาท (Role Support) เท่ากับ 0.81 พบว่า คุณภาพของแบบวัดอยู่ในเกณฑ์ดี แบบวัดนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย โสภณ แสงอ่อน (2001) เพื่อใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทย จำนวน 142 คน เท่ากับ 0.94 ทั้งนี้มีผู้นำแบบวัดที่แปลเป็นภาษาไทยฉบับนี้ไปใช้ คือ อรรพรรณ ชูฤกษ์ (2005) เพื่อใช้วัดความตึงเครียดในบทบาทในสตรีหลังหมดประจำเดือนในการ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต ความตึงเครียดในบทบาท ภาวะสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของสตรีหลังหมดประจำเดือน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการทดลองในกลุ่มสตรีหลังหมดประจำเดือน ที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.85 (Churoek, 2005) จะเห็นได้ว่า WRSI เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินความตึงเครียดในผู้หญิงที่มีหลายบทบาทที่มีคุณภาพ เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นและความตรงสูง และพบว่า มีการนำไปใช้วัดในกลุ่มผู้หญิงซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แบบวัดนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพสตรีในการศึกษาครั้งนี้

ก่อนที่จะนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม : The Personal Resource Questionnaire : PRQ85 part II

The Personal Resource Questionnaire part II (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 ประกอบด้วย

คำถามเชิงบวกและเชิงลบ 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
- การมีโอกาสที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น : 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

คะแนนรวมมีค่าได้ตั้งแต่ 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 $r = -0.33$ ($p < .001$) และพบว่า มีความสัมพันธ์ในทางลบกับ Trait Anxiety Scale มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ $r = -0.39$ ($p < .001$) (Weinert, 1987) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มสมรรถที่มีอาการ Multiple sclerosis จำนวน 149 คู่ได้เท่ากับ 0.89 (Brandt & Weinert, 1981) และในผู้ใหญ่ชนชั้นกลางในเมือง จำนวน 99 คน เท่ากับ 0.91 (Weinert & Tilden, 1990) ทั้งนี้ได้มีการแปลแบบวัด PRQ85 part II เป็นภาษาไทยโดยฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) โดยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเฉียบพลันจำนวน 20 ราย และจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ พบว่าแบบวัดนี้มีประสิทธิภาพสูงในการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงเลือกแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) เนื่องจากแบบวัดมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพในการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และมีผู้นำไปใช้วัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิง ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพสตรีที่จะศึกษาในครั้งนี้

ก่อนที่จะนำแบบวัด PRQ85 part II ไปใช้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ได้เกิดความความผิดพลาดในด้านการตรวจสอบของตัวอักษรทำให้คำตอบและการแบ่งระดับของคำตอบในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนไปจากเดิมที่ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์โดยต้องการใช้แบบวัด PRQ85 ที่พัฒนาโดย Brandt & Weinert (1981) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) และได้เคยมีการใช้แล้วในการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1) ไม่เห็นด้วย (2) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย (3) เฉยๆ (4) ค่อนข้างเห็นด้วย (5) เห็นด้วย (6) เห็นด้วยอย่างมาก (7) แต่คำตอบและระดับในการศึกษาครั้งนี้เป็น 5 ระดับ คือ ไม่จริงเลย (1) จริงเล็กน้อย (2) จริงปานกลาง (3) จริงมาก (4) จริงมากที่สุด (5) โดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อหาของคำถาม จำนวน 25 ข้อแต่อย่างไร ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบพบความผิดพลาดนี้หลังจากที่ได้มีการเก็บ

ข้อมูลในในกลุ่มตัวอย่างเสร็จแล้ว แต่เมื่อผู้วิจัยพิจารณาและประเมินผลการใช้ พบว่า แม้การใช้แบบสอบถามไม่ตรงตามแบบฉบับดั้งเดิมในประเด็นของระดับคำตอบ แต่ความตรงของแบบสอบถามยังคงเดิมเนื่องจากไม่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนข้อและเนื้อหาของข้อคำถาม และยังพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน PRQ85 แบบประมาณค่า 5 ระดับ อยู่ในเกณฑ์ดี ($\alpha = .95$ จากการทดสอบ และ $\alpha = .95$ จากการศึกษา) ดังนั้นผู้วิจัยจึงยังคงใช้เครื่องมือนี้ในการศึกษารั้งนี้

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน พัฒนาโดย เอียดศิริ เรืองภักดี (2543) จากแนวคิดการสร้าง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอรัชเบิร์ก (Herzberg, 1959) คำถามมีทั้งหมด 50 ข้อ คำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ ของ ลิเคอร์ท (Likert) ให้ค่าคะแนนตามระดับความพึงพอใจ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยเทียบจาก น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด ซึ่งแบบวัดนี้มีการประเมินทั้ง 2 ปัจจัยจากตัวชี้วัด 13 ประการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยจิตใจ มีตัวชี้วัด 5 ประการ คือ

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1.1 ด้านความสำเร็จของงาน | มี 4 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 1 - 4 |
| 1.2 ด้านการยอมรับนับถือ | มี 4 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 5 - 8 |
| 1.3 ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ | มี 5 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 9 - 13 |
| 1.4 ด้านความรับผิดชอบ | มี 4 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 14 - 17 |
| 1.5 ด้านความก้าวหน้าในงาน | มี 4 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 18 - 21 |

2. ปัจจัยค่าจูน มีตัวชี้วัด 8 ประการ คือ

- | | |
|---|----------------------------------|
| 2.1 ด้านนโยบายและการบริหาร | มี 4 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 22 - 25 |
| 2.2 ด้านโอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต | มี 3 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 26-28 |
| 2.3 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล | มี 3 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 29 - 32 |
| 2.4 ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน | มี 3 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 33 - 35 |
| 2.5 ด้านความมั่นคงในงาน | มี 3 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 36 - 38 |
| 2.6 ด้านสภาพการทำงาน | มี 5 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 39 - 43 |
| 2.7 ด้านวิธีการปกครองบังคับบัญชา | มี 4 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 44 - 47 |
| 2.8 ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว | มี 3 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 48 - 50 |

การแปลผลคะแนน

การแปลผลจะแบ่งระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977 อ้างตาม เอียดศิริ เรืองภักดี, 2543) และแดเนี่ยล (Daniel, 1995 อ้างตาม เอียดศิริ เรืองภักดี, 2543) โดยใช้สูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

ช่วงคะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูง

ช่วงคะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่ำ

คุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability)

เอียดศิริ เรืองภักดี (2543) ได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 80 จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตากสิน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการศึกษาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามนี้ เนื่องจาก เป็นการวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในพยาบาลวิชาชีพเหมือนกับที่ผู้วิจัยจะศึกษา และมีตัวชี้วัดที่ครอบคลุมในทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดในทฤษฎีและพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูง แสดงถึงควมมีคุณภาพของเครื่องมือนี้

ก่อนที่จะนำแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานไปใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า : Thai Depression Inventory

แบบวัดนี้พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (2542) เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ซึ่งเป็นการประเมินอาการแสดงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินและสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วเลือกตอบข้อที่ตรงกับตัวเองมากที่สุด ข้อคำตอบที่เลือกจะถูกแปลเป็นคะแนนดังนี้ ข้อ ก = 3 คะแนน ข้อ ข = 2 คะแนน ข้อ ค = 1 คะแนน ข้อ 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 สุขนิษฐ์ (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 ฉบับภาษาไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.72 ($p < 0.001$) ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ด้วยวิธี principal component analysis with varimax rotation พบว่าคำถามสามารถวัดได้ตรงตามโครงสร้างที่กำหนด ทั้งนี้มีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง คือ โสภิตา แสงอ่อน (2001) ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทย จำนวน 142 คน พบว่าค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลผู้หญิงของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2005) จำนวน 340 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นจากโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

ก่อนจะนำแบบวัดไปใช้ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Quality of Instruments)

เนื่องจากเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ศึกษานี้ พบว่าคุณภาพสูงทุกตัวโดยมีการตรวจสอบพบว่าทุกแบบวัดมีความตรงและความเชื่อมั่นสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงตรวจสอบเฉพาะความเชื่อมั่น (reliability) การตรวจสอบความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ยูวดี ภาษาและคณะ, 2534: 127; Burn & Grove, 2001)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s^2} \right]$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

$$n = \text{จำนวนข้อของเครื่องมือ}$$

$$\sum s_1^2 = \text{ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ}$$

$$s_1^2 = \text{ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ}$$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ

เครื่องมือ	การทดสอบ	การศึกษา
แบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง	.90	.91
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	.95	.91
แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	.89	.96
แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	.84	.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Protection of the Right of Human Subjects)

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัย และคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ดังนั้น ก่อนที่จะเก็บข้อมูล โครงการวิจัยจะต้องผ่านการพิจารณาความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุขก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยต้องชี้แจงด้วยจดหมายให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลา สิทธิของผู้ร่วมวิจัยที่สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเวลา ซึ่งจะไม่มีความเสียหายใดๆ ต่อตัวผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีรหัสที่ไม่ระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมของกลุ่มประชากร ทั้งนี้กำหนดการช่วยเหลือสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มีคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป ซึ่งแสดงว่าเริ่มมีภาวะซึมเศร้า โดยส่งเป็นจดหมายแจ้งผลคะแนนและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งแนบเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และแนะนำผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงปรึกษากับจิตแพทย์หรือผู้ที่เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ให้ที่อยู่กับผู้วิจัยโดยตรง

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Procedure)

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยื่นเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่ดำเนินการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอรายชื่อพยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้วของฝ่ายการพยาบาลทั้งหมด เพื่อสุ่มคัดเลือกเป็นตัวอย่างในการศึกษา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย หนังสือตอบรับจากโรงพยาบาลที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล และสรุปโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ พร้อมเอกสารแนะนำแก่ผู้ถูกวิจัย และขออนุญาตให้ทำการวิจัยของอาสาสมัครที่เป็นภาษาไทยตามแบบที่คณะกรรมการฯ กำหนด ติดต่อเพื่อขออนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข สุข
3. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลได้ กำหนดเลขที่ของแบบสอบถามให้ตรงกันทั้ง 5 ชุด โดยการบันทึกรายละเอียดของแบบสอบถามที่ส่งมอบกับ โรงพยาบาลที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในทะเบียนคุมเพื่อสะดวกในการตรวจสอบ
4. กำหนดวันที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2550 ถึง เดือนกรกฎาคม 2550
5. ผู้วิจัยส่งเอกสารเกี่ยวกับการวิจัยไปทางไปรษณีย์และผู้วิจัยนำไปให้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอให้ส่งชุดแบบสอบถามให้กับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการตามที่ผู้วิจัยได้ระบุชื่อไว้ ซึ่งประกอบด้วย สำเนาหนังสือรับรองให้ศึกษาวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนกระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถาม เอกสารแนะนำโครงการวิจัยแก่ผู้ถูกวิจัย และขออนุญาตให้ทำการวิจัย และกำหนดวันที่ขอให้อาสาสมัครส่งแบบสอบถามกลับคืนแก่ผู้รวบรวมที่ผู้วิจัยได้ประสานที่จะไปปรับแบบสอบถามด้วยตนเอง และในแบบสอบถามที่ให้ส่งกลับถึงผู้วิจัยทางไปรษณีย์ผู้วิจัยได้แนบซองจดหมายระบุที่อยู่ของผู้วิจัยที่ติดต่อกรแสดมไปให้ด้วย
6. ตรวจสอบความถูกต้องเมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืน และลงรหัสของข้อมูลในแบบสอบถาม ซึ่งพบว่าจากแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมีความถูกต้องสามารถนำไปใช้ได้จำนวน 358 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.27

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ทำการลงรหัสข้อมูล นำข้อมูลไปลงในโปรแกรม และดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ใช้เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพสตรี ซึ่งสถิติเชิงบรรยาย ที่นำมาใช้คือ

1.1 การแจกแจงความถี่ และร้อยละ อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และระดับของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี

1.2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) อธิบายระดับของภาวะซึมเศร้า ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในพยาบาลวิชาชีพสตรี

2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) ใช้ในการทดสอบว่าสมมติฐานการวิจัยเป็นจริงหรือไม่ (สัมพันธ์ พันธุ์พุกภัย, 2541) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี สถิติที่ใช้ คือ

2.1 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โดยได้มีการตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ 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) ใช้วิเคราะห์เพื่อหาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของตัวแปรอิสระได้แก่ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในพยาบาลวิชาชีพสตรี

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (Test of Assumptions)

โดยก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นดังต่อไปนี้

1. Normal distribution ตัวแปรอิสระทุกตัวและตัวแปรตาม ต้องมีการแจกแจงแบบปกติ โดยดูจาก Histogram standardized residual และ Normal probability Plot และการทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าค่า Kolmogorov-Smirnov ของตัวแปรทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มีค่า Sig มากกว่า ค่า $\alpha .05$ ซึ่งยอมรับสมมติฐานศูนย์ แสดงว่า ข้อมูลตัวแปรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (แสดงไว้ในภาคผนวก) ทั้งนี้ตัวแปรอิสระจะต้องมีมากกว่า 1 ตัว มีระดับการวัดอย่างน้อย Interval scale หรือ ตัวแปรหุ่น (Dummy variable) และตัวแปรตามจะต้องมีระดับการวัดอย่างน้อย Interval scale (กัลยา วานิชบัญญัติ, 2545) ซึ่งตัวแปรอิสระที่แปลงเป็นตัวแปรหุ่นในครั้งนี้ คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว และประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ดังนั้นผลการทดสอบจึงผ่านคุณสมบัติข้อนี้

2. Linearity Relationship ค่าเฉลี่ยของตัวแปรสำหรับทุกๆ ค่าของตัวแปรอิสระจะต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ทดสอบโดยดูจากลักษณะการกระจายของ Scatter Plot ซึ่งจากผลการทดสอบดังกล่าวผ่านข้อตกลงนี้ ดังแสดงไว้ในภาคผนวก

3. Homocedasticity ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่หรือผลรวมของค่าความแปรปรวนของตัวแปรอิสระบนตัวแปรตามทุกๆ ค่าจะต้องคงที่ ทดสอบโดยการทำ Scatter plot ระหว่างค่า Z-resid กับค่า Z-presid ซึ่งจะพบว่ามีกระจายอยู่ที่บริเวณค่าศูนย์ ซึ่งจากผลการทดสอบดังกล่าวผ่านข้อตกลงนี้ ดังแสดงไว้ในภาคผนวก

4. Multicollinearity ตัวแปรอิสระแต่ละตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น หมายถึง ต้องไม่มีค่าความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระที่มีค่าสูง ทดสอบโดยการใช้ Correlation matrix ผลพบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่เกิน .65 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Burn & Grove, 1997 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) และการพิจารณาจากค่า Tolerance ถ้ามีค่าเข้าใกล้ค่า 0 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าสูงที่เข้าใกล้ 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูง โดยผลการทดสอบค่า Tolerance และ ค่า VIF ของตัวแปรความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีค่าเท่ากับ .59 และ 1.67; .60 และ 1.64; .69 และ 1.43 ตามลำดับ แสดงว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง

5. Autocorrelation ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ทดสอบโดยการใช้ Durbin-Watson test เปรียบเทียบค่าที่วิเคราะห์ได้ ถ้ามีค่าอยู่ในช่วงที่ไม่มีความสัมพันธ์ในตารางขอบเขตค่า Durbin-Watson ที่ $\alpha = 0.5$ สรุปว่า ค่าคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน (No Autocorrelation) ซึ่งค่าที่วิเคราะห์ได้เท่ากับ 1.84 แสดงว่าไม่มีปัญหาในเรื่อง Autocorrelation



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน บทนี้เป็นการนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้สถิติบรรยาย

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้สถิติบรรยาย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

**ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออก โดยใช้สถิติบรรยาย**

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 358)

ลักษณะของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)			จำนวนของบทบาท		
21 – 30	44	12.3	1 บทบาท	1	0.3
31 – 40	203	56.7	2 บทบาท	53	14.8
41 – 50	98	27.4	3 บทบาท	191	53.4
>50	13	3.6	4 บทบาท	113	31.6
$\bar{X} = 36.94, SD=6.20, Min=25.6, Max=58$			บทบาทและภาระหน้าที่ (มีได้มากกว่า 1 บทบาท)		
ระดับการศึกษา			ภรรยา	328	29.0
ปริญญาตรี	350	97.8	มารดา	283	25.5
ปริญญาโท	8	2.2	ผู้ทำงาน	358	31.6
สถานภาพการทำงาน			ผู้ดูแล	157	13.9
ข้าราชการ ระดับ 4	4	1.1	จำนวนบุตร		
ข้าราชการ ระดับ 5	62	7.3	ไม่มีบุตร	67	18.7
ข้าราชการ ระดับ 6	52	14.5	บุตร 1 คน	140	39.1
ข้าราชการ ระดับ 7	237	66.2	บุตร 2 คน	127	35.5
ข้าราชการ ระดับ 8	3	0.8	บุตร 3 คน	24	6.7
ประสบการณ์ในการทำงาน			รายได้ (บาท)		
≤5 ปี	93	26.0	10,000 – 15,000 บาท	71	19.8
6 - 10 ปี	191	53.4	15,001 – 20,000 บาท	116	32.4
11 - 20 ปี	74	20.7	20,001 – 25,000 บาท	78	21.8
สถานภาพสมรส			25,001 – 30,000 บาท	73	20.4
คู่	331	92.5	มากกว่า 30,000 บาท	20	5.6
หม้าย	6	1.7	$\bar{X} = 21,865.03, SD = 6,525.76,$		
หย่า	16	4.5	Min = 10,350, Max = 50,000		
แยก	5	1.4			

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในอดีต			ความเพียงพอของรายได้		
มี	2	0.6	เพียงพอ	243	67.9
ไม่มี	356	99.4	ไม่เพียงพอ	115	32.1

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 97.8 เป็นข้าราชการระดับ 7 คิดเป็นร้อยละ 66.2 มีประสบการณ์ในการทำงานในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.4 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีจำนวนของบทบาทและภาระ 3 บทบาท คิดเป็นร้อยละ 53.40 มีบทบาทเป็นพนักงาน คิดเป็นร้อยละ 100 มีจำนวนบุตร 1 คน และ 2 คน ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 39.1 และร้อยละ 35.5 ตามลำดับ มีรายได้ในช่วง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.4 และมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 67.9 โดยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในอดีต คิดเป็นร้อยละ 99.4 (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของตัวแปรอิสระที่ศึกษาได้แก่ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว และประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี โดยใช้สถิติบรรยายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 4.5 และมีประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.1 (ตารางที่ 4) และสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรชนิดต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงเฉลี่ย เท่ากับ 109.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.77

สำหรับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมรวมเฉลี่ย เท่ากับ 91.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.64 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยรายด้านจากคะแนนรวมในแต่ละด้าน ซึ่งมีทั้งหมด 5 ด้าน พบว่า ด้านความผูกพันใกล้ชิด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 19.32$, $SD = 2.96$) รองลงมาคือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ($\bar{X} =$

18.29, SD = 2.93) ด้านการมีโอกาสที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น ($\bar{X} = 18.02$, SD = 2.38) ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ($\bar{X} = 17.99$, SD = 2.78) และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($\bar{X} = 17.42$, SD = 2.56) ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน พบว่า คะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเฉลี่ย เท่ากับ 172.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23.96 และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบรายด้านซึ่งมีทั้งหมด 13 ด้านนั้น เนื่องจากแต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน จึงใช้การเปรียบเทียบจากคะแนนรวมในแต่ละด้านแล้วหารเฉลี่ยด้วยจำนวนของข้อคำถามในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ในด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติสูงสุด ($\bar{X} = 3.75$, SD = 0.59) รองลง มาคือ ด้านความสำเร็จของงาน ($\bar{X} = 3.72$, SD = 0.63) ด้านความรับผิดชอบ ($\bar{X} = 3.71$, SD = 0.57) ด้านการยอมรับนับถือ ($\bar{X} = 3.64$, SD = 0.63) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 3.49$, SD = 0.61) โดยด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ต่ำสุด ($\bar{X} = 3.02$, SD = 0.83) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว และประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี (n = 358)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว		
มี	16	4.5
ไม่มี	342	95.5
ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี		
มี	22	6.1
ไม่มี	336	93.9

