การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

สุทธานันท์ ชุนแจ่ม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

copyright by MULIC

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

.....

นางสาวสุทธานันท์ ชุนแจ่ม

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภิณ แสงอ่อน

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

อาจารย์ ทัศนา ทวีคูณ

Ph.D. (Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธ์ภักดี

D.N.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

copyright by MULIC

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2551

.....

นางสาวสุทธานันท์ ชุนแจ่ม

ผู้วิจัย

.....

อาจารย์ ทัศนา ทวีคูณ

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรทิพย์ มาลาธรรม

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อาจารย์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภิณ แสงอ่อน

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

copyright by MULIC

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเป็นรูปร่างที่สมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภิณ แสงอ่อน ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ทัศนา ทวีคูณ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาทั้งแรงกายและแรงใจในการตรวจสอบ และให้คำแนะนำการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดี จนทำให้วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่ให้ความกรุณาในการลาศึกษาต่อ และคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานีทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช อาจารย์ ดร. วิริยา โพธิ์ขวางยูสท์ รวมถึงเพื่อนๆ รวมรุ่น ทั้งวิทยาลัยพยาบาลและเพื่อนที่เรียนปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือตลอดระยะเวลาของการศึกษาต่อและการทำวิทยานิพนธ์

ที่จะลืมไม่ได้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาและพี่สาวเป็นอย่างยิ่งที่ให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านของการศึกษาต่อ และการทำวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้กำลังใจ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอบคุณกำลังใจจากคนรอบข้างอีกหลายๆ คน ที่ไม่อาจเอ่ยนามในที่นี้ได้ ท้ายที่สุด ขอบคุณอุปสรรคจากคนๆ หนึ่งที่เป็นแรงผลักดันต่อสู้ และเป็นบททดสอบความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้วิจัยเป็นอย่างดี

คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงอย่างสมบูรณ์

สุทธานันท์ ชุนแจ่ม

copyright by MULIC

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย
(A SURVEY OF DEPRESSION RESAERCH IN THAILAND)

สุทธานันท์ ชุนแจ่ม 4837049 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ผศ.ดร. โสภิณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), อ.ดร. ทัศนา ทวีคูณ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2517-2550 เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยและวิเคราะห์รายละเอียดผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์และการสืบค้นด้วยตนเอง พบงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 183 เรื่อง ผลการวิจัยมีดังนี้ คือ 1) คุณลักษณะของงานวิจัยพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิต เป็นการวิจัยประเภทพื้นฐาน มีการระบุและไม่ระบุปัญหาหรือคำถามการวิจัยจำนวนใกล้เคียงกัน งานวิจัยทั้งหมดระบุวัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบมีทิศทาง ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคมเป็นกรอบแนวคิด เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลอง ศึกษาในผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยทางกาย ศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิง ช่วงวัยผู้ใหญ่ เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ไม่ระบุวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็นในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้ The Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D), Beck Depression Inventory (BDI) และ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า เครื่องมือมีการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ทั้งสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงร่วมกันมากที่สุด 2) ผลการวิเคราะห์ผลการวิจัยตามแบบการวิจัยแบบไม่ทดลอง (120 เรื่อง) และแบบทดลอง (56 เรื่อง) พบว่า การวิจัยแบบไม่ทดลองเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า (40 เรื่อง) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้า (58 เรื่อง) และการพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า (15 เรื่อง) ส่วนการวิจัยแบบทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของการบำบัดทางด้านจิตสังคมซึ่งมีหลากหลายรูปแบบต่อภาวะซึมเศร้า เช่น การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เช่น Gestalt และ Roger เป็นต้น การบำบัดทางความคิด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การทำสมาธิ และการผ่อนคลาย เป็นต้น

จากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นทั้งการวิจัยแบบทดลองและไม่ทดลอง แต่ศึกษาในผู้ป่วยทางกายเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในผู้ป่วยทางจิตหรือในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มคนทำงาน เป็นต้น ให้เพิ่มมากขึ้น และสนับสนุนให้มีการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในด้านการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูให้มากขึ้น

คำสำคัญ : การสำรวจงานวิจัย / ภาวะซึมเศร้า

226 หน้า

copyright by MULIC

A SURVEY OF DEPRESSION RESAERCH IN THAILAND

SUTHANAN CHUNJAM 4837049 RAMH/M

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

THESIS ADVISORS: SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing),
TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

This study was a survey of depression research in Thailand conducted between 1967-2005 (B.E. 2517-2550). The objectives of this research were to describe and analyze research characteristics and research results. The depression research was searched from database and by manual search. 183 research papers were found and included in this study. Results were as follows: 1) Characteristics of depression research: Most research studies (66.7%) were conducted as a part of academic study, were pure or basic research, specified research problems or research questions, research objectives, and research hypotheses with direction. In addition, most research was non-experimental, used psychosocial theories as conceptual framework, conducted in adult physically ill male and female patients, collected data in hospital, did not specify sample size calculation, and employed non-probability sampling methods. The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D), Beck Depression Inventory (BDI), and Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) were used to assess depressive symptoms in most studies. The quality of most instruments were tested using validity and reliability. Most studies analyzed data using both descriptive and inferential statistical techniques. 2) Results from research results analysis according to non-experimental studies (120 studies) and experimental studies (56 studies) showed that most non-experimental studies explored prevalence and incidence of depression in various population groups (40 studies), factors related to and predictors of depression (58 studies), and the development of instruments to assess depression (15 studies). For experimental studies, results showed that most studies investigated the effect of various psychosocial interventions on depression, such as individual and group counseling (e.g. Gestalt and Roger theory) cognitive therapy, cognitive behavioral therapy (CBT), meditation, and relaxation. etc. In addition, most studies were conducted in physically ill patients, especially cancer patients.

Results from this study suggested that research of psychiatric patients or at risk populations, such as caregivers and workers, should be conducted. Promotion and prevention research should be conducted.

KEY WORDS: A SURVEY OF RESEARCH / DEPRESSION

226 pp.

copyright by MULIC

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		ค
บทคัดย่อภาษาไทย		ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		จ
สารบัญตาราง		ซ
บทที่		
1	**บทนำ**	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	ปัญหาการวิจัย	4
	วัตถุประสงค์การวิจัย	4
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
	ขอบเขตการวิจัย	5
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
	นิยามศัพท์	7
2	**การทบทวนวรรณกรรม**	
	องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	
	ประวัติและความเป็นมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	11
	สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า	11
	ความหมายของภาวะซึมเศร้า	13
	ทฤษฎีที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า	14
	สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า	19
	อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า	24
	เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า	25
	ระดับของภาวะซึมเศร้า	26
	การวัดและประเมินภาวะซึมเศร้า	27
	ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า	32
	การรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า	34

copyright by MULIC

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการวิจัย	
	ความหมายการวิจัยทางการพยาบาล	38
	แบบการวิจัย	40
	การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	42
	การสังเคราะห์งานวิจัย	
	ความหมายการสังเคราะห์งานวิจัย	45
	ประเภทของการสังเคราะห์งานวิจัย	46
	ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย	46
	เทคนิคการสังเคราะห์งานวิจัย	47
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
	วิธีการสืบค้นงานวิจัย	51
	เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในงานวิจัย	53
	การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	55
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
	การวิเคราะห์ข้อมูล	56
4	**ผลการศึกษา**	**57**
5	**การอภิปรายผล**	**80**
6	**สรุปผลการวิจัยา และข้อเสนอแนะ**	**98**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		102
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		120
บรรณานุกรม		137
ภาคผนวก		150
ประวัติผู้วิจัย		226

copyright by MULIC

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามชนิดงานวิจัย	58
2	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามปัญหาการวิจัย/ วัตถุประสงค์การวิจัย	59
3	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามกรอบแนวคิด/ ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	60
4	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามแบบการวิจัย	61
5	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามแบบการวิจัยแบบทดลองและแบบกึ่งทดลอง	62
6	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามระยะเวลาทำการทดลอง	62
7	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามรายละเอียดการให้การบำบัด	62
8	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	64
9	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	64
10	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและแบบการวิจัย	65
11	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง	65
12	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามชื่อเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า 10 อันดับแรก	66
13	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการวิจัย	67
14	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามวิธีการสร้างเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า	67
15	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า	68
16	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล	68
17	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามสถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	69
18	จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามสถิติอ้างอิงที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	69

copyright by MULIC

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ชีวิตประจำวันของบุคคลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิต การหย่าร้าง การประสบปัญหาในการทำงาน การประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงการไม่สมหวังในสิ่งคาดหวังไว้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ จากการศึกษาพบว่า โรคซึมเศร้ามักพบในผู้ที่หย่าร้าง แยกทางหรืออยู่คนเดียว โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นอัตรา 2 : 1 (Horwath & Weissman, 1995; Kaplan & Sadock, 2000; Stahl, 2000) สำหรับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในคนต่างเชื้อชาติพบว่า ระดับการศึกษา เศรษฐานะ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ในทุกช่วงอายุแต่อายุที่เริ่มเป็นโรคโดยเฉลี่ยคือ 24 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2543: 1-3) จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก (Murray & Lopez, 1996) และคาดการณ์ว่าในปี 2020 (พ.ศ. 2560) หรืออีก 14 ปี ข้างหน้า ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากโรคซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก โดยคิดเป็นร้อยละ 10 - 25 ของผู้หญิง และร้อยละ 5 - 12 ของผู้ชายที่เป็นโรคนี้ (Murray & Lopez, 1996) สำหรับในประเทศไทยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้นในสังคมไทยในทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ (ศูนย์สุขภาพจิต เขต 4,2542 อ้างใน สุมิตรา พิทักษ์, 2547) ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ และสถานการณ์ความไม่ปลอดภัย เป็นต้น จากข้อมูลการสำรวจจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ 2548 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 93,566 คน คิดเป็นอัตรา 149.90 ต่อแสนประชากร และเป็นลำดับ 5 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2548) และในปี พ.ศ. 2549 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็น 116,847 คนต่อแสนประชากร คิดเป็นอัตรา 185.98 และเป็นเลื่อนขึ้นมาอยู่ลำดับ 4 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2549)

จากสถิติดังกล่าวแม้ว่าโรคซึมเศร้าจะมีจำนวนและอัตราผู้ป่วยที่ไม่มากนักเมื่อเทียบกับโรคอื่นในกลุ่มเดียวกัน แต่โรคซึมเศร้าถือว่าเป็นโรคที่ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพต้องตระหนักและให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าโรคอื่นๆในกลุ่มโรคทางจิตเวช เนื่องจากโรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้

copyright by MULIC

ร่วมกับโรคอื่นๆ ทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคมะเร็ง และการติดสารเสพติด เป็นต้น และโรคซึมเศร้าเองถึงแม้จะมีการพยากรณ์โรคที่ดี แต่มีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้บ่อย (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2533) ผลกระทบที่เกิดจากที่ต้องเผชิญภาวะซึมเศร้าหลายการศึกษามีความเห็นคล้ายกันว่าจะมีผลต่อตัวบุคคล ครอบครัวและสังคมไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความรู้สึก การดำเนินชีวิตประจำวัน และเศรษฐกิจ (มาโนช หล่อตระกูล, 2547; มัณฑนา นทีธาร, 2547; รวิวรรณ คำเงิน, 2546; APA 1994 as cited in Lilja, Hellzen, Lind & Hellzen, 2006) ที่ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการรายงานของมาโนช หล่อตระกูลที่พบว่า ประมาณร้อยละ 20-35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ามีการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มอื่น และส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้า (Brant & Osgood, 1990 อ้างในโสภิณ แสงอ่อนและคณะ, 2548)

จากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าและผลกระทบที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีนักวิจัยในศาสตร์สาขาวิชาชีพต่างๆ เช่น สาขาการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ในแง่มุมทางด้านชีววิทยาการแพทย์ จิตเวชศาสตร์ มานุษยวิทยาการแพทย์ และจิตวิทยา เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อภาวะซึมเศร้าอย่างถ่องแท้ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) เพราะเมื่อพิจารณาความหมายของการวิจัยจะพบว่า การวิจัยหมายถึง การแสวงหาความรู้ หรือข้อเท็จจริง ที่เป็นคำตอบของปัญหาที่สนใจโดยมีการวางแผนไว้ล่วงหน้าอย่างละเอียดรอบคอบในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน เพื่อให้คำตอบที่ได้มีความน่าเชื่อถือ รวมถึงเผยแพร่ผลการวิจัยที่ได้ ให้แก่บุคคลอื่นได้รับทราบ และนำผลการวิจัยนั้นไปใช้ (ยุวดี ฦาชา, 2540: 3) นอกจากนี้ การวิจัยยังเป็นวิธีการเพื่อให้มาซึ่งความรู้ที่มีการยอมรับในบริบทต่างๆ ที่จำเป็นต่อการให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสอดคล้องกับปรัญชาการพยาบาล ที่เน้นให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ในด้านการป้องกัน การส่งเสริม การดูแลและการฟื้นฟูสภาพ (วิภาพร เอกศิริวรานนท์, 2541)

สำหรับการทำวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ไม่ปรากฏหลักฐานบันทึกที่แน่ชัดว่าเริ่มมีเกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อไร แต่จากการสืบค้นข้อมูลทางฐานข้อมูลออนไลน์เท่าที่สามารถสืบค้นได้ พบการเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2517 หลังปี พ.ศ ดังกล่าวพบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าตีพิมพ์เผยแพร่ออกมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งถึงในปัจจุบัน จากระยะเวลาในการเริ่มต้นผลิตงานวิจัยครั้งแรกจนถึงปัจจุบันซึ่งเป็นระยะเวลา 33 ปีที่ผ่านมาพบว่า ทิศทางการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆ จากการวิจัยเชิงบรรยายไปสู่การวิจัยเชิงทดลอง นอกจากนี้ในส่วนของรายละเอียดผลงานวิจัยแต่ละฉบับที่ตีพิมพ์เผยแพร่

copyright by MULIC

พบว่ามีความหลากหลายและแตกต่างกันออกไปตามปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัยที่เป็นตัวกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยรวมถึงแบบการวิจัยแตกต่างกันออกไปด้วยเช่นกัน สิ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างของงานวิจัยเหล่านี้เป็นผลมาจากความสนใจส่วนบุคคลของนักวิจัยหรือในบางครั้งเกิดจากความต้องการของหน่วยงาน รวมถึงปรากฏการณ์ทางสังคมซึ่งเป็นเป็นปัจจัยที่กำหนดมุมมองของนักวิจัยที่มีต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือถ้านักวิจัยมีมุมมองต่อภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งที่ความสัมพันธ์ การทำนาย และการทดสอบปัจจัยหรือคุณลักษณะที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จะทำการวิจัยเชิงปริมาณเพราะทำให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Ketefian et al., 2005)

การสืบค้นทางฐานข้อมูลออนไลน์ดังกล่าว ทำให้ทราบว่าในประเทศไทยมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเป็นจำนวนมาก และเป็นการศึกษาในทุกกลุ่มประชากร ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่ประเด็นที่น่าสนใจ คือเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปริมาณงานวิจัยพบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวนมากกว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็ก และวัยรุ่น สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติในปี 2546 พบว่าประชากรไทยอายุระหว่าง 15-59 ปี มีเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าพบมากที่สุด โดยพบความชุกร้อยละ 4.4 ของปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด และเป็นการเจ็บป่วยที่พบในทุกภูมิภาคแต่ที่พบมากที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Visannuyothin, 2007) จากปริมาณงานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าในอดีตที่ผ่านมานักวิจัยที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ต่างตระหนักถึงความสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากที่ได้กล่าวว่าข้างต้นว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านส่วนตัวและด้านการทำงานของประชากรกลุ่มผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอยู่ในสองกลุ่มนี้

ดังนั้น เมื่อสรุปจำนวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ถึงปี พ.ศ. 2550 จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์และการสืบค้นด้วยตนเองเท่าที่สามารถสืบค้นได้พบว่า มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากถึง 183 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยจำนวนดังกล่าวประกอบด้วย งานวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (วิทยานิพนธ์) และงานวิจัยที่จัดทำขึ้นโดยไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่มีแบบการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวที่นักวิจัยได้จัดทำขึ้นนั้นมีเอกสารฉบับสมบูรณ์ปรากฏตามสถานที่ต่างๆ ได้แก่ ห้องสมุดของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลหรือสาขาที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ที่จัดการศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิต หรือดุษฎีบัณฑิต ในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต จากระยะเวลาและปริมาณงานวิจัยจำนวนมากที่มีความแตกต่างในรายละเอียดทำให้เกิดข้อสงสัยว่าองค์ความรู้ในเรื่องภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันเป็นอย่างไร การที่จะทราบได้ว่าในปัจจุบัน

copyright by MULIC

การวิจัยในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมีการทำวิจัยถึงระดับใด องค์ความรู้ที่ได้เป็นอย่างไร จะได้จากการวิจัยแบบสำรวจผลงานวิจัยที่ผ่านมา เพราะการสำรวจงานวิจัยจะทำให้เห็นว่ามีประเด็นใดที่สามารถนำไปสังเคราะห์สรุปเป็นความรู้และนำไปปฏิบัติได้ (Wojner, 1996 อ้างใน ฉวีวรรณ ธงชัย, 2547)

แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีนักวิจัยคนใดทำการสำรวจและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย เพื่อนำมาวิเคราะห์และศึกษาดูว่าในอดีตที่ผ่านมางานวิจัยมีคุณลักษณะงานวิจัยและรายละเอียดผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเป็นอย่างไร นักวิจัยให้ความสนใจในการศึกษาภาวะซึมเศร้าแง่มุมหรือประเด็นใดเป็นพิเศษ ประเด็นใดบ้างที่ซ้ำซ้อน และมีความไม่ชัดเจน รวมถึงประเด็นใดบ้างที่น่าสนใจแต่ยังไม่มีการทำวิจัย ตรงกันข้ามกับในต่างประเทศที่มีงานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจ รวบรวมวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในทุกแบบการวิจัย ทุกกลุ่มประชากร รวมถึงในประเด็นที่น่าสนในที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เพื่อที่นำมาสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ด้วยเทคนิคการสังเคราะห์ที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเล็งเห็นความสำคัญและเกิดความสนใจที่จะสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยที่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้นำไปสู่การวิเคราะห์และสรุปองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะ และทิศทางการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าต่อไปในอนาคต

ปัญหาการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. ผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย จำแนกตาม

1.1 คุณลักษณะงานวิจัย (Research characteristics) ได้แก่ ชนิดงานวิจัย ปี พ.ศ. ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย และประเภทการวิจัย

1.2 ปัญหา/วัตถุประสงค์การวิจัย (Research question/ objective) ได้แก่ ปัญหาการวิจัยและ/หรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย

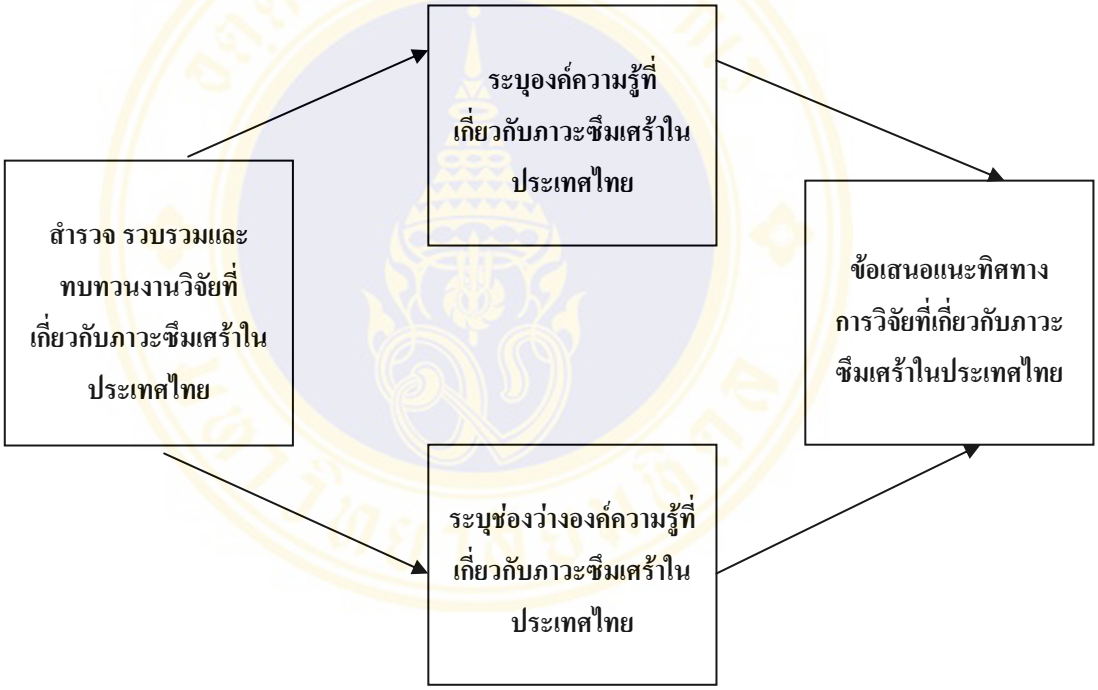
1.3 กรอบแนวคิดและทฤษฎี (Theoretical/ conceptual framework) ได้แก่ สมมติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

copyright by MULIC

1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) ได้แก่ แบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. เพื่อวิเคราะห์และสรุปองค์ความรู้จากผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยตามรูปแบบการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจาการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจงานวิจัยมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งอธิบายได้ว่า การสำรวจ รวบรวมและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย จะทำให้สามารถระบุองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย และระบุช่องว่างขององค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะและทิศทางการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ และรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย เฉพาะที่ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและไม่เป็น

copyright by MULIC

ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ถึงปี พ.ศ 2550 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ จำนวน 25 ฐานข้อมูล ซึ่งเป็นฐานข้อมูลเฉพาะห้องสมุดของสถาบันการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ที่จัดการศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตหรือดุษฎีบัณฑิต ในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้

1. สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล
2. สำนักหอสมุดกลาง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. ห้องสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. ห้องสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
6. ห้องสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. ห้องสมุด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หาดใหญ่)
8. ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม
9. ห้องสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร
10. ห้องสมุดมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
11. ห้องสมุดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
12. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
13. ห้องสมุดมหาวิทยาลัยรามคำแหง
14. ห้องสมุดมหาวิทยาลัยรังสิต
15. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
16. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
17. สำนักกองทุนสนับสนุนนักวิจัย (สกว.)
18. วิทยานิพนธ์อุดมศึกษาของรัฐ / Thailand Library Intergraded System (Thailis)
19. ห้องสมุดกระทรวงสาธารณสุข
20. ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
21. งานวิจัยทางการพยาบาล กรมสุขภาพจิต
22. ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
23. โครงการป้องกันผู้มีภาวะซึมเศร้า
24. Thai Index Medicus คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
25. ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารภาษาไทย/ Thai Journal Citation Index Center (TCI)

copyright by MULIC

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยในครั้งนี้คาดว่าจะทราบสภาพองค์ความรู้ (State of knowledge) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งจะเป็นแนวทางให้กับนักวิจัยที่สนใจทำวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ได้มีการทำวิจัยในประเด็นที่น่าสนใจ ประเด็นที่ไม่มีผู้ใดทำการวิจัย หรือประเด็นที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติม รวมถึงเป็นหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมแบบองค์รวม

นิยามศัพท์

งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า หมายถึง งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา และไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

นักวิจัย หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่ทำวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

ชนิดงานวิจัย หมายถึง งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย แบ่งเป็น งานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ได้แก่ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต และดุษฎีบัณฑิต และงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ได้แก่ งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ปี พ.ศ ที่พิมพ์งานวิจัย หมายถึง ปีพุทธศักราชที่ระบุในวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตหรือดุษฎีบัณฑิตที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเสร็จสมบูรณ์และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ หรือปีพุทธศักราชที่ระบุในวารสารทางวิชาการที่มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยตีพิมพ์อยู่

แหล่งผลิตงานวิจัย หมายถึง สถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้วิจัย ที่รับรองหรืออนุมัติงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

ประเภทการวิจัย หมายถึง สภาพความจริงของการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย แบ่งออกเป็น การวิจัยพื้นฐานและการวิจัยประยุกต์

ปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัย หมายถึง สิ่งที่ทำให้ผู้วิจัยเกิดความสงสัย และนำไปสู่การหาคำตอบเพื่อให้ทราบข้อเท็จจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการค้นพบ หรือบอกว่าการวิจัยมีความมุ่งหมายอย่างไร ต้องการพิสูจน์เรื่องอะไร (ยุวดี ฦาชา, 2534 : 211)

สมมติฐานการวิจัย หมายถึง ข้อความคาดคะเนที่ระบุถึงตัวแปรอย่างน้อย 2 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กัน สามารถวัดและนำไปทดสอบจากข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ที่เป็นจริงได้ (ทัศนีย์ นะแสและเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539: 73)

copyright by MULIC

กรอบแนวคิดการวิจัยและทฤษฎีที่ใช้

กรอบแนวคิด หมายถึง แนวความคิดหรือความคิดรวบยอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ปรากฏการณ์หรือตัวแปรต่างๆ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา อาจบรรยายออกมาในลักษณะของข้อความหรือแผนภูมิ

ทฤษฎีที่ใช้ หมายถึง ทฤษฎีที่ผู้วิจัยใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปร หรืออธิบายเชิงเหตุและผลในกรอบแนวคิดของการวิจัย

แบบการวิจัย หมายถึง โครงสร้างของงานวิจัยที่แสดงถึงวิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อตอบปัญหาการวิจัยได้ถูกต้อง และตรงกับความจริงมากที่สุด จำแนกแบบการวิจัยออกตามลักษณะและการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดังนี้ (วิภาพร เอกศิริวรานนท์, 2541)

1. การวิจัยเชิงปริมาณ หมายถึง การวิจัยที่แสวงหาข้อเท็จจริงตามหลักเหตุผลเชิงนิรนัย (deductive) เพื่อทดสอบสมมติฐานตามทฤษฎีที่มีอยู่อย่างถูกต้องและเชื่อถือได้ ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงได้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่สามารถวัดค่าของตัวแปรออกมาเป็นตัวเลข และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบการวิจัยเชิงปริมาณที่นิยมศึกษาประกอบด้วย การวิจัยแบบทดลอง (Experimental research) การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) การวิจัยแบบไม่ทดลอง (Non-experimental research) ซึ่งได้แก่ การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research), การวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ (Correlational research) (Burn & Grove, 2003) การวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ (Casual comparative research) และการวิจัยศึกษาพัฒนาการ (Developmental research) (ยุวดี ฦาชา, 2540)

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ หมายถึง การวิจัยที่แสวงหาข้อเท็จจริงที่เป็นปรากฏการณ์ของสังคมที่เกิดขึ้น ตามหลักเหตุผลเชิงอุปนัย (Inductive) เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ กระบวนการ หรือแบบแผนของปรากฏการณ์ตามสภาพที่เป็นจริงในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลของสังคม ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยเชิงคุณภาพจะไม่เน้นการใช้สถิติในการวิเคราะห์

แบบการวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพที่นิยมศึกษาประกอบด้วย การวิจัยเชิงชาติพันธุ์ปรากฏการณ์วิทยา (Ethnographic Approach) การวิจัยศึกษาเฉพาะกรณี (Case study Approach) การวิจัยแบบการสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory Method) และการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) (ชาย โพธิสิตา, 2548)

3. การวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ หมายถึง งานวิจัยที่รวมทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพอยู่ในหนึ่งงานวิจัย เป็นทางเลือกใหม่ในการสืบค้นความรู้ โดยมี

copyright by MULIC

ความเชื่อว่าเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้ และวิธีการวิจัยหนึ่งจะช่วยเสริมความรู้อีกวิธีหนึ่งได้ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพที่กว้างและในเชิงลึกยิ่งขึ้น (วิภาพร เอกศิริวรานนท์, 2541)

ประชากร หมายถึง หน่วยของข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาที่ระบุไว้ในงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง บางหน่วยของประชากรที่ถูกสุ่มมาศึกษาเพื่อเป็นตัวแทนประชากรทั้งหมด

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง วิธีการที่ผู้วิจัยทำการเลือกหรือสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อมีความมุ่งหมายให้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และทำให้ผลการวิจัยอ้างอิงกลับไปยังประชากรที่ศึกษาได้ แบ่งเป็น การได้มาโดยใช้หลักความน่าจะเป็น และไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง วิธีการหรือสูตรที่ผู้วิจัยใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2547)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย หมายถึง สิ่งที่ช่วยให้ผู้วิจัยได้มาซึ่งข้อมูลทุกแง่มุม สามารถตอบปัญหาการวิจัยได้ครบ สอดคล้องกับการออกแบบการวิจัย และวัตถุประสงค์การวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการที่ทำให้ทราบว่าเครื่องมือที่ใช้มีคุณภาพน่าเชื่อถือ ถูกต้อง เที่ยงตรง และเหมาะสมที่จะใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง วิธีการที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะทำให้ผลการวิจัยเป็นที่น่าเชื่อถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง (ยุวดี ฦาชา, 2540)

1.1 สถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) หมายถึง สถิติที่ใช้ในการคำนวณต่างๆ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ สัดส่วน อัตราส่วน การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง และการวัดการกระจาย

1.2 สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) หมายถึง สถิติที่ใช้ในการคำนวณต่างๆ แบ่งเป็น การทดสอบค่าสถิติที่ใช้พารามิเตอร์ (Parametric test) ได้แก่ การทดสอบค่าซี

การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวน การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการทดสอบค่าสถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-parametric test) ได้แก่ การทดสอบค่าไคสแควร์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การสรุปข้อความ (Conclusion) การตีความข้อมูล (Interpretation) และการตรวจสอบความถูกต้องและตรงประเด็น (Verification) (ชาย โพธิสิตา, 2548)

ผลการวิจัย หมายถึง ข้อค้นพบหรือผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัย เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย

copyright by MULIC

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ประวัติและความเป็นมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า
ความหมายของภาวะซึมเศร้า
ทฤษฎีที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า
สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า
อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า
ระดับของภาวะซึมเศร้า
การวัดและประเมินภาวะซึมเศร้า
ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า
การรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการวิจัย

ความหมายของการวิจัย
แบบการวิจัย
การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

องค์ความรู้เกี่ยวกับการสังเคราะห์งานวิจัย

ความหมายการสังเคราะห์งานวิจัย
ประเภทการสังเคราะห์งานวิจัย
ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย
เทคนิคการสังเคราะห์งานวิจัย
การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

copyright by MULIC

องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ประวัติและความเป็นมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ประวัติและความเป็นมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ไม่มีการศึกษาใดบอกไว้อย่างชัดเจนว่ามนุษย์เริ่มมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เมื่อไร แต่มีหลักฐานว่ามีการกล่าวถึงภาวะซึมเศร้าในสมัยอียิปต์โบราณหรือประมาณ 460 - 357 ปีก่อนคริสต์ศักราช ซึ่งเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการถูกพระเจ้าลงโทษ และ Hippocrates เป็นผู้ที่บัญญัติศัพท์สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ทุกข์โศกกระสับกระส่าย ว่า melancholia ซึ่งเป็นคำที่ใช้อธิบายภาวะน้ำดี ที่มีสีดำเขียวแผ่ซ่านทั่วร่างกาย ทำให้มีสีหน้าหมองคล้ำเครียด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ต่อมาในปี ค.ศ. 1621 Robert Burton ตีพิมพ์หนังสือ Anatomy of Melancholy เพื่ออธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของชีวิตมนุษย์ (Greist & Jefferson, 1992: 3) และในปลายศตวรรษที่ 19 การแสวงหาความรู้ของภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ตามแนวความเชื่อของผู้ศึกษา จิตแพทย์ชาวอังกฤษEmil Kraeplin ได้ทำการรวบรวมแนวคิดของจิตแพทย์ในยุคก่อนๆ ทำให้ melancholia ถูกแยกออกมาเป็นอีกหนึ่งโรคและได้ใช้คำว่า depression แทนเพื่ออธิบายรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ที่เกิดขึ้นขณะที่มีอารมณ์ซึมเศร้า ที่มีอาการเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง (Kapland & Sadock, 2000:534; Wilson, 1996: 31 อ้างใน ทัศนา บุญทอง และยาใจ สิทธิมงคล, 2545: 92; วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548: 34) และมีความแตกต่างจากภาวะจิตคลุ้มคลั่ง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543: 120) เมื่อถึงศตวรรษที่ 20 Adolph Myer ได้จัดระบบเรื่องอารมณ์เศร้า โดยพิจารณาถึงอายุที่เริ่มแสดงอาการ การดำเนินโรค พันธุกรรม สภาพร่างกาย บุคลิกภาพ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงอาการวิทยา และให้ข้อคิดเห็นว่า อารมณ์เศร้าเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้นั้นไม่สามารถปรับตัวได้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533)

สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าถือได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญ เนื่องจากพบได้บ่อยในประชากรทั่วไป (Goldman et. al,1999: 569; Greist & Jefferson, 1992) จากการศึกษาความชุกชั่วชีวิตของโรคซึมเศร้าพบได้ ร้อยละ 15 ในผู้หญิงและร้อยละ 8 ในผู้ชายซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา (McCann, 1999: 325) โดยพบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 5 - 10 ของผู้ป่วยที่รับการรักษาขั้นปฐมภูมิ (Dubovsky et.al, 2004) นอกจากนี้พบ อุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ที่รับการรักษาขั้นปฐมภูมิร้อยละ 10 และร้อยละ 15 ในผู้ป่วยด้วยโรคทางกาย (Kaplan & Sadock, 2000) และการทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบพบ อัตรารวม (pool rate) ของความชุกโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.1 และความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 6.7 (Waraich et al., 2004 อ้างในธรณินทร์ กองสุข, 2549)

copyright by MULIC

สำหรับในประเทศไทยพบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้นในสังคมไทยในทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ (ศูนย์สุขภาพจิตเขต 4, 2542 อ้างใน สุมิตรา เดชพิทักษ์, 2547) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ และสถานการณ์ความไม่ปลอดภัย เป็นต้น ข้อมูลจากการสำรวจจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ 2548 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 93,566 คนต่อแสนประชากร คิดเป็นอัตรา 149.90 และเป็นลำดับ 5 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2548) และในปี พ.ศ. 2549 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็น 116,847 คนต่อแสนประชากร คิดเป็นอัตรา 185.98 และเป็นเลื่อนขึ้นมาอยู่ลำดับ 4 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2549) นอกจากนี้ข้อมูลจากรายงานสรุปแบบเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง: กรมสุขภาพจิต รง 506 D.S พบว่าในปี พ.ศ. 2550 พบผู้มีภาวะซึมเศร้า 9,776 ราย และในปี พ.ศ. 2551 จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 11,008 ราย ซึ่งจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเหล่านี้ นำไปสู่การทำร้ายตนเองทั้งที่ทำให้เสียชีวิตและการทำร้ายตนเองซ้ำ กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2550 - 2551 มีจำนวนของผู้ที่ทำร้ายตนเองรวม 11,909 ราย ซึ่งการทำร้ายตนเองดังกล่าวทำให้เกิดการเสียชีวิตทันทีรวม 1,112 ราย และทำให้เกิดการทำร้ายตนเองซ้ำรวม 431 ราย (โครงการป้องกันผู้มีภาวะซึมเศร้า, 2551) แม้ว่าสถิติดังกล่าวจะมีจำนวนและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มากนักเมื่อเทียบกับโรคอื่นในกลุ่มเดียวกัน แต่จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและการกลับเป็นซ้ำทำให้โรคซึมเศร้ายังคงเป็นโรคที่ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพต้องตระหนักและให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าโรคอื่นๆในกลุ่มโรคทางจิตเวช

นอกจากการสำรวจจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางจิตเวช ในปีพ.ศ. 2546 กรมสุขภาพจิตดำเนินการสำรวจระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติในประชากรอายุ 15 - 59 ปี จาก 38 จังหวัด จำนวน 11,685 คน พบความชุกของโรคซึมเศร้าในเวลา 1 เดือน ร้อยละ 3.2 (ธรณินทร์ กองสุข, 2549) นอกจากการศึกษาระดับชาติในประเทศไทยแล้ว การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.4 (โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์, 2544: 47) สตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 78.05 (ดาวรุ่ง เกิดสิน, 2548: 46) และผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรังที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546) อย่างไรก็ตามการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าจะแตกต่างกันออกไปขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ช่วงเวลาที่ศึกษา ระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ เกณฑ์ในการวินิจฉัย และความแตกต่างของบริบททางวัฒนธรรม

copyright by MULIC

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า มาจาก คำว่า Deprivere ซึ่งเป็นภาษาลาติน มีความหมายว่า กดต่ำลง หรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (สมศร เชื้อหิรัญ, 2526: 101-108 อ้างใน มาโนช ทับมณี, 2541: 15) สำหรับการให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า มีนักการศึกษาให้ความหมายแตกต่างกันออกไปตามมุมมอง ความเชื่อ ประสบการณ์และพื้นฐานการศึกษา ดังนี้

Beck (1967)ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้าเสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ตำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกหนี และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้า Zung (1965 อ้างใน กัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม, 2548) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า มีลักษณะอารมณ์เศร้า หดหู่ กระวนกระวาย สับสน ไม่สามารถตัดสินใจได้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้า หมดแรงโดยไม่มีสาเหตุ สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association, 1994 อ้างใน บุญพา ณ นคร, 2546) ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม โดยมีความรู้สึกเศร้าเบื่อหน่ายท้อแท้ มองตนเองว่าไม่มีค่า แสดงออกโดยการแยกตัว องค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางจิตใจแสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจหรือความพึงพอใจ มีความรู้สึกผิดหรือความภูมิใจในตนเองลดลง รบกวนการนอนและการอยากรับประทานอาหาร รวมถึงทำให้พลังงานลดลงและสมาธิลดลง สมภพ เรืองตระกูล (2545) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากตาย และ Lilja, Hellzen, Lind & Hellzen (2006) ศึกษาการให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าตามการรับรู้ของพยาบาล Swedish พบว่า พยาบาลให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ บุคคลที่มีความรู้สึกที่ถูกทำลาย ไม่เป็นมิตร เหนื่อยล้า ไม่มีประโยชน์ และทุกข์ทรมาน

นอกจากความหมายข้างต้น ซึ่งเป็นการให้ความหมายจากมุมมองทางวิชาการ นักวิจัยให้ความสนใจในการศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจากมุมมองของผู้มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

วิภาวี เผ่ากันทรากร (2548) ศึกษาการรับรู้ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงอีสาน พบว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ความทุกข์ ไม่มีความสุข โดยมองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ มีความคิดในทางร้าย ซึมเศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย ไร้พลัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ การศึกษาของ อัจราพร ลี่หิรัญวงศ์

copyright by MULIC

(2548) พบว่า สตรีไทยวัยกลางคน ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความรู้สึกว่าใจคอไม่ค่อยดี เป็นโรคของคนบ้า เป็นโรคของผู้แพ้ เป็นโรคที่จับต้องไม่ได้ เป็นโรคเครียด เป็นโรคคิดมาก เป็นโรคขาดรัก เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และเป็นโรคที่ใครๆ ก็เป็น

จากการทบทวนวรรณกรรม การให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ไม่ว่าจะเป็นความหมายจากมุมมองทางวิชาการหรือมุมมองของผู้มีภาวะซึมเศร้า ต่างให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ตำหนิตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกหนี และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้า

ทฤษฎีอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันแม้ว่ายังไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีทฤษฎีหลัก 3 ทฤษฎี ที่ใช้ร่วมกันในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคม

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theories) ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory) ทฤษฎีสารสื่อประสาท (neurochemical theory) และทฤษฎีฮอร์โมน (hormonal theory) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างพันธุกรรมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาใน 3 ลักษณะ ได้แก่ ศึกษาในครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คู่แฝด และบุตรบุญธรรม จากการศึกษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าพบว่า พันธุกรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ถ้าญาติสายเลือดเดียวกันในลำดับที่ 1 และ 2 (พ่อ แม่ พี่ น้อง) ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุคคลในครอบครัวเดียวกันจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5 - 3 เท่า (Jones, Kent & Craddock, 2002: 217; Stahl, 2000: 6) และถ้าบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) การศึกษาในคู่แฝดพบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 50 ในขณะที่โอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยเพียงร้อยละ 20 (Dobovsky, 2004: 270) และการศึกษาในครอบครัวที่มีบุตรบุญธรรมเพื่อตัดปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าพบว่า บุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาที่แท้จริงที่ป่วยด้วย

copyright by MULIC

โรคซึมเศร้าทั้งสองคน มีแนวโน้มในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราที่สูงกว่าบุตรที่เกิดจากมารดาแท้จริงซึ่งเป็นปกติ (Kapland & Sadock, 2000)

2. ทฤษฎีสารสื่อประสาท (Neurochemical theories)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างสารสื่อประสาทในสมองซึ่งได้แก่ serotonin, norepinephrine, dopamine และ gamma – aminobutyric acid (GABA) กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่า สารสื่อประสาทดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2546; บุศยา บุญใจเพชร และคณะ, 2547; สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547; อภิชัย มงคล, 2548; Dubovsky et al., 2004 ; Jones et al., 2002 ; Kaplan & Sadock , 2000) แต่อย่างไรก็ตามนักวิจัยพบว่าสารสื่อประสาทที่มีบทบาทสำคัญโดยตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ serotonin และnorepinephrine โดยสารสื่อประสาททั้ง 2 ชนิดจะมีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางที่บริเวณ limblic และ cortex ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ (บุศยา บุญใจเพชร และคณะ, 2547) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติของการเผาผลาญของสาร Monoamine ที่บริเวณระบบประสาทส่วนกลางดังกล่าว จะทำให้ระดับของ serotonin และ norepinephrine ต่ำกว่าปกติ ผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและหายดีแล้ว ระดับของสารสื่อประสาททั้ง 2 ชนิดนี้จะกลับสูงขึ้นในอยู่ระดับปกติเช่นเดิม (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) และภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยมีอยู่จะดีขึ้น ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการทำงานที่ลดลงกว่าปกติของสารสื่อประสาทมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

3. ทฤษฎีฮอร์โมน (hormonal theory)

ทฤษฎีนี้เป็นการศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างฮอร์โมนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งให้ความสำคัญกับฮอร์โมน cortisol และ estrogen กล่าวคือ เมื่อมีความผิดปกติของกลไกการทำงานและหน้าที่ของระบบ hypothalamic - pituitary - adrenal (HPA) axis ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของฮอร์โมน cortisol ร้อยละ 40 - 60 (hypercortisolism) โดยการเพิ่มขึ้นดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546; บุศยา บุญใจเพชร และคณะ, 2547; รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2547) ตามปกติแล้ว ฮอร์โมน cortisol จะมีระดับที่สูงในช่วงเวลา 8:00 น. ถึง 16.00 น.หลังจากนั้นจะลดต่ำลงในเวลากลางคืนแต่พบว่า ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน cortisol จะมีระดับที่สูงขึ้นในช่วงเวลาตอนเย็น (Prentiss Price, 2004) นอกจากนี้พบว่า การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนestrogen, follicle stimulating hormone (FSH), luteininzing hormone (LH), prolactin และ tryptophin ที่ลดลงในผู้หญิงช่วงตั้งครรภ์และช่วงหลังคลอดให้นมบุตร ช่วงใกล้หมดประจำเดือน

copyright by MULIC

และช่วงหมดประจำเดือน ส่งผลให้ผู้หญิงบางคนมีอารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เสียง่าย และในบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2546; Kapland & Sadock, 2000)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavior theory) และทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned helplessness theory) แต่ละทฤษฎีมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากความสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือบุคคล ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือจินตนาการก็ตาม สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud, 1917 cited in Bush, Rudden & Shapiro, 2004) ซึ่งในขณะที่บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียนั้น บุคคลจะเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalent) ร่วมด้วย แต่ความรู้สึกดังกล่าวถูกเก็บกดอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกจึงไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดการหันเหเข้าหาตัวเอง (introjection) ผลที่ตามมาทำให้บุคคลเกิดการกล่าวโทษตนเอง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2545: 122) รู้สึกผิดและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความสูญเสียสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการพัฒนา และทุกช่วงอายุ (Blazer, 1982: 75 อ้างใน มาโนช ทับมณี, 2541: 19) มีการศึกษาพบว่า การสูญเสียที่มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดโรคซึมเศร้า คือการสูญเสียพ่อหรือแม่ที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 11 ปี (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546: 189; สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547 : 87; Sangon, 2001)

2. ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory)

ทฤษฎีนี้ อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ทำให้เกิดแนวคิด และการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (Beck, 1967 อ้างใน ดวงเดือน นรสิงห์, 2546:26) ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kaplan & Sadock, 2000: 541) หรือกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ แนวคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Cognitive triad) รูปแบบทางความคิด (Schema) และความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) สามารถอธิบายได้ดังนี้ (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

แนวคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Cognitive triad) ได้แก่ การรับรู้ในทางลบต่อตนเอง (Negative view of self) โดยบุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่ดี ไม่มีคุณค่า เป็นความคิดที่ตนเองสร้างขึ้น เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น จะโทษว่าเกิดจากความผิดของตนเอง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา การรับรู้ในทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) บุคคลรับรู้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมในทางลบ คิดว่าเต็มไปด้วย

copyright by MULIC

อุปสรรค มองโลกในแง่ร้าย ไม่สามารถทนได้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ทำให้มีการแปลไปทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าและการรับรู้ในทางลบต่ออนาคต (Negative view of future) บุคคลมีการมองเหตุการณ์ความทุกข์ในปัจจุบันว่าจะดำเนินไปไม่มีสิ้นสุด ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจ ท้อแท้ และสูญเสียความหวังในอนาคต หมดหวัง เกิดภาวะซึมเศร้า

รูปแบบทางความคิด (Schema) เป็นการอธิบายถึงความหมายของรูปแบบทางความคิดที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ยังคงคิดว่าตนเองได้รับความเจ็บปวดหรือล้มเหลว แม้ว่าจะมีเหตุการณ์ทางบวกเข้ามาในชีวิต ซึ่งเป็นผลจากการเลือกสนใจตัวกระตุ้นที่เฉพาะในสถานการณ์นั้น (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979: 12)

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

3. ทฤษฎีพฤติกรรม (Behavior theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากการได้แรงเสริมทางบวกที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอจากสิ่งแวดล้อมหรือไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลเกิดความเบื่อหน่าย ผิดหวังเสียใจ รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งนำไปสู่ปรากฏการณ์ที่เรียกว่า ภาวะซึมเศร้า (Lewinson, 1974 cited in Matson, 1989: 19) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของแรงเสริม เช่น การมีหรือขาดทักษะทางสังคม อาจเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ดีขึ้นหรือเลวลง (ดวงใจ กสานติกุล, 2536) โดยทำให้ความสามารถในการพบกับเหตุการณ์ที่จะทำให้ได้รางวัลทันทีลดลง (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2549)

4. ทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned helplessness theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเกิดภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมได้ หรือเหตุการณ์เลวร้าย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์ที่รับรู้ว่าเลวร้ายซ้ำๆ กัน ความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลไม่ยอมแก้ไขปัญหา เนื่องจากเกิดการเรียนรู้ว่าไม่สามารถแก้ไขได้ประกอบกับการขาดแรงเสริมที่เหมาะสม (inadequate reinforcement) ทำให้บุคคลสูญเสียความภาคภูมิใจ และเกิดภาวะซึมเศร้า

copyright by MULIC

ตามมา (เชาวนี ล่องชูผล, 2547: 2; Kaplan & Sadock, 2000: 542 ; Seligman et al., 1968 อ้างใน จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546: 187)

ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories)

เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคม โดยทฤษฎีเน้นว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าเหตุการณ์ในชีวิต (Stressful life event) ที่มีบทบาทในการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสียงาน การถูกทำร้าย ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านกฎหมาย (วิภาวี เผ่า กันทรากร, 2548: 49; Greist & Jefferson, 1992: 9) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) สถานภาพสมรส (marital status) บทบาททางสังคม (social role) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียในคู่สมรส (Beeber, 1996 cited in Sangon, 2001) ปัจจัยเหล่านี้ อาจเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้บุคคลที่มีความเปราะบางทางจิตใจยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในแง่ลบ เกิดการแยกตัวจากสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (William, 2003: 183)

นอกจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าข้างต้นที่กล่าวมาแล้ว พบว่า บทบาททางเพศสภาพ (gender role) การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาที่ใช้รักษาโรคไขข้ออักเสบ การเจ็บป่วยทางกาย เช่นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบตัน โรคเบาหวาน โรคพาร์คินสัน โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งเกิดการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย และการติดสารเสพติด อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2546; สมภพ เรืองตระกูล, 2543; วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533; วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548; Geddes & Butler, 2000 cited in Valente, 2005: 104; Goldman , Nielsen & Champion, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าพบว่า สามารถแบ่งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม แม้ว่าในปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับทฤษฎีทางชีววิทยาแต่ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคมยังเป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ กล่าวโดยสรุปว่าทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎีต่างมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันในการอธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า

copyright by MULIC

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological Factors) และปัจจัยทางสังคม (Social Factors) มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านชีววิทยาทำให้ทราบว่าปัจจัยด้านชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ และมีบทบาทอย่างมาก ได้แก่ พันธุกรรม (genetic) สารชีวเคมี (biochemical) และฮอร์โมน (hormonal) โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

พันธุกรรม การทบทวนวรรณกรรมพบว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยได้จากการศึกษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าพบว่า ประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัว (Family History of Depression) เป็นสาเหตุที่สำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ถ้าญาติสายเลือดเดียวกันในลำดับที่ 1 และ 2 (พ่อ แม่ พี่ น้อง) ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุคคลในครอบครัวเดียวกันจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5 - 3 เท่า (Jones, Kent & Craddock, 2002: 217; Kelsoe, 2005; Rice et al., 2002; Sangon, 2001; Stahl, 2000: 6) การทบทวนปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าของจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน (2549) พบว่า การมีญาติสายเลือดเดียวกันเป็นโรคซึมเศร้า (OR = 2.8)

สารสื่อประสาทในสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งได้แก่ Norepinephrine, Serotonin, และ Dopamin เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีปริมาณของสารสื่อประสาทที่ลดลงโดยเฉพาะ Norepinephrine, และ Serotonin จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Bowlby, 1986; Dunn & Steiner, 2000; Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman & Klerman, 1981)

ฮอร์โมน การทบทวนวรรณกรรมพบว่าฮอร์โมนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนที่ลดลงในช่วงระยะก่อนมีประจำเดือน ระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด รวมถึงระยะหมดประจำเดือนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงเกิดความรู้สึกหงุดหงิด และเกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ได้ง่าย ในบางรายอาจตามด้วยการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (Gordon & Ledray, 1985; Nolen-Hoeksema, 1990)

copyright by MULIC

ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological Factors) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทำให้ทราบว่ามีปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลายปัจจัยแต่ปัจจัยที่พบมาก ได้แก่

การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี (Early Loss of Mother before 11 Years Old) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคคลที่มีประสบการณ์สูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคคลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการสูญเสียนี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้คุณค่า และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Bowlby, 1986; Brown & Harris, 1978; Sangon, 2001)

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic though) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นผลจากจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด ในส่วนของการรับรู้และแปลความผิดจากการรับรู้ประสบการณ์ครั้งแรกๆในชีวิตของบุคคล เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบกระบวนการคิดจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ส่งผลให้บุคคลประมวลเรื่องราวผิดพลาดและสะสมเรื่อยมา และเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤต การประมวลผิดที่ผิดพลาดจะกระตุ้นเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เอื้อมเดือน เนตรเขม, 2547) สำหรับความคิดอัตโนมัติพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Michele & Tian, 2002) กล่าวคือ ความคิดอัตโนมัติที่เพิ่มมากทั้งความถี่และความรุนแรงทำให้ความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลลดน้อยลง ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าสูงตามไปด้วย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นบวกหรือเป็นลบที่บุคคลมีต่อตนเอง (Rosenberg, 1989: 30 อ้างใน พรทิพย์ วงษ์วิเศษสิริกุล, 2540: 41) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงหรือมีความรู้สึกต่อตนเองที่เป็นบวกจะมีภาวะซึมเศร้าน้อย ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำหรือมีความรู้สึกต่อตนเองที่เป็นลบจะมีภาวะซึมเศร้าสูง (พรทิพย์ วงษ์วิเศษสิริกุล, 2540) ในการศึกษาของ Dagnan & Sandhu (1999) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้พิการทางสติปัญญา (intellectual disability)

ความว้าเหว่ (Loneliness) หมายถึง ความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกโดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง สงสารตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (โสภิณ แสงอ่อนและคณะ, 2550) จากการทบทวน

copyright by MULIC

วรรณกรรมพบว่า ความว้าเหว่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคลและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (โสภิณ แสงอ่อนและคณะ, 2550; Baek, Won, Choi, Kim, Soc, 2007)

ลักษณะเฉพาะทางบุคลิกภาพของบุคคล (Personality Traits) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ บุคลิกภาพที่มีแบบพึ่งพาผู้อื่น บุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกภาพผิดปกติชนิด histonic และบุคลิกภาพผิดปกติชนิด borderline เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สุวรรณา อรุณพงศไพศาล, 2549) ซึ่งบุคลิกภาพดังกล่าวมักพบในเพศหญิงเนื่องจากลักษณะนิสัยของผู้หญิงมีความวิตกกังวลง่าย ชอบคิดซ้ำแต่เรื่องเดิมๆ มีลักษณะการพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งแตกต่างจากเพศชาย จึงทำให้มีการแสดงออกในเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมต่างๆ ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่างกัน (Akiskal, 2005; Birtchnell, 1984 cited in Henderson, 1988; Katz & McGuffin, 1987; Nolen-Hoeksema, 1990 cited in Sangon, 2001; Rasgon et al., 2000; Steiner et al., 2000)

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and Environment Factors) จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยทางสังคมที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงได้รับการศึกษาจากนักวิจัยเป็นอย่างมาก คือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั้งรูปธรรมและนามธรรม ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วบุคคลมีการประเมินหรือรับรู้ว่าเป็นอันตรายและไม่ปลอดภัย จึงเป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Thoits, 1982, 1991 อ้างใน Warren, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เหตุการณ์ความเครียดที่บุคคลรับรู้ว่ารุนแรงมากหรือคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างสูงส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าสูงตามไปด้วย

สำหรับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญ เช่น ความเศร้าโศกเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย การหย่าร้าง หรือปัญหาจากการทำงาน ภาวะทุพพลภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคข้อเสื่อม โรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องและโรค Parkinson เป็นต้น (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2549; Cole & Dendukuri, 2003; Sadock & Sadock, 2003) การทบทวนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน (2549) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การถูกทำร้ายอย่างรุนแรง (OR = 25.3) การมีปัญหาหนักทางการเงิน (OR = 5.8) ครอบครัวมีปัญหากันอย่างรุนแรง (OR = 7.2) การเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง (OR = 3.1) ตกงาน (OR = 3.9) การถูกฟ้องร้อง มีคดีความ (OR = 10.8) เกิดการสูญเสียจากการตาย การพลัดพราก และการเสื่อมเสียชื่อเสียง อับอาย ขายหน้า (OR = 2.9, 3.1, 3.0

copyright by MULIC

ตามลำดับ) เป็นเหตุการณ์ความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่มีเหตุการณ์ คนปกติหรือ ผู้ที่ไม่เคยอยู่ ในภาวะเหล่านี้

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ หากบุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (social support) จากเครือข่ายทางสังคม (social networks) ที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า (Beeber, 1996; Rihmer & Angst, 2000) ในทางตรงข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ดูแลผู้อื่น การได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสมานฉันท์ที่ดีกับเครือญาติ และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ (Weiss, 1994 อ้างใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540; 49 - 50) สำหรับแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ผู้ให้บริการสุขภาพหรือชุมชน เป็นต้น (Brown & Harris, 1978; Kerr, 1987)

สำหรับการศึกษาอภิมาน (Mata analysis) ของ Beck & Tatano (1996, 2001) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ (r -.37 ถึง - .41) การศึกษาของ O'hara & Swain (1996) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะหลังคลอด และการศึกษาของจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน (2549) พบว่า การสนับสนุนจากสังคมต่ำ (OR = 3.1) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า

นอกจากปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตวิทยาและด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ยังว่าปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน ดังนี้

เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในเพศหญิงถือได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ มีการศึกษาเกี่ยวกับการถ่ายทอดภาวะซึมเศร้าจากแม่ไปสู่ลูกทางโครโมโซมเพศหญิงที่มีลักษณะของอาการซึมเศร้าอยู่ (X-linked Dominant genetic factor) ที่อาจทำให้ผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชาย (Kelsoe, 2005; Sadock & Sadock, 2003) หลักฐานที่สนับสนุนได้อย่างชัดเจน คือ การศึกษาอภิวิเคราะห์ (meta-analysis) ของ Cole & Dendukuri (2003) พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่ม โดยพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในมารดา

copyright by MULIC

ที่มีอายุน้อยและตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (ปื่นแก้ว โชคอำนวย, 2544) ซึ่งตรงข้ามกับอายุที่พบในกลุ่มของผู้สูงอายุ การศึกษาของสมจิต พฤกษะริตานนท์ และรณชัย คงสกนธ์ (2007) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยอายุในกลุ่มผู้สูงอายุบางการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (คณะทำงานโครงการวิจัยผู้สูงอายุ, 2544; ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2542)

สถานภาพสมรส จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก ชีวิตสมรสจะทำให้เกิดความผูกพันระหว่างคู่สมรสได้จากการเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่น เจ็บป่วย การตกงาน เป็นต้น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่จำเป็นต้องมีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือ แต่อย่างไรก็ตามหากบุคคลต้องอยู่ในภาวะของการขาดคู่สมรสจะทำให้บุคคลนั้นขาดบุคคลที่คอยช่วยเหลือ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและอาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า (เยาวรัตน์ ขันธวิชัย, 2544) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ การสูญเสียคู่สมรสนำมาซึ่งภาวะว้าเหว่ เนื่องจากขาดคู่คิด จึงอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้

การศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ในบุคคลที่มีการศึกษาที่ไม่สูงหรือได้รับการศึกษาน้อยจะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า (McKinlay, 1987 อ้างใน สมถวิล, 2545)

รายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ จำนวนรายได้ที่น้อยและไม่เพียงพอต่อความต้องการอาจส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับความพึงพอใจในรายได้ การศึกษาในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในรายได้มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความพึงพอใจในรายได้ เช่นเดียวกับแหล่งที่มาของรายได้ รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดให้ความเห็นว่า หากมีเงินจ่ายทุกเดือน ไม่ต้องเป็นจำนวนมาก แต่เป็นเงินของตนเองจะเกิดความสบายใจ อบอุ่น มั่นคง และรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง (โครงการวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2540) และการศึกษารายได้ในผู้สูงอายุของมาโนช ทับมณี (2541) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากตนเองหรือคู่สมรสมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้จากที่อื่น เนื่องจากสามารถใช้จ่ายได้ตามความต้องการ รวมถึงเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

การทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมากมาย และนอกจากนี้ในแต่ละปัจจัยยังมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในการเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

copyright by MULIC

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการใหญ่ๆ ได้แก่ กลุ่มอาการทางอารมณ์ (affective symptom) กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด (cognitive symptom) และกลุ่มอาการทางกาย (somatic symptom) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Affective symptom) ได้แก่ เศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย จิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่น ไม่ร่าเริง รู้สึกเบื่อหน่ายทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัว เก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร ในบางรายอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย หรือในเด็กและวัยรุ่น อาจมีอารมณ์ร้ายหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป

กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด (Cognitive symptom) ได้แก่ มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต ไม่มั่นใจตนเอง ลังเลในการตัดสินใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า มองตนเองในด้านลบไม่สมเหตุสมผล ตำหนิตนเองว่าเป็นภาระแก่คนอื่น ทำให้คิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆ อาจมีสมาธิหรือความจำแย่ลง หลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นาน ทำงานผิดๆถูกๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

กลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptom) ได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งพบว่าไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ เป็นอาการที่เกิดขึ้นในช่วงแรกๆ เมื่อมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบร่วมกับความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร อาจมีปัญหาด้านการนอน โดยหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับๆตื่นๆ ตื่นแต่เช้ามืดแล้วนอนต่อไม่ได้ บางรายอาจมีอาการเบื่ออาหาร หรือต้องฝืนใจในการรับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลดลงมาก แต่สำหรับวัยหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานมาก นอนมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (atypical) นอกจากนี้ยังอาจมีอาการท้องผูก ท้องอืด แน่นท้อง ปากคอแห้ง หรือบางรายอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว เป็นต้น ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึมเชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบา และแยกตัวไม่อยากพบหน้า หรือพูดคุยกับใคร การศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 69 - 70 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย (นิพัทธิ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548: 15)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการทางอารมณ์ กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด และกลุ่มอาการทางกาย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บุคคลบางคนอาจมีอาการและอาการแสดงครบทั้งสามกลุ่มอาการ ในทางตรงข้ามบุคคลบางคนอาจมีอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจนหรือมีเพียงกลุ่มอาการเดียวที่ปรากฏชัดเจน ดังนั้น จำเป็นที่ต้องใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเพื่อช่วยในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าดังกล่าว

copyright by MULIC

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยที่จะระบุว่าบุคคลป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มีดังต่อไปนี้ (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2539: 124-125; APA, 2000)

1. ผู้ป่วยต้องมีอาการ 5 อาการหรือมากกว่าในทั้งหมด 9 อาการต่อไปนี้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน 2 สัปดาห์ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยอาการดังกล่าวต้องมีอาการในข้อ 1 หรือข้อ 2 รวมอยู่ด้วย
    1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (ในเด็กหรือวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดง่าย)
    2. ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน
    3. น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการควบคุมอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
    4. นอนไม่หลับหรือหลับมากไปแทบทุกวัน
    5. มีอาการกระสับกระส่าย หรือเคลื่อนไหวช้าแทบทุกวัน
    6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง
    7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินควร (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน
    8. สมาธิ ความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน
    9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แต่กลัวตาย) โดยมิได้วางแผนก่อน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน
2. อาการเหล่าดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยแบบผสม
3. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ บกพร่องลง
4. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)
5. อาการดังกล่าวไม่เข้ากับความเศร้าโศกเสียใจตามธรรมดา (Bereavement) ซึ่งได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (psychomotor retardation)

copyright by MULIC

ระดับของภาวะซึมเศร้า

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) มีรายละเอียดดังนี้ (กนกศรี จาดเงิน, 2543; APA, 2000 อ้างใน เอกอุมา วิเชียรทอง, 2548 ; Beck, 1967 อ้างใน โสมศิริ รอดพิพัฒน์, 2547)

ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression) คือ ภาวะอารมณ์ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส (Blue Moods) มีความรู้สึกเศร้าในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุมาจากการสูญเสีย หรือไม่มีสาเหตุ รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ขาดคนเห็นใจ ขาดคนเข้าใจ ความภูมิใจถูกทำลาย ภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองถูกบั่นทอน แต่กระบวนการคิด การแก้ปัญหา การเคลื่อนไหว การสื่อสารและการดำรงชีวิตประจำวันในสังคมยังดำเนินเป็นปกติ

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) คือ ภาวะอารมณ์เศร้าเช่นเดียวกับอาการเศร้าในระดับน้อยแต่รุนแรงกว่า และมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะการสูญเสียและเหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าชนิดนี้ จะรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มักตำหนิตนเอง หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย พูดลำบาก คิดช้า อาจมีความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ ความอยากในการรับประทานอาหารลดลง การนอนหลับผิดปกติ และหลีกเลี่ยงการเข้าสู่สังคม

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) คือ ภาวะอารมณ์เศร้ามีระดับลึกขึ้น และเป็นนาน โดยที่สาเหตุของความเศร้ามักจะมาจากภายในตัวบุคคลนั้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ ไม่สนใจตนเอง รวมถึงไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ รู้สึกสิ้นหวัง และมีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เกือบจะไม่มีการสื่อสารหรือการเข้าสังคม ไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักจะถอนตัวจากโลกของความจริง อาจมีอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน อาจมีความคิดหรือพยายามทำร้ายตนเอง อาการดังกล่าวสอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูล (2533) ที่ระบุว่า ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงอาจพบอาการโรคจิต ซึ่งได้แก่ อาการหลงผิดประสาทหลอนร่วมด้วย อาการที่พบได้บ่อยคือ เชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่า การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าปัจจุบันแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามอาการและอาการแสดง การแบ่งระดับดังกล่าวจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลมีแนวทางในการให้การดูแล ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบุคคลนั้น แต่ทั้งนี้การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าต้องอาศัยการวัดและการประเมินซึ่งจะกล่าวต่อไป

copyright by MULIC

การวัดและประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นตัวแปรที่มีความเป็นนามธรรม และมีการแสดงออกได้หลายลักษณะ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจ และทำให้ทราบระดับภาวะซึมเศร้า ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า คือ แบบวัด ซึ่งแบบวัดที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (Self rating scale for depression) และแบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม (Observer rating scales for severity of depression)

แบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (Self rating scale for depression) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการด้วยตนเอง มักใช้แบบประเมินชนิดนี้ในการคัดกรองและสำรวจผู้ที่มีปัญหาโรคซึมเศร้า เนื่องจากใช้ง่าย สะดวก และประหยัดเวลา แบบประเมินชนิดนี้ ได้แก่

1. Zung Self -Rating Depression Scale สร้างขึ้นโดย Zung ในปี ค.ศ. 1965 เพื่อใช้คัดกรองหรือประเมินภาวะซึมเศร้า ในด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีข้อความที่แสดงอารมณ์และพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบอย่างละ 10 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนน ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนนดังนี้ ไม่เลยหรือมีเล็กน้อย (1คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) เป็นประจำ (3 คะแนน) และเกือบทุกวัน (4 คะแนน) คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน แปลผลค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้ ต่ำกว่า 50 คะแนน (ปกติ) 50 - 59 คะแนน (ซึมเศร้าเล็กน้อย) 60 - 69 คะแนน (ซึมเศร้าปานกลาง) มากกว่า 70 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรงถึงมากที่สุด) แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น .73 (Zung, 1965) แต่ในระยะหลังแบบประเมินไม่ได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าเท่าที่ควร (ทวี ตั้งเสรีและคณะ, 2546)

แบบวัดได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยศันสนีย์ สมิตะเกษตริน ในปี พ.ศ. 2528 โดยคงจำนวนข้อคำถาม การให้ค่าคะแนนและการแปลผลเช่นเดิม พบว่า แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่น .83 (ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน อ้างใน พัทยา จิตสุวรรณ, 2535)

2. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Beck, Ward, Mendelson, Mock และ Erbaugh ในปี ค.ศ. 1961 จุดประสงค์ในการสร้างเพื่อวัดพฤติกรรมที่แสดงออกในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่ โดยมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่นที่ .80 ได้รับการยอมรับว่าสามารถแยกความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี อย่างไรตาม ในปี ค.ศ. 1978 ได้มีการปรับปรุงแบบประเมินครั้งที่ 1 (First revision(BDI-IA)) ซึ่งได้ตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออกและปรับเปลี่ยนข้อคำถามในบางข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1993 ได้มีการปรับปรุงครั้งที่2 (Second revision

copyright by MULIC

(BDI-II)) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการบำบัดทางปัญญา (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548 :46) และในปี ค.ศ. 1996 ได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 3 และออกเป็นแบบประเมินฉบับใหม่ โดยใช้ชื่อว่า BDI-II (Beck Depression Inventory-II) ซึ่งเป็นการปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่4 (DSM-IV) จุดประสงค์ในการสร้างแบบวัด BDI- II เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า (Beck, Steer, and Brown, 2006) แบบวัดประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางใจ 15 ข้อ อาการทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือกตอบ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน ดังนี้ ไม่เลย (1 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยๆ (2 คะแนน) เป็นประจำ (3 คะแนน) ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 63 คะแนน แปลผลค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้ 0 - 13 คะแนน (ปกติ) 14 - 19 คะแนน (ซึมเศร้าเล็กน้อย) 20 - 28 คะแนน (ซึมเศร้าปานกลาง) และ 29 - 63 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรง) แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น .93 (Beck et al., 2006) ถือได้ว่าเป็นแบบวัดที่มีการนิยมใช้อย่างกว้างขวางทั้งในการวิจัยและการตรวจรักษา เนื่องจากสามารถใช้ง่าย มีความเที่ยงตรงและสามารถประเมินซ้ำได้

แบบวัดชุดนี้ได้รับการแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ ในปีพ.ศ. 2522 โดยคงจำนวนข้อคำถาม และการให้ค่าคะแนนเช่นเดิม สำหรับการแปลผลค่าคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 0 - 9 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ) 10 - 15 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย) 16 - 19 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง) 20 - 29 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก) และ 30 - 63 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง) ได้ค่าความเชื่อมั่น .80 - .90 (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

3. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดยนักวิจัยชื่อ Randloff แห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพัฒนามาจากแบบวัดของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) จุดประสงค์ในการสร้างแบบวัด เพื่อวัดอาการซึมเศร้าของประชากรในชุมชนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Lewinson et al., 1984 : 29) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นข้อความเชิงลบ 16 ข้อ และข้อความเชิงบวก 4 ข้อ ในแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน ดังนี้ ไม่เลยน้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์ (0 คะแนน) บางครั้ง 1 - 2 วันใน 1 สัปดาห์ (1 คะแนน) บ่อยๆ 3 - 4 วันใน 1 สัปดาห์ (2 คะแนน) และ ตลอดเวลา5 - 7 วันใน 1สัปดาห์ (3 คะแนน) อย่างไรก็ตามข้อความเชิงบวกในข้อที่ 4, 8, 12 และ 16 จะให้คะแนนตรงกันข้ามกับเกณฑ์การให้คะแนน สำหรับค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน แปลผลค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้ หากค่าคะแนนรวมที่ได้มากกว่า16 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ .76 (Randloff, 1977)

copyright by MULIC

สำหรับแบบวัดชุดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะนำมาใช้เพื่อใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่อายุระหว่าง 15 - 18 ปี แบบวัดชุดนี้มีจำนวนข้อและการให้ค่าคะแนนเช่นเดียวกับต้นฉบับ แต่การแปลผลว่าเด็กวัยรุ่นในประเทศไทยมีภาวะซึมเศร้า คือ เมื่อได้ค่าคะแนนรวมที่มากกว่า 22 คะแนน เมื่อทดสอบค่าทางสถิติ พบว่า ความเที่ยงของ CES-D มีค่าเท่ากับ .86 (อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 2540)

4. Children Depression Inventory (CDI) แบบวัดชุดนี้สร้างขึ้นและพัฒนาโดย Maria Kovacs ในปี ค.ศ.1982 โดยพัฒนามาจากแบบวัดความซึมเศร้าของ Beck เพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อายุระหว่าง 6 - 17 ปี (Kovac, 2007) ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในด้านอารมณ์เศร้า อาการทางกาย การเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึกนึกคิด สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (กนกศรี จาดเงิน, 2543: 16) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 2 ดังนี้ ไม่มีอาการเศร้าหรือมีน้อย (0 คะแนน) มีอาการบ่อยๆ (1 คะแนน) มีอาการตลอดเวลา (2 คะแนน) ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 54 คะแนน สำหรับจุดเพื่อแยกภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับช่วงอายุและเพศของเด็ก แบบวัดชุดนี้มี internal consistency coefficients ระหว่าง .71 ถึง .89 และมีค่า test-retest coefficients ระหว่าง .74 ถึง .83 (Kovac, 2007)

สำหรับแบบวัดชุดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมาพร ตรังคสมบัติ โดยคงจำนวนข้อคำถาม จำนวนตัวเลือก และการให้ค่าคะแนนเช่นเดียวกับต้นฉบับ สำหรับการให้คะแนนที่เป็นจุดตัดเพื่อแยกภาวะซึมเศร้าในเด็กไทยทางคลินิก คือ ค่าคะแนนรวม 15 คะแนนขึ้นไปเช่นกัน แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นที่ .83 (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539)

5. Geriatric Depression Scale (GDS) แบบวัดชุดนี้สร้างขึ้นโดย Yesavage และคณะในปี ค.ศ. 1982 (Leaver, 2007) เพื่อใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ในแต่ละข้อมีให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่ (0 คะแนน) และ ไม่ใช่ (1 คะแนน) ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน แปลผลค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้ 0 - 9 คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) 10 - 19 คะแนน (ซึมเศร้าเล็กน้อย) และ 20 - 30 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรง) (Kurlowicz, 1999) ต่อมาในปี ค.ศ. 1986 ได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้เหลือจำนวน 15 ข้อ โดยคงการให้คะแนนในการเลือกตอบเช่นเดิม คือ ใช่ (0 คะแนน) และ ไม่ใช่ (1 คะแนน) ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 15 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนรวมที่ได้มากกว่า 5 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า (Yesavage, 1933) แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่น 0.85 (โสมศิริ รอดพิพัฒน์, 2547: 25) แบบวัดชุดนี้มีความต่างจากแบบวัดชุดอื่นๆ คือ คำตอบมีเพียง ใช่ กับ ไม่ใช่ จึงถือว่าง่ายต่อผู้สูงอายุที่จะประเมินภาวะซึมเศร้าของตนเอง

copyright by MULIC

แบบวัดที่ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการอบรม (Observer rating scales for severity of depression) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นมาเพื่อให้แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับการอบรมในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย รวมถึงประเมินประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยา แบบประเมินชนิดนี้ ได้แก่

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) เป็นแบบวัดที่คิดค้นและสร้างขึ้นโดยศาสตราจารย์ Max Hamilton ในปี ค.ศ. 1960 จุดประสงค์ในการสร้างแบบวัดครั้งแรกเพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรก (Jha, 2004) มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1967 ได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้เหลือจำนวน 17 ข้อ จุดประสงค์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมถึงใช้ในการติดตามผลการรักษา (อัจฉราพร ลี่หิรัญวงศ์และคณะ, 2544 : 312) ซึ่งในแต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ ตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) บางครั้งถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) รุนแรง (2 คะแนน) และ 0 - 4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) เล็กน้อยถึงปานกลาง (2 คะแนน) ปานกลางถึงรุนแรง (3 คะแนน) และรุนแรงมาก (4 คะแนน) ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 52 คะแนน (Williams, 1988) การแปลผลคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 5 ระดับคือ 0 - 7 คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) 8 - 13 คะแนน (ซึมเศร้าเล็กน้อย) 14 - 18 คะแนน (ซึมเศร้าปานกลาง) 19 - 22 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรง) และคะแนนรวมมากกว่า 23 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรงมาก) (Jha, 2004) สำหรับการให้ค่าคะแนน แพทย์หรือผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณา โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือจากแหล่งอื่นๆ เช่น การรายงานของพยาบาล การแจ้งอาการเพิ่มของญาติผู้ป่วย เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2539) แบบวัดชุดนี้นิยมใช้เนื่องจากมีความแม่นตรงและเชื่อถือได้ สามารถจำแนกผู้มีอาการดีและไม่มีอาการดีได้ รวมถึงมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงใช้เวลาในการประเมินไม่นาน

แบบวัดได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยมาโนช หล่อตระกูลและคณะ ในปีพ.ศ. 2539 คงจำนวนข้อคำถามรวมถึงการให้ค่าคะแนนเช่นเดิม และรายงานว่ามีความน่าเชื่อถือที่ .87 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2539: 236; อัจฉราพร ลี่หิรัญวงศ์และคณะ, 2544: 312)

2. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดย Stuart Montogmery และ Marie Asberg ในปีค.ศ. 1979 เพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ในแต่ละข้อให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ 0, 2, 4 และ 6 คะแนน ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 7 คะแนน (ปกติ) 15 คะแนน (ซึมเศร้าเล็กน้อย) 25 คะแนน

copyright by MULIC

(ซึมเศร้าปานกลาง) 31คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรง) และ 44 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรงมาก) (Jha, 2004) แบบวัดมีค่า internal consistency .95 (Galinowski & Lehert, 1995)

แบบวัดได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกนธ์และคณะในปีพ.ศ. 2539 โดยคงจำนวนข้อและการให้ค่าคะแนนเช่นเดิม มีค่าความเชื่อมั่นที่ .80 ถือได้ว่าเป็นแบบวัดที่มีความไวและความเที่ยงตรงสูงต่อการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (รณชัย และคณะ, 2546: 215)

นอกจากแบบวัดดังกล่าว สำหรับประเทศไทยได้สร้างและพัฒนาแบบวัดขึ้นเอง เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของประชาชนไทย โดยเฉพาะ ดังนี้

1. Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ในปี พ.ศ. 2536 แบบวัดได้รับพัฒนามาจาก Geriatric Depression Scale เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อที่เหลือถ้าตอบ “ใช่ ” ได้ 1 คะแนน ค่าคะแนนรวม 0 - 30 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 0 - 12 คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) 13 - 18 คะแนน (ซึมเศร้าเล็กน้อย) 19 - 24 คะแนน (ซึมเศร้าปานกลาง) และ 25 - 30 คะแนน (ซึมเศร้ารุนแรง) มีค่าความเชื่อมั่นที่ .93 ถือได้ว่าเป็นแบบวัดที่ใช้ได้ง่าย เข้าใจง่าย ใช้ได้สั้น มีความเที่ยงตรงสูง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537)

2. Thai Depression Inventory (TDI) หรือแบบวัดหาโรคซึมเศร้า โดยมาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุขคนิชย์ ในปีพ.ศ. 2541 ได้รับการพัฒนามาจาก Beck Depression Inventory, The Center for Epidemiologic Studies Depression Scaleและ Hamilton Rating Scale for Depression เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชาชนไทย ในด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน ถ้าได้ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น .86 (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมช สุคณิชย์, 2542)

3. Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สร้างโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาลและคณะ ในปีพ.ศ. 2538 เพื่อใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก คือ ไม่เป็นเลย (0 คะแนน) เป็นนานๆ ครั้ง (1 คะแนน) เป็นบ่อย (2 คะแนน) และเป็นเกือบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมอยู่

copyright by MULIC

ระหว่าง 0 - 90 คะแนน การแปลผลคะแนนที่ได้ คือ คะแนนจุดตัดที่ 20 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่น .94 (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาลและคณะ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการวัดและประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ การประเมินด้วยตนเอง และการประเมินด้วยบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม อย่างไรก็ตามแม้จะมีวิธีการประเมินที่แตกต่างกัน แต่จุดประสงค์หลักในการประเมินตรงกัน คือ เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น การเปลี่ยนแปลงของชีวเคมี การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หรือความรุนแรงในคู่สมรส แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อทั้งบุคคล ครอบครัวและสังคมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

สำหรับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า อาจกล่าวได้ว่าส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งคน กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิด ความรู้สึก ร่างกาย และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลรู้สึกทรมาน เกิดความเจ็บปวดทางอารมณ์ เกิดความสับสน รู้สึกหมดหวัง การรับรู้และการคิดช้าลง การสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและอาจขาดงานจนเป็นนิสัย รวมไปถึงมีรูปแบบการนอนและการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคหรือปัญหาทางร่างกายอื่นๆ ตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง การติดสารเสพติด ขาดสารอาหาร เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เป็นต้น หรือทำให้โรคทางร่างกายที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้นได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคพาร์คินสัน โรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น ผลกระทบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนี แสงหิรัญ (2536) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ลดลงของหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาส ในทุกด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพฤติกรรมการรักษาสุขภาพจิต นอกจากนี้หากบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลายาวนานหรือรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตโดยจะทำให้บุคคลนั้นมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (กัญญาพิชท์ จันทร์นิยม, 2548: 48; สมภพ เรืองตระกูล, 2543; Goldman et al , 1999: 570 ; Fiske et al., 1998 cited in Valente , 2005: 102) ซึ่งความคิดอยากฆ่าตัวตายดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีอาการเศร้ามากๆ พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยซึมเศร้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตายและร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543 อ้างใน นุสรา วรภัทราพร, 2547: 17; Fontaine and Fletcher, 1995; Stuart and Sundeen, 1995) เช่นเดียวกับการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล (2544) พบว่า ประมาณร้อยละ 20 - 25 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย มีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนานกว่า 1 เดือนจะเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 ในจำนวนนี้ร้อยละ 60 ถึง 90 ของ

copyright by MULIC

ผู้ฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542 อ้างใน สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2547: 78) สอดคล้องกับการศึกษาของวินิทรา นวลละออ (2550) ที่พบว่า ร้อยละ 8.7 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่มาตรวจรักษา ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมีภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ Goldman และคณะ (1999) พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำงานไม่มีประสิทธิภาพและเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