ตารางที่ 5 ค่าคะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาท และภาระหน้าที่ ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 358)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ ของผู้หญิง	44-220	55-167	109.54	16.77
แรงสนับสนุนทางสังคม	25-125	46-122	91.04	11.64
ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	50-250	100-250	172.16	23.96

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (n = 358)

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 21 คะแนน)	344	96.1
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (21 – 25 คะแนน)	8	2.2
ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง (26 – 34 คะแนน)	5	1.4
ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง (35 – 40 คะแนน)	1	0.3

$\bar{X} = 7.85, SD = 5.87, Min = 0, Max = 36$

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 96.1 และพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 3.9 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 7.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.87 โดยมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงสุดเท่ากับ 36 คะแนน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่าความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .48, p < .001$) ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .16, p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.40, p < .001$; $r = -.37, p < .001$, ตามลำดับ) ส่วนประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.03, p > .05$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 358)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
(1) ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	1					
(2) ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี	.06	1				
(3) ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง	-.01	.01	1			
(4) แรงสนับสนุนทางสังคม	.03	.01	-.58***	1		
(5) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	-.02	.00	-.49***	.48***	1	
(6) ภาวะซึมเศร้า	-.03	.16**	.48***	-.40***	-.37***	1

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

และจากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเข้าพร้อมกันทั้งหมดพบว่า ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .001 ($F = 28.11, p < .001$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง ($\beta = .33, p < .001$) ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ($\beta = .16, p < .01$) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ($\beta = -.14, p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.14, p < .05$) โดยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง เป็นตัวปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด รองลงมาคือ ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า
ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 358)

ปัจจัยทำนาย	b	SEb	beta	t
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	-1.02	1.28	-.04	-.80
ประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี	3.83	1.10	.16	3.47**
ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง	.11	.02	.33	.57***
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.07	.03	-.14	-2.37*
ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	-.04	.01	-.14	-2.59*
ค่าคงที่ (Constant)	7.39	4.74	...	1.56

R = .53, R² = .29, Overall F = 28.11, Sig F = .000

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

ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถเขียนเป็นสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า = .33 (ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง) + .16 (ประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี) - .14 (ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน) - .14 (แรงสนับสนุนทางสังคม)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในบทนี้เป็นการอภิปรายถึงผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง
2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพสตรีที่สมรสแล้ว จำนวน 358 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี (56.7%) อายุเฉลี่ย 36.94 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (92.5%) มีจำนวนบุตร 1 - 2 คน (รวม 74.6%) ส่วนใหญ่มีบทบาทและภาระหน้าที่ จำนวน 3 บทบาท ได้แก่ เป็นผู้ทำงาน ภรรยา และมารดา (53.4%) โดยมีบทบาทเป็นผู้ทำงานมากที่สุด (100%) โดยอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดอยู่ในวัยทำงานสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่ผู้หญิงในช่วงวัยนี้นับเป็นกำลังสำคัญทั้งด้านการทำงานและดูแลครอบครัว (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546; NAMI, 2003) ผู้หญิงทำงานในบทบาทของงานพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เฉพาะด้านจึงต้องอาศัยความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง สุปาณี วศินอมร (2531; อ้างใน สิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์, 2535) กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่สำคัญมี 3 บทบาท คือ บทบาทด้านการรักษา ซึ่งพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์โรคเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สามารถที่จะสังเกตอาการแรกเริ่มของผู้ป่วย อาการที่เปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับการรักษา บทบาทที่สองด้านการดูแลพยาบาลจะมีบทบาทด้านนี้มากที่สุด ซึ่งจุดมุ่งหมายใหญ่ของบทบาทนี้เพื่อเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และ บทบาทสุดท้ายด้านสังคมซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะ

ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ต้องพลัดพรากจากครอบครัว ต้องงดเว้นการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ที่เคยปฏิบัติ ดังนั้น ผู้หญิงทำงานวิชาชีพพยาบาลจึงต้องมีความอดทน เพราะงานพยาบาลเป็นงานบริการที่ต้องมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายแขนงอาชีพ เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และชุมชน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (97.8%) เนื่องจากปัจจุบันมีการสนับสนุนให้พยาบาลศึกษาต่อเนื่องจนจบปริญญาตรี ซึ่งพบว่ามีพยาบาลเพียงเล็กน้อยที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท (2.2%) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน 6 - 10 ปี และเป็นข้าราชการระดับ 7 โดยทั่วไปข้าราชการในส่วนภูมิภาคที่รับราชการประมาณ 10 ปี เมื่อมีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไขของทางราชการจะสามารถได้รับการพิจารณาปรับเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 ได้ ส่วนใหญ่มีเงินเดือนและรายได้รวมประมาณ 15,001 - 20,000 บาท (32.4%) คิดว่ารายได้เพียงพอ (67.9 %) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในเรื่องของเศรษฐกิจ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน (99.4%)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และพบมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.9 โดยพบว่า ร้อยละ 2.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.4 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.3 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง สอดคล้องกับผลการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.2 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวคนธ์ สิงห์อาจ (2546) ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคกลาง จำนวน 589 คน ที่พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.6 เหตุผลที่พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้สูงกว่าทั้งสองการศึกษาข้างต้น อาจเนื่องมาจากเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีความเจริญและมีการแข่งขันกันทางเศรษฐกิจสูง ดังนั้นจึงอาจส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพสตรีที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคนี้มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าในพื้นที่การศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทยไปด้วย ตามที่กรมสุขภาพจิตมีการสำรวจพบว่าประชาชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าสูงเป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร (กรมสุขภาพจิต, 2546) และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีหลายบทบาท ซึ่งในด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลในภูมิภาค พยาบาลต้องทำงานที่มีความหลากหลาย บทบาทหน้าที่ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเป็นและความตายของมนุษย์โดยตรง ต้องเผชิญกับภาวะเครียดของผู้ป่วย ความวิตกกังวลของญาติ การทำงานจึงต้องแข่งกับเวลา การที่ปริมาณงานมี

มากและอาจต้องรับผิดชอบในงานอื่นๆ ที่มีหน้าที่โดยตรง และการทำงานที่ต้องร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ อาจทำให้มีปัญหาความขัดแย้ง การทำงานที่ซ้ำซ้อน ทำให้เกิดความอ่อนล้าจากการปฏิบัติ งานได้สูง (สิริลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์, 2535) แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของเสาวคนธ์ สิงห์อาจ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานเฉพาะด้านทางจิตเวชที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและอาจได้รับการดูแลให้สามารถปฏิบัติงานในด้านนี้ความกดดันจากการทำงานจึงอาจมีน้อยกว่า จึงทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าได้ อย่างไรก็ตามพบว่ามีปัญหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าของการศึกษาของโรงพยาบาล Shiraz Namazi ในประเทศอิหร่าน ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ศึกษาทั้งหมด 130 คน มีภาวะซึมเศร้า โดยพบภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 73.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.5 และพบว่าร้อยละ 5.4 มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง (Kavari, 2006) ซึ่งการที่พยาบาลต้องอยู่ในประเทศที่มีการทำศึกสงครามระหว่างประเทศอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้มีความรู้สึกตึงเครียดในการดำเนินชีวิตและการทำงานที่สูงกว่าทั้งนี้เนื่องจากจากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบ การต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบทั้งจากการให้บริการต่างๆ ทางด้านสุขภาพต่อประชาชนและสังคมโดยตรง ซึ่งการต้องรับความกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา จึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกอ่อนล้าจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (Kavari, S., 2006) จากการศึกษาที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพสตรีมีปัญหาภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญของทีมสุขภาพในการให้บริการทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นอาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ส่งผลทำให้คุณภาพของงานบริการในด้านสุขภาพลดลง และอาจกระทบถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังอาจกระทบถึงความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ครอบครัว และสังคมรอบข้าง ที่ผู้เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความสนใจกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลให้มากขึ้น (Blisker, 2006)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านชีววิทยา (ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี) ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน) ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้ โดยจะได้อภิปรายในแต่ละปัจจัยดังต่อไปนี้

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

ผลจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 4.5 และจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.031, p > .05$) ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แต่ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 โดยจากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 28.11, p < .001$) แต่พบว่า ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.04, p > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต แสงอ่อน (2001) ที่พบว่า ผู้หญิงไทยที่เคยมีประวัติและเป็นโรคซึมเศร้ามีประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวมากกว่าผู้หญิงไทยที่ไม่เคยเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.42, p < 0.001$) พบว่า ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทยได้ ($\chi^2 = 20.78, p < 0.001$) และมีผลทางตรงต่อระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทย ($\beta = 0.14, p < 0.05$) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มณี ภิญญพรพาณิชย์ และคณะ (2546) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว (ร้อยละ 50) สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว (ร้อยละ 35.3) และในการศึกษาของ อูมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว (2541) ที่พบว่าการมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การมีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าการไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ปริยนันท์ สละสวัสดิ์, 2546) นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า กลุ่มผู้หญิงชนชั้นกลางและกลุ่มผู้หญิงทำงานที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้หญิงชนชั้นกลางและกลุ่มผู้หญิงทำงานที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01; p < .03$, ตามลำดับ) (Roy, 1981) โดยการที่ศึกษาครั้งนี้พบว่า ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่างซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้น อาจเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เด็กวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้หญิงทำงานอื่นๆ ไม่ใช่กลุ่มของพยาบาลวิชาชีพสตรี และบางการศึกษาเป็นเพียง

การศึกษาในระดับความสัมพันธ์แต่ไม่ได้ศึกษาถึงระดับของการทำนายจึงอาจทำให้มีความแตกต่างกันของผลการศึกษาได้ และอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นกลุ่มของพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงมีความเข้าใจถึงภาวะโรคนี้ ทำให้ปรับตัวได้จากการที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ทำให้สามารถป้องกันแก้ไขหรือเฝ้าระวังตัวเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่พบมีปัจจัยนี้ค่อนข้างน้อยอาจส่งผลทำให้การวิเคราะห์ด้วยสถิติประสิทธิสัมพันธของเพียร์สันและสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณจึงไม่พบความสัมพันธ์และการทำนายของปัจจัยนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยนี้มีความสำคัญและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ควรตระหนักและมีการเฝ้าระวังในกลุ่มพยาบาลที่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวต่อไป

ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ร้อยละ 6.1 โดยพบว่า ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .16, p < .01$) ผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และข้อที่ 3 โดยพบว่า ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี สามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 28.11, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .16, p < .01$) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ โสภิน แสงอ่อน (2001) ที่พบว่า ผู้หญิงไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปีมากกว่าผู้หญิงไทยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.53, p < 0.01$) และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลโดย Kavari (2006) ที่พบว่า ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาโดยบราวน์และฮาร์ริส (Brown & Harris, 1978) พบว่า การมีประสบการณ์สูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายว่าการสูญเสียนี้ทำให้ผู้หญิงรู้สึกถูกละทิ้ง เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้คุณค่าและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978) ซึ่งนักจิตวิทยาได้อธิบายว่า เนื่องจากเด็กวัยนี้กำลังมีการพัฒนาการเกี่ยวกับสัมพันธภาพและความรู้สึกผูกพันกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต เช่น มารดา ซึ่งการสูญเสียมารดาส่งผลให้พัฒนาการทางจิตใจและอารมณ์ไม่สมบูรณ์ ขาดพัฒนาการด้านความรักและความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี พบว่า เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่จะกระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ และพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ (Akiskal, 2005; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987; Stuart, 1995; Warren, 1995) โดยในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 11 ปี พัฒนาการด้าน

ความคิดและจินตนาการยังเป็นระบบแบบรูปธรรม (concrete thinking) จึงยังไม่สามารถมีความเข้าใจในสิ่งที่อาจต้องการความเข้าใจที่ซับซ้อนได้ดี เช่น การต้องแยกจากมารดาอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตหรือพลัดพรากได้จึงส่งผลทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Stuart, 1995) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและในพยาบาลสตรีที่ควรมีการคัดกรองถึงปัจจัยนี้ตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาล เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และเพื่อให้เข้าใจว่าปัจจัยนี้อาจกระตุ้นหรือส่งเสริมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในพยาบาลสตรีได้ถ้าพยาบาลต้องพบกับเหตุการณ์การสูญเสียขึ้นอีก

ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงเฉลี่ย เท่ากับ 109.54 (ช่วงคะแนน 44 - 220 คะแนน) โดยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .001$) ซึ่งผลการ ศึกษาที่ได้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 โดยพบว่า ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 28.11, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .33, p < .001$) ถึงแม้ยังไม่พบ ว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่พบว่า มีการวิจัยที่ศึกษาความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงในกลุ่มผู้หญิงไทย ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรวรรณ ชูฤกษ์ (2005) ที่พบว่า ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37, p < 0.01$) และการศึกษาของ โสภณ แสงอ่อน (2001) พบว่า ผู้หญิงไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระของผู้หญิงสูงกว่าผู้หญิงไทยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.32, p > .05$) (Sangon, 2001) จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด แสดงถึงว่าปัจจัยนี้มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพ และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

วิชาชีพสตรีที่ศึกษามีความตึงเครียดจากภาระหน้าที่จากบทบาทต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเป็นผู้ทำงานนอกร้านมากที่สุด รองลงมาคือ ภรรยา มารดา และเป็นผู้ที่ดูแลพ่อแม่และผู้สูงอายุ ในครอบครัว ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบถึง 3 บทบาทด้วยกัน อธิบายได้ว่าการที่พยาบาลวิชาชีพสตรีต้องรับผิดชอบในบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ของผู้หญิงที่หลากหลายทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้นจากความรู้สึกที่ขัดแย้งกันของบทบาท จำนวนของบทบาทที่มีมาก ความไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือในแต่ละบทบาท และความไม่ต่อเนื่องของบทบาท ซึ่งเป็นความรู้สึกยุ่งยากลำบากที่เกิดจากการจัดการกับบทบาทต่างๆ ที่ต้องรับผิดชอบให้บรรลุผลสำเร็จได้สมบูรณ์ (Goode, 1960 cited in Lengacher, 1997) และความรู้สึกขัดแย้งจากความคาดหวังจากบทบาทต่างๆ ที่สวมอยู่ไม่สอดคล้องกัน (สุกัญญา บุญตานนท์ 2534 อ้างในทัศนาศูววรรณะปกรณ, 2547; Ogema & Kittisuksathit, 1997; Tantiviramanond & Pandey, 1997) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง เป็นปัจจัยที่สำคัญมากในพยาบาลทั้งจากบทบาทหน้าที่ในการทำงานของพยาบาลเองที่มีภาวะเครียด ประกอบกับภาวะเครียดที่มาจากบทบาทอื่นๆ อีกในครอบครัว ส่งผลให้พยาบาลที่มีความตึงเครียดสูงอยู่แล้วเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ดังนั้นการจัดการเพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดจากปัจจัยนี้ในพยาบาลสตรี จึงมีความสำคัญที่ผู้บริหารควรตระหนัก เช่น การสนับสนุนให้มีสถานที่รับดูแลบุตรให้สำหรับพยาบาล ในขณะที่ต้องมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หรือการจัดตารางการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อพยาบาลให้สามารถให้การดูแลครอบครัวอย่างเหมาะสม เป็นต้น

แรงสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย เท่ากับ 91.04 (ช่วงคะแนน 25- 125 คะแนน) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง จากผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$) และสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วม กับปัจจัยอื่นในการทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี กลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 28.11, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.14, p < .05$) ซึ่งหมายถึง พยาบาลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าต่ำ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา ดวงเดือน (2004) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.62, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2005) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.50, p <$

0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลแถบคาริบเบียนที่ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29, P < 0.01$) โดยพบว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมาจากครอบครัว ผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา (Baba, Galperin, & Lituchy, 1999) สำหรับผลการวิจัยในครั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้านที่มีทั้งหมด 5 ด้านนั้น พบว่า ด้านความผูกพันใกล้ชิดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมต่ำที่สุด อย่างไรก็ตามในแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูงและไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้และจากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกับพยาบาล ดังนั้น เมื่อพยาบาลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงสามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดและช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978; Cohen & Wills, 1985; Israel et al., 2002; Parry, 1986) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้พยาบาลควบคุม หรือเข้าใจปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนสามารถเผชิญกับความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าหรือแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Heller, et al. อ้างใน พรทิพย์ สุรโยธิน ราชสีมา, 2537) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โดยส่งผลทำให้ช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีได้

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเฉลี่ย เท่ากับ 172.16 (ช่วงคะแนน 50 – 250 คะแนน) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37, p < .001$) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 โดยพบว่าปัจจัยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสามารถร่วมกับปัจจัยอื่นในการอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 28.11, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.14, p < .05$) แสดงถึงความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้ โดยพยาบาลที่มีคะแนนของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงจะมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวคนธ์ สิงห์อาจ (2546) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคกลาง จำนวน 509 คน พบว่า กลุ่มพยาบาลที่รู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.8 สูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และพบว่า พยาบาลที่ไม่มีโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน ปฏิบัติงานใน

สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เคยทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน และไม่ได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานในความสามารถจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลจิตเวชของ ทิวพร พู่เฟื่อง (2541) ที่พบว่าปัจจัยด้านความยากลำบากในการทำงานสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .25$, $F = 15.12$, $p < .0001$) เมื่อเปรียบเทียบรายด้านของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่มีทั้งหมด 13 ด้านนั้น พบว่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านค่อนข้างสูง โดยคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงสุดในด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว และด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากปริมาณของงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลมีมากและหลากหลาย และการต้องปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ญาติ ผู้ร่วมงาน นโยบายและการบริหารของผู้บังคับบัญชา และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานของหน่วยงาน และต้องอยู่ภายใต้้นับเป็นการปฏิบัติงานที่หนักทั้งกายและใจ และสร้างความกดดันทำให้พยาบาลต้องตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (เสาวคนธ์ สิงห์อาจ, 2546; Muldary, 1983) นอกจากนี้พยาบาลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับงานซึ่งมีความเครียด ซึ่งมีผลทำให้พยาบาลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานช่วยปกป้องบุคคลจากผลกระทบของภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานและการจัดการกับสิ่งที่มีผลต่อความรู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานให้กับพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลพยาบาลต้องตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของสุขภาพจิตในการทำงานให้แก่พยาบาลให้มากขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้เป็นการบรรยายถึง การสรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย และข้อจำกัดของการศึกษา ซึ่งได้อธิบายดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาถึงความชุก ระดับของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลที่สมรสแล้ว สังกัดฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 358 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลที่สมรสแล้วที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานสังกัดฝ่ายการพยาบาล และมีบทบาทอื่นที่นอกเหนือจากเป็นผู้ทำงาน เช่น ภรรยา มารดา หรือผู้ดูแล เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง (Women's Role Strains Inventory (WRSI)) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ85 part II) แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) โดยก่อนที่จะนำแบบวัดไปใช้ในการศึกษาจริงผู้วิจัยได้ทดลองใช้ที่ได้จากการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง (Women's Role Strains Inventory (WRSI)) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ85 part II) แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression

Inventory) คือ .90, .95, .89, และ .84 ตามลำดับ และจากการศึกษาพบว่ามีความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัด คือ .91, .91, .96, และ .84 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2550 ถึงเดือนกรกฎาคม 2550 และการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการใช้สถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา และใช้สถิติอ้างอิง คือ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้า และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพสตรีที่สมรสแล้ว จำนวน 358 คน อายุระหว่าง 25 – 58 ปี อายุเฉลี่ย 36.94 ปี (SD = 6.20) สถานภาพสมรสคู่ (92.5%) มีบุตร 1 - 2 คน (74.6%) ส่วนใหญ่มีบทบาท 3 บทบาท (53.4%) มีบทบาทเป็นผู้ทำงานมากที่สุด (100%) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (97.8%) มีประสบการณ์ในการทำงาน 6 - 10 ปี (53.4%) เป็นข้าราชการระดับ 7 (66.2%) มีรายได้ในช่วง 15,001 - 20,000 บาท (32.4%) มีรายได้เพียงพอ (67.9 %) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในอดีต (99.4 %)

2. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และพบมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.9 โดยร้อยละ 2.2 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.4 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.3 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 4.5 โดยการมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.03, p > .05$) และไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = -.04, p > .05$)

ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ร้อยละ 6.1 โดยการมีประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .16, p < .01$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .16, p < .01$)

ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงเฉลี่ยเท่ากับ 109.54 (ช่วงคะแนน 44 – 220 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.77 โดยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .33, p < .001$)

แรงสนับสนุนทางสังคม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย เท่ากับ 91.04 (ช่วงคะแนน 25- 125 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.64 และจากการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ซึ่งมีทั้งหมด 5 ด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 19.32, SD = 2.96$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($\bar{X} = 17.42, SD = 2.56$) และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.14, p < .05$)

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเฉลี่ย เท่ากับ 172.16 (ช่วงคะแนน 50 – 250 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23.96 และจากการวิเคราะห์รายด้านของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีทั้งหมด 13 ด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติมีค่าสูงสุด ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.59$) รองลงมาคือ ด้านความสำเร็จของงาน ($\bar{X} = 3.72, SD = 0.63$) ด้านความรับผิดชอบ ($\bar{X} = 3.71, SD = 0.57$) และด้านที่ต่ำสุดคือ เงินเดือนและค่าตอบแทน ($\bar{X} = 3.02, SD = 0.83$) และพบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.14, p < .05$)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปข้อเสนอแนะออกเป็นด้านบริหารการพยาบาล และด้านปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

ด้านบริหารการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 3.9 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่บ่งชี้ถึงสภาพปัญหาทางสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพสตรี และพบว่า

ปัจจัยที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ได้แก่ ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และประวัติการสูญเสียมารดาที่อายุน้อยกว่า 11 ปี ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กรพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญและหาวิธีป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการผ่อนคลายความเครียดในขณะที่ปฏิบัติงาน และควรส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ปรับปรุงอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอและเหมาะสมกับการใช้งาน เปิดโอกาสให้สามารถลาไปปฏิบัติภารกิจส่วนตัวได้ เปิดโอกาสให้ไปศึกษาต่อหรืออบรมได้ตามความต้องการ มอบหมายงานที่เหมาะสมกับความสามารถ และดูแลให้ได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสม เป็นต้น

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการศึกษาเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเหล่านี้ ถ้าพบว่า พยาบาลบุคคลใดมีปัญหาภาวะซึมเศร้าควรดำเนินการช่วยเหลือทันที โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับความเข้าใจตนเอง วิธีการจัดการกับความเครียด และมีการสนับสนุนการแก้ปัญหาที่เหมาะสม นอกจากนี้มีการติดตามและประสานงานการช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยการช่วยเหลือนั้นต้องมีความชัดเจนและต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ ถ้าได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อทำให้ผู้ที่ประสบกับภาวะซึมเศร้าไม่รู้สึกรู้ว่าถูกทอดทิ้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีทั้งประเทศ เพื่อให้ทราบถึงปริมาณของปัญหาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีในภาพรวมของประเทศ
2. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีและการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ในการศึกษาที่มีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างไม่มากพอจึงทำให้ปัจจัยนี้ไม่เด่นชัด ดังนั้น ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยนี้อีกในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนมากขึ้น
3. การศึกษาถึงปัจจัยบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงในครั้งนี้ เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ซึ่งพบว่า มีความสำคัญค่อนข้างมากกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ดังนั้น เพื่อให้ทราบและเข้าใจในปัจจัยนี้ให้มากขึ้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยนี้ในเชิงคุณภาพด้วย
4. พยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานแบบเวรผลัด ทำให้มีเวลาอยู่ร่วมกับครอบครัวไม่เป็นแบบปกติทั่วไป อาจทำให้กระทบกับสัมพันธภาพในระหว่างคู่สมรสได้ ซึ่งผู้วิจัยคิดว่า มีความสำคัญกับ

ภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ที่ควรมีการศึกษาในปัจจัยของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อไปด้วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากในการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้ว ที่ปฏิบัติงานสังกัดกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้น จึงมีข้อจำกัดทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถเป็นตัวแทนของพยาบาลวิชาชีพสตรีทั้งหมดของประเทศได้
2. เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม PRQ85 ที่มีการแบ่งระดับของคำตอบเป็น 5 ระดับ ซึ่งผู้ที่ต้องการนำผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษารั้งนี้ไปใช้จึงควรระมัดระวังในการแปลผล โดยเฉพาะกับการเปรียบเทียบกับผลการศึกษารั้งอื่นที่ใช้ PRQ85 ที่มีคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี
(PREDICTORS OF DEPRESSION IN FEMALE NURSES)

มณีกานต์ สุภาเส 4736740 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : โสภิณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing),
วรรณภา ประไพพานิช, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดในทางลบต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป โดยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวังและรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสนใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ น้อยลง จึงมีผลกระทบต่ออาชีพการงานและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Stewart, Gucciardi, & Grace, 2003) ตลอดจนความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิต มีการรายงานว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการทุพพลภาพ(disability) (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, & Murray, 2004) เทียบเท่ากับการทุพพลภาพของผู้ที่ตาบอด (blindness) หรืออัมพาตครึ่งท่อนล่าง (paraplegia) (National Institute of Mental Health (NIMH), 2006; World Health Organization (WHO), 2006) และในปัจจุบันพบว่า ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ทั่วโลก (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, & Murray, 2004; NIMH, 2006; WHO, 2006) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นภาระทางด้านสังคมและเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัว ชุมชน ตลอดจนประเทศชาติ (Klerman & Weissman, 1992)

จากการศึกษาภาระโรค (Global Burden of Disease: GBD) โดยองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ด้วยเครื่องมือที่ใช้วัดสภาวะทางสุขภาพแบบใหม่ที่เป็น การเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคทั้งที่ทำให้เสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควรและทำให้ต้องทุพพลภาพจากความเจ็บป่วยหรือพิการอยู่ในดัชนีชี้วัดตัวเดียวกัน ซึ่งเรียกว่า การสูญเสียปีสุขภาวะ

(Disability Adjusted Life Years: DALYs) ที่เป็นการแสดงถึงจำนวนปีสมบูรณ์ที่ปรับด้วยความพิการ โดยค่า DALYs เป็นการวิเคราะห์จากจำนวนปีที่ผู้ป่วยสูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost: YLLs) รวมกับจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพจากโรคนั้นๆ (Years Lived with Disability : YLDs) โดย 1 DALYs เท่ากับการสูญเสียช่วงอายุที่มีสุขภาพดีไป จำนวน 1 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2542) ซึ่งการศึกษาภาระโรคของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2000 พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 5 หรือคิดเป็นร้อยละ 4.1 ของการสูญเสียปีสุขภาพ ภาวะ ทั่วโลก และมีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาพเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (Ustun et al., 2004; WHO, 2000) และสำหรับการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้หญิงของ WHO ในปี ค.ศ. 2000 พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาพ (WHO, 2000) และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาพในผู้หญิงทั่วโลกด้วย (WHO, 2006) สำหรับการศึกษาระยะโรครวมกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 พบว่าโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาพสูงสุด แต่เป็นค่าของจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด คือ 240,557 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2542) เมื่อพิจารณาเฉพาะเพศหญิงพบว่า โรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาพสูงสุดด้วยเช่นกัน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และส่งผลกระทบต่อมากโดยเฉพาะกับผู้หญิง (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) ทั้งนี้มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าผู้หญิงมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 - 3 เท่า (Nolen-Hoeksema, 1990; Stewart, Random, Damiani, & Honikman, 2001; Stewart et al., 2003; Warren, 1995; WHO, 2000) และพบมากในช่วงอายุระหว่าง 25 - 44 ปี ซึ่งเป็นวัยของการเจริญพันธุ์ การทำงาน และการมีครอบครัว (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546; Weissman, 1987; WHO, 2006) ซึ่งการที่ผู้หญิงต้องตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า จะทำให้กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2542; กรมสุขภาพจิต, 2546) ถึงแม้ภาวะซึมเศร้าจะไม่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรก็ตาม แต่พบว่า การที่ต้องทนอยู่กับความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพนี้ สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย และเป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547; Taylor, 1994)

การศึกษาพบว่า ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรมต่างๆ (McGrath, Keita, Strickland, & Russo, 1992; Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, 1990; Stewart et al., 2001; Stewart et al., 2003; WHO, 2000) โดยการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในช่วงต่างๆ ของวงจรการเจริญพันธุ์ ในชีวิตของผู้หญิง เช่น การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด ระยะก่อนและหลังการหมด

ประจำเดือน (McGrath et al., 1992) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความเครียดที่เกิดจากการทำงาน และภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในบทบาทต่างๆ ของผู้หญิง การที่ถูกแบ่งแยกชนชั้นทางเพศ การขาดการสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีความสำคัญต่อผู้หญิง ปัญหาความยากจน และมีประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกิดขึ้นในชีวิต เป็นต้น (Kendel, Davies, & Raveis, 1985; Krause & Geyer-Pestello, 1985) การที่ผู้หญิงต้องมีภาระหน้าที่เพิ่มขึ้นทั้งในการรับผิดชอบดูแลครอบครัวและต้องทำงานนอกบ้านเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัว สร้างความรู้สึกตึงเครียดให้กับผู้หญิงจากความไม่สัมพันธ์กันระหว่างหน้าที่การงานกับความสามารถในครอบครัว (Reisine & Fifield, 1995; Spurlock, 1995; WHO, 2000) ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงได้มากขึ้น (Kasen, Cohen, Chen, & Castille, 2003) ดังเช่น การศึกษาของศิริพร จิรวินกุล (2546) ที่พบว่า ผู้หญิงไทยที่แต่งงานแล้วมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้หญิงที่เป็น โสด และพบมีโอกาที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึง 3 ครั้งในช่วงของชีวิต และการศึกษาของ Duangstri (1998) ที่พบว่า แรงงานก่อสร้างสตรีในเขตกรุงเทพมหานครที่มีสถานภาพสมรสคู่เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าแรงงานก่อสร้างสตรีที่เป็นโสดถึง 4 เท่า โดยพบว่า การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคู่สมรสมีผลต่อสุขภาพจิตของแรงงานก่อสร้างสตรี สรุปได้ว่า ผู้หญิงที่มีครอบครัวและทำงานนอกบ้านอาจมีความกดดันและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างครอบครัวกับการทำงาน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้หญิงมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kasen et al., 2003)

วิชาชีพพยาบาลมีบุคลากรส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง จึงมีความเสี่ยงจากปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับวงจรชีวิตในช่วงต่างๆ ของการเจริญพันธุ์และบุคลิกภาพที่เฉพาะทางเพศเป็นปัจจัยทางจิตสังคมเช่นเดียวกับผู้หญิงทำงาน โดยทั่วไปที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, 1990; Stewart et al., 2001; Stewart et al., 2003) และภาระงานของพยาบาลซึ่งมีลักษณะการทำงานที่ก่อให้เกิดความกดดัน สร้างความคับข้องใจ และความเครียดให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้สูง (Demir, Ulusoy, & Ulusoy, 2003) เนื่องจากการมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของสุขภาพและชีวิตซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การปฏิบัติงานต้องมีการควบคุมอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดและเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การทำงานต้องประสานกันเป็นทีมและต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น พยาบาลผู้หญิงจึงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Baba et al., 1999; Williams, Hagerty, Murphy-Weinberg, & Wan, 1995) ตามที่สถาบันความปลอดภัยในวิชาชีพและสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษได้กล่าวว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลมีโอกาเกิดความเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดจากการทำงานได้มากกว่าวิชาชีพอื่นๆ (Seago, 1997) ซึ่งมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของ Shiraz Namazi Hospital ในประเทศอิหร่าน จำนวน 130 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่

ศึกษาทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้า โดยพบภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 73.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.5 และร้อยละ 5.4 มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง (Kavari, 2006) นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มผู้หญิงทำงานระดับวิชาชีพ เช่น นักเคมี พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักศึกษาแพทย์ และนักจิตวิทยาพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป ซึ่งสาเหตุของการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากมีภาวะซึมเศร้า (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และชนิดา กาญจนลาภ, 2543; McGrath et al, 1990) ทั้งนี้ การศึกษาที่สนับสนุนว่าพยาบาลที่มีความเครียดเป็นเวลานานและไม่สามารถปรับตัวหรือได้รับความช่วยเหลือให้เผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย (burnout) ส่งผลให้พลังงานที่สะสมในร่างกายลดลง เกิดความรู้สึกท้อแท้ใจ และมีความภาคภูมิใจในตนเองลดน้อยลงจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (Baba et al., 1999; Lambert & Lambert, 2001; Weinberg & Creed, 2000)

กล่าวโดยสรุปก็คือ พยาบาลวิชาชีพสตรีเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง จากสาเหตุของการมีลักษณะความเป็นผู้หญิงที่เป็นปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ และจากการทำงานที่มีความกดดันสร้างความตึงเครียดให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีครอบครัวยังมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบจากบทบาทต่างๆ มากมายทั้งในครอบครัว เช่น ภรรยา หรือมารดา หรือผู้ดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุ หรือญาติ และในบทบาทผู้ทำงานด้านการพยาบาลซึ่งมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับสถาน การณ์ที่พบเกี่ยวกับผู้ป่วย การทำงานแบบผลัดเปลี่ยนเวลายังจะทำให้ร่างกายต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลาแล้ว ยังอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวพยาบาลเอง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลได้ ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีจึงเป็นเรื่องที่ควรตระหนักและให้ความสำคัญ เนื่องจากพยาบาลเป็นฐานกำลังที่สำคัญของระบบสาธารณสุขของประเทศ ถ้าหากพยาบาลวิชาชีพสตรีเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติงานทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนความน่าเชื่อถือของวิชาชีพพยาบาลให้ลดลงได้ ซึ่งในปัจจุบันนี้ประเทศต่างๆ ได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์กันมากขึ้น (Blisker, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล แต่ไม่พบว่า มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าที่เจาะจงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรีโดยตรง ทั้งที่พยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีหลายบทบาทมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุก ระดับของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้ว

ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นเขตพื้นที่เจริญและประชากรมีการแข่งขันกันทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า ประชาชนในเขตนี้มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าสูงเป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร (กรมสุขภาพจิต, 2546) เพื่อให้มีความเข้าใจในภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีในพื้นที่นี้ และเพื่อประโยชน์ในการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าให้กับบุคลากรวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทยต่อไป

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและในพยาบาล ซึ่งทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักๆ คือ ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (Biological theory) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological theory) และทฤษฎีทางด้านสังคม (Social theory) (Rathbun, 2000; Weitz, 2001; Sadock & Sadock, 2005; Rasgon, Guire, & Troisi, 2000) มีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา อธิบายถึงปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยด้านพันธุกรรม และความผิดปกติจากการทำงานของสารสื่อประสาทและฮอร์โมนต่างๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546; Gordon & Ledray, 1985; Kreps, 2006; Sadock & Sadock, 2005; Stuart, 1995; Warren, 1995; Weissman, 1987; Willenz, 2002) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยด้านพันธุกรรมที่กล่าวถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดชั้นที่หนึ่ง (พ่อ แม่ พี่น้อง) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้หญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า (McGrath et al., 1990; Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman, 1987) โดยปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ซึ่งเป็นข้อมูลของบุคคลและครอบครัวที่นำมาประกอบในการพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Glowinski, Madden, Bucholz, Lynsky, & Heath, 2003; Rice, Harold, & Thapar, 2002; Roy, 1981; Roy, 1987; Sangon, 2001; Silberg, Rutter, & Eaves, 1999; Townsend, 1999; Weissman et al., 1987; Willenz, 2002)

ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา อธิบายถึงปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง ประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีพฤติกรรม ทฤษฎีการยอมรับงานที่เกิดจากการเรียนรู้ และทฤษฎีความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี (โดยการเสียชีวิตหรือแยกจากกัน) เป็นปัจจัยที่มาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ที่

เป็นผลจากประสบการณ์ที่เจ็บปวดจากการสูญเสียบิดามารดาในวัยเด็ก โดยเฉพาะกับการที่สูญเสียมารดาโดยการเสียชีวิตหรือหรือพลัดพรากจากกัน (Akiskal, 2005; Brown & Harris, 1978; Stuart, 1995; Warren, 1995) ว่าในขณะที่บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียนั้นจะเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalent) ร่วมด้วย แต่ความรู้สึกดังกล่าวถูกเก็บกดอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกจึงไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดการหันเหเข้าหาตัวเองโดยการกล่าวโทษตนเอง (introjection) (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2545) ก่อให้เกิดความรู้สึกโกรธแต่จำเป็นต้องเก็บกดไว้ด้วยความรู้สึกผิดซึ่งสร้างความเจ็บปวดให้กับตนเอง ส่งผลให้พัฒนาการทางจิตใจและอารมณ์ไม่สมบูรณ์ขาดพัฒนาการด้านความรักและการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และกล่าวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และชนิดา กาญจนลาภ, 2543; Bowlby, 1986) ต่อมาเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่จึงกระตุ้นความรู้สึกที่เก็บกดเอาไว้ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ (Akiskal, 2005; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987; Stuart, 1995) อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการพัฒนาและทุกช่วงอายุ (Blazer, 1982 อ้างใน มาโนช ทับมณี, 2541) แต่เนื่องจากพัฒนาการด้านความคิดและจินตนาการของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 11 ปี ยังเป็นระบบแบบรูปธรรม (concrete thinking) จึงยังไม่สามารถมีความเข้าใจในสิ่งที่อาจต้องการความเข้าใจที่ซับซ้อนได้ดี เช่น การต้องแยกจากมารดาอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตหรือพลัดพรากได้ ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 11 ปี ที่มีการสูญเสียพ่อหรือแม่จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเด็กในช่วงอายุอื่นๆ (จำลอง ดิษยณิข และพริ้มเพรา ดิษยณิข, 2546; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2546; สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Sangon, 2001; Stuart, 1995; Warren, 1995; Kavari, 2006)

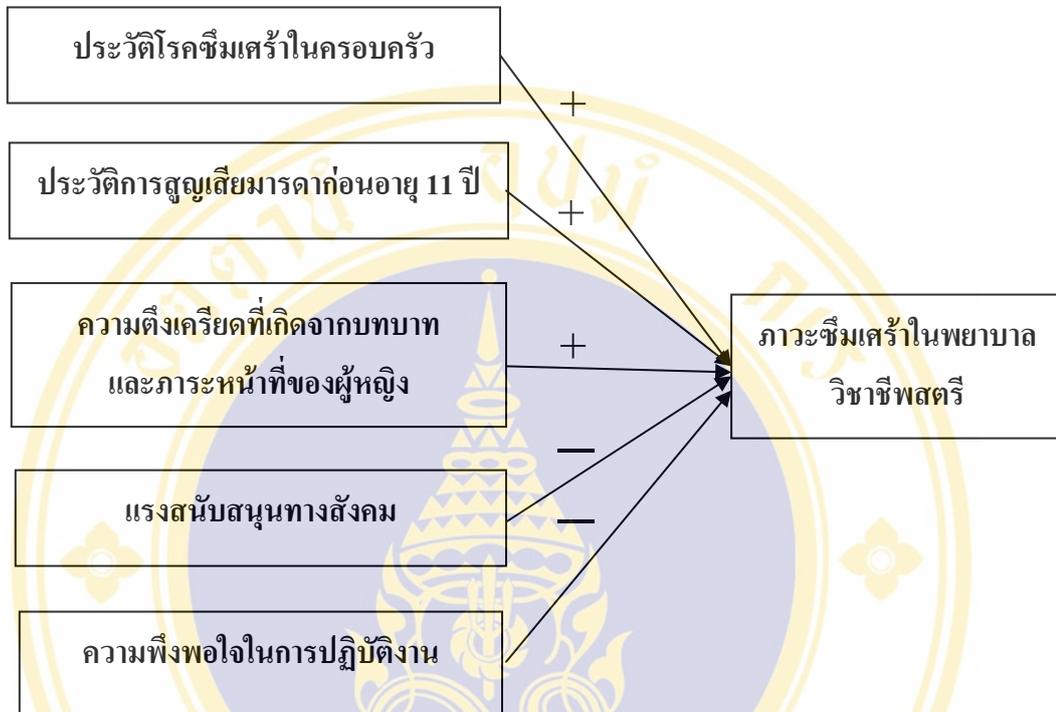
ทฤษฎีทางด้านสังคม อธิบายถึงอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงประกอบด้วย ทฤษฎีบทบาท ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ปัจจัยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง (Women's Role Strain) เป็นปัจจัยที่มาจากภาระโดยทฤษฎีบทบาททางสังคม กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงว่าการที่ผู้หญิงต้องมีภาระหน้าที่ในบทบาทต่างๆ เช่น บทบาทของการเป็นภรรยา บทบาทมารดา ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัว และเป็นผู้ทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้หญิงเกิดความรู้สึกตึงเครียดและเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง โดยมีการศึกษาพบว่า ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง (Churoke, 2005; Reid & Hardy, 1999 cited in Churoke, 2005; Pearlin, 1989; Rosenfield, 1989; Stuart, 1981)

และอีกปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ คือ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (Job Satisfaction) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการทำงานที่พบว่า มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในผู้ปฏิบัติงาน (Herzberg et al., 1959) โดยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติงานของบุคคล (Hazel & Karen, 1991) กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงจะมีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน และมีความอดทนต่อความกดดันจากอุปสรรคต่างๆ มีการศึกษาที่พบว่า พยาบาลที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต่ำจะมีความสัมพันธ์และทำให้เกิดความเครียด ถ้าความเครียดที่เกิดขึ้นเรื้อรังไม่ได้แก้ไข จะทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายในงาน และส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในพยาบาลได้ (Baba et al., 1999; Healy & McKay, 2000; Stacciarini & Troccoli, 2004; Tyler & Cushway, 1995) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า พยาบาลที่รู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่รู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (เสาวคนธ์ สิงห์อาจ, 2546)

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กล่าวถึง แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการให้และการได้รับหรือการตอบสนองความต้องการจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Brown & Harris, 1978) จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและจิตใจของบุคคล (Beeber, 1996; Cohen & Syme, 1985) โดยเฉพาะกับผู้หญิง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้หญิงให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธ์ที่ดีระหว่างตนเองกับบุคคลที่สำคัญและผูกพันอยู่ด้วย (Beeber, 1996; Rasgon et al., 2000; Rosenfield, 1989; Weitz, 2001) และพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยเพิ่มความมั่นใจ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีความสามารถในการที่จะควบคุมสถานการณ์ ลดระดับของความเครียดที่เกิดขึ้น และช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม (Beeber, 1996; Cohen & Syme, 1985) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่ได้รับการยอมรับกันโดยทั่วไปพบว่า มี 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการความใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม โอกาสในการมีพฤติกรรมดูแลรับผิดชอบผู้อื่น การได้รับการยอมรับในคุณค่าของตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือที่มีประโยชน์ทางด้านข้อมูล อารมณ์ และเครื่องมือ (Weinert, 1987) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546; พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540; Duangduen, 2004; Sangon, 2001; Vatanasin, 2005)

สรุปว่า ปัจจัยที่คาดว่าสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของพยาบาลวิชาชีพสตรีในการศึกษานี้เป็นปัจจัยที่มาจากทฤษฎีทางด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคม ประกอบด้วย ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาท

และภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย คือ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมติฐานการวิจัย

1. ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง
2. แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง
3. ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพสตรีระดับพยาบาล ผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้วที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย มีบทบาทหน้าที่อื่นที่นอกเหนือจากเป็นผู้ทำงาน เช่น ภรรยา มารดา หรือผู้ดูแล ปฏิบัติงานสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นทางสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพสตรีในการป้องกันและจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี

นิยามตัวแปร

ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว หมายถึง ประวัติบุคคลในครอบครัวสายตรงของพยาบาลวิชาชีพสตรีที่กำลังเป็นหรือเคยเป็นภาวะซึมเศร้า จากการตอบในแบบสอบถาม

ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี หมายถึง ประวัติของพยาบาลวิชาชีพสตรีเกี่ยวกับการสูญเสียมารดาโดยการเสียชีวิตหรือการพลัดพรากจากกันก่อนอายุ 11 ปี จากการตอบในแบบสอบถาม

ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพสตรีเกี่ยวกับความตึงเครียดที่เกิดจากภาระหน้าที่ของผู้หญิงที่มีหลายบทบาท ซึ่งความรู้สึกตึงเครียดจากการมีหลายบทบาทนี้อาจเกิดจากความขัดแย้งในบทบาท ความไม่ชัดเจนในบทบาท บทบาทที่ไม่ต่อเนื่อง และการที่มีบทบาทมากเกินไป ซึ่งประเมินโดยแบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง (Women's Role Strains Inventory : WRSI) ของเลนกาเชอร์ (Lengacher, 1993) ฉบับภาษาไทย (Sangon, 2001)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพสตรีเกี่ยวกับการให้ และรับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมใน 5 มิติ ได้แก่ 1) ความรักใคร่ผูกพัน 2) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การมีโอกาสดูแลหรือให้กำลังใจผู้อื่น 4) การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง และ 5) ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูล คำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของหรือบริการ ประเมินโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II) ฉบับภาษาไทย (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533)

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีต่องานและสิ่งแวดล้อมที่พยาบาลวิชาชีพสตรีปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองจากปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยภายใน และความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นผลจากความไม่เพียงพอจากปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยสุขอนามัย ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมของงาน ประเมินโดยแบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่พัฒนาโดย เอียดศิริ เรืองภักดี (2543) จากทฤษฎีการจูงใจในการปฏิบัติงานของเฮร์ซเบิร์ก และคณะ (Herzberg et al., 1959)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และด้านร่างกายของพยาบาลวิชาชีพสตรีที่แสดงด้วยอาการซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ขาดสมาธิ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายและรุนแรง การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ รู้สึกอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกไร้ค่าไม่อยากมีชีวิตอยู่ ประเมินโดยแบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ชื่อ Thai Depression Inventory พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประวัติโรคซึมเศร้าในรอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้วที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานสังกัดฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง ในปีงบประมาณ 2550

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยวิธีของ Taro Yamane (Yamane, 1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และยอมให้มีความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างได้ 5 % ตามสูตรดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดยที่ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 N คือ จำนวนประชากรพยาบาลวิชาชีพสตรีที่สมรสแล้ว
 e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้
 โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05

$$\begin{aligned} \text{ดังนั้น} \quad n &= \frac{2,462}{1 + 2,462 (0.05)^2} \\ &= 345 \text{ คน} \end{aligned}$$

เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูล และให้มั่นใจจำนวนตัวอย่างว่าเพียงพอจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างขึ้นอีก 20 % (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) ดังนั้น จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษานี้ คือ จำนวน 415 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้วที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานสังกัดกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออก
2. มีบทบาทหน้าที่อื่นที่นอกเหนือจากเป็นผู้ทำงาน เช่น ภรรยา มารดา หรือผู้ดูแล เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามการวิจัยไปทั้งหมด 415 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่สามารถนำมาใช้ในการวิจัย จำนวน 358 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 86.27

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวนคำถามทั้งหมด 151 ข้อ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน จำนวนบุตร สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน สถานภาพสมรส บทบาท ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ให้ข้อมูล ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี จำนวนคำถามรวม 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง: ใช้แบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง ของ เลนกาเชอร์ (Lengacher, 1993) ชื่อ Women's Role Strains Inventory (WRSI) ฉบับภาษาไทย ของ โสภิต แสงอ่อน (2001) จำนวนคำถามทั้งหมด 44 ข้อ โดยวัดใน 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ความเครียดจากบทบาท (Role Distress) 2) การส่งเสริมของบทบาท (Role Enhancement) 3) การสนับสนุนในบทบาท (Role Support) ซึ่งเป็นการประเมินความเครียดเกี่ยวกับบทบาทใน 7 ด้านคือ 1) การทำหน้าที่แม่บ้าน 2) การสนับสนุนจากสามีหรือบุคคลสำคัญอื่นๆ 3) ลักษณะงานหรือการดูแล 4) ความกดดันจากเวลา 5) ภาวะสุขภาพของตนเอง 6) บทบาทการเป็นมารดา และ 7) การมีกิจกรรมในชุมชน แต่ละข้อแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) จนถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนรวมมีค่าได้ตั้งแต่ 44 - 220 คะแนน คะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทน้อย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค จากการนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .90 และจากการศึกษาเท่ากับ .91

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม: ใช้แบบวัด The Personal Resource Questionnaire : PRQ85 part II ของ Brandt & Weinert (Brandt & Weinert, 1981; Weinert, 1987; Weinert & Tilden, 1990) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลใน 5 องค์ประกอบ ทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy/Attachment) จำนวน 5 ข้อ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) จำนวน 5 ข้อ การมีโอกาที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-Worth) จำนวน 5 ข้อ และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (Assistance and Guidance) จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) จนถึง 7 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนรวมมีค่าได้ตั้งแต่ 25 - 175 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้เกิดความความผิดพลาดในด้านการตรวจสอบของตัวอักษรทำให้คำตอบและการแบ่งระดับของคำตอบในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนไปจากแบบวัดเดิมที่มีคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ เป็นแบบวัดที่มีคำตอบเป็น 5 ระดับ คือ ไม่จริงเลย (1) จริงเล็กน้อย (2) จริงปานกลาง (4) จริงมาก (3) จริงมากที่สุด (5) โดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อหาของคำถามจำนวน 25 ข้อ แต่อย่างไร ทำให้คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 25 - 125 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบพบความผิดพลาดนี้หลังจากที่ได้มีการเก็บข้อมูลในในกลุ่มตัวอย่างเสร็จแล้ว แต่เมื่อผู้วิจัยได้พิจารณาและประเมินผลการใช้พบว่า แม้การใช้แบบสอบถามไม่ตรงตามแบบฉบับดั้งเดิมในประเด็นของระดับคำตอบ แต่ความตรงของแบบสอบถามยังคงเดิม เนื่องจากการไม่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนข้อและเนื้อหาของข้อคำถาม และพบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน PRQ85 ที่มีคำตอบเป็น 5 ระดับ ซึ่งจากการทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .95 และจากการศึกษา เท่ากับ .95 จึงคงใช้แบบวัดนี้ในการศึกษาต่อไป

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน: ใช้แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ที่พัฒนาโดย เอียดศิริ เรืองภักดี (2543) จากแนวคิดการสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) คำถามมีทั้งหมด 50 ข้อ แบ่ง เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจ ซึ่งมีตัวชี้วัด 5 ประการ คือ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านความรับผิดชอบ ด้านความก้าวหน้าในงาน และคำถามเกี่ยวกับปัจจัยค้ำจุน ซึ่งมีตัวชี้วัด 8 ประการ คือ ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านโอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านสภาพการทำงาน ด้านวิธีการปกครองบังคับบัญชา และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว คำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert) ให้ค่าคะแนนตามระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) จนถึง 5 (มากที่สุด) คะแนนรวมมีค่าได้ตั้งแต่ 50 – 250 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ที่มีระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .89 และจากการศึกษาเท่ากับ .96

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า: ใช้แบบวัดชื่อ Thai Depression Inventory ของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2542) ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินและสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเลือกตอบข้อที่ตรงกับตัวเองมากที่สุด คำถามมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินอาการแสดงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ข้อ ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เท่ากับ .84 และจากการศึกษา เท่ากับ .84

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยื่นเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ดำเนินการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอรายชื่อพยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้ว ของฝ่ายการพยาบาลทั้งหมด เพื่อสุ่มคัดเลือกเป็นตัวอย่างในการศึกษา

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย หนังสือตอบรับจากโรงพยาบาลที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล และสรุปโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ พร้อมเอกสารแนะนำแก่ผู้ถูกวิจัย และขออนุญาตให้ทำการวิจัยของอาสาสมัครที่เป็นภาษาไทย ตามแบบที่คณะกรรมการฯ กำหนด ติดต่อเพื่อขออนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข

3. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลได้ กำหนดเลขที่ของแบบสอบถามให้ตรงกันทั้ง 5 ชุด โดยการบันทึกรายละเอียดของแบบสอบถามที่ส่งมอบกับโรงพยาบาลที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในทะเบียนคุมเพื่อสะดวกในการตรวจสอบ

4. กำหนดวันที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2550 ถึงเดือนกรกฎาคม 2550

5. ผู้วิจัยส่งเอกสารเกี่ยวกับการวิจัย โดยส่งไปทางไปรษณีย์ และผู้วิจัยนำไปให้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอให้ส่งชุดแบบสอบถามให้กับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการตามที่ผู้วิจัยได้ระบุชื่อไว้ ซึ่งประกอบด้วย สำเนาหนังสือรับรองให้ศึกษาวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนกระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถาม เอกสารแนะนำโครงการวิจัยแก่ผู้ถูกวิจัย และใบยินยอมให้ทำการวิจัย และกำหนดวันที่ขอให้อาสาสมัครส่งแบบสอบถามกลับคืนแก่ผู้ที่รวบรวมที่ผู้วิจัยได้ประสานที่จะไปรับแบบสอบถามด้วยตนเอง และในแบบสอบถามที่ให้ส่งกลับถึงผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยได้แนบซองจดหมายระบุที่อยู่ของผู้วิจัยที่ติดอากรแสตมป์ไปให้ด้วย

6. ตรวจสอบความถูกต้องเมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืน และลงรหัสของข้อมูลในแบบสอบถาม ซึ่งพบว่า จากแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมีความถูกต้องสามารถนำไปใช้ได้จำนวน 358 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.27

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) คือ การแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย (X) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรอิสระ และใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) คือ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของตัวแปรอิสระที่ศึกษา โดยได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพบว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในการใช้สถิติดังกล่าวข้างต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพสตรีที่สมรสแล้ว จำนวน 358 คน อายุระหว่าง 25 - 58 ปี อายุเฉลี่ย 36.94 ปี (SD = 6.20) สถานภาพสมรสคู่ (92.5%) มีบุตร 1 - 2 คน (74.6%) ส่วนใหญ่มีบทบาท 3 บทบาท (53.4%) โดยส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้ทำงาน (100%) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (97.8%) มีประสบการณ์ในการทำงาน 6 - 10 ปี (53.4%) เป็นข้าราชการระดับ 7 (66.2%) มีรายได้ในช่วง 15,001 - 20,000 บาท (32.4%) มีรายได้เพียงพอ (67.9 %) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในอดีต (95.5%)

2. ข้อมูลตัวแปรอิสระที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพสตรีที่ศึกษา พบว่า มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 4.5 มีประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี ร้อยละ 6.1 มีคะแนนความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงเฉลี่ย เท่ากับ 109.54 (ช่วงคะแนน 44 - 220 คะแนน) มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย เท่ากับ 91.04 (ช่วงคะแนน 25 - 125 คะแนน) มีคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเฉลี่ย เท่ากับ 172.16 (ช่วงคะแนน 50 - 250 คะแนน)

3. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 96.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และพบมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.9 โดยร้อยละ 2.2 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.4 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.3 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงและประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .001$; $r = .16, p < .01$ ตามลำดับ) แรงสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$; $r = -.37, p < .001$, ตามลำดับ) ส่วนประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.03, p > .05$) (ตารางที่ 1)

5. ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเข้าพร้อมกันทั้งหมด (Enter method) พบว่า ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

($F = 28.11, p < .001$) แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง ($\beta = .33, p < .001$) ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ($\beta = .16, p < .01$) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ($\beta = -.14, p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.14, p < .05$) โดยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงเป็นตัวปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด รองลงมาคือ ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 358$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
(1) ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	1					
(2) ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี	.06	1				
(3) ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง	-.01	.01	1			
(4) แรงสนับสนุนทางสังคม	.03	.01	-.58***	1		
(5) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	-.02	.00	-.49***	.48***	1	
(6) ภาวะซึมเศร้า	-.03	.16**	.48***	-.40***	-.37***	1

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

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 358)

ปัจจัยทำนาย	b	SEB	beta	t
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	-1.02	1.28	-.04	-.80
ประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี	3.83	1.10	.16	3.47**
ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง	.11	.02	.33	5.57***
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.07	.03	-.14	-2.37*
ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	-.04	.01	-.14	-2.59*
ค่าคงที่ (Constant)	7.39	4.74	...	1.56

R = .53, R² = .29, Overall F = 28.11, Sig F = .000

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

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพสตรีที่สมรสแล้ว จำนวน 358 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี (56.7%) มีอายุเฉลี่ย 36.94 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (92.5%) มีจำนวนบุตร 1 - 2 คน (รวม 74.6%) มีบทบาทเป็นผู้ทำงานสูงสุด (100%) ส่วนใหญ่มีบทบาทและหน้าที่มากที่สุด จำนวน 3 บทบาท ได้แก่ บทบาทเป็นผู้ทำงาน ภรรยา และมารดา (53.4%) ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างช่วงอายุของผู้หญิงทำงานในสังคมปัจจุบันที่ต้องรับบทบาทและภาระหน้าที่ต่างๆ ทั้งในการทำงานและการดูแลครอบครัว (ศิริพร จีรวัดน์กุล, 2546; NAMI, 2003) ผู้หญิงทำงานในบทบาทของงานพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เฉพาะด้านจึงต้องอาศัยความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง สุภาณี วศินอมร (2531; อ้างใน สิริลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์, 2535) กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่สำคัญมี 3 บทบาท คือ บทบาทด้านการรักษา ซึ่งพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์โรคเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สามารถที่จะสังเกตอาการแรกเริ่มของผู้ป่วย อาการที่เปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับการรักษา บทบาทที่สองด้านการดูแลพยาบาลจะมีบทบาทด้านนี้มากที่สุด ซึ่งจุดมุ่งหมายใหญ่ของบทบาทนี้เพื่อเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และบทบาทสุดท้ายด้านสังคมซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลต้องพลัดพรากจากครอบครัว ต้องงดเว้นการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ที่เคยปฏิบัติ ดังนั้น ผู้หญิงทำงานวิชาชีพพยาบาลจึงต้องมีความอดทนเพราะงานพยาบาลเป็นงานบริการที่ต้องมีความเกี่ยวข้องกับ

บุคคลหลายแขนงอาชีพ เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และชุมชน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (97.8%) เนื่องจากปัจจุบันมีการสนับสนุนให้พยาบาลศึกษาต่อเนื่องจนจบปริญญาตรี ซึ่งพบว่า มีพยาบาลเพียงเล็กน้อยที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท (2.2%) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน 6 - 10 ปี และเป็นข้าราชการระดับ 7 โดยทั่วไปข้าราชการในส่วนภูมิภาคที่รับราชการประมาณ 10 ปี เมื่อมีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไขของทางราชการจะสามารถได้รับการพิจารณาปรับเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 ได้ ส่วนใหญ่มีเงินเดือนและรายได้รวมประมาณ 15,001 - 20,000 บาท (32.4%) คิดว่ารายได้เพียงพอ (67.9 %) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในเรื่องของเศรษฐกิจ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน (99.4 %)

ผลการศึกษาพบว่า ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($F = 28.11, p < .001$) แต่ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01, .05, และ .05 ตามลำดับ โดยความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ($\beta = .33, p < .001$) รองลงมาคือ ประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี ($\beta = .16, p < .01$) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ($\beta = -.14, p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.14, p < .05$)

การที่ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุดและมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง น่าจะอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพสตรีที่ต้องรับผิดชอบในบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ของผู้หญิง ทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้นจากความรู้สึกขัดแย้งกัน การที่มีจำนวนของบทบาทมาก มีความไม่ชัดเจนในแต่ละบทบาท และอาจมีความไม่ต่อเนื่องของบทบาท สร้างความรู้สึกยุ่งยากจากการจัดการกับบทบาทต่างๆ ที่ต้องรับผิดชอบให้บรรลุผลสำเร็จได้สมบูรณ์ (Goode, 1960 cited in Lengacher, 1997) และจากความคาดหวังของบทบาทต่างๆ ที่สวมอยู่อาจไม่สอดคล้องกัน (สุกัญญา บุญตานนท์, 2534 อ้างในทัศนาศูวรรณะ ปกรณ์, 2547; Ogema & Kittisuksathit, 1997; Tantiwiramanond & Pandey, 1997) ส่งผลให้พยาบาลที่มีความตึงเครียดสูงอยู่แล้วเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ดังนั้น การจัดการเพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดจากปัจจัยนี้ในพยาบาลสตรีจึงมีความสำคัญที่ผู้บริหารควรตระหนักและให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้ปัจจัยนี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลที่มีหลายบทบาท เช่น