จากที่กล่าวมา ภาวะซึมเศร้าไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลที่ป่วยแต่ภาวะซึมเศร้ายังส่งผลกระทบไปถึงครอบครัวหรือผู้ดูแล และสังคมใกล้ชิดของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ครอบครัวเกิดความรู้สึกอาย (stigma) ความรู้สึกคับข้องใจ และความเศร้าโศก (Goldman et al, 1999: 570; Soonthornchaiya, 2004) รวมถึงเกิดปัญหาในการสื่อสารภายในครอบครัว (Biglan, et al., 1987; Birthchell, et al., 1988; Keitner, et al., 1987 อ้างใน อัจฉราพร ลี่หิรัญวงศ์, 2002 : 50) เป็นผลจากการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระที่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือการรับผิดชอบทางด้านเศรษฐกิจที่สูงขึ้น

และสุดท้ายผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าจะมีผลต่อสังคมหรือประเทศชาติ โดยทำให้เกิดความสูญเสียงบประมาณไปกับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ดังเช่นที่ ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียงบประมาณ ประมาณ 44 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นโดยตรงประมาณร้อยละ 28 เป็นการสูญเสียเกี่ยวกับภาวะทุพลภาพร้อยละ 55 เป็นd การสูญเสียที่เกี่ยวกับการตายร้อยละ 17 ของงบประมาณทั้งหมด (สรยุทธ วาสิกนานนท์ , 2547: 77; Donald J. Franklin, 2003; Goldman et al., 1999: 570) นอกจากนี้ แพทย์เวชปฏิบัติต้องใช้เวลาในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัวและโรคเบาหวาน (Dubovsky, 2004: 244) นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใช้เวลาส่วนใหญ่ที่เตียงมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้ออักเสบและโรคถุงลมปอดอักเสบเรื้อรัง (Martin et al., 1992 cited in Dubovsky, 2004: 244) ที่ยิ่งไปกว่านั้น การสำรวจจากทั่วโลกพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของภาวะการณ์สูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก ซึ่งเทียบเท่ากับผู้ที่ตาบอดหรือเป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่าง (WHO, 2006) และคาดการณ์ว่าในปีค.ศ. 2020 (พ.ศ 2560) หรืออีก 14 ปีข้างหน้า ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม จากโรคซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นจากลำดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1960 เป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 10 - 25 ของผู้หญิงและร้อยละ 5 - 12 ของผู้ชายที่เป็นโรคนี้ (Murray & Lopez, 1996)

นับได้ว่าเป็นความสูญเสียมหาศาลที่มีผลมาจากภาวะซึมเศร้า สำหรับประเทศไทยการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2542 พบว่า ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชถูกจัด

copyright by MULIC

อยู่ใน 20 อันดับ ของโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) โดยในกลุ่มเพศชาย พบว่า การฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง และโรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นลำดับที่ 9 และลำดับที่ 15 ตามลำดับ ขณะที่ในกลุ่มเพศหญิงพบว่า โรคซึมเศร้ามีค่าการสูญเสียปีสุขภาวะอยู่ในลำดับที่ 4 แต่เมื่อทำการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะของโรคซึมเศร้า (DALYs) มีค่าสูงที่สุด แต่เป็นค่าจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ (YLLs) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงแม้ว่าจะไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้าเป็นเวลานานกว่าโรคทางจิตอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

จากการทบทวนงานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้ามีผลต่อทั้งบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ โดยเมื่อพิจาณาจะเห็นว่าเป็นผลสืบเนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาล แต่อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ หากได้รับการรักษาและการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม

การรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวทางในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน พบว่า มี 3 รูปแบบใหญ่ คือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยกระบวนการจิตบำบัด และ การรักษาด้วยไฟฟ้า (Dubovsky et al., 2004; Kaplan & Saddock, 2000) ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางการรักษาหลัก แต่พบว่านอกจากการรักษาดังกล่าว ปัจจุบันมีความพยายามในการคิดค้นวิธีการรักษารูปแบบอื่น เช่น การรักษาด้วยแสง เพื่อใช้ควบคู่ในการรักษาข้างต้น สำหรับรายละเอียดในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีดังต่อไปนี้

การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) เริ่มเข้ามามีบทบาทในการรักษาภาวะซึมเศร้าเมื่อปี ค.ศ. 1950 (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2546: 50) โดยการรักษาด้วยยาจะใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจากยาจะไปยับยั้งการดูดซึมสารสื่อประสาทกลับเข้าสู่เซลล์ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับสารสื่อประสาท ผลที่เกิดทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง อารมณ์แจ่มใสขึ้น ในปัจจุบันแบ่งยาที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 กลุ่ม ตามกลไกการออกฤทธิ์ได้แก่

1. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) เป็นยาในกลุ่มแรกที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย เช่น Phenelzine, Nialamide, Tranylcypromine, Pargyline, Moclobemide และ Brofaromine ยาในกลุ่มนี้จะยับยั้งการผลิต enzyme monoamine oxidase ซึ่งเป็น enzyme ที่เผาผลาญ serotonin และ norepinephrine เพิ่มขึ้นแต่ในปัจจุบันพบว่า ยาในกลุ่มนี้ไม่นิยมใช้เนื่องจากมีอาการข้างเคียงที่อันตราย (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543: 71) สำหรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการในกลุ่ม

copyright by MULIC

Cardiovascular effect เช่น ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า เป็นอาการที่พบมากที่สุด อาการในกลุ่ม Sexual side effect เช่น impotence, anorgasmia อาการในกลุ่ม hypertensive crisis เช่น ความดันโลหิตสูงกะทันหัน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ นอกจากนี้พบว่า ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดอาการ นอนไม่หลับ กระวนกระวาย น้ำหนักเพิ่ม และอาจเกิดอันตรายเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่นๆ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

2. Tricyclic Antidepressants (TCAs) เป็นยาใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุด เช่น Imipramine, Amitryptyline, Nortriptyline, Desipramine, Clomipramine, Protriptyline Trimipramine และ Doxepin ซึ่งยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ต่อสมองและระบบประสาท โดยเพิ่มความเข้มข้นของ serotonin และ norepinehrine ที่ nerve synapses (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543: 72) สำหรับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยากลุ่มนี้ ได้แก่ อาการในกลุ่ม Anticholinergic effect เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หรือสำไส้ไม่ทำงาน อาการในกลุ่ม Central nervous system effect เช่น มือสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด หรือแสดงอาการทางจิต อาการในกลุ่ม Cardiovascular effect เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า อาการในกลุ่มAntihistamine effect เช่น ง่วงนอน น้ำหนักเพิ่ม และอาการในกลุ่ม Sexual side effect เช่น impotence, decrease libido เป็นต้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543: 71)

3. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เป็นยาต้านซึมเศร้ากลุ่มใหม่ที่มีการนำมาใช้ โดยออกฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะ reuptake ของ serotonin (สมภพ เรืองตระกูล, 2543: 443) ทำให้เกิดอาการข้างเคียงน้อยแต่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับยากลุ่มเก่า ในสหรัฐอเมริกาถือได้ว่า SSRIs เป็นยาลำดับแรก (first choice) ที่แพทย์พิจารณาใช้ในผู้ป่วย (ดวงใจ กสานติกุล, 2542: 121) ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs ได้แก่ Floxetine (Prozac), Fluvoxamine (Faverine), Sertraline (Zoloft), Citalopram (Cipram) และ Paroxetine (Seroxat) สำหรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร โดยทำให้ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องผูกหรือท้องเดิน ผลต่อสมอง โดยทำให้เกิดอาการง่วงนอน หรือนอนไม่หลับ และมีผลทางเพศ โดยทำให้เกิดอาการหลั่งช้า เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ รวมถึงความต้องการทางเพศลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2543: 443)

4. A Novel Medication for Depression เป็นยาที่ออกฤทธิ์การดูดกลับของ serotonin อาจมีผลลดปริมาณ noradrenalin และdopamine ในสมองส่วน frontal lope และbrain stem (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548: 21) ยาต้านเศร้าในกลุ่มนี้ ได้แก่ mianserin, trasodone, tianeptine, bupropion, venlaxine และ mitazapine (มาโนช หล่อตระกูล, 2546: 8)

การรักษาด้วยกระบวนการจิตบำบัด (Psycho Therapy) เป็นกระบวนการรักษาที่นำมาใช้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางที่ไม่มีอาการทางจิต ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากการรักษาด้วยยาเป็นเพียงการบำบัดอาการของผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่ไม่สามารถปรับกระบวนการคิดของ

copyright by MULIC

ผู้ป่วยให้ดีขึ้น ดังนั้น การนำกระบวนการจิตบำบัดมาใช้ในการรักษาจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสัมพันธภาพ กระบวนการหรือรูปแบบการคิด และพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ผลที่ได้จากการบำบัดจะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Dubovsky et al., 2004 ; Greist and Jefferson, 1992; Soonthornchaiya., 2004)

การรักษาด้วยกระบวนการจิตบำบัด มีดังนี้

1. จิตบำบัดแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy) หรือ ITP คิดค้นโดย Gerald L .Klerman (Kaplan & Sadock, 2000) เป็นวิธีบำบัดโดยมีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือเกิดจากการที่บุคคลมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่ดี ดังนั้น เป้าหมายในการบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบันและแก้ไขสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใน 4 ด้านต่อไปนี้ 1. ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลสำคัญ 2. ความขัดแย้งระหว่างบุคคล 3. การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม 4. การขาดสัมพันธภาพทางสังคม (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549: 51; Dubovsky et al., 2004: 301) การบำบัดใช้ระยะเวลาประมาณ 12 - 16 สัปดาห์ (จำลอง ดิษยวณิชย์และพริ้มเพรา ดิษยวณิชย์, 2542)

2. จิตบำบัดแบบปรับความคิด (Cognitive Therapy) ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Aaron T Beck. การบำบัดมีพื้นฐานบนความเชื่อที่ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากระบวนการคิดที่เบือนไป ดังนั้น เป้าหมายในการบำบัดจึงมุ่งแก้ไขความคิด โดยการให้ข้อมูลและเหตุผลที่สอดคล้องกับความจริง ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความคิดไปในทางแง่บวก มีการคิดแบบยืดหยุ่น และลดภาวะซึมเศร้า (Dubovsky et al., 2004; Kapland & Sadock, 2000)

2.3 จิตบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational emotive Therapy) หรือ RET เป็นการบำบัดที่คิดขึ้นโดย Ellis ซึ่งมีความเชื่อว่าการที่บุคคลเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป มีสาเหตุมาจากบุคคลมีความเชื่อ หรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Ellis, 1962 cited in Steiman & Dobson, 2002) ดังนั้นกระบวนการบำบัดจึงเน้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความเชื่อหรือความคิดของตน โดยใช้กระบวนการทางปัญญาพิจารณาเหตุผลร่วมกับการบำบัดแบบอื่น (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2543) เพื่อให้บุคคลเปลี่ยนจากความคิดที่ไม่มีเหตุผลเป็นความคิดที่มีเหตุผล เทคนิคที่นำมาใช้ ได้แก่ เทคนิคทางปัญญา (cognitive techniques) เทคนิคทางอารมณ์ (emotive techniques) และเทคนิคทางพฤติกรรม (behavioral techniques) (กนกศรี จาดเงิน, 2543: 39)

2.4 จิตบำบัดแบบครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นกระบวนการบำบัดรูปแบบหนึ่งของ Interpersonal Psychotherapy มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพภายในครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา (Dubovsky et al., 2004: 302) ใช้ในรายที่มีอาการซึมเศร้าแล้วก่อให้เกิดผลกระทบหรือความขัดแย้งในครอบครัว ได้แก่ เกิดภาวะตึงเครียดต่อชีวิตการแต่งงาน หรือต่อครอบครัว

copyright by MULIC

หรือใช้ในรายที่มีอาการซึมเศร้ายังคงอยู่หรือเป็นมากขึ้น (วัฒนี แสงหิรัญ, 2536: 30) โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2.5 จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) มีพื้นฐานความเชื่อบนสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป เป็นผลจากการที่บุคคลได้รับการปฏิเสธจากสังคมหรือได้รับแรงเสริมทางบวกที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น เป้าหมายการบำบัดเน้นการให้แรงเสริมต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทางบวก เทคนิคที่นำมาใช้ในรักษา ได้แก่ การฝึกหายใจ การฝึกผ่อนคลาย ฝึกลดความไวต่อสิ่งเร้า ฝึกเผชิญกับสิ่งที่กลัว ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ฝึกหยุดและเบี่ยงเบนความคิด การวางเงื่อนไขเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการกำหนดกิจกรรมให้ทำเพื่อให้เกิดความสุข (สมภพ เรืองตระกูล, 2545: 471)

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) หรือ ECT ถือได้ว่าเป็นการรักษาที่เก่าแก่ที่สุด แต่เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Abrams, 1998 cited in Dubovsky et al., 2004; NIMH, 2001 cited in Soonthornchaiya., 2004) เนื่องจากการรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากการรักษาจะช่วยปรับระดับของสารสื่อประสาทที่ลดลงให้กลับมาอยู่ในระดับที่ปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) สำหรับข้อบ่งชี้ในการใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า คือ ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือไม่สามารถทนฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ และมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย เช่น ผู้ป่วยมีความคิดหรือความพยายามในการฆ่าตัวตาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2543; Dubovsky et al., 2004; Soonthornchaiya., 2004) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยไฟฟ้าในความรู้สึกของประชาชนไทยยังไม่ได้รับการยอมรับเท่าที่ควร เนื่องจากภาพลักษณ์ในการรักษาที่อันตรายและน่ากลัว ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Aunanong, 2002 cited in Soonthornchaiya., 2004)

การรักษารูปแบบอื่น ได้แก่ การรักษาด้วยแสง (light therapy) จากรายงานการศึกษาของสรยุทธ วาสิกนานนท์ (2549: 381 - 359) ที่ศึกษาจากการวิจัยหลายฉบับของต่างประเทศพบว่า การรักษาด้วยแสงในขนาด 5,000 ถึง 10,000 lux ครั้งละ 30 นาทีถึง 2 ชั่วโมง ช่วงเวลาเช้าจะสามารถลดอาการของโรคซึมเศร้า โดยมีอัตราตอบสนองต่อการรักษาประมาณร้อยละ 60 ถึง 70 แต่สามารถเกิดผลข้างเคียงจากกการรักษา ได้เช่นเดียวกับการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้าเช่นกัน ได้แก่ เกิดอาการปวดศีรษะ เกิดปัญหาทางสายตา รวมถึงอาจเกิดอาการ hypomania แต่เป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราว อย่างไรก็ตามพบว่า ในประเทศไทยไม่ได้นำวิธีการรักษาด้วยแสงมาใช้กับผู้ป่วย แม้ว่าจะมีประสิทธิภาพในการรักษาเทียบเท่ากับการรักษาด้วยยาก็ตาม (สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2549: 392)

นอกจากการรักษาข้างต้นที่กล่าวมา การให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รับประทานอาหารสามารถช่วยให้อารมณ์ดีขึ้นได้ โดยกรมสุขภาพจิต (2006) รายงานว่า ผลของระดับโปรตีน

copyright by MULIC

และคาร์โบไฮเดรตในอาหารส่งผลต่อสารชีวเคมีในสมอง (Neurotransmitter) เช่น ซีโรโทนิน โดปามีน อิพิเนฟริน รวมไปถึงเอนดอร์ฟิน ซึ่งอาหารที่ทำให้ร่างกายหลั่งสารซีโรโทนิน ออกมาในสมอง คืออาหารในหมู่คาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง และน้ำตาลรวมถึงผลไม้ เช่น กล้วยหอม ที่อุดมไปด้วยทริปโตแฟน (มรรยาท รุจิวิทย์, 2549) สำหรับอาหารในหมู่โปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่วเหลือง อาหารทะเล ไข่ และนม ที่มีส่วนประกอบของไทโรซีนในอาหาร จะทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารโดปามีนออกมาจาก นอกจากนี้การรับประทานช็อคโกแลตซึ่งมีสารฟีนิวไทอะลามีนจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของซีโรโทนินและเอนดอร์ฟิน (กรมสุขภาพจิต, 2549)

นอกจากการรักษาข้างต้นที่ได้กล่าวมา ในการรักษาดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างมากที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า (อัจราพร ลี่หิรัญวงศ์, 2548) รวมถึงสนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อันจะทำให้ให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าการรักษาในปัจจุบันเน้นการรักษาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม เนื่องจาก การรักษาด้วยยาและไฟฟ้าจะช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาททำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น แต่การรักษาด้วยกระบวนการจิตบำบัดและการให้การพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการคิดของตน เกิดแนวทางการแก้ไขปัญหา และเป็นการเพิ่มความสามารถให้กับผู้ป่วย ผลที่ได้จากการรักษาและการพยาบาลจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการวิจัย

ความหมายการวิจัย

ในการได้มาซึ่งความรู้ในการวิจัยอาจกล่าวได้ว่า ได้มาจาก 2 ทางใหญ่ๆ คือความรู้ที่ได้จากการสืบทอดต่อๆกันมา ไม่ว่าจะเป็นจากการเรียนการสอน การค้นคว้าจากตำราหรือเอกสาร และความรู้ที่ได้จากการทำวิจัย (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547; สุคนธ์ มีเนตรทิพย์, 2540) และความรู้ที่ได้จากการทำวิจัยมักมีจุดเริ่มต้นจากการที่นักวิจัยเกิดความสนใจ และต้องการทราบคำตอบของสิ่งที่ตนสงสัย ไม่ว่าจะเป็นการเกิดปัญหาในขณะปฏิบัติการ (ยุวดี ฦาชาและคณะ, 2526 อ้างใน ชุติมา ปัญญพินิจนุกูร, 2528) หรือในสถานการณ์อื่นๆ เช่น จากทฤษฎี จากเอกสาร จากแนวคิดหรือข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน จากหน่วยงานของผู้ทำวิจัย รวมถึงจากแหล่งทุน เป็นต้น

copyright by MULIC

ปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้ทำให้นักวิจัยเกิดกระบวนการค้นหาคำตอบอย่างมีเหตุผล เพื่อทำให้มีองค์ความรู้ในเรื่องที่ต้องการทราบและศึกษาเชิงลึกมากขึ้น

การวิจัย หรือ RESEARCH ในภาษาอังกฤษ มาจากรากศัพท์เดิมของคำว่า RE บวกกับคำว่า SEARCH มีความหมายว่า ค้นแล้วค้นอีก หาจนกระทั่งมั่นใจได้ว่าได้ข้อเท็จจริงในเรื่องนั้นๆ อย่างถูกต้องและเชื่อถือได้ แม้ทำซ้ำๆ เท่าไรก็ได้ผลเช่นเดิม (คณะกรรมการสภาการวิจัยแห่งชาติ, 2550; ยุวดี ฦาชา, 2540: 1) ความหมายดังกล่าวถือได้ว่าเป็นความหมายสากลที่นักวิจัยทุกคนและทั่วโลกต้องทราบก่อนที่จะเริ่มทำการวิจัยในเรื่องที่ตนต้องการทราบคำตอบ สำหรับในประเทศไทย สภาการวิจัยแห่งชาติ (2550) ให้ความหมายของการวิจัย ไว้ว่าหมายถึง การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์หรือทดลองอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยอุปกรณ์หรือวิธีการเพื่อให้ค้นพบข้อเท็จจริงหรือหลักการไปใช้ในการตั้งกฎ ทฤษฎีหรือแนวทางในการปฏิบัติ

นอกจากการให้ความหมายดังกล่าวที่เป็นสากล ในสาขาวิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งได้แก่ วิชาชีพแพทย์ วิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพสาธารณสุข ได้ทำการวิจัยเพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาวิชาชีพของตนเช่นเดียวกับในสาขาวิชีพอื่นๆ และได้ให้ความหมายของการวิจัย ในสาขาวิชาชีพของตนดังนี้ สาขาวิชาชีพการพยาบาล Burns & Grove (2001) ให้ความหมายการวิจัยทางการพยาบาลว่า เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการยืนยัน ทดสอบ ใช้กลั่นกรองความรู้ที่มีอยู่หรือสร้างความรู้ใหม่ที่มีผลโดยตรง หรือโดยอ้อมต่อการปฏิบัติการพยาบาล เช่นเดียวกับเพชรน้อย สิงห์ช่างชัยและคณะ (2539) ให้ความหมายการวิจัยทางการพยาบาลว่า เป็นการศึกษาเพื่อแสวงหาข้อเท็จจริง หรือหาความรู้ใหม่ทางการพยาบาล เพื่อนำไปตั้งกฎและทฤษฎี และเพื่อหาแนวทางการปฏิบัติ สาขาวิชาชีพการแพทย์ สมพร ศิรินาวิน (2538) ให้ความหมายการวิจัยทางคลินิก หมายถึง การวิจัยเพื่อที่จะนำผลงานมาใช้ในเวชปฏิบัติ สาขาวิชาชีพสาธารณสุขศาสตร์ (ธวัชชัย วรพงศธร, 2538) การวิจัยทางสาธารณสุข หมายถึง การศึกษาค้นคว้า หาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติงานทางสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชน มีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถประกอบอาชีพและดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ความหมายของการวิจัย ในแต่ละสาขาวิชาชีพ พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า การทำวิจัย หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการค้นคว้าหาคำตอบประเด็นที่สงสัย ไม่แน่ใจ หรือไม่ชัดเจน เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ที่สามารถนำไปตั้งเป็นทฤษฎี และองค์ความรู้กล่าวอีกนัยเป็น การวิจัยพื้นฐาน หรือสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการจริงได้ กล่าวอีกนัยเป็นการวิจัยประยุกต์

copyright by MULIC

แบบการวิจัย

สำหรับในขั้นตอนกระบวนการวิจัยของนักวิจัยในแต่ละศาสตร์สาขาวิชาชีพ ไม่มีความแตกต่างกัน แต่สิ่งที่แตกต่างกันและเป็นตัวกำหนดว่านักวิจัยจะทำการวิจัยแบบใด คือ แนวความเชื่อพื้นฐานหรือปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังความเชื่อ ซึ่งทำให้เกิดแนวความคิดในการทำวิจัยที่แตกต่างกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2533) แนวความคิดดังกล่าวทำให้เกิดแบบการวิจัย ที่ปัจจุบันใช้ในการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการวิจัยที่แสวงหาข้อเท็จจริงตามหลักเหตุผลเชิงนิรนัย เพื่อทดสอบสมมติฐานตามทฤษฎีที่มีอยู่อย่างถูกต้องและเชื่อถือได้ ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงได้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่สามารถวัดค่าของตัวแปรออกมาเป็นตัวเลข และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงปริมาณ มีแบบการวิจัยที่นิยมศึกษา ดังนี้ การวิจัยแบบทดลอง (Experimental research) การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) และการวิจัยแบบไม่ทดลอง (Non-experimental research) ซึ่งได้แก่ การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) การวิจัยเชิงศึกษาสัมพันธ์ (Correlational research) (Burn & Grove, 2003) การวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ (Casual comparative research) และการวิจัยศึกษาพัฒนาการ (ยุวดี ฦาชา, 2540)

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ได้มีการยอมรับว่าเป็นการศึกษาที่มีความสำคัญในการสร้างศาสตร์เช่นเดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ เนื่องจากในการวิจัยอาจมีตัวแปรบางตัวที่ผู้วิจัยต้องการทราบ แต่ไม่สามารถอธิบายออกมาเป็นตัวเลขได้ เช่น ความซึมเศร้า ความเครียด ความท้อแท้ เป็นต้น จำเป็นต้องมีการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (ศิริมา มณีโรจน์, 2549) เพราะการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่แสวงหาข้อเท็จจริงที่เป็นปรากฏการณ์ของสังคมที่เกิดขึ้น ตามหลักเหตุผลเชิงอุปนัย (Inductive) ที่เน้นการทำความเข้าใจแบบองค์รวม โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักที่ได้จากการที่นักวิจัยติดต่อกับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยโดยตรง รวมถึงการให้ความสำคัญแก่พลวัตรของสิ่งที่ศึกษา เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ กระบวนการ หรือแบบแผนของปรากฏการณ์ตามสภาพที่เป็นจริงในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลของสังคม ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยเชิงคุณภาพจะไม่เน้นการใช้สถิติในการวิเคราะห์ แต่การวิเคราะห์จะได้จากการสรุปข้อความ การตีความข้อมูลและการตรวจสอบความถูกต้องและตรงประเด็น (Conclusion, Interpretation and Verification) (ชาย โพธิสิตา, 2548)

แบบการวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพที่นิยมศึกษาประกอบด้วย การวิจัยเชิงชาติพันธุ์ปรากฏการณ์วิทยา (Ethnographic Approach) การวิจัยศึกษาเฉพาะกรณี (Case study Approach) การวิจัยแบบการสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory Method) และการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) (ชาย โพธิสิตา, 2548)

copyright by MULIC

3. การวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ หมายถึง งานวิจัยที่รวมทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพในหนึ่งงานวิจัย เป็นทางเลือกใหม่ในการสืบค้นความรู้ โดยมีความเชื่อว่าเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้ และวิธีการวิจัยหนึ่งจะช่วยเสริมความรู้อีกวิธีหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพที่กว้างและในเชิงลึกยิ่งขึ้น (วิภาพร เอกศิริวรานนท์, 2541) สอดคล้องกับที่ วิจิตร ศรีสุพรรณ (2547) กล่าวว่า ข้อดีของการใช้การวิจัยแบบผสมผสาน คือ ผู้วิจัยอาจจะใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการอธิบายหรือเพิ่มความชัดเจนให้กับข้อค้นพบที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ขณะเดียวกันผู้วิจัยอาจใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อยืนยันความถูกต้องในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

แม้การวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็นการทำวิจัยในลักษณะที่แตกต่างกันในเรื่องของระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งมีผลต่อการออกแบบการวิจัยและผลการวิจัยที่ได้ แต่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยในลักษณะต่างๆ จะช่วยเสริมความรู้ให้มากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดองค์ความรู้ในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจและต้องการทราบในเชิงลึกและในบริบทที่หลากหลาย ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ในเรื่องนั้น และทำให้เกิดการพัฒนาศาสตร์สาขาวิชาชีพด้วยกันทั้งสิ้น เช่นเดียวกับยุวดี ฤาชาและคณะ (2540, 1) กล่าวว่า วิธีการอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่ความรู้ใหม่ในศาสตร์ทุกแขนงก็คือการทำวิจัย การทำวิจัยเป็นการต่อยอดความรู้ ถ้าวิชาการแขนงใดมีการทำวิจัยกันมาก ความรู้ก็ต่อยอดแขนงไปได้มาก

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ายังคงใช้กระบวนการวิจัยเช่นเดียวกับการวิจัยอื่นๆ แต่สิ่งที่แตกต่างในการทำวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า คือ มุมมองของนักวิจัยที่มีต่อภาวะซึมเศร้าที่ขึ้นอยู่กับการให้ความหมาย ที่ส่งผลให้แบบการวิจัยแตกต่างกันออกไปด้วย (Ketefian et al., 2005) กล่าวคือ นักวิจัยที่มีมุมมองต่อภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งที่ประสบการณ์ของบุคคลได้รับจากการเกิดภาวะซึมเศร้า จะทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะทำให้เกิดความเข้าใจบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ในทางตรงข้าม ถ้านักวิจัยมีมุมมองต่อภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งที่ความสัมพันธ์ การทำนาย และการทดสอบปัจจัยหรือคุณลักษณะที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จะทำการวิจัยเชิงปริมาณเพราะทำให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

จากมุมมองที่มีต่อภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันประกอบกับปรากฏการณ์ทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามากตามไปด้วย สิ่งเหล่านี้ทำให้นักวิจัยเกิดประเด็นปัญหาหรือคำถามในการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามากมาย ไม่ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า อุบัติการณ์และความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบจากการเกิดภาวะซึมเศร้า วิธีการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงการรับรู้ความหมายและการจัดการภาวะซึมเศร้า ประเด็นปัญหาการวิจัยเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ในการวิจัยในลักษณะพหุสาขาวิชาชีพ เพื่อหาคำตอบและแนวทางการแก้ไขปัญหาให้ตรงจุดและครอบคลุม (สำนักคณะกรรมการการวิจัย, 2550: 9) สิ่งเหล่านี้ทำให้มีปริมาณผลงานวิจัยจำนวนมาก ดังนั้น

copyright by MULIC

การที่จะทราบว่าในปัจจุบันการวิจัยในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมีการทำวิจัยถึงระดับใด องค์ความรู้ที่ได้เป็นอย่างไร จะได้จากการวิจัยแบบสำรวจผลงานวิจัยที่ผ่านมา เพราะการสำรวจงานวิจัยจะทำให้เห็นว่ามีประเด็นใดที่สามารถนำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์สรุปเป็นความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติได้ (Wojner, 1996 อ้างใน ฉวีวรรณ ธงชัย, 2547)

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ผลงานวิจัยจำนวนมากทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในอดีตที่ผ่านมาเกิดจากการกระตุ้น การเห็นความสำคัญและการเห็นประโยชน์ของงานวิจัยที่มีต่อสาขาวิชาชีพที่จะทำให้เกิดองค์ความรู้และเกิดการพัฒนาคุณภาพ อย่างไรก็ตามงานวิจัยยังเป็นไปในทิศทางที่กระจัดกระจาย เนื่องจากการทำวิจัยขึ้นอยู่กับความสนใจ และประสบการณ์ของนักวิจัย รวมถึงการสนับสนุนจากแหล่งทุน (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2544) ทำให้ในปัจจุบันมีผลงานวิจัยจำนวนมากที่มีการศึกษาปัญหาเดียวกันหรือปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกันโดยใช้แบบการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างต่างกัน ส่งผลให้ผลการวิจัยเหล่านั้นมีทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้ง ทำให้ผู้ที่ต้องการทำการวิจัยสืบเนื่องและผู้ต้องการใช้ประโยชน์ผลงานวิจัยเกิดความสับสน และไม่สามารถหาข้อสรุปที่เป็นข้อยุติได้ (ภักดี รักษาพันธุ์, 2547: 9) สภาพการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัฒน์ สุกมลสันต์ (2535) ที่พบว่า การที่มีงานวิจัยจำนวนมากก่อให้เกิดปัญหาบางประการตามมาที่สำคัญ คือ

1. การมีงานวิจัยจำนวนมากแต่ไม่ได้นำผลงานวิจัยมาใช้ ถือว่าเป็นการสูญเสียของการลงทุน ทั้งนี้เกิดจากปัญหาความไม่สมบูรณ์ของการวิจัย สถานภาพของผู้วิจัยและความจำกัดของผลการวิจัย รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ จึงเป็นสิ่งที่น่าเสียดาย เพราะได้มีการลงทุนเกี่ยวกับการวิจัยปีละจำนวนมาก รวมทั้งการลงทุนด้านเวลาและสติปัญญาของผู้ทำการวิจัยด้วย

2. งานวิจัยที่ได้ทำกันในอดีตจนถึงปัจจุบันนี้มีความแตกต่างกันมากในเรื่องของวิธีการวิจัย เนื้อหาการวิจัย กลุ่มตัวอย่างหรือการวิเคราะห์ข้อมูล จึงยังไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างจริงจัง และอาจมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่มีเนื้อหาการวิจัยที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน แต่ยังไม่มีผู้ใดได้รวบรวมวิจัยสรุปว่าผลการวิจัยที่แท้จริงเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นการยากแก่ผู้ที่จะนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ด้วยความมั่นใจได้

3. การมีงานวิจัยจำนวนมากอาจก่อให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อน ในเรื่องของการวิจัยได้ง่ายเพราะผู้วิจัยต่างแหล่งกันหรือต่างเวลากันอาจมีความสนใจในการทำวิจัยเรื่องเดียวกันหรือเรื่องที่คล้ายคลึงกันมากในเวลาที่ต่างกันไม่มาก หรือด้วยเหตุผลที่ไม่สมควรที่จะต้องทำการวิจัยซ้ำ ทั้งนี้เพราะผู้ทำวิจัยไม่ทราบว่าได้มีผู้อื่นได้ทำการวิจัยเรื่องทำนองดังกล่าวแล้ว ทั้งนี้เพราะขาดแหล่งค้นคว้าที่ครอบคลุมงานวิจัยของผู้อื่นในวงกว้าง

copyright by MULIC

จากปัญหาดังกล่าวทำให้นักวิจัยเริ่มทำการสำรวจผลงานวิจัยทั้งที่เป็นจัดทำขึ้น เพื่อไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและจัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา อย่างไรก็ตามการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ไม่ปรากฏบันทึกหลักฐานที่แน่ชัดว่าเริ่มต้นเมื่อไร แต่จากการสืบค้นทางฐานข้อมูลออนไลน์ พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีการตีพิมพ์เผยแพร่เป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2517 ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 เรื่อง การวิจัยทางคลินิกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างอ่อน จำนวน 42 ราย ที่ได้รักษาระหว่างปี 2507 - 2517 จัดทำโดยสมภพ เรืองตระกูล หลังจากการเผยแพร่ดังกล่าวพบว่า นักวิจัยในสาขาวิชาชีพการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุขได้ผลิตและเผยแพร่งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าตามมาอีกอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบัน ดังนั้นเมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ในช่วงเวลา 33 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ 2550 จำนวน 416 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรหรือตัวอย่าง ทั้งเพศชายและเพศหญิง และศึกษาในทุกช่วงอายุ เมื่อพิจารณาจำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเท่าที่สามารถสืบค้นได้พบว่า มีจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 183 เรื่อง โดยงานวิจัยจำนวนดังกล่าวเป็นงานวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่มีการเผยแพร่งานวิจัยปรากฏเป็นเอกสารฉบับสมบูรณ์กระจายตามห้องสมุดของสถาบันการศึกษาและหน่วยงานราชการต่างๆ

เมื่อพิจารณาทิศทางการวิจัยของผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน 183 เรื่อง ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน พบว่า ทิศทางการวิจัยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมกล่าวคือ จากการวิจัยเชิงบรรยาย ซึ่งเป็นการวิจัยขั้นพื้นฐานที่มุ่งหาข้อเท็จจริง หรืออธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร โดยไม่มีการเปรียบเทียบหรือหาความสัมพันธ์ทางสถิติ (สยมพร ศิรินาวิน, 2538) ไปสู่การวิจัยเชิงศึกษาความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปรากฏการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไปว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ (ยุวดี ฦาชา ใน ปาริชาติ กุ๊ด, 2549: 6) ไปสู่การวิจัยเชิงกึ่งทดลองและการวิจัยเชิงทดลองที่เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นในการหาความจริงโดยอาศัยการทดลองเพื่อให้ได้คำตอบในเชิงเหตุผลว่ามีสิ่งใดเป็นเหตุและสิ่งใดเป็นผลที่เกิดตามมา (ยุวดี ฦาชา ใน ปาริชาติ กุ๊ด, 2549: 7) ยิ่งไปว่านั้นเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าพบว่า วัตถุประสงค์และแบบการวิจัยในการศึกษาที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีความหลากหลาย และแตกต่างกันออกไปตามปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัย ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากความสนใจของนักวิจัย รวมถึงความต้องการของหน่วยงานที่มีต่อการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในบริบทที่แตกต่างกัน

copyright by MULIC

การสืบค้นทางฐานข้อมูลออนไลน์ดังกล่าว นอกจากจะทำให้ทราบว่าในประเทศไทยมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเป็นจำนวนมาก และเป็นการศึกษาในทุกกลุ่มประชากร ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่ประเด็นที่น่าสนใจ คือเมื่อเปรียบเทียบปริมาณงานวิจัยผู้วิจัยพบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวนมากกว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น จากปริมาณงานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าในอดีตที่ผ่านมานักวิจัยที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าต่างตระหนักถึงความสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากที่ได้กล่าวว่าข้างต้นว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านส่วนตัวและด้านการทำงานของประชากรกลุ่มผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอยู่ในสองกลุ่มนี้

สำหรับในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบปัญหาภาวะซึมเศร้าอยู่ในอันดับต้นของการสูญเสียปีสุขภาวะ จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรต่างๆ พบว่า มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ใหญ่ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2544 โดยนันทิกา ทวิชาชาติและคณะ ได้ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้าประชากรในกรุงเทพที่มีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี จำนวน 2,948 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.9 ต่อมาปีพ.ศ. 2546 กรมสุขภาพจิตพบว่าประชากรไทยอายุ 15 - 59 ปี จำนวน 1.2 ล้านคน มีภาวการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ในจำนวนดังกล่าวเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive disorder) จำนวน 871,700 คน และเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (Dysthymic disorder) จำนวน 321,300 คน และเมื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรอายุ 15 - 59 ปี ดังกล่าว จำนวน 11,685 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.2 โดยเป็นความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.98 และผู้ชายร้อยละ 2.7 ช่วงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าที่พบมากที่สุดในผู้หญิงคือ 45 - 54 ปี และในผู้ชาย 55 - 59 ปี (ธรณินทร์ กองสุข, 2547)

เช่นเดียวกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากรายงานความชุกของโรคและปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยในประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังร้อยละ 20 มีอาการซึมเศร้า (คณะทำงานโครงการผู้สูงอายุไทย, 2544) การศึกษาของสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) พบว่า วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยแห่งการเสื่อม หากเกิดความเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะทำให้มีความจำกัดและมีปัญหามากขึ้น ผลกระทบการพึ่งผู้อื่นของผู้สูงอายุทำให้เกิดความรู้สึกว่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รู้สึกผิดหวัง สงสารตัวเอง สูญเสีย กลัว โกรธ และนำมาซึ่งความเศร้า (ดลฤดี เพชรสุวรรณ, 2548) อย่างไรก็ตามการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบน้อยกว่าในผู้ใหญ่ โดยพบร้อยละ 1 ถึง ร้อยละ 3 (ธนิตา หิรัญเทพ, 2549) ภาวะซึมเศร้าที่พบน้อยในผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากในผู้สูงอายุนั้นมักมาด้วยอาการเจ็บป่วยทางกาย (somatic complaint) มากกว่าอาการซึมเศร้า จึงทำให้เกิดการมองข้ามทั้งจากแพทย์และตัวผู้ป่วยที่คิดว่าเป็นภาวะปกติจากการที่อายุเพิ่มมากขึ้น

copyright by MULIC

แม้ว่าระยะเวลาที่มีการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจะนานกว่า 33 ปีที่ผ่านมา ประกอบกับจำนวนผลงานวิจัยจะเพิ่มปริมาณมากขึ้น แต่ยังไม่พบว่ามีการสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ดูว่า ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยที่ผ่านมา มีคุณลักษณะงานวิจัยและรายละเอียดผลวิจัยอย่างไร รวมถึงนักวิจัยให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแง่มุมหรือประเด็นใดเป็นพิเศษ ประเด็นใดบ้างที่ซ้ำซ้อนและมีความไม่ชัดเจน ประเด็นใดบ้างที่น่าสนใจแต่ยังไม่มีการทำวิจัย รวมถึงองค์ความรู้ในปัจจุบันของการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเป็นอย่างไร

ดังนั้น การวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ส่วนใหญ่จึงเป็นการวิจัยที่ต้องใช้องค์ความรู้ในอดีตเป็นฐาน นักวิจัยจำเป็นต้องสามารถบ่งบอกได้ว่าการวิจัยที่ทำใหม่จะมีส่วนสร้างเสริมองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมได้อย่างไร การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยในอดีต นอกจากจะช่วยให้นักวิจัยได้มีฐานองค์ความรู้ในอดีตและไม่ทำงานวิจัยซ้ำซ้อนกับงานที่มีผู้ทำไว้แล้ว ยังช่วยให้นักวิจัยได้บทเรียนเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัยที่นักวิจัยในอดีตได้ทำไว้ และสามารถแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องทำให้ได้วิธีวิทยาการวิจัยที่ดีขึ้นกว่าเดิมมาก (นงลักษณ์ วิชัยรัตน์, 2538) อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า ที่ผ่านมาในอดีต มีนักวิจัยหลายท่านได้ทำวิจัยที่ทำให้ทราบลักษณะขององค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกันแต่เป็นการวิจัยในรูปแบบลักษณะของการทบทวนองค์ความรู้ที่มีการอ้างอิงงานวิจัยจากต่างประเทศ หรืองานวิจัยเพียงบางส่วนในประเทศไทย เช่น การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2546) องค์รวมรู้โรคซึมเศร้าผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ (ธรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2549)