การสนับสนุนให้มีสถานที่รับดูแลบุตรให้สำหรับพยาบาลในขณะที่ต้องมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หรือการจัดการการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อพยาบาลให้สามารถให้การดูแลครอบครัวอย่างเหมาะสม เป็นต้น

ประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลรองลงมาที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นความสำคัญของปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและพัฒนาการด้านอารมณ์ ความคิด ที่มีต่อการสูญเสียมารดาในวัยเด็ก ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978) เนื่องจากนักจิตวิทยาได้อธิบายว่าเพราะช่วงวัยนี้มีการพัฒนาในการสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกผูกพันกับบุคคลที่ใกล้ชิด ซึ่งการสูญเสียมารดาส่งผลให้พัฒนาการทางจิตใจและอารมณ์ไม่สมบูรณ์ ขาดพัฒนาการด้านความรักและความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เนื่องจากเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 11 ปี พัฒนาการด้านความคิดและจินตนาการยังเป็นระบบแบบรูปธรรม (concrete thinking) จึงยังไม่สามารถมีความเข้าใจในสิ่งที่อาจต้องการความเข้าใจที่ซับซ้อนได้ดี เช่น การต้องแยกจากมารดาอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตหรือพลัดพรากได้ ส่งผลทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Stuart, 1995) ดังนั้นผู้หญิงที่มีประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่จะกระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวังท้อแท้ และพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ (Akiskal, 2005; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987; Stuart, 1995; Warren, 1995) อย่างไรก็ตามแม้พบปัจจัยนี้ในกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 6.1 แต่ปัจจัยนี้สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งให้เห็นว่าประวัติการสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและในพยาบาลสตรีที่ควรมีการคัดกรองถึงปัจจัยนี้ตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาล เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และเพื่อให้เข้าใจว่าปัจจัยนี้อาจกระตุ้นหรือส่งเสริมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในพยาบาลสตรีได้ ถ้าพยาบาลต้องพบกับเหตุการณ์การสูญเสียขึ้นอีก

การที่ความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้นี้อธิบายได้ด้วยเหตุผลที่ว่า เนื่องจากงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลมากและหลากหลาย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยญาติ ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชาและนโยบายการทำงาน ตลอดจนการต้องปฏิบัติงานที่อยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่ต้องเร่งรีบ สถานการณ์การทำงานที่มีความวุ่นวายและบีบบังคับให้ต้องปฏิบัติงานตลอดเวลา นับเป็นการปฏิบัติงานที่หนักทั้งกายและใจ และสร้างความกดดันทำให้พยาบาลต้องตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (เสาวคนธ์ สิงห์อาจ, 2546; Muldary, 1983) โดยพบว่า ความ

พึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่กระตุ้นหรือส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความรู้สึกอยากทำงานหรือเบื่อหน่ายการทำงานจนเกิดภาวะเครียดขึ้น (Deker & Borgen, 1993) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังจะทำให้รู้สึกอ่อนล้าทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และการจัดการกับสิ่งที่มีผลต่อความรู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานให้กับพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลพยาบาลต้องตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของสุขภาพจิตในการทำงานให้แก่พยาบาลให้มากขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีการศึกษาพบว่า สามารถลดระดับความรุนแรงของความเครียดและช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยป้องกันและลดการเกิดซึมเศร้าได้ (จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย และ ดุษฎี มุขสมบัติ, 2539; Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้า พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.14, p < .05$) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ดังนั้น เมื่อพยาบาลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงสามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978; Cohen & Wills, 1985; Israel et al., 2002; Parry, 1986) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้พยาบาลควบคุม หรือเข้าใจปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตน สามารถเผชิญกับความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าหรือแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Heller, et al. อังใน พรทิพย์ สุรโยธิน ราชสีมา, 2537) ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โดยส่งผลทำให้ช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรีได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปข้อเสนอแนะออกเป็น ด้านบริหารการพยาบาล และด้านปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

ด้านบริหารการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 3.9 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่บ่งชี้ถึงสภาพปัญหาทางสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพสตรี และพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี ได้แก่ ความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง ความ

พึงพอใจในการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และประวัติ การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กรพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญและหาวิธีป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการผ่อนคลายความเครียดในขณะที่ปฏิบัติงาน และควรส่งเสริมการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ปรับปรุงอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอและเหมาะสมกับการใช้งาน เปิดโอกาสให้สามารถลาไปปฏิบัติภารกิจส่วนตัวได้ เปิดโอกาสให้ไปศึกษาต่อหรืออบรมได้ตามความต้องการ มอบหมายงานให้เหมาะสมกับความสามารถ และดูแลให้ได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสม เป็นต้น

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการศึกษาเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ ถ้าพบว่าพยาบาลบุคคลใดมีปัญหาสุขภาพจิตควรดำเนินการช่วยเหลือทันที โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับความเข้าใจตนเอง การลดปัญหาความขัดแย้ง วิธีการจัดการกับความเครียด และมีการสนับสนุนการแก้ปัญหาที่เหมาะสม นอกจากนี้มีการติดตามและประสานงานการช่วยเหลือแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยการช่วยเหลือนั้นต้องมีความชัดเจนและต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ถ้าได้รับ การดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ที่ประสบกับภาวะซึมเศร้าไม่รู้สึกลัวถูกทอดทิ้ง

ปัญหาของการวิจัย/ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากในการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพสตรีระดับผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลที่สมรสแล้วที่ปฏิบัติงานสังกัดกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้น จึงมีข้อจำกัดทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถเป็นตัว แทนของพยาบาลวิชาชีพสตรีทั้งหมดของประเทศได้
2. เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม PRQ85 ที่มีการแบ่งระดับของคำตอบเป็น 5 ระดับ ซึ่งผู้ที่ต้องการนำผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษารั้งนี้ไปใช้จึงควรระมัดระวังในการแปลผล โดยเฉพาะกับการเปรียบเทียบกับผลการศึกษารั้งอื่นที่ใช้ PRQ85 ที่มีคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ

PREDICTORS OF DEPRESSION IN FEMALE NURSES

MANEEKAN SUPHASA 4736740 RAMH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D.,
WONNAPHA PRAPAIPANICH, Ph.D. (Nursing)**EXTENDED SUMMARY****Introduction**

Depression is defined as an emotional abnormality and negative ideas about oneself and the environment in the present time and the future. Depression leads to behavioral changes, and individuals who are stricken with depression tend to feel sad, desperate, and worthless. They also tend to have less interest in doing various activities, so their occupation and relationship with environment are affected (Stewart, Gucciardi, & Grace, 2003), as well as their living and quality of life. It has been reported that depression is a cause of disability (Ustun, Ayuso, Chatterji, & Murray, 2004; NIMH, 2006) which can be compared to blindness or paraplegia (National Institute of Mental Health (NIMH), 2006; World Health Organization (WHO), 2006). At present, it has been found that depression is a major mental and psychiatric health problem of countries all over the world (Ustun, Ayuso, Chatterji, & Murray, 2004; NIMH, 2006; WHO, 2006), which has an adverse impact on health and causes social and economic burdens on the family, community, and nation (Klerman & Weissman, 1992).

A study was conducted on global burden of diseases (GBD) of the world population in 1990 by the World Health Organization, World Bank, and Harvard University using a new instrument to assess health status that compared severity of

diseases that cause premature death or sufferings from sickness or disability within the same index, called Disability Adjusted Life Years (DALYs), indicating the number of years adjusted with disability. DALYs is derived from an analysis of the number of years lost due to premature death (Years of Life Lost: YLLs) combined with the number of years living with sickness or disability caused by the disease (Years Lived with Disability: YLDs). One DALYs is equal to the loss of one healthy year (Department of Health, B.E. 2542). A study conducted on disease condition of the world population has shown that depression is the fifth leading cause of disability adjusted life year in the world, accounting for 4.1%. It is estimated that depression will be the second leading cause of disability adjusted life year in the world population second only to heart disease (Ustun et al., 2004; WHO, 2000). A study on health and mental health problems of women of WHO in 2000 showed that depression was the first leading cause of DALYs. It has been estimated that in 2020, depression will become the first leading cause of disability adjusted life year among female populations all over the world (WHO, 2006). In Thailand, a study conducted in 1999 has revealed that depression is the most important cause of disability adjusted life year among all mental and psychiatric health problems. The total DALYs is equal to 240,557 years (Department of Mental Health, B.E. 2542). When considering only female population, it was also found that depression is the most significant cause of DALYs. Thus, it can be seen that depression increases in its severity both in Thailand and abroad, and it greatly affects women (Sorayuth Vasiknanon, B.E. 2547; Taylor, 1994). Thus, it can be seen that depression tends to increase in its severity Previous studies have pointed out that females have two to three times higher chances to develop depression than males (Nolen-Hoeksema, 1990; Stewart, Random, Damiani, & Honikman, 2001; Stewart et al., 2003; Warren, 1995; WHO, 2000). It has been reported that women tend to experience depression between the age of 25 and 44 years, which is the age of reproduction, working, and having a family (NAMI, 1999 cited in Siriporn Jirawatkul, B.E. 2546; NAMI, 2006; Weissman, 1987; WHO, 2006). When females are suffering from depression, their daily living, work, and family relationship will be affected (Department of Mental Health, B.E. 2542, B.E. 2546). Even though depression does not cause premature death, but having to live with this

disorder or disability can be a source of great suffering to the patients, and this can eventually lead to suicide (Sorayuth Vasiknanon, B.E. 2547; Taylor, 1994).

Previous studies have pointed out that females have two to three times higher chances to develop depression than males (Nolen-Hoeksema, 1990; Stewart, Random, Damiani, & Honikman, 2001; Stewart et al., 2003; Warren, 1995; WHO, 2000). It has been reported that women tend to experience depression between the age of 25 and 44 years, which is the age of reproduction, working, and having a family (NAMI, 1999 cited in Siriporn Jirawatkul, B.E. 2546; NAMI, 2006; Weissman, 1987; WHO, 2006). When females are suffering from depression, their daily living, work, and family relationship will be affected (Department of Mental Health, B.E. 2542, B.E. 2546). Even though depression does not cause premature death, but having to live with this disorder or disability can be a source of great suffering to the patients, and become an important cause of eventually lead to suicide (Sorayuth Vasiknanon, B.E. 2547; Taylor, 1994).

The reasons why females have higher risks of depression are biologically, psychologically, and socio-culturally related (McGarth, Keita, Strickland, & Russo, 1992; Nolen-Hoeksema, 1987, 1990; Stewart et al., 2001, 2003; WHO, 2000). Studies have pointed out that different events in reproductive cycles in women's life such as menstruation, pregnancy, child birth, and pre- and post-menopause are related to depression in women (McGrath et al., 1990). Besides, it is also related to stress from work and different duties and responsibilities, sexual discrimination, lack of social support, poverty, and painful experience in life (Kendel, Davies, & Raveis, 1985; Krause & Geyer-Pestello, 1985). While, women having more roles for to work and take care of the family can be a source of stress for women, which results from a conflict between work and family responsibility (Reisine & Fifield, 1995; Spurlock, 1995; WHO, 2000), thus increasing a likelihood of depression in women (Kasen, Cohen, Chen, & Castille, 2003). Siriporn Jirawatkul (B.E. 2546) found that married Thai women are more likely to develop depression than those who are single, and there are three stages in life where depression can take place. A study of Duangsri (1998) reports that married female laborers working at construction sites in Bangkok were four times more likely to have depression than those who were single. It has been pointed out that lack of a good spousal relationship adversely affected mental

health of female laborers. In brief, having to work while also having to take care of the family can be a source of stress for women, which results from a conflict between work and family responsibility, thus increasing a likelihood of depression in women (Kasen, Cohen, Chen, & Castille, 2003).

Most of the personnel in the nursing profession are female, so they are at risk from the biological factors related to different life cycles in their reproduction. Also, they have risks from gender-specific personality which is considered a psycho-social factor just like working women in other professions (Nolen-Hoeksema, 1987, 1990; Stewart et al., 2001, 2003). The nature of the nursing profession can easily result in pressure, uneasiness, and stress (Demir, Ulusoy, & Ulusoy, 2003) because nurses are responsible for helping and saving patients from a health crisis in life which may take place any time. Therefore, nurses have to work under strict control to prevent mistakes or errors and to ensure quality of care services. They also have to work in a team around the clock. For these reasons, the nursing profession is considered a profession with a high risk of depression (Baba et al., 1999; Williams, Hagerty, Murphy-Weinburg, & Wan, 1995). According to the National Institute of Safety in Profession and Health in the United Kingdom, those who are in the nursing profession are more likely to develop mental depression from their work than those in other professions (Seago, 1997). For instance, Kavari (2006) conducted a study to investigate depression in 130 nurses working at Shiraz Namazi Hospital in Iran. The findings showed that all study subjects suffered from depression, with close to three-quarters or 73.1% having mild depression, 21.5% experiencing moderate depression, and 5.4% suffering from severe depression. Moreover, a number of studies have reported that a suicide rate is higher in professional females such as chemists, nurses, physicians, pharmacists, medical students, and psychologists than in general female populations, with depression as the most important cause of suicide (Narong Supatpan & Chanida Kanchanalarp, B.E. 2543; McGrath et al., 1990). Previous studies have also revealed that nurses who have been suffering from depression from a long period of time and are unable to adjust themselves or do not receive assistance to appropriately cope with stress would experience burnout, hence a depletion of stored

energy, desperation, and loss of sense of self-worth, which eventually lead to depression (Baba et al., 1999; Lambert & Lambert, 2001; Weinberg & Creed, 2000).

In conclusion, professional nurses constitute a high-risk group of depression. This may be because the female gender has its own biological, psychological, social, and environmental factors as well as work-related stress. Besides, professional nurses who have a family have duties and responsibilities from different roles they have to fulfill including the role of a mother, wife, daughter who has to take care of elderly parents or relatives, and professional nurse which may mean working in shifts with uncertain durations, which requires constant self-adjustment, and which may not comply with the needs of the family. These factors can cause depression in nurses. Therefore, depression in female professional nurses is an important issue that needs to be well aware of. As nurses are a significant base of the country's public health system, when nurses are stricken with depression, they may face with problems and obstacles in their line of work. This can affect the quality of care provided to patients as well as wellbeing of the nurses themselves, their family, and society. Furthermore, the credibility of the nursing profession may also be affected. At present, various countries all around the world have increasingly realized the significance of mental healthcare, especially depression in professional nurses (Blisker, 2006).

A review of research literature has shown that there is little research on depression in nurses, and there is no study which investigates depression in female professional nurses in Thailand. It is the researcher's belief that female professional nurses who have various roles to fulfill are more likely to suffer from depression. Thus, the researcher was interested in exploring the prevalence of depression, level of depression, and factors that could predict depression in married female professional nurses who were working at a hospital under the Ministry of Public Health in the eastern region of the country which is a developed area with a high economic competition among the population. Moreover, according to the statistics of the Department of Mental Health, the residents in the eastern region ranked second in terms of prevalence of depression, second only to Bangkok (Department of Mental Health, B.E. 2546). It was anticipated that the findings of the present study would shed lights on depression and factors associated with the onset of depression in female

professional nurses so as to more effectively prevent and deal with problems of depression in personnel in the nursing profession in Thailand.

Conceptual Framework of the Study

The conceptual framework of the present study was developed based on an extensive review of related literature and research of depression theories, depression in Thai females, and nurses. There are three major theories which are generally used to explain depression: 1) the biological theory, 2) the psychological theory, and 3) the social theory were all employed as a conceptual framework of this study. (Rathbun, 2000; Weitz, 2001; Sadock & Sadock, 2005; Rasgon, Guire, & Troisi, 2000).

The biological theory attempts to explain the biological factors related to depression including hereditary factors and abnormal functioning of neurotransmitters and hormones (Manote Lortrakul & Pramote Sukanich, B.E. 2546; Gordon & Ledray, 1985; Kreps, 2006; Sadock & Sadock, 2005; Stuart, 1995; Warren, 1995; Weissman, 1987; Willenz, 2002). In this study, the hereditary factors which are believed to be associated with risks of developing depression among first blood relatives (father, mother, and siblings) were investigated. Previous studies have pointed out that females may develop depression if their family members suffer from depression (McGrath et al., 1990; Nolen-Hoeksema, 1987, 1990; Weissman, 1987). The factor investigated in these studies was history of depression in family which was considered an important risk factor of depression (Glowinski, Madden, Bucholz, Lynsky, & Heath, 2003; Rice, Harold, & Thapar, 2002; Roy, 1981, 1987; Sangon, 2001; Silberg, Rutter, & Eaves, 2001; Townsend, 1999; Weissman et al., 1987; Willenz, 2002).

The psychological theory explains mental factors that are related to depression in females including the psychoanalytic theory, cognitive theory, behaviorism theory, learned-helplessness theory, and self-in-relation theory. The factor investigated in this study was history of loss of mother before the age of 11 years (due to death or separation), which was theory derived from the psychoanalytic theory. The theory explains that depression is an emotional response which results from a painful experience of loss of a parent during childhood, especially the mother (Akiskal, 2005; Brown & Harris, 1978; Stuart, 1995; Warren, 1995) that when individuals encounter loss, they will also experience ambivalent feelings, but such feelings are suppressed in

the subconsciousness, so they are not dealt with and eventually resulted in introjection (Ampaiwan Poomsrisawad, B.E. 2545). This results in anger which is suppressed by guilt and causes self-inflicted pain, hence incomplete mental and emotional development, lack of development of love and good relationships with others, and fear of loss of loved ones (Narong Supatpan & Chanida Kanchanalarp, B.E. 2543). When they experience loss again during adulthood, the suppressed feelings can result in severe depression (Akiskal, 2005; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987; Stuart, 1995). However, such reactions to loss can occur in any age and developmental stage (Blazer, 1982 cited in Pramote Tabmanee, B.E. 2541). However, as the cognitive and imaginary development of children younger than 11 years of age is still in a form of concrete thinking, they are unable to understand what requires more complex thoughts such as loss of their mother due to death or separation. For this reason, children younger than 11 years of age who suffer loss of a parent are more likely to develop depression when compared to those in other age groups (Chamlong Disyavanich & Primprao Disyavanich, B.E. 2546; Manote Lortrakul & Pramote Sukanich, B.E. 2546; Sorayuth Vasingnanon, B.E. 2547; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Kavari, 2006; Sangon, 2001; Stuart, 1995; Warren, 1995).

Finally, the social theory explains social factors that are associated with depression in women including social role theory, interpersonal relationship theory, marital status, and socioeconomic status, to name a few. The factor which was examined in the present study was women's role strain, which was explained by the social role theory that depression in women may result from the facts that women have to simultaneously fulfill different roles such as the wife's role, the maternal role, the caregiver's role, and the working woman's role. As a result, women may experience stress, and this contributes to the onset of stress in women. Previous studies have reported that women's role strain is positively related to depression in women (Churoke, 2005; Reid & Hardy, 1999 cited in Churoke, 2005; Pearlin, 1989; Rosenfield, 1989; Stuart, 1981).

In addition, another factor which may affects mental wellbeing of working individuals is job satisfaction (Herzberg et al., 1959). This is explained as a mental perception of the work itself and the working environment, which can be expressed in working behaviors of individuals (Hazel & Karen, 1991). It has been found that job

satisfaction has an effect on working behaviors of individuals. That is, if individuals are highly satisfied with their work, they will pay attention to their work and persevere despite pressures and obstacles they encounter. Previous studies have suggested that nurses who have a low level of job satisfaction are more likely to suffer from stress. Prolonged stress will make nurses develop boredom with their work, and it can also cause depression or other mental health problems in these nurses (Baba et al., 1999; Healy & McKay, 2000; Stacciarini & Troccoli, 2004; Tyler & Cushway, 1995). A study by Saowakon Sing-arj (B.E. 2546) showed that nurses who were unsatisfied with their job suffered from depression more than those who were satisfied with their work.