การสังเคราะห์งานวิจัย

ความหมายการสังเคราะห์งานวิจัย

อุทุมพร จามรมาน (2531) ให้ความหมายการสังเคราะห์งานวิจัยว่าหมายถึง การนำส่วนย่อยมาประกอบเข้าด้วยกันจนเกิดเป็นสิ่งใหม่ขึ้น

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2542 อ้างใน ธาริณี พลเยี่ยม, 2547: 31) ให้ความหมายการสังเคราะห์งานวิจัยว่า เป็นระเบียบวิธีการศึกษาตามระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อตอบปัญหาวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยการรวบรวบงานวิจัยเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ มาศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ หรือวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและนำเสนอข้อมูลอย่างมีระบบให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่ต้องการ

อาจกล่าวได้ว่า การสังเคราะห์งานวิจัยเป็นการรวบรวมงานวิจัยทั้งหมดมาทำการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ข้อสรุปในเรื่องนั้นขึ้นมาใหม่

copyright by MULIC

ประเภทของการสังเคราะห์งานวิจัย

อุทุมพร จามรมาน (2531) แบ่งการสังเคราะห์งานวิจัยเป็น 2 ประเภท คือ การสังเคราะห์เชิงคุณลักษณะ (Qualitative Synthesis) และการสังเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative Synthesis)

การสังเคราะห์เชิงคุณลักษณะ (Qualitative Synthesis) หรือเชิงบรรยาย ได้แก่ การอ่านรายงานการวิจัยแล้วนำมาสรุปเข้าด้วยกัน ซึ่งจะพบได้ภายในหัวข้อเรื่อง วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง (Review of Literature) อย่างไรก็ตามพบว่า ผลการสังเคราะห์เชิงคุณลักษณะที่ได้มีความหลากหลายและแตกต่างกันออกไป เนื่องจาก ในการสังเคราะห์จะอิงความคิดเห็นผู้สังเคราะห์เป็นหลัก จึงทำให้มีความน่าเชื่อถือน้อย

การสังเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative Synthesis) เป็นการวิเคราะห์ค่าตัวเลขหรือค่าสถิติที่ปรากฏในงานวิจัยต่างๆมาคำนวณเพิ่มเติมทำให้เกิดข้อสรุปใหม่ขึ้นมา ที่สามารถนำมาสรุปเป็นองค์ความรู้ให้แก่ผู้สังเคราะห์ การสังเคราะห์เชิงปริมาณจึงเป็นการวิเคราะห์ผลวิเคราะห์ (Analysis of Analyses) หรือการวิเคราะห์เชิงผสมผสาน (Integrative Analysis) หรือการวิจัยงานวิจัย (Research of Research) สำหรับการสังเคราะห์เชิงปริมาณถือได้ว่าเป็นการวิจัยเช่นเดียวกับการวิจัยอื่นๆ เนื่องจากอาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และยึดหลักกระบวนการการวิจัยเหมือนกัน กล่าวคือ การกำหนดปัญหาวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลและการนำเสนอผลการวิจัย

ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย

ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2530 อ้างในธารีณี พลเยี่ยม, 2547: 24-25)

1. การกำหนดหัวข้อปัญหา โดยต้องเป็นปัญหาที่มีการทำวิจัยอย่างน้อย 2 ราย เป็นปัญหาที่มีคุณค่า ยังไม่มีคำตอบแน่ชัด การสังเคราะห์งานวิจัยจะทำได้ดี เมื่อมีรายงานการวิจัยในปัญหาที่ใกล้เคียงกัน และมีหลายเรื่องที่ให้ผลแตกต่างกัน จึงเหมาะสมในการสังเคราะห์

2. การวิเคราะห์ปัญหา โดยนักวิจัยต้องนิยามปัญหาให้ชัดเจน ศึกษาแนวคิด หลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวกับปัญหาเพื่อเป็นการกำหนดแบบแผนและสมมติฐานการวิจัย

3. การเสาะค้น คัดเลือกและรวบรวมงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

3.1 การเสาะค้นงานวิจัย นักวิจัยต้องค้นคว้าและเสาะแสวงหางานวิจัยทั้งหมดเกี่ยวกับปัญหาที่กำหนดไว้ ซึ่งได้จากเอกสาร เช่น รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ วารสาร ศูนย์ทรัพยากรข้อมูลทางการศึกษา เป็นต้น

3.2 การคัดเลือกงานวิจัย นักวิจัยต้องอ่าน ศึกษาและตรวจสอบงานวิจัยแต่ละเรื่องอย่างละเอียด สร้างเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยเพื่อให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ

copyright by MULIC

3.3 การรวบรวมผลงานวิจัย อาจใช้การจดบันทึก การถ่ายเอกสารหรือการกรอกแบบฟอร์ม ทั้งนี้นักวิจัยต้องใช้ความระมัดระวังในการเก็บรวบรวมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

4. การวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัย เน้นการจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยผลการวิจัย รายละเอียดลักษณะและวิธีการวิจัยจากงานวิจัยทั้งหมดเพื่อสังเคราะห์หาข้อสรุปที่เป็นข้อยุติว่าสอดคล้องตามสมมติฐานหรือไม่ จากนั้นจึงแปลความหมายผลการวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาวิจัย

5. การเสนอรายงานผลการสังเคราะห์งานวิจัย นักวิจัยต้องเสนอรายละเอียดวิธีการดำเนินงานทุกขั้นตอน พร้อมทั้งข้อสรุปข้อค้นพบ และข้อเสนอแนะจากการสังเคราะห์งานวิจัย

จากความหมาย ความสำคัญและประโยชน์ที่ได้จากการสังเคราะห์ทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจในการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย โดยใช้วิธีการสังเคราะห์เพื่อทำได้ข้อสรุปองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้สนใจต่อไป และเป็นประโยชน์ให้กับนักวิจัยที่จะทำการวิจัยซ้ำในปัญหาที่ยังมีคำตอบไม่ชัดเจน หรือทำวิจัยเพิ่มเติมในปัญหาที่สนใจ

เทคนิคการสังเคราะห์งานวิจัย

ในปัจจุบันการสังเคราะห์งานวิจัยนิยมใช้เทคนิคในการวิเคราะห์ข้อมูล 4 ประเภท (อุทุมพร จามรมาน, 2531) คือ

1. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) หรือวิธีสังเคราะห์เชิงบรรยาย เป็นการสรุปผลตามเกณฑ์ของผู้อ่าน

2. การนับคะแนนเสียง (Vote Counting Method) เป็นการสังเคราะห์โดยใช้ผลวิจัยที่สรุปว่ามีนัยสำคัญ หรือไม่มีนัยสำคัญเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา

3. การวิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อสรุปผลการวิจัย เป็นการสังเคราะห์โดยพิจารณาที่ค่านัยสำคัญหรือสถิติทดสอบ มีวิธีในการสังเคราะห์ทั้งหมด 7 วิธี

4. การวิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อหาค่าขนาดของผล (Effect Size) หรือวิธีวิเคราะห์เมตต้า (Meta analysis)เป็นการสังเคราะห์โดยหาค่าความแตกต่างหรือความมากน้อยในงานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเป็นการสรุปผลตามเกณฑ์ของผู้อ่าน ดังนั้นผลการวิเคราะห์จึงแตกต่างตามผู้อ่าน เว้นแต่ว่าวิเคราะห์เนื้อหาตามเกณฑ์ที่กำหนดคำตอบที่ได้จะไม่ต่างกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (อุทุมพร จามรมาน, 2531)

copyright by MULIC

เกณฑ์ของการวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะ โดยพัฒนามาจากการวิเคราะห์เนื้อหาในหนังสือพิมพ์ โฆษณา วรรณคดี การวิเคราะห์เนื้อหาจำแนกได้หลายประเภท ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการจำแนกดังนี้

โฮลสติ (Holsti) จำแนกเป็น 3 แบบคือ

1) วิเคราะห์ในลักษณะของการสื่อความหมาย คือ การวิเคราะห์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคำถามว่า ในสาระต่างๆ ที่เป็นข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์เนื้อหานี้เป็นเรื่องอะไรมีความเป็นมาอย่างไรและเกี่ยวข้องกับใคร

2) การวิเคราะห์เชิงเหตุผล คือ การวิเคราะห์หาเหตุผลตลอดจนผลจากข้อมูล

3) การวิเคราะห์ผล คือ การวิเคราะห์เฉพาะส่วนที่เป็นผลของการสื่อความหมาย

คริพเพนดอร์ฟ (Krippendorff) เสนอการวิเคราะห์เนื้อหาเป็น 6 ประเภท คือ

1) วิเคราะห์เนื้อหาระบบ โดยคำนึงถึงว่า เนื้อหาสาระที่มุ่งวิเคราะห์นั้น มีองค์ประกอบอะไรบ้าง องค์ประกอบดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร และมีการแปลงรูปแบบออกมาในรูปความสัมพันธ์อื่น ๆ ได้หรือไม่

2) วิเคราะห์เพื่อหามาตรฐาน เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินคุณค่าของเนื้อหาสาระว่ามีคุณค่ามากน้อยเพียงใดหรือเพื่อวิเคราะห์ว่าเนื้อหาสาระแตกต่างไปจากมาตรฐานมากน้อยเพียงใด

3) วิเคราะห์เนื้อหาดัชนีบางอย่าง เช่น ความถี่ของคำ สัญลักษณ์ที่แสดงให้เห็นแรงจูงใจของผู้เขียน หรือหาดัชนีเพื่อชี้ให้เห็นความรู้สึกพอใจไม่พอใจต่อเหตุการณ์บางอย่าง

4) วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหากลุ่มคำแบบต่างๆ เช่น การอ้างถึงถึงนายกรัฐมนตรี อาจทำได้โดยใช้ตำแหน่ง ยศ ปี สถานที่ หรือชื่อ เป็นต้น

5) วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาความหมาย เช่น การสรุปประเด็นต่างๆ การหาสาเหตุและผลการอธิบายพฤติกรรม

6) วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อกระบวนการภายใน เช่น การวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อม ทำให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีของคนในแต่ละพื้นที่ต่อการทำนุบำรุงสภาวะแวดล้อมในพื้นที่ของตน

วิธีวิเคราะห์เนื้อหา มี 2 ขั้นตอนคือ

1) การแปลภาษาเป็นข้อมูล จะทำได้ก็ต่อเมื่อ ผู้วิเคราะห์จับประเด็นที่ซ่อนอยู่ในเนื้อหาสาระได้อย่างชัดเจน แล้วแยกเนื้อหาสาระออกเป็นส่วนย่อยๆ มีหลายแบบ เช่น แยกเป็นกลุ่มตามเนื้อหาหรือตัวแปรแยกเป็นสาย (Chain) เช่น เนื้อหาสาระที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต นำมาจัดเรียงบนเส้นเดียวกัน หรือเนื้อหาสาระที่รุนแรงต่างกันก็นำมาจัดเรียงกันตามความรุนแรง จากมาก

copyright by MULIC

จนถึงน้อย แยกเป็นวงกลมย่อย (Loop) เนื้อหาเดียวกันนำมาจัดพวกเข้าด้วยกันเป็นวง แยกตามมิติ เช่น จัดกลุ่มตัวแปรตามบุคลิกภาพของคน 5 แบบ ก็จะได้ 5 มิติ หรือจัดทำเป็นกิ่งก้านของต้นไม้ (Trees) ได้แก่การจัดทำเป็นระเบียบ แยกย่อยเป็นสายๆ เหมือนรากต้นไม้ เช่น การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเครือญาติ

2) การแปลข้อมูลออกเป็นตัวเลข หลังจากที่วิเคราะห์เนื้อหาออกเป็นส่วนย่อยแล้วการแปลข้อมูลจากส่วนย่อยเป็นตัวเลขได้ 2 แบบคือ แปลเป็นจำนวน (หรือความถี่) กับแปลเป็นค่าหรือคะแนน

สรุป

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการวิจัย และองค์ความรู้เกี่ยวกับการสังเคราะห์งานวิจัย และเลือกวิธีวิเคราะห์เนื้อหาในการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย เนื่องจากการวิเคราะห์เนื้อหาจะทำให้เข้าใจสภาพการณ์ปัจจุบันและรายละเอียดของสิ่งที่ต้องการศึกษา

copyright by MULIC

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ ของห้องสมุดของสถาบันการศึกษา หรือสาขาที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพที่จัดการศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตศึกษาและ/หรือดุษฎีบัณฑิต ในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต สำหรับวิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ ประชากร วิธีการสืบค้นงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสร้างเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร

ประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ คือ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2517 ซึ่งเป็นปี พ.ศ. แรกที่มีการตีพิมพ์งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ถึงปีพ.ศ. 2550 ผู้วิจัยทำการศึกษาจากประชากร โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยในการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้า

1. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า_พิจารณาจากชื่อเรื่อง และคำสำคัญ ในกลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนไทยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
2. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาจัดทำโดยนักศึกษาระดับมหาบัณฑิตและ/หรือดุษฎีบัณฑิต และไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา จัดทำโดยนักวิจัยในสาขาวิชาชีพต่างๆ เป็นประชาชนไทย
3. เป็นงานวิจัยที่มีรูปเล่มงานวิจัยฉบับเต็มปรากฏอยู่ในห้องสมุดมหาวิทยาลัย ในสถาบันที่จัดการศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตและ/หรือดุษฎีบัณฑิต หรือในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต

copyright by MULIC

4. กรณีที่พบรายชื่องานวิจัยจากฐานข้อมูลออนไลน์มากกว่า 1 ฐานข้อมูล ผู้วิจัยเลือกศึกษาจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง

5. ไม่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ที่เกี่ยวกับยา พืชสมุนไพร การทดลองทางห้องปฏิบัติการและการศึกษาในสัตว์ทดลอง

วิธีการสืบค้นงานวิจัย

ผู้วิจัยทำการสืบค้นงานวิจัยจาก

1. ฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ดังนี้ “ซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า Depression และ Depressive Symptom”

2. การสืบค้นด้วยตนเองจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง

3. การสืบค้นโดยอาศัยเครือข่ายซึ่งได้แก่ เพื่อน

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย และจัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

สถาบัน / Web	จำนวนชื่อเรื่องงานวิจัยที่ปรากฏทั้งหมด	จำนวนงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และใช้ในการศึกษา
ฐานข้อมูลสำนักหอสมุดกลางมหาวิทยาลัยมหิดล (http://www.li.mahidol.ac.th/)	70	39
ฐานข้อมูลสำนักหอสมุดกลาง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (http://library.car.chula.ac.th)	79	38
ฐานข้อมูลสำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (http://search.library.tu.ac.th/#focus)	5	1
ฐานข้อมูลห้องสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (http://search.lib.cmu.ac.th/search*tha/)	33	9
ฐานข้อมูลห้องสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา (http://www.lib.buu.ac.th)	26	16
ฐานข้อมูลห้องสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น (http://kkulib.kku.ac.th/search/)	37	7
ฐานข้อมูลห้องสมุด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์(หาดใหญ่) (http://www.clib.psu.ac.th)	4	3

copyright by MULIC

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย และจัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (ต่อ)

สถาบัน / Web	จำนวนชื่อเรื่องงานวิจัยที่ปรากฏทั้งหมด	จำนวนงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และใช้ในการศึกษา
ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (http://library.msu.ac.th/)	3	1
ฐานข้อมูลห้องสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร (http://www.lib.nu.ac.th)	5	0
ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (http://clm.wu.ac.th/)	0	0
ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (http://www.swu.ac.th/lib/)	13	1
ฐานข้อมูลมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (http:// www.lib.ku.ac.th)	0	0
ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยรามคำแหง (http://library.lib.ru.ac.th/)	4	4
ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยรังสิต (http://library.rsu.ac.th/)	0	0
ฐานข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (http://www.riclib.nrct.go.th)	48	0
ฐานข้อมูลสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) (http://www.library.hsri.or.th)	2	0
ฐานข้อมูลสำนักกองทุนสนับสนุนนักวิจัย(สกว.) (http://ebook.thailis.or.th//)	31	2
ฐานข้อมูล วิทยานิพนธ์สถาบันอุดมศึกษาของรัฐ (http://dcms.thailis.or.th/dcms/basic.php)	69	1
รวม	**429**	**122**

จากการสืบค้นพบจำนวนผลงานวิจัยที่ได้ทั้งหมด 429 เรื่อง เมื่อใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าพบว่ามีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และใช้ในการศึกษา จำนวน 122 เรื่อง

copyright by MULIC

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย และจัดทำขึ้นโดยไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

สถาบัน / Web	จำนวนชื่อเรื่องงานวิจัยที่ปรากฏทั้งหมด	จำนวนงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และใช้ในการศึกษา
ฐานข้อมูลห้องสมุด กระทรวงสาธารณสุข (http://www.moph.go.th/ops/general/lib/)	1	1
ฐานข้อมูลห้องสมุด กรมสุขภาพจิต (http://203.157.56.11/lib/search/search_index.php)	12	3
ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการพยาบาล กรมสุขภาพจิต (http://www.dmh.go.th/abstract/nurse.asp)	42	6
ฐานข้อมูลศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (http://pubnet.moph.go.th/techjrn/ttechjrn.html)	4	3
ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารภาษาไทย Thai Journal Citation Index Center (http://www.kmutt.ac.th/jif/public_htm//search_citing_p.html)	71	29
ฐานข้อมูล Thai Index Medicus คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (http://161.200.96.194/)	156	13
ฐานข้อมูลโครงการป้องกันผู้มีภาวะซึมเศร้า (http://www.beyondbluethai.com/abstract/)	81	6
รวม	**367**	**61**

จากการสืบค้นพบจำนวนผลงานวิจัยที่ได้ทั้งหมด 367 เรื่อง เมื่อใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าพบว่ามีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และใช้ในการศึกษา จำนวน 61 เรื่อง

เมื่อรวมจำนวนงานวิจัยทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเท่าที่สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูลออนไลน์ พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 183 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ประกอบด้วยเนื้อหา

copyright by MULIC

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย ประกอบด้วย

1. ชื่องานวิจัย
2. ชื่อ-สกุลนักวิจัย
3. ชนิดงานวิจัย
4. ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์งานวิจัย
5. แหล่งผลิตงานวิจัย

ตอนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับคุณลักษณะของงานวิจัย ประกอบด้วย

1. ประเภทการวิจัย
2. ปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัย
3. วัตถุประสงค์การวิจัย
4. สมมติฐานการวิจัย
5. กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย
6. แบบการวิจัย
7. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย
    - 7.1 ลักษณะประชากร
    - 7.2 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง
    - 7.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
    - 7.4 การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง
8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
    - 8.1 ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
    - 8.2 วิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
    - 8.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
9. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
10. การวิเคราะห์ข้อมูล
11. ผลการวิจัย

โดยข้อความในแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย ประกอบด้วยข้อความ 2 ลักษณะ คือ แบบเลือกตอบ และแบบเติมข้อความ

copyright by MULIC

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัย รวมถึงละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัยจากหนังสือ วารสาร ฐานข้อมูลออนไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

2. ศึกษาแนวทางในการสร้างแบบบันทึกงานวิจัยจากหนังสือ เอกสาร ฐานข้อมูลออนไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจและการสังเคราะห์งานวิจัย

3. สร้างแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยฉบับร่าง เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดงานวิจัย

4. ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยฉบับร่างรวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาและการจัดลำดับความต่อเนื่องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเป็นนักการศึกษาทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางการพยาบาลในลักษณะของการสอน การควบคุมวิทยานิพนธ์ การเขียนตำราการวิจัยทางการพยาบาล หรือการผลิตผลงานวิจัยทางการพยาบาล

5. ผู้วิจัยปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ จากนั้นทำการหาค่าความตรงตามเนื้อหา โดยถือตามเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2542) จากการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ได้เท่ากับ 1.0 อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลอีกครั้งในด้านความเหมาะสมของภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อความครอบคลุมที่มากยิ่งขึ้นในการเก็บรวมรวบข้อมูล

6. ผู้วิจัยทดลองเก็บบันทึกข้อมูล (try out) โดยยึดถือตามแบบการวิจัย ได้แก่ งานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ประกอบด้วย การวิจัยแบบทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยแบบไม่ทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวนละ 1 เรื่อง และทดลองเก็บจากงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ประกอบด้วยการวิจัยแบบทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยแบบไม่ทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวนละ 1 เรื่อง รวมเป็นจำนวนทั้งหมด 8 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูล โดยงานวิจัยดังกล่าวที่ทดลองเก็บบันทึกข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยด้วยตนเอง ดังนี้

copyright by MULIC

1. สืบค้นรายชื่องานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2517 ถึงปี พ.ศ. 2550 โดยมีช่องทางการสืบค้นดังนี้