According to the interpersonal theory, social support is individuals' perception of giving and receiving physical, psychological, emotional, and social assistance from society (Brown & Harris, 1978). Studies have shown that social support has an effect on health status and mental status of individuals (Beeber, 1996; Cohen & Syme, 1985), especially women. This is because women have more significance to the good relationship between them and significant others or others whom they are attached to (Beeber, 1996; Rasgon et al., 2000; Rosenfield, 1989; Sangon, 2001; Weitz, 2001). It has been found that receiving sufficient social support enables individuals to develop confidence and sense of self-worth, as well as the ability to control the situation and decrease stress, hence enabling individuals to appropriately adjust themselves to cope with stress, which is related to depression in women (Beeber, 1996; Cohen & Syme, 1985). It is accepted that there are five aspects of social support. They are the need for intimacy, social participation, chances for behavioral expression, social responsibilities for others, and acceptance of self-worth. Social support also includes reception of informational, emotional, and tangible support (Weinert, 1987). Previous studies have pointed out that social support is negative related to depression in women (Preeyanan Salasawad, B.E. 2546; Porntip Wongvisetsirikul, B.E. 2540; Duangduen, 2004; Rasgon et al., 2000; Vatansin, 2005).

In conclusion, the factors which could predict depression in female professional nurses investigated in the study were factors that were derived from the biological theory, psychological theory, and social theory consisting of history of depression in family, loss of the mother before the age of 11, role strains from

different roles of women, social support, and job satisfaction. The conceptual framework of the study is depicted in Figure 1 below.

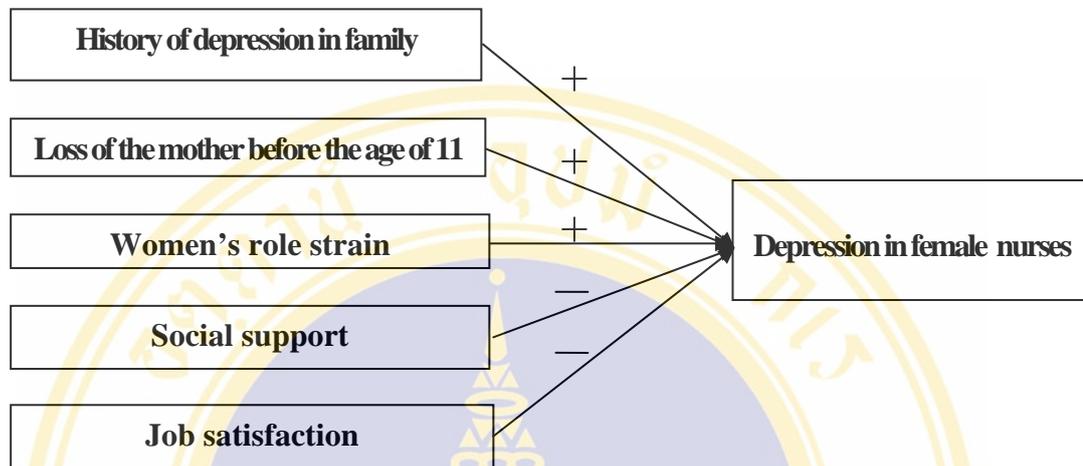


Figure 1 Conceptual Framework of the Study

Research Objectives

1. To study the prevalence and level of depression in female professional nurses working at hospitals under the Ministry of Public Health in the eastern region.
2. To investigate the relationship between history of depression in family, loss of mother before the age of 11, women's role strain, social support, and job satisfaction and depression in female professional nurses working at hospitals under the Ministry of Public Health in the eastern region.
3. To determine the predictive power of history of depression in family, loss of mother before the age of 11, women's role strain, social support, and job satisfaction to predict depression in female professional nurses working at hospitals under the Ministry of Public Health in the eastern region.

Research Hypotheses

1. History of depression in family, loss of mother before the age of 11, and women's role strain are positively associated with depression in female professional nurses working at hospitals under the Ministry of Public Health in the eastern region.

2. Social support and job satisfaction are negatively associated with depression in female professional nurses working at hospitals under the Ministry of Public Health in the eastern region.

3. History of depression in family, loss of mother before the age of 11, women's role strain, social support, and job satisfaction could co-predict depression in female professional nurses working at hospitals under the Ministry of Public Health in the eastern region.

Scope of the Study

The present study aimed at investigating factors predicting depression in female professional nurses including history of depression in family, loss of mother before the age of 11, role strain, social support, and job satisfaction of female professional nurses working at hospitals under the Ministry of Public Health in the eastern region of the country. The study sample consisted of professional nurses who were married and who were not the head of a ward. They also had to have at least two roles of the wife, mother, or working woman. These nurses were working at a nursing department of a hospital under the Ministry of Public Health in the eastern region.

Expected Outcomes and Benefits

The study findings would shed lights on the prevalence and level of depression as well as factors influencing depression in female professional nurses. The data derived in this study could be used as baseline data on mental health of professional nurses to prevent and manage causes of depression in female professional nurses.

Operational Definition of the Terms

History of depression in family refers to the fact that there are somebody who are direct family members of female professional nurses who have suffered or are suffering from depression as specified in the questionnaire.

Loss of mother before the age of 11 refers to the fact that female professional nurses had lost their mother due to separation or death before the reached the age of 11 years old, as specified in the questionnaire.

Women's role strain refers to female professional nurses' perception of stress which results from having to fulfill different roles at the same time. Such role strain may be caused by role conflicts, role ambiguity, role discontinuity, and overwhelming roles. In this study, role strain was assessed with the women's role strain inventory: WSRI developed by Lengacher (1993) which was translated into Thai by Sangon (2001).

Social support refers to perception of female professional nurses regarding giving and receiving assistance from individuals in their social network in five dimensions: 1) love and attachment, 2) social belonging, 3) mutual exchange of benefits such as having a chance to raise or help others, 4) perceived sense of self-worth, and 5) different aspects of support including informational support, emotional support, and tangible support. In this study, social support was assessed with The Personal Resource Questionnaire (PRQ Part II) which was translated into Thai by Chatwalai Jaiaree (B.E. 2533).

Job satisfaction refers to female professional nurses' thinking or attitudes toward their work and their working environment. Job satisfaction takes place when their needs are satisfied by motivational factors or internal factors. In contrast, job dissatisfaction results from insufficient facilitating factors or health factors, which involve working environment. In this study, job satisfaction was assessed using The Job Satisfaction Scale developed by Iadsiri Reungpakdi (B.E. 2543) based on the working motivation theory of Herzberg et al., 1959).

Depression refers to the abnormality which results from changes in emotional condition, feelings, behaviors, ideas, as well as physical changes of female professional nurses which lead to the feelings of boredom, desperation, unhappiness, lack of concentration, irritability and moodiness, loss of appetite, weight loss, abnormal sleep pattern, exhaustion, lack of self-confidence, and sense of worthlessness. In this study, depression was assessed using The Thai Depression Inventory developed by Manote Lortrakul and Pramote Sukanit (B.E. 2542).

Research Methodology

The present study was descriptive correlational research which aimed at investigating prevalence of depression as well as determining factors related to and

predicting depression in female professional nurses working at a hospital under the Ministry of Public Health in the eastern region. The factors examined in the present study included history of depression in family, history of loss of mothers before the age of 11, role strain, social support, and job satisfaction.

Population and Sample

The population of the study was married female professional nurses who were not the head of a ward and who were working at a hospital under the Ministry of Public Health in the eastern region of Thailand in the fiscal year B.E.2550.

Sample Size

The sample size of this study was calculated based on the formula proposed by Taro Yamane (Yamane, 1967) with the confidence level of 95% with 5% variance as follows:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

When n = the sample size
 N = the population
 e = the variance of the sample of the study
 with the significance level set at .05

$$\begin{aligned} \text{Therefore, } n &= \frac{2,462}{1 + 2,462 (0.05)^2} \\ &= 345 \end{aligned}$$

To prevent loss of subjects, 20% of the sample size was added into the final sample (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990). Therefore, the final sample size of the present study was 415.

Inclusion Criteria

1. The subjects were female professional nurses who were married, who were not the head of a ward, and who were working at a hospital under the Ministry of Public Health in the eastern region.

2. They had at least two roles to fulfill, with at least one more role in addition to being a professional nurse such as a wife, a mother, or a caregiver, etc.

The researcher distributed a total of 415 questionnaires to nurses who met the inclusion criteria. Three hundred and fifty-eight questionnaires were returned to the researcher, accounting for 86.27%.

Research Instruments and Validation of the Instruments

The instruments used in the present study were questionnaires which were divided into five parts, consisting of 151 items in total. They could be described as follows:

Part I: Demographic characteristics questionnaire

The questionnaire was designed to elicit data regarding the subjects' age, educational background, working status, income, working experience, number of children, number of family members living together, marital status, roles, history of mental disorder, history of depression in family, and loss of mother before the age of 11. The total number of items in this part was 12.

Part II: Women's Role Strain Inventory

In this study, role strain was assessed using the Women's Role Strain Inventory (WRSI) developed by Lengacher (1993) and translated into the Thai language by Sopin Sangon (2001). There were altogether 44 items which assessed role strain in three subcomponents of role distress, role enhancement, and role support, which assessed role strain in seven aspects of 1) housewife's duties, 2) support from the husband and significant others, 3) type of work or care, 4) time constraints, 5) health status, 6) maternal role, and 7) community activities. The items in the inventory were arranged in a five-point rating scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strong agree). The total scores ranged from 44 to 220 points, with higher scores reflecting higher levels of role strain and vice versa. The inventory was tried out with 30 female professional nurses who shared similar characteristics with the subjects in the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient of the pilot study was .90, while that of the main study was .91.

Part III: The Personal Resource Questionnaire

Social support was assessed with the Personal Resource Questionnaire (PRQ85 Part II) of Brandt & Weinert (1981), Weinert (1987), and Weinert & Tilden (1990) which was translated into Thai by Chatwalai Jaiaree (B.E. 2533). The

questionnaire assessed perceived social support of individuals in five aspects, with a total number of items of 25. The five aspects were intimacy/attachment (five items), social integration (five items), opportunity for nurturance (five items), self-worth (five items), and assistance and guidance (five items). These items were arranged in a seven-point rating scale ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The total scores ranged from 25 to 125 points, with higher scores indicating higher levels of social support. However, it is worth noting that in this study, there were mistakes in proofreading which resulted in a change in the rating scale from seven points to five points: 1 (not true at all), 2 (slightly true), 3 (moderately true), 4 (very true), and 5 (absolutely true), without any change in the content of each item. Therefore, the total scores ranged from 25 to 125 points. The researcher discovered this mistake after the instrument had already been used to collect data from the study subjects. However, the researcher carefully considered and evaluated the use of the questionnaire and found that even though the level of responses was changed, the validity of the questionnaire remained the same as there was no change in the content and the number of items. When tried out the questionnaire with the five-scale rating items with 30 pilot subjects, it was found that the reliability of the questionnaire was .95, and when used with the subjects of the main study, the reliability of the questionnaire was also .95. Thus, the instrument was continued to be used in the study.

Part IV: Job Satisfaction Scale

In this study, job satisfaction was assessed using the job satisfaction scale developed by Iadsiri Ruengpakdi (B.E. 2543) based on the job satisfaction promotion concept of the two-theory factor of Herzberg (1959). There were 50 items in the scale which were divided into motivational factors, with five indicators consisting of work accomplishment, acceptance, type of work, responsibility, and work progress, and facilitating factors, with eight indicators consisting of administration and policy, opportunity for future progress, interpersonal relationship, salary and returns, working condition, governing methods, and personal living. The items were five-point Likert scale items ranging from 1 (least satisfied) to 5 (most satisfied). Total scores ranged from 50 to 250 points, with higher scores suggesting higher levels of job satisfaction and vice versa. Cronbach's alpha coefficient of the pilot subjects was .89 and that of the main subjects was .96.

Part V: Thai Depression Inventory

The severity of depression was assessed using the Thai Depression Inventory developed by Manote Lortrakul and Pramote Sukanit (B.E. 2542). The subjects were asked to assess and evaluate themselves in the past week and choose the response which best reflects themselves. There were altogether 20 items which assessed physical symptoms, emotional symptoms, thinking, adjustment, and ability to carry out activities. There were four choices of response for each of the items, with the scores ranging from 0 to 3 points. Cronbach's alpha coefficient of the pilot subjects was .84 and that of the main subjects was also .84.

Research Ethics

The research was approved by the Committee on Research Involving Human Subjects of the Ministry of Public Health.

Data Collection Procedures

Data were collected by means of self-administered questionnaires. Data collection was carried out in the following steps:

1. The researcher submitted a letter to the Graduate School of Mahidol University to ask for a letter to be submitted to the directors of the hospitals selected as research settings. The letter asked for cooperation in data collection and for names of married female professional nurses who were working in the nursing department of the hospitals for subsequent sample selection.
2. The letter granting permission to collect data from the Graduate School of Mahidol University, the acceptance letter from the selected hospitals, the thesis proposal, the introduction letter, and the Thai informed consent form were submitted to ask for permission to collect data from the Committee on Research Involving Human Subjects of the Ministry of Public Health.
3. After permission was granted, the researcher coded all five questionnaires and recorded the details of the questionnaires submitted to each of the hospitals for ease of checking.
4. Data collection took place between May 2007 and July 2007.

5. The researcher hand-delivered the questionnaires or sent the questionnaires by mail after coordinating with the head of the nursing departments or related personnel to explain about the research study and to ask them to help distribute the questionnaires to the specified subjects. The documents submitted included a copy of the permission to conduct data by the Committee on Research Involving Human Subjects of the Ministry of Public Health, questionnaires, documents introducing the research project, and the informed consent form. The date to return the questionnaires back to the specified persons was detailed so that the researcher could contact those persons to collect the completed questionnaires. For the questionnaires to be returned by mail, a stamped envelope addressed to the researcher was also included.

6. The returned questionnaires were checked to ensure completeness and then coded. Of the total questionnaires distributed and returned, 358 were completely filled out and could be used in the analysis, accounting for 86.27%.

Data Analysis

The Statistical Package for the Social Science/Personal Computer (SPSS/PC) was utilized in the data analysis. The significance level was set at .05. Descriptive statistics of frequency distribution, percentage, range, mean, and standard deviation were employed to describe the subjects' demographic characteristics, history of depression in family, loss of mother before the age of 11, role strain, social support, job satisfaction, and level of depression in female professional nurses. Inferential statistics were also used. Pearson's Product Moment Correlation Coefficient was used to analyze the relationship between history of depression in family, loss of mother before the age of 11, social support, and job satisfaction and level of depression in female professional nurses, and Multiple Regression Analysis was used to determine the predictive power of the independent variables under study. The initial agreement was tested before statistical analyses were carried out, and it was found that the data were appropriate for the use of the aforementioned statistical formulas.

Findings

1. Demographic characteristics of female professional nurses

The findings revealed that all 358 subjects were married. They were between 25 and 58 years old, with the mean age of 36.94 years (SD = 6.20). In addition, almost all of them, or 92.5%, were married, and approximately three-fourths of them, or 74.6%, had one or two children. More than half, or 53.4%, had three roles to fulfill. Moreover, in terms of educational background, almost all, or 97.8%, held a bachelor's degree, about half (53.4%) had been working for six to ten years, and about two-thirds, or 66.2%, were government officials level 7. As regards personal income, 32.4% earned 15,001 to 20,000 baht per month, and 67.9% had sufficient income. Finally, almost all, or 95.5%, did not have a history of mental illness.

2. Data regarding the independent variables under study

According to the study findings, 4.5% of the subjects had history of depression in family, 4.5% lost their mother before the age of 11, 6.1% had the mean score of role strain equal to 109.54 points (ranging from 44 to 220 points), had the mean score of social support equal to 91.04 (ranging from 25 to 125 points), and had the mean score of job satisfaction equal to 172.61 points (ranging from 50 to 250 points).

3. Prevalence of depression in female professional nurses

It was found that almost all, or 96.1%, had no depression, whereas 3.9% suffered from depression. Of the total subjects, 2.2% had mild depression, 1.4% had moderate depression, and 0.3% had severe depression.

4. Pearson's Product Moment Correlation Coefficient showed that role strain and loss of mother before the age of 11 were positively associated with depression with statistical significance ($r = .48, p < .001$; $r = .16, p < .01$, respectively). On the other hand, social support and job satisfaction were negatively associated with depression with statistical significance ($r = -.40, p < .001$; $r = -.37, p < .01$, respectively). Finally, history of depression in family was negatively associated with depression with no statistical significance ($r = -.03, p > .05$).

5. Multiple Regression Analysis with Enter method showed that history of depression in family, loss of mother before the age of 11, role strain, social support, and job satisfaction could explain the variance of depression in female professional nurses by 29% with statistical significance at .000 level ($F = 28.11, p < .001$).

However, the factors which could depression in female professional nurses with statistical significance were role strain ($\beta = .33, p < .001$), loss of mother before the age of 11 ($\beta = .16, p < .01$), job satisfaction ($\beta = -.14, p < .05$), and social support ($\beta = -.14, p < .05$). Role strain was the best predictor of depression in female professional nurses, followed by loss of mother before the age of 11 (see Table 2).

Table 1 Relationship between history of depression in family, loss of mother before the age of 11, women’s role strain, social support, and job satisfaction and depression in female professional nurses (n = 358)

Variables	1	2	3	4	5	6
(1) History of depression in family	1					
(2) Loss of mother before the age of 11	.06	1				
(3) Women’s role strain	-.01	.01	1			
(4) Social support	.03	.01	-.58***	1		
(5) Job satisfaction	-.02	.00	-.49***	.48***	1	
(6) Depression	-.03	.16**	.48***	-.40***	-.37***	1

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

Table 2 Multiple regression analysis of predictive power of independent variables and depression in female professional nurses (n = 358)

Predictor variables	b	SEb	beta	t
History of depression in family	-1.02	1.28	-.04	-.80
History of loss of the mother before the age of 11	3.83	1.10	.16	3.47**
Women’s Role strain	.11	.02	.33	5.57***
Social support	-.07	.03	-.14	-2.37*
Job satisfaction	-.04	.01	-.14	-2.59*
Constant	7.39	4.74	...	1.56
R = .53, R ² = .29, Overall F = 28.11, Sig F= .000				

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

Discussion of Findings

The subjects in this study were 358 married female professional nurses who ranged in age from 25 to 58 years old, with the mean age of 36.94 years. More than half of the subjects, or 56.7%, were between 31 and 40 years old. As for marital status, almost all, or 92.5%, were married, and about three-quarters, or 74.6%, had one or two children. The highest number of roles for these nurses was three, with more than half, or 53.4%, were a working woman, wife, and mother at the same time. This finding was consistent with the age structure of present-day working women who have to work to support the family while also having to take care of the family at the same time (Siriporn Jirawatkul, B.E. 2546; NAMI, 2003). Nursing is a specialized profession which requires knowledge and skills in offering care to patients. Supanee Vasinamorn (B.E. 2531 cited in Siriluck Tanchaisawad, B.E. 2535) point out that there are three major roles of nurses. First, the treatment role—they have to take part in analysis of the disease as they are closest to the patients and are able to observe patients’ initial signs and symptoms and changing symptoms after administration of medication. Secondly, the caring role—nurses play this role more than any other role with an aim to support and encourage patients. Thirdly, the social role—nurses have to reduce patients’ anxiety and worry especially those who have to separate from their family and be hospitalized at the hospital. Thus, female nurses have to be patient

because they have to work with people in different fields to effectively offer care to patients, family members, and community. In this study, almost all of the subjects, or 97.5%, held a bachelor's degree. This may be because at present the workplace tries to encourage nurses to further their studies until they obtain an undergraduate degree. In addition, most had six to ten years of working experience, and were government official level 7. In general, government officials working in a provincial area for ten years and had the qualifications required by the government could become professional nurse level 7. Moreover, about one-third, or 32.4%, had an income about 15,001 to 20,000 baht per month, and approximately two-thirds, or 67.9%, had sufficient income. This means that the subjects of this study did not have financial problems. Finally, 99.4% of the subjects did not have history of a mental illness.

According to the study findings, history of depression in family, loss of mother before the age of 11, women's role strain, social support, and job satisfaction could explain the variance of depression in female professional nurses by 29% with statistical significance at .000 level ($F = 28.11, p < .001$). Besides, loss of mother before the age of 11, women's role strain, social support, and job satisfaction could explain the variance of depression in female professional nurses by 29% with statistical significance at .000 level ($F = 28.11, p < .001$). Besides, loss of mother before the age of 11, women's role strain, social support, and job satisfaction were factors which had an influence on depression in female professional nurses with statistical significance at .001, .01, .05, and .05 levels, respectively. Women's role strain had the highest influence on depression in female professional nurses ($\beta = .33, p < .001$), followed by loss of mother before the age of 11 ($\beta = .16, p < .01$), job satisfaction ($\beta = -.14, p < .05$), and social support ($\beta = -.14, p < .05$), respectively.

Women's role strain had highest influence on depression in female professional nurses, and the relationship between role strain and depression was at a rather high level. This could be explained that professional nurses have to be responsible for different roles and duties of women, and this can result in stress caused by role conflicts, role ambiguity, and possibly role discontinuity that causes difficulty having to fulfill all these roles (Goode, 1960 cited in Lengacher, 1997). Role expectation that women have for different roles may also be in conflicts (Sukanya Boontanon, B.E. 2534 cited in Tassana Chuwattanapakorn, B.E. 2547;

Ogema & Kittisuksathit, 1997; Tantiwiranonond & Pandey, 1997). Thus, nurses who may already have stress are more at risks of depression. To help female professional nurses manage their stress, administrators should help prevent this factor from further causing stress and increasing the risk of depression among nurses who play various roles at the same time. For example, they may set up a daycare to help take care of nurses' children when they are working at the hospital or opt for a more flexible working schedule that enables nurses to appropriately take care of their family.

Loss of mother before the age of 11 was the second most influential variable that could predict depression in female professional nurses. This reflects the significance of psychological factor and emotional development. Loss of the mother during childhood makes children feel that they are abandoned, desperate, and worthless, which could lead to depression (Brown & Harris, 1978; Bowlby, 1986). Psychologists explain that during childhood, children develop relationship and attachment with close persons. Loss of the mother makes children's mental and emotional development imperfect, so they lack development of love and ability to create relationship with others. It has been found that women who lost their mother before 11 years old will develop desperation which can turn into depression if they experience loss again in their adulthood (Akiskal, 2005; Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987; Stuart, 1995; Warren, 1995). However, even though this factor was found in only 6.1% of the subjects, it could predict depression with statistical significance ($p < .01$). This means that loss of mothers before the age of 11 is an important factor which affects depression in women. As for nurses, this factor should be screened since they are admitted into a nursing program to monitor and prevent depression. It should be understood that loss of the mother before the age of 11 could stimulate depression in female professional nurses if they have to encounter another loss in life.

Job satisfaction was associated with depression and could predict depression in female professional nurses. One plausible explanation is that there are different tasks under nurses' responsibility. Nurses are required to fulfill these tasks to meet the patients' needs and expectation, as well as the expectation of patients' family members, colleagues, superiors, and work policy. Nurses also have to work in a hectic environment with busy situations that require them to complete one task or another.

Thus, nursing is considered both physical and emotionally demanding, and nurses are not able to avoid stress and pressure (Saowakon Sing-arj, B.E. 2546; Mudary, 1983). In addition, expectation about career advancement which is not appropriately satisfied may also affects nurses' satisfaction with their job, and it can also lead to increased stress and boredom with work. Thus, job satisfaction is a factor that can stimulate either excitement with work or boredom with work that can eventually lead to stress (Deker & Borgen, 1993). Prolonged stress can bring about physical, psychological, and emotional exhaustion, which is related to depression (Orapan Lueboonthawatchai, B.E. 2543). Thus, promotion of job satisfaction and management of what causes job dissatisfaction among nurses should be taken into account to ensure mental health of nurses.

Social support is an important factor which can absorb severity of stress and prevent depression. Appropriate social support individuals receive increases individuals' self-worth, hence prevention or reduction of depression (Jintana Tangworapongchai & Dusadee Mooksombat, B.E. 2539; Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978). In this study, it was found that social support was negatively associated with depression with statistical significance ($r = -.395, p < .001$). It was also a factor which could predict depression with statistical significance ($\beta = -.14, p < .05$). This clearly reflects the significance of social support and its influence on depression in female professional nurses. Put another way, when female professional nurses receive sufficient social support from their family and workplace, the severity of stress can be lessened, as well as the chance of developing depression (Beeber, 1996; Brown & Harris, 1978; Cohen & Wills, 1985; Israel et al., 2002; Parry, 1986). Social support enables nurses to understand and control their own emotional reactions and more effectively cope with stress or depression (Heller et al., cited in Porntip Surayothee Na Ratchasima, B.E. 2537). The findings of the present study reflected the significance of social support and its effect on depression in female nurses, hence a better way to prevent or reduce depression in female nurses.

Recommendations

Based on the findings of the present study, the following recommendations for nursing administration and nursing practice can be made:

For nursing administration, it was found that 3.9% of the study subjects had depression. This is an important piece of information which indicates mental health problems of female professional nurses. The findings of this study revealed that the factors which were associated with depression and could explain variance of depression in female professional nurses were women's role stress, job satisfaction, social support, and loss of mother before the age of 11. Thus, related personnel should realize the significance of these factors and try to manage them to reduce the chance of depression. Furthermore, administrators should promote relaxation and relief of stress during working. For example, they may set up a common room where nurses can take a rest during the break, arrange some sports equipment for nurses to work out, promote good relationship among co-workers, improve the working environment, and allow nurses to take a leave to fulfill personal obligations such as further studies or training. Work assignments should be done to suit nurses' proficiency, and nurses should receive appropriate salaries and benefits from work.

For nursing practice, depression and related factors should be monitored. If any nurse is found to show sign of depression, immediate assistance should be offered by implementing a nursing process to promote mental health and wellbeing, increasing nurse's self-understanding, reducing conflicts, managing stress, and encouraging appropriate problem solving. Moreover, those who have a mental health problem should be observed and followed-up to provide clear and continuous assistance. This is because depression can be cured if the patients receive appropriate and continuous care to make them feel that they are not abandoned or neglected.

Limitations of the Study

1. The present study was conducted with married female professional nurses who were working at a hospital under the Ministry of Public Health in the eastern region, the findings of the study could not be generalized to other groups of nurses working in other regions in the country.

2. The items in the PRQ85 used in the present study were arranged in a five-point rating scale, while those in other studies were arranged in a seven-point rating scale. Therefore, those who wish to make use of the findings on social support should be careful when it comes to interpretation of the findings.

บรรณานุกรม

- กัณฐกาล สุทธิวิริสรศักดิ์. (2535). *ความเข้มแข็ง ในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา วานิชปัญญา. (2545). *การใช้ SPSS for window ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้ สตูดิโอ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศ ไทย ปีงบประมาณ 2540-2546*. Retrieved March 16, 2006, from <http://www.dmh.moph.go.th/report/population/pop1.asp>
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *สุขภาพจิต ไทย พ.ศ. 2545-2546*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ขวัญจิต มหาภคิตติคุณ. (2548). *ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และ คุณหญิง มุขสมบัติ. (2539). *รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุมพล สมประสงค์. (2540). *การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(4), 184-194.
- จำลอง ดิษยวณิช และ พรพิมลเพรา ดิษยวณิช. (2546). *ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(3), 185-199.
- จริยา เฟ็งมีศรี. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพสถานีอนามัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรวัลย์ ไจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ และ ชนิตา กาญจนลาภ. (2543). คำถามที่คุณมี คำตอบที่คุณต้องการ
โรคอารมณ์ซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้างจำกัด.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเดือน นรสิงห์. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. การค้นคว้าแบบ
อิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนาศูววรรณปะกรณ์. (2547). รายงานการวิจัยเรื่อง บทบาทเชิงซ้อนของผู้หญิงไทยที่แต่งงาน
และทำงานนอกบ้าน : ผลกระทบต่อความซึมเศร้า. ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2526). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, วัชณี หัตถพนม, วราภรณ์รัตน
วิศิษฐ์, และคณะ. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาค้นคว้าของแบบคัดกรอง
ภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และ อุมภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). HADS ฉบับ
ภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- ธวัชชัย วรพงศกร. (2540). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทวัน แก้วเอี่ยม. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพสตรี: ศึกษากรณี
พยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์หลักสูตรสังคม
สังเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- เบญจวรรณ ชีโร่. (2542). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทครูพี่เลี้ยงของพยาบาล
ประจำการโรงพยาบาลตราง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุศยา บุญใจเพชร, สกาวรัตน์ เทพประสงค์, สมควร วรรณมณี, สุนทรี ศรีโกไสย และ พรรษา
เศรษฐบุปผา. (2547) แนวคิดชีวภาพเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช. วารสาร
สวนปรุง, 20 (3), 16-27

- ปรียนันท์ สดะสวัสดิ์. (2546). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2548). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลจิต, และทัศนีย์ นะแส. (2539). *วิจัยทางการแพทย์: หลักการและกระบวนการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: เทมการพิมพ์.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดาที่บอบการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา. (2537). *อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช ทับมณี. (2541). *ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). *เรื่อนำรู้เกี่ยวกับโรคภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: บริษัทไวกอท-เอเอิร์สต์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). *การพัฒนาแบบวัด HAM-D ฉบับภาษาไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4) 235-246.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2546). *จิตเวชศาสตร์: รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ภาพันธ์ เจริญสุวรรณ. (2548). *อาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุในเวชปฏิบัติ*. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (บรรณาธิการ). *จิตเวช*

- ศาสตร์: รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 322-346). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มณฑล รอยตระกูล. (2546). *แรงจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ของสรรพากรพื้นที่สาขา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันราชภัฏนครปฐม.
- วันเพ็ญ พัทธตระกูล. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ การรับรู้บทบาทพยาบาล อาชีวอนามัยกับการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานประกอบการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรางคณา สิริบุษยะ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ สภาพแวดล้อมในการทำงาน กับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคณะพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2536). *ชีวิตจิตเวชศาสตร์*. ใน เกษม ตันติผลาชีวะ. (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วีระ ชูรุจิพร. (2542). *วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 7(2), 176-179.
- รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์, รุ่งกัท อวยชัย, โรจนนิรันดกิจ, และอุไร บุรณเชษฐ. (2546). *การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(4) 211-218.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในการพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- สายลม เกิดประเสริฐ. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา และอาการซึมเศร้าหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมพันธ์ พันธุ์ฤกษ์. (2541). *สถิติประยุกต์เพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์. (2539). ความพึงพอใจงานและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลชุมชน เขต 8. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2533). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ 5-HT. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
35 (4), 178-188.
- สุวัฒนา เจริญ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการปฏิบัติงานกับการสนับสนุนทาง
สังคมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการ
พิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต. (2541). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวคนธ์ สิงห์อาจ. (2546). การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ วาสิกนันท์. (2547). โรคซึมเศร้า. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์. (บรรณาธิการ). การทบทวนองค์
ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทาง
จิตเวช. (หน้า 77-92). สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และ คุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมต้นในเขต
กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(3), 162-173.
- อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และ ปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ใน
การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(1), 2-13
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพินช์ เจริญผล, ศรีสมร ภูมโนสกุล, สายลม เกิดประเสริฐ, และ ปราณีย์ ป็องเรือ. (2005). ปัจจัยที่
มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
โรงพยาบาลรามารัตนบุรี. รามารัตนบุรีพยาบาลสาร, 11(1), 60-71.
- เอียดศิริ เรืองภักดี. (2543). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
เจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: 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).
- American College of Nurse-Midwives(ACNM). (2003). *Depression in women*. Retrieved July 19, 2006, from: http://www.midwife.org/site File/position/Depression_in_women_05pdf.
- APA. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Baba, V. V., Galperin, B. L., & Lituchy, T. R. (1999). Occupational mental health: A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- 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?. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2163-2177.
- Bailey, J. T., Steffen, S. M., & Grout, J. W. (1980). The audit: Identifying the stressors of ICU nursing. *Journal of Nursing Education*, 19,15-25.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Becker, J., & Kleinman, A. (1991). *Psychosocial aspects of depression*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- 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.

- Begat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – A Norwegian study. *Journal of Nursing Management, 13*(3), 221-230.
- Bilsker, D. (2006). Mental health care and the workplace. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51*(2), 61-62.
- 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, 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.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origin of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- Burn, N., & Grove, S. K. (Eds.). (2005). *The practice of nursing research conduct: Critique, and utilization*. (5th ed.). Missouri: Elsevier.
- Burton, R. P. D. (1998). Global integrative meaning as a mediating factor in the relationship between social roles and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior, 39*, 201-215.
- Churoke, 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, S., & Syme, S. L. (1985). In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. (pp. 43-60). London: Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-352.
- 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.
- Davis, M. K. (1974). Intrarole conflict and job satisfaction on psychiatric units. *Nursing Research*, 23, 483-487.
- Decker, F. H., (1997). Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Research in Nursing & Health*, 20, 453-464.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
- Demir, A., Ulusoy, M., & Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- Duangduen, B. (2004). *The relationship of learned resourcefulness social support and symptoms*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Duangstri, P. (1998). *Prevalence and determinants of mental health problems among female construction laborers in Bangkok Metropolitan*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- 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.
- Erdur, B., Ergin, A., Turkcuer, I., Parlak, I., Ergin, N., & Boz, B. (2006). A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emergency Medicine Journal*, 23, 759-763.
- 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.
- Galinowski, A. & Lehert, P. (1995). Structural validity of MADRS during antidepressant treatment. *International Clinical Psychopharmacol*, 10, 157-161.

- Glowinsky, A. L., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Lynskey, 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.
- Goode, W. J. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review*, 25(4), 483-496.
- 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.
- Hazel, M. R., & Karen, K. (1991). Workplace variables, affective responses, and intention to leave among women managers. *Journal of Occupational Psychology*, 64(4), 317-330.
- Healy, C. M., & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: The effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 681- 688.
- Henderson, A. S. (1988). *An introduction to social psychiatry*. U.S.A.: Oxford University Press.
- Herzberg, F., Mausuer, B., & Synderman, B. B. (Eds.). (1959). *The motivation of work*. (2nd ed). New York: John Wiley and Sons.
- 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.

- House, J. S., Strecher, V., Metzner, H. L., & Robbins, C. A. (1986). Occupational stress and Health among men and women in the Tecumseh Community health study. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 62-77.
- 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.
- Johnston, C. L. (1991). Sources of work satisfaction/dissatisfaction for hospital registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 13(4), 508-513.
- Kandle, D. B., Davies, M., & Raveis, V. H. (1985). The stressfulness of daily social roles for women: 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.
- 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.
- 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. *Archives of General Psychiatry*, 49, 831-833.
- Kohen, D., & Arnold, E. (2002). The female psychiatrist: professional, personal and social issues. *Advanced in Psychiatric Treatment*, 8, 81-88.
- Krause, N., & Geyer-Pestello, H. F. (1985). Depressive symptoms among women employed outside the home. *American Journal of Community Psychology*, 13(1), 49-64.
- Kreps, I. (2006). *Depression: A bio-psycho-social-spiritual analysis*. Retrieved August 3, 2009, from: <http://www.islamicamagazine.com/issue-12/depression-a-bio-psycho-social-spiritual-analysis.html>.
- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2001). Literature review of role stress/strain on nurses: An international perspective. *Nursing and health sciences*, 3, 161-172.
- 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.
- Lengacher, C. A. (1993). The development and study of an instrument to measure role strain. *Journal of Nursing Education*, 32(2), 71-77.
- Lengacher, C. A. (1997). A Reliability and validity study of the women's role strain inventory. *Journal of Nursing Measurement*, 5(2), 139-150.
- Lennon, M. C., & Rosenfield, S. (1992). Women and mental health: The interaction of job and family conditions. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 316-327.
- Lewinson, M. P. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. In E. E. Beckham, & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. (2nd ed., pp. 352-375). New York: The Guilford Press.

- 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>.
- Maria, A., Irma, C., Lee, P.-J., & Eugene, S. (2001). Stress, social support, and coping as predictors of depressive symptoms: Gender differences among Mexican Americans. *Social Work Research*, 25(1), 37-48.
- Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W. W. (2000). Psychological work environment and depression: Epidemiologic assessment of the demand-control model. *American Journal of Public Health*, 90, 1765-1770.
- 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.
- McCranie, E. W., Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (1987). Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurse. *Nursing Research*, 36, 347-378.
- McConnell, E. A. (1982). *Burnout in the nursing profession: Coping strategies, causes, and cost*. St. Louis: The C. V. Mosby Company.
- 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.
- 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.
- Muldary, T. W. (1983). *Burnout and health professionals: Manifestations and management*. California: Capistrano Press.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Murdt, J. C., Katzelnick, D. J., Kennedy, S. H. & Einfeld, 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.anxieties0.tripod.com/anxieties101/id116.html>
- 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.
- Norbeck, J. S. (1985). Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. *Nursing Research*, 34(4), 225-230.
- Nordenmark, M. (2004). Multiple social roles and well-being: A longitudinal test of the roles stress theory and the role expansion theory. *Acta Sociologica*, 47(2), 115-126.
- Parry, G. (1986). Paid employment, life events, social support, and mental health in working-class mothers. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 193-208.
- Pearlin, L. I. (1985). Social structure and processes of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. (pp. 43-60). London: Academic Press.
- Pearlin, L. I., & Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pinyopompanish, M., & Maneetom, B., & Petverachuwong, N. (2003). Depression in medical inpatients of Maharaj Nakon Chiang Mai Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 48(3), 147-155.
- Priest, R. G. (1983). *Anxiety and depression: A practical guide to recovery*. Singapore: P G. Ltd.

- Radloff, L. (1975). Sex difference in depression: The effects of occupation and marital status. *Sex Roles, 1*(3), 249-265.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evan, J., O'Connor, T.G., & the ALSPAC study team. (2005). Perinatal depression in postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet, 365*, 2201-2205.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A. & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effect of stress and satisfaction at work. *Lancet, 347*, 724-728.
- 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.
- Reisine, S., & Fifield, J. F. (1995). Family work demands, employment demands and depressive symptoms in women with rheumatoid arthritis. *Women & Health, 22*(3), 25-45.
- 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.
- Rosenfield, S. (1989). The effects of women's employment: Personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 30*, 77-91.
- Roy, A. (1981). Specificity of risk factors for depression. *American Journal of Psychiatry, 38*(7), 959-961.
- Roy, A. (1987). Five risk factors for depression. *British Journal of Psychiatry, 150*, 536-541.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.). (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry*. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- Seago, J. A. (1997). Job strain among registered nurses and other hospital workers. *Journal of Nursing Administration*, 27(5), 19-25.
- Shives, L. R. (2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Silberg, J. L., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J. K., Simonoff, E., & Maes, H. et al. (1999). The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, 56, 225-232.
- Silberg, J. L., Rutter, M., & Eaves, L., (2001). Genetic and environmental influences on the temporal association between earlier anxiety and later depression in girls. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1040-1049.
- Spurlock, J. (1995). *Multiple roles of women and role strains*. Washington D.C.: Beekman Place.
- Stacciarini, J. R., & Troccoli, B. T. (2004). Occupational stress and constructive thinking and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 480-487.
- 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>
- Stewart, D. E., Rondon, M., Damiani, G., & Honikman, J. (2001). International psychosocial and systemic issues in women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 13-17.
- 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.
- Stuart, G.W. (1981). Role strain and depression: A causal inquiry. *JPNMHS*, 19(12), 20-28.

- 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.
- Takase, M., Kershaw, E., & Burt, L. (2001). Experience before and throughout the nursing career. Nurse-environment misfit and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 819-826.
- 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.
- Tyler, P. A., & Cushway, D. (1995). Stress in nurses: the effects of coping and social support. *Stress Medicine*, 8, 243-251.
- Taylor, C. M. (Eds.). (1994). *Essentials of psychiatric nursing*. (14th ed.). USA: Mosby-YearBook.
- Taylor, C. M., Graham, J., Potts, H. W W., Richatds, M. A. & Ramirez, A. J. (2005). Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet*, 366, 742-744.
- Tilden, V. P. (1985). Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in Nursing and Health*, 8, 199-206.
- Tilden, V. P., Nelson, C. A., & May, B. A. (1990). The IPR inventory: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 39(6), 337-343.
- 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.
- Tovey, E. J., (1999). The changing nature of nurse's job satisfaction: An exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 50-158.
- Towsend, M. C. (1993). *Psychiatric mental health nursing: concept of care*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Towsend, M. C. (1999). *Psychiatric mental health nursing: concept of care*. (3rd ed.). USA: WB. Saunders.
- Towsend, 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.
- Vroom, V. H., & Deci, E. L. (1972). *Management and Motivation*. USA: Universal Lithographers.
- Waldron, I., Weiss, C. C., & Hughes, M. E. (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 216-236.
- Warren, B. J. (1995). *Examining depression among African-American women 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.
- Weinberg, A., & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorders in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, 355, 533-537.

- 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.
- 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.
- Weitz, R. (2001). *The sociology of health, illness, and health care: A critical approach*. (2nd ed.). USA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Willenz, P. (2002). New report on women and depression: Latest research findings and ecommendation. *American Psychological Association*, March, 15, 2002
- Williams, R. A., Hagerty, B. M., Murphy-Weinberg, V., & Wan, J.-Y. (1995). Symptoms of depression among female nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5), 269-278.
- Williams, R. A., Hagerty, B. M., & Ketefian, S. (Eds.). (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. (2005). *Gender and women's mental health, gender disparities and mental health: The facts*. Retrieved August 8, 2005, from http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/

- World Health Organization. (2006). *What is depression?* Retrieved July 19, 2006, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/print.html
- Wortman, C. B. (1984). Social Support and can the cancer patient: Conceptual and methodology issue. *Cancer, 53*, 2339-2360.
- Wu, X., & DeMaris, A., (1996). Gender and marital status differences in depression: The effects of chronic strains. *Sex Roles (Historical Archive), 3*, 299-319.
- Yamane, T. (1976). *Statistics: An introductory analysis*. New York: Harper & Row.
- 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.
- Ylipaavaliniemi, J., Kivimaki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., & Keltikangas-Jarvinen, L., et al. (2005). Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: A prospective cohort study of three different models. *Social Science & Medicine, 61*, 111-122.
- Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M., Gilmer, W. S. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1539-1546.



ภาคผนวก ก

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวมณีกานต์ ชาญกิจการค้า
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
โทรศัพท์ 039-363760-3, Fax 039-399255 , 081-4852072
e-mail address: m_tid@hotmail.com

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

เนื่องจากปัจจุบันพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและประเทศต่างๆทั่วโลก โดยทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชากร โดยเฉพาะกับผู้หญิง ซึ่งจากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้หญิงขององค์การอนามัยโลกใน ปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับสี่ที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ในผู้หญิง และมีการคาดไว้ใน ปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ.2563) ภาวะซึมเศร้าจะกลายเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญอันดับแรกของผู้หญิง โดยพบว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2-3 เท่า และพบมากในช่วงอายุ 25-45 ปี ซึ่งเป็นวัยของการทำงานและการมีครอบครัว ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพสตรีนับว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าในผู้หญิงวิชาชีพอื่นๆ เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวกับความเป็นผู้หญิงและปัจจัยจากลักษณะของงานที่สร้างความตึงเครียด และความกดดันให้กับพยาบาล และจากที่ต้องแบกรับภาระจากการมีหลายบทบาทหน้าที่ ทั้งในครอบครัวและที่ทำงาน ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการที่พยาบาลวิชาชีพสตรีเกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ตลอดจนอาจกระทบกับความน่าเชื่อถือของวิชาชีพพยาบาลได้ โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางสุขภาพจิตอื่นๆ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรี

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษา ความชุก ระดับของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง

วิธีการศึกษาวิจัยโดยสังเขป

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเกี่ยวกับความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนาย การเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โดยปัจจัยที่ศึกษามี 4 ตัว ได้แก่ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ประวัติการสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันออกเฉียง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพสตรีที่สมรสแล้วที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย มีบทบาทหน้าที่อย่างน้อย 2 บทบาท เช่น ภรรยา มารดา หรือผู้ดูแลปฏิบัติงานสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลแต่ละประเภท ซึ่งจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาดตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-30 เตียง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบขั้นตอนและหาคัด ส่วนแบบไม่คืนที่ (Proportional Multi-Stage Sampling without Replacement) ได้ตัวแทนของโรงพยาบาลจำนวน 15 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 415 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่อาสาสมัครตอบด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 16 หน้า จำนวนคำถาม 151 ข้อ

ทั้งนี้ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการสุ่มคัดเลือกจากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพสตรีที่สมรสแล้ว ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อเป็นตัวแทนประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว และผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลจากท่าน พร้อมกับได้ประสานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์นี้ และให้ช่วยส่งมอบเอกสารเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้แก่ท่าน ประกอบด้วย เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ มี 2 ชุด และแบบสอบถาม ขอให้ท่านอ่านเอกสารชี้แจงและแบบสอบถามโดยละเอียด เพื่อความเข้าใจ และโปรดลงชื่อในใบยินยอมด้วยความสมัครใจเมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หลังจากท่านตอบแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์แล้ว โดยผู้วิจัยได้แนบซองพร้อมระบุที่อยู่ของผู้วิจัยมาให้

ท่านช่วยส่งแบบสอบถาม พร้อมใบยินยอมด้วยความสมัครใจของท่าน 1 ชุด คืนกลับให้ผู้วิจัยโดยตรงภายใน 1 สัปดาห์หลังจากที่ได้รับเอกสารเกี่ยวกับการวิจัยนี้ เพื่อผู้วิจัยจะได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อประกอบเป็นวิทยานิพนธ์ตามข้อกำหนดของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผู้วิจัยใช้ทุนตนเองในการทำวิจัย จึงไม่สามารถจัดให้ซึ่งค่าตอบแทนใดๆ แก่ท่านได้ ผู้วิจัยขอขอบคุณในความกรุณาของท่านที่ได้ตอบแบบสอบถามให้โดยที่ไม่มีสิ่งตอบแทน ซึ่งความร่วมมือของท่านครั้งนี้จะช่วยให้สามารถบรรลุผลสำเร็จในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรี และผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับความช่วยเหลือแก่วิชาชีพพยาบาลต่อไป

ระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย

ในการตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับอาสาสมัครและผู้อื่น

ผลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและจัดการกับปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสตรีรวมถึงตัวท่านด้วย เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสตรีมีศักยภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ต่อไป

ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการ

ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆ ที่มีการลุกล้ำร่างกาย แต่ในการตอบแบบสอบถามอาจทำให้สูญเสียความเป็นส่วนตัวบ้าง รวมทั้งต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม

ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมดจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย ทั้งนี้ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และผู้ที่จะสามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านี้ นอกจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต้องได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน

การดูแลรักษาที่ผู้วิจัยจัดให้

ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่อาสาสมัคร ที่มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป เนื่องจากแสดงว่าเริ่มมีอาการของภาวะซึมเศร้า และผู้ที่สนใจโดยจะส่งคะแนนของภาวะซึมเศร้าพร้อมกับเอกสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขและลดภาวะซึมเศร้าแก่อาสาสมัคร โดยตรงตามที่อยู่ให้กับผู้วิจัยไว้

สิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยที่ท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น

กรณีที่มีเหตุจำเป็นหรือมีปัญหาข้อสงสัย กรุณาติดต่อผู้วิจัย

นางสาวมณีกานต์ ชาญกิจการค้า

โรงพยาบาลแหลมสิงห์ 79/24 ม.5 ต.เกาะเปริด อ.แหลมสิงห์ จ. จันทบุรี 22130

โทรศัพท์ 039-363760-3 , Fax 039-399255 มือถือ 081-4852072,

E-mail address: g4736740@student.mahidol.ac.th , m_tid@hotmail.com

ภาคผนวก ข

**ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ
(Informed Consent Form)**

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่เป็นผลใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าที่พึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

(กรุณาเก็บสำเนาไว้ 1 ชุด)

ภาคผนวก ก



เอกสารเลขที่48/2550

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย :	ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี (Ref. No. 31/2550)	
ผู้ดำเนินการวิจัย :	นางสาวมณีกานต์ ชาญกิจการค้า	
สถานที่ดำเนินการวิจัย :	โรงพยาบาลสอยดาว	โรงพยาบาลมะขาม
	โรงพยาบาลนายายอาม	โรงพยาบาลบางละมุง
	โรงพยาบาลสหัสขันธ์	โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม
	โรงพยาบาลระยอง	โรงพยาบาลบ้านฉาง
	โรงพยาบาลมาบตาพุด	โรงพยาบาลบ้านสร้าง
	โรงพยาบาลตราด	โรงพยาบาลเขาสมิง
	โรงพยาบาลแหลมงอบ	โรงพยาบาลบ้านโพธิ์
	โรงพยาบาลพนมสารคาม	

เอกสารที่อนุมัติ :

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับภาษาไทย วันที่ 24 เมษายน 2550
2. เอกสารคำแนะนำสำหรับอาสาสมัคร ฉบับวันที่ 24 เมษายน 2550
3. ใบบินยอมด้วยความสมัครใจ ฉบับวันที่ 24 เมษายน 2550
4. แบบสอบถามการวิจัย ฉบับวันที่ 24 เมษายน 2550

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแจ้งวิจัยพร้อมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก อนึ่ง ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

(นายชาติร์ บานชิน)

ประธานคณะกรรมการ

(นายปกรณ์ ศิริยง)

กรรมการและเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม 2550 ถึงวันที่ 8 พฤษภาคม 2552

ภาคผนวก ง



ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๖๕/ ๑๖๐

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
๒๗๐ ถนนพระรามหก เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐

เรื่อง อนุญาตให้นำแบบสอบถามไปใช้
เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ตามหนังสือหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดย นางสาวณิกันต์ ชาญกิจการค้า แจ้งความประสงค์ขอ
อนุญาตใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory : TDI) เพื่อดำเนิน
โครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ผมได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นประโยชน์ และสมควรสนับสนุนอย่างยิ่ง จึงอนุญาตให้ใช้แบบประเมิน
ดังกล่าว หากมีข้อสงสัยในการใช้แบบประเมินติดต่อผมได้ที่ e-mail ramlit@mahidol.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์มาโนช หล่อตระกูล)

สำนักงานภาควิชาฯ.

โทร. ๐-๒๒๐๑-๑๔๗๗, ๐-๒๒๕๔-๐๕๕๕

โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๗๒๕๕

ภาคผนวก จ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โทร. i+22 ต่อ 110
 ที่ ศธ 0517.02 / 2679 วันที่ 2 เมษายน 2550
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตามที่ น.ส.มณีกานต์ ชาญกิจการค้า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (Job satisfaction) ของ น.ส.เอ็ชคศิริ เรื่องภักดี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข (ภาคพิเศษ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2543 เรื่อง “ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ” ซึ่งมี รศ.(พิเศษ) สุรชาติ ฅหนองคาย ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ น.ส.มณีกานต์ ชาญกิจการค้า ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรี เลิศฤทธิ์)
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
 ปฏิบัติราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ภาคผนวก ก



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โทร. i+22 ต่อ 110
 ที่ ศธ 0517.02 / 2529 วันที่ 25 เมษายน 2550
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตามที่ น.ส.มณีนันต์ ชาญกิจการค้า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
 วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support : PRG
 II) ของ น.ส.ฉัตรวิทย์ ใจอริย์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2533 เรื่อง
 “ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 หัวใจวายเลือดคั่ง” ซึ่งมี ผศ.บังอร ผลเนื่องมา ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ น.ส.มณีนันต์
 ชาญกิจการค้า ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้
 โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตาม
 ระเบียบของหลักสูตรบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ โดยผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องชำระ
 ค่าบริการการใช้เครื่องมือจำนวน 200 บาท (สองร้อยบาท) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ฉบับ (หลักสูตรฯ จะ
 ถ่ายเอกสารส่งให้ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย) โดยส่งเงินมาทางธนาคาร ป.ณ. ศิริราช สั่งจ่าย

นางสาววรรณุณี เหลืองรุ่งเรือง
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 เลขที่ 2 ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช
 เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
 โทร. 0-2419-7466-80 ต่อ 1411, 1412

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
 ปฏิบัติราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในพยาบาลวิชาชีพสตรี
คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 16 หน้า จำนวนคำถาม 151 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง จำนวน 44 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 50 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ
2. ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อความสมบูรณ์ในการนำไปวิเคราะห์ให้ได้ผลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดเติมข้อความหรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ตรงกับท่านตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. ระดับการศึกษา
 () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () อื่นๆ ระบุ.....

3. .

11. บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือเคยเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า

- () ไม่มี
- () มี ระบุความสัมพันธ์กับท่าน.....

12. การสูญเสียมารดาด้วยการแยกจากกันหรือสูญเสียชีวิต ก่อนท่านอายุ 11 ปี

- () ไม่มี () มี

ที่อยู่ปัจจุบันของท่าน

.....

เบอร์โทรศัพท์ของท่าน.....(กรณีที่ถูกวิจัยจำเป็นต้องติดต่อกับท่าน)

ภาคผนวก ข

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามเกี่ยวกับความตึงเครียดที่เกิดจากบทบาทและภาระหน้าที่ของผู้หญิง

คำชี้แจง : ต่อไปนี้คือคำถามที่เกี่ยวข้องกับความตึงเครียดที่เกิดจากภาระและบทบาท
ที่ผู้หญิงต้องทำในชีวิตประจำวัน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตัวเลือกใกล้เคียงกับชีวิตคุณมากที่สุด

1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

2 = ไม่เห็นด้วย

3 = เห็นด้วย

4 = เห็นด้วยมาก

5 = เห็นด้วยมากที่สุด

	ไม่เห็น ด้วย อย่างมาก 1	ไม่เห็น ด้วย 2	เห็นด้วย 3	เห็นด้วย อย่างมาก 4	เห็นด้วย มาก ที่สุด 5
1. ครอบครัวของฉันวิพากษ์วิจารณ์ฉัน เมื่อฉันดูแลบ้านได้ไม่สมบูรณ์					
2. ฉันออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อสนอง ความพอใจของ ฉันเอง					
3. ฉันรู้สึกดีที่ได้ทำงานนอกบ้านมันทำให้ ฉันรู้สึกว่าฉันกำลังได้พัฒนาตัวเอง					
4.					
44. ครอบครัว/สามีและลูกๆ ของฉัน ไม่ได้ลดความต้องการของพวกเขาลง เลยถึงแม้พวกเขาลงเลย ถึงแม้พวกเขา จะรู้ว่า ฉันเองงานจากที่ทำงานกลับ มาทำต่อที่บ้าน					

ภาคผนวก ฅ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้สอบถามเกี่ยวกับ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิดเมื่อท่านเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวาให้ตรงกับความเป็นจริงตามความรู้สึกของท่านต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือเพื่อน ในข้อความนั้นๆ

ข้อที่	ข้อคำถาม	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
1	ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นหรือปลอดภัย					
2	ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม					
	.					
	.					
	.					
	.					
25	ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ที่จะให้คำแนะนำแก่ฉันในการดูแลตนเอง					

ภาคผนวก ญ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านตามความเป็นจริง
เพียงคำตอบเดียว โดยที่คำตอบ

มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดกับสถานการณ์ในข้อความนั้น

มาก หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจมากกับสถานการณ์ในข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจเพียงครั้งเดียวกับสถานการณ์ในข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจเล็กน้อยกับสถานการณ์ในข้อความนั้น

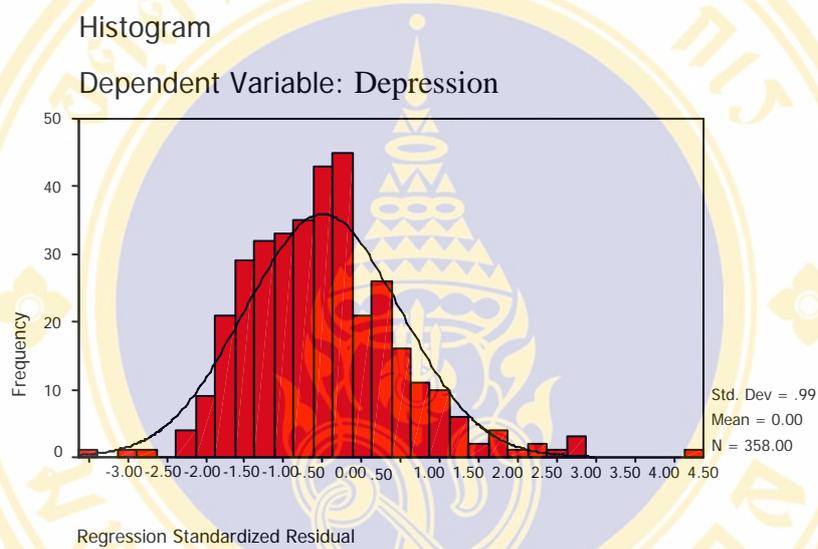
น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจกับสถานการณ์ในข้อความนั้น

ข้อ	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ความสำเร็จในงาน ฉันรู้สึกพึงพอใจที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาค หน่วยงาน					
2.	ฉันรู้สึกพอใจในการปฏิบัติงานและผลงานของ หน่วยงานที่เป็นอยู่					
3.					
					
48.	ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ฉันพอใจที่สามารถใช้วันหยุดหรือเวลาว่าง หลังจากเลิกงานแล้วกับครอบครัวได้อย่างเต็มที่					
49.	ฉันพอใจที่สามารถปฏิบัติภารกิจส่วนตัวได้ อย่างเต็มที่จากการขึ้นเวรบายดึก โดยไม่ต้องใช้ วันลาพักร้อน					
50.	ฉันพอใจที่การปฏิบัติงานโดยการขึ้นเวรบายดึก ไม่เป็นอุปสรรคต่อความสัมพันธ์ภายใน ครอบครัวของฉัน					

ภาคผนวก ก

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

1. Test of Normal Distribution



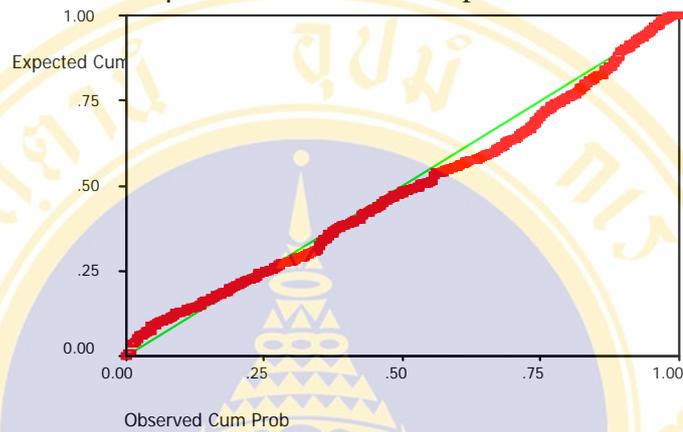
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

			RES_1 Unstandardized Residual
N			358
Normal Parameters	a,b	Mean	.0000000
		Std. Deviation	4.96785848
Most Extreme Differences		Absolute	.064
		Positive	.064
		Negative	-.044
Kolmogorov-Smirnov Z			1.204
Asymp. Sig. (2-tailed)			.110

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

2. Test of Linearity Relationship

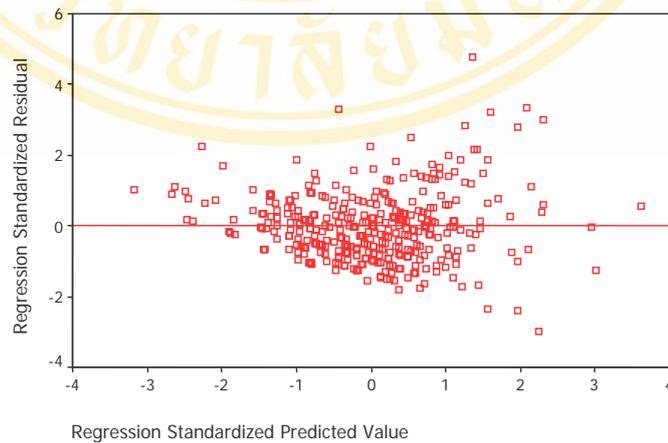
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: Depression



3. Test of Homocedasticity

Scatterplot

Dependent Variable: TOTAL



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางมณีกานต์ สุภาเส
วัน เดือน ปีเกิด	9 กุมภาพันธ์ 2511
สถานที่เกิด	จังหวัดจันทบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, พ.ศ. 2534 - 2537 สาขารณสุขศาสตร์บัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, พ.ศ. 2539 - 2540 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2547 - 2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 7 โทรศัพท์: 039-363760-3 ต่อ 128, 129, 081-4852072 E-mail: m_tid@hotmail.com
ที่อยู่	599/35 หมู่บ้านเข็รธารานคร ม. 5 ต. พลุตาหลวง อ. สัตหีบ จ. ชลบุรี 20180