1.1 สืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย ในสถาบันที่จัดการศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตศึกษาและ/หรือดุษฎีบัณฑิต ในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง

1.2 สืบค้นด้วยตนเองจากห้องห้องสมุดมหาวิทยาลัย ในสถาบันที่จัดการศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตศึกษาและ/หรือดุษฎีบัณฑิต ในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง

1.3 สืบค้นโดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่าย

2. ตรวจสอบจำนวนรายชื่องานวิจัยทั้งหมดที่ได้จากการสืบค้นทั้งสามช่องทาง หากพบว่ารายชื่อใดมีความซ้ำซ้อนกันในชื่อเรื่องและชื่อนักวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดออกจากงานวิจัย จากนั้นสรุปรายชื่อทั้งหมดที่ได้จากการสืบค้น

3. คัดเลือกงานวิจัยให้ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ผู้วิจัยกำหนด

4. ติดตามงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ จากห้องสมุดในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง

5. อ่านงานวิจัยอย่างละเอียดและบันทึกข้อมูลงานวิจัยตามแบบบันทึกข้อมูล ในกรณีที่ไม่มั่นใจ ในการลงข้อมูลนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล

2. กำหนดรหัสให้กับข้อมูล เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์และจัดระบบข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

3. วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัย ได้แก่ ชนิดงานวิจัย ปีพ.ศ. ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย ประเภทการวิจัย ปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย แบบการวิจัย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติบรรยาย ซึ่งได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ บรรยายคุณลักษณะของงานวิจัย

4. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาออกตามรูปแบบการวิจัย

copyright by MULIC

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2517 ถึงปี พ.ศ. 2550 เพื่อสรุปคุณลักษณะของงานวิจัยและผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ และการวิเคราะห์จำแนกข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ประกอบด้วย

1.1 คุณลักษณะงานวิจัย (Research characteristics) ได้แก่ ชนิดงานวิจัย ปีพ.ศ. ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย และประเภทการวิจัย

1.2 ปัญหา/วัตถุประสงค์การวิจัย (Research question/objective) ได้แก่ ปัญหาการวิจัยและ/หรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 กรอบแนวคิดและทฤษฎี (Theoretical/conceptual framework) ได้แก่ สมมติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) ได้แก่ แบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย สรุปผลการวิเคราะห์ตามรูปแบบการวิจัย ได้แก่ การวิจัยแบบไม่ทดลอง การศึกษาพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าการวิจัยแบบทดลอง และการวิจัยคุณภาพ

สำหรับผลการวิจัยในแต่ละส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 คุณลักษณะงานวิจัย (Research characteristics) ได้แก่ ชนิดงานวิจัย ปีพ.ศ. ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย และประเภทการวิจัย

copyright by MULIC

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามชนิดงานวิจัย (N = 183)

ลักษณะของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดงานวิจัย		
งานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา	**122**	**66.7**
มหาบัณฑิต	117	95.9
ดุษฎีบัณฑิต	5	4.1
ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย		
2517 – 2521	1	0.5
2522 – 2526	0	0.0
2527 – 2531	11	5.4
2532 – 2536	11	5.9
2537 – 2541	31	16.9
2542 – 2546	61	33.5
2547 – 2550	69	37.8
แหล่งผลิตงานวิจัย		
ทบวงมหาวิทยาลัย	122	66.7
หน่วยงานราชการ	61	33.3
ประเภทการวิจัย		
การวิจัยพื้นฐาน	110	60.1
การวิจัยประยุกต์	73	39.9

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีชนิดงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยเป็นงานวิจัยระดับมหาบัณฑิตมากกว่าระดับดุษฎีบัณฑิต และงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ สำหรับปีพ.ศ. ที่ตีพิมพ์งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะ

copyright by MULIC

ซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบมากที่สุด คือ ช่วงปีพ.ศ. 2547 - 2550 คิดเป็นร้อยละ 37.8 เมื่อพิจารณารายละเอียดของปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าพบว่า ในช่วง 9 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 - 2550) พบว่ามีงานวิจัยเพิ่มขึ้นตามลำดับรวม 130 เรื่อง จากจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 183 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 71.3 และงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีแหล่งผลิตส่วนใหญ่มาจากทบวงมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยเป็นการผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดลและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นส่วนใหญ่ และผลิตจากหน่วยงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยเป็นการผลิตจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นส่วนใหญ่ และสำหรับประเภทการวิจัย พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการวิจัยพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 60.1 1

1.2 ปัญหา/วัตถุประสงค์การวิจัย (Research question/ objective) ได้แก่ ปัญหาการวิจัยและ/หรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัย (N = 183)

ปัญหา/ วัตถุประสงค์การวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาการวิจัย		
ระบุ	90	49.2
ไม่ระบุ	93	50.8
วัตถุประสงค์การวิจัย		
ระบุ	100	100.0
ไม่ระบุ	0	0.0

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่มีการระบุหรือไม่ระบุปัญหาการวิจัยจำนวนใกล้เคียงกันคือ ระบุปัญหาการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 50.8 และไม่ระบุปัญหาการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 49.2 ในขณะที่งานวิจัยทั้งหมดมีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย

1.3 กรอบแนวคิดและทฤษฎี (Theoretical/conceptual framework) ได้แก่ สมมติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

copyright by MULIC

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี (N = 183)

กรอบแนวคิดและทฤษฎี	จำนวน	ร้อยละ
สมมติฐานการวิจัย		
ระบุสมมติฐานการวิจัย	**101**	**55.2**
มีทิศทาง	51	50.5
ไม่มีทิศทาง	29	28.7
ทั้งมีและไม่มีทิศทาง	21	20.8
ไม่ระบุสมมติฐาน	**82**	**44.8**
กรอบแนวคิดของการวิจัย		
ระบุกรอบแนวคิด	**103**	**56.3**
สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม	56	54.4
สร้างจากแนวคิด/ ทฤษฎี	38	36.9
ทั้งจากทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด/ ทฤษฎี	9	8.7
ไม่ระบุกรอบแนวคิด	**80**	**43.7**
ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย		
ทฤษฎีทางชีวภาพ	4*	8.5*
ทฤษฎีทางจิตสังคม	30*	63.8*
ทฤษฎีทางการพยาบาล	13*	27.7*
Transition theory	5	10.6
Adaptation theory	3	6.4
Caring theory	1	2.1
Functional health patter	1	2.1
Role strain theory	1	2.1
Self-efficacy theory	1	2.1
Self care behavior	1	2.1

หมายเหตุ : * หมายถึง เลือกได้มากกว่า 1

copyright by MULIC

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่ระบุสมมติฐานการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 55.2 และไม่ระบุสมมติฐาน คิดเป็นร้อยละ 44.8 โดยงานวิจัยที่ระบุสมมติฐานเป็นสมมติฐานแบบมีทิศทางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.5

สำหรับกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย พบว่า งานวิจัยระบุกรอบแนวคิด คิดเป็นร้อยละ 56.3 และไม่มีการระบุกรอบแนวคิด คิดเป็นร้อยละ 43.7 โดยงานวิจัยที่ระบุกรอบแนวคิดสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม คิดเป็นร้อยละ 54.4 และสร้างจากแนวคิดหรือทฤษฎี คิดเป็นร้อยละ 36.9 ซึ่งทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม คิดเป็นร้อยละ 63.8 และทฤษฎีทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 27.7

1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) ได้แก่ แบบการวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.4.1 แบบการวิจัย ประกอบด้วย แบบการวิจัย แบบการวิจัยแบบทดลอง และแบบกึ่งทดลอง ระยะเวลาทำการทดลองและรายละเอียดการให้การบำบัด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามแบบการวิจัย (N = 183)

แบบการวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
การวิจัยเชิงปริมาณ	177	96.7
การวิจัยเชิงทดลอง	21	11.5
การวิจัยกึ่งทดลอง	36	19.7
การวิจัยไม่ทดลอง	120	66.1
descriptive study	43	35.5
correlational study	7	5.8
descriptive correlational study	70	58.7
การวิจัยเชิงคุณภาพ	5	2.7
การวิจัยผสมผสาน	1	0.5

copyright by MULIC

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามแบบการวิจัยแบบทดลองและแบบกึ่งทดลอง (n = 57)

แบบแผนการวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
วัดก่อนหลัง1 กลุ่ม	10	17.5
วัดก่อนหลัง 2 กลุ่ม	34	59.7
วัดก่อนหลัง1 กลุ่ม วัดซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง	4	7.0
วัดก่อนหลัง 2 กลุ่ม วัดซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง	9	15.8

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามระยะเวลาทำการทดลอง (n = 57)

ระยะเวลาทำการทดลอง (วัน)	จำนวน	ร้อยละ	X (SD)	Min-Max
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน	24	42.1	20.30(9.46)	3 - 30
31 – 60 วัน	20	35.1	47.20(8.63)	31 – 58
มากกว่า 60 วัน ขึ้นไป	13	22.8	101.01(32.94)	63 - 184

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามรายละเอียดการให้การบำบัด (n = 57)

รายละเอียดการให้ intervention	X (SD)	Min-Max
การบำบัด		
จำนวนครั้งของการให้ intervention (ครั้ง)	7.69 (4.99)	1-24
ระยะเวลาในการให้interventionแต่ละครั้ง (นาที/ครั้ง)	54.3 (34.99)	10 -180
ระยะเวลาในการทดลอง (วัน)	31.4 (26.41)	2-159
การประเมินผลการทดลอง		
การทดสอบครั้งที่ 1 (หลังการให้ intervention สิ้นสุด) (วัน)	33.0 (25.87)	3-170
การทดสอบครั้งที่ 2 (วัน)	22.3 (13.00)	7-84

copyright by MULIC

จากตารางที่ 4 - 7 แสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 2.7 สำหรับการวิจัยผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบเพียงร้อยละ 0.5 ดังตารางที่ 4 โดยในการวิจัยเชิงปริมาณส่วนใหญ่พบว่า เป็นการวิจัยแบบไม่ทดลอง คิดเป็นร้อยละ 66.1 รองลงมาเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองและการวิจัยแบบทดลอง คิดเป็นร้อยละ 19.7 และร้อยละ11.5 ตามลำดับ สำหรับแบบแผนการวิจัยของการวิจัยแบบทดลองส่วนใหญ่เป็นการวัดก่อนหลัง 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 59.7 ดังตารางที่ 5

สำหรับรายละเอียดของการบำบัดที่ศึกษา พบว่ามีระยะเวลาในการให้การบำบัด (Course of intervention for experimental group) เฉลี่ย 31.4 วัน (SD= 26.41) เวลาในการให้การบำบัดแต่ละครั้ง (duration of each intervention or per session for experimental group) เฉลี่ย 54.3นาที (SD = 34.99) จำนวนครั้งของการให้การบำบัด (Number of intervention given for experimental group) เฉลี่ย 7.69 ครั้ง (SD = 4.996) ระยะเวลาที่ทำการทดลองทั้งหมด (duration of true-experimental or quasi-experiment) มีจำนวนใกล้เคียงกันคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 42.1 และ 31 - 60 วัน คิดเป็นร้อยละ 35.1 ตามลำดับ

และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลการทดลอง พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีการประเมินผล (Post test) 1 ครั้ง จำนวน 31 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 57.4 และมีการประเมินผล 2 ครั้ง จำนวน 23 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.6 โดยในการประเมินผลครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลหลังการบำบัดสิ้นสุดทันที จำนวน 42 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 77.8 และอีกส่วนหนึ่งประเมินผลในครั้งที่ 1 ที่เว้นระยะเวลาหลังการบำบัดสิ้นสุด จำนวน 12 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 22.2 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 33 วัน (SD = 25.87) และการประเมินผลครั้งที่ 2 (ห่างจากการประเมินผลครั้งที่ 1) เฉลี่ย 22.3วัน (SD = 13.00) ดังตารางที่ 6 - 7

1.4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

copyright by MULIC

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (N = 183)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ประชากร/กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา		
ผู้ป่วย	104	56.8
บุคคลทั่วไป	65	35.5
ทั้งผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป	10	5.5
อื่นๆ(ผู้พิการ)	4	2.2
เพศที่ทำการศึกษาวิจัย		
เพศหญิง	52	28.4
เพศชาย	8	4.4
ทั้งสองเพศ	119	65.0
ไม่ระบุ	4	2.2
ช่วงวัยที่ทำการศึกษาวิจัย		
วัยผู้ใหญ่	99	54.1
วัยผู้สูงอายุ	38	20.8
ทั้งสองช่วงวัย	36	19.7
ไม่ระบุ	10	5.5

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (N = 183)

สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล	134*	73.2*
ผู้ป่วยใน	68*	50.7*
ผู้ป่วยนอก	55*	41.0*
ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	11*	8.2*
ชุมชน	53*	28.9*
โรงเรียน	4*	2.2*
ไม่ระบุ	3*	1.6*

หมายเหตุ : * หมายถึง เลือกได้มากกว่า 1

copyright by MULIC

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามขนาดกลุ่มตัวอย่างและแบบการวิจัย (N= 183)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	การวิจัยแบบทดลอง (n =54)	การวิจัยแบบไม่ทดลอง (n = 124)	การวิจัยแบบคุณภาพ (n =5)	รวม	
				จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คน	33 (61.1)	2 (1.6)	2	37	20.2
31-60 คน	16 (29.6)	15 (12.1)	1	32	17.5
61-90 คน	1	19 (15.3)	1	21	11.5
91-120 คน	4 (7.40)	20 (16.1)	0	24	13.1
120-300 คน	0	45 (36.3)	1	46	25.1
มากกว่า 300 คน	0	23 (18.5)	0	23	12.6

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง (N = 183)

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ใช้หลักความน่าจะเป็น	25	13.7
ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น	111	60.7
ใช้ทั้งสองวิธีการ	43	23.5
ไม่ระบุการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง	4	2.2

จากตารางที่ 8 - 11 แสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ศึกษาในประชากร/กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาศึกษาในบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 35.5 เพศที่ทำการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาทั้งในเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมาศึกษาในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 28.4 ช่วงวัยที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงมาศึกษาในวัยผู้สูงอายุ และศึกษาทั้งสองวัยร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 20.8 และร้อยละ19.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

สำหรับสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุส่วนใหญ่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 73.2 โดยเป็นการเก็บข้อมูลที่แผนก

ผู้ป่วยในมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมาเป็นการเก็บข้อมูลในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 28.9 ดังตารางที่ 9

copyright by MULIC

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ระบุการคำนวณ คิดเป็นร้อยละ 63.9 และเมื่อวิเคราะห์ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแบบการวิจัย พบว่า การวิจัยแบบไม่ทดลองส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 - 300 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3 การวิจัยแบบทดลองส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 61.1 และการวิจัยคุณภาพส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ดังตารางที่ 10

และการได้มาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น คิดเป็นร้อยละ 60.7 รองลงมา ได้แก่ ใช้หลักความน่าจะเป็นร่วมกับไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น คิดเป็นร้อยละ 23.5 และใช้หลักความน่าจะเป็น คิดเป็นร้อยละ13.7 ดังตารางที่ 11

1.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า ประเภทเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า วิธีการสร้างเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามชื่อเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า 10 อันดับแรก (N = 183)

ชื่อเครื่องที่ใช้ในงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale(CES-D) (Thai version)	30	16.4
Beck Depression Inventory(BDI) (Thai version)	29	15.8
แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)	26	13.2
Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS) (Thai version)	16	8.7
Zung Self Rating Depression Scale(SDS) (Thai version)	11	6.0
Health-Related Self-Reported(HRSR) Scale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population)	10	5.5
Thai Depression Inventory(TDI)	9	4.9

copyright by MULIC

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามชื่อเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า 10 อันดับแรก (N = 183) (ต่อ)

ชื่อเครื่องที่ใช้ในงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
Hamilton Rating Scale for Depression 21 ข้อ (HAM-D) (Thai version)	6	3.3
Hamilton Rating Scale for Depression 17 ข้อ (HRSD) (Thai version)	5	2.7
Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)	4	2.2

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการวิจัย (n = 174)

ประเภทเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
Self Rating Scale	153	87.9
Clinical Rating Scale	19	11.0
Observer Rating Scale	2	1.1

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามวิธีการสร้างเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า (n = 174)

วิธีการสร้างเครื่องมือ	จำนวน	ร้อยละ
ระบุ	**163**	**93.7**
นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้	146	89.6
ผู้วิจัยสร้างเอง	47	28.8
ดัดแปลง	23	14.1
ไม่ระบุ	**11**	**6.3**

copyright by MULIC

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า (n = 145)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	จำนวน	ร้อยละ
ความเที่ยง	47	32.4
ความตรง	8	5.5
ความเที่ยงและความตรง	90	62.1

จากตารางที่ 12 - 15 แสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่ใช้ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) Beck Depression Inventory (BDI) และ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 16.4 ร้อยละ 15.8 และ 13.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 12 สำหรับประเภทเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็น Self-rating scale คิดเป็นร้อยละ 87.9 ดังตารางที่ 13 และเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ระบุวิธีการสร้างเครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 93.7 วิธีการสร้างเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าที่พบมากที่สุด คือ นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 89.6 ดังตารางที่ 14 สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือส่วนใหญ่ตรวจสอบทั้งความเที่ยงและความตรง คิดเป็นร้อยละ 62.1 ดังตารางที่ 15 และวิธีการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ คิดเป็นร้อยละ 96.2

1.4.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติอ้างอิงที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล (N = 183)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	**174**	**95.1**
สถิติบรรยายอย่างเดียว	14	7.7
ทั้งสถิติบรรยายและอ้างอิง	168	92.3
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	**1**	**0.5**
ทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	**8**	**4.4**

copyright by MULIC

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามสถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (n = 181)

สถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ร้อยละ	153*	84.5*
ความถี่	142*	78.5*
ค่าเฉลี่ยเลขคณิต	134*	74.0*
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	129*	71.3*
พิสัย	27*	14.9*
มัธยฐาน	9*	5.0*
สัดส่วน	5*	2.8*
สัมประสิทธิ์การกระจาย	4*	2.2*
สัมประสิทธิ์ความแปรปรวน	2*	1.1*
อัตราส่วน	1*	0.6*
ฐานนิยม	1*	0.6*

หมายเหตุ : * หมายถึง เลือกได้มากกว่า 1

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามสถิติอ้างอิงที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (n = 168)

สถิติอ้างอิงที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถิติอ้างอิงชนิดพารามิตริกซ์อย่างเดียว	76	45.2
สถิติอ้างอิงชนิดไร้พารามิตริกซ์อย่างเดียว	22	13.1
ทั้งสถิติอ้างอิงชนิดพารามิตริกซ์และชนิดไร้พารามิตริกซ์	70	41.7

จากตารางที่ 16 - 18 แสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คิดเป็นร้อยละ 95.1 รองลงมาใช้การวิเคราะห์ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 4.4 และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่ามีเพียงร้อยละ 0.5 โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ใช้ทั้งสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงร่วมกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.3 และใช้สถิติบรรยายอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 7.7 ดังตารางที่ 16 สำหรับสถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 84.5 ร้อยละ 78.5 ร้อยละ 74.0 และร้อยละ 71.3

copyright by MULIC

ตามลำดับ ดังตารางที่ 17 และสถิติอ้างอิง พบว่าส่วนใหญ่ใช้สถิติชนิดพารามิตริกซ์ คิดเป็นร้อยละ 45.2 รองลงมาใช้ทั้งสถิติอ้างอิงชนิดพารามิตริกซ์และชนิดไร้พารามิตริกซ์ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 41.7 และสถิติอ้างอิงชนิดไร้พารามิตริกซ์ คิดเป็นร้อยละ 11.1 ดังตารางที่ 18 ในส่วนของสถิติอ้างอิงชนิดพารามิตริกซ์ ใช้สถิติ t-test มากที่สุด และสถิติอ้างอิงชนิดไร้พารามิตริกซ์ใช้สถิติ ไคสแควร์ (chi square) มากที่สุด

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผลการวิจัยของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย วิเคราะห์ผลตามรูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยแบบไม่ทดลอง จำนวน 120 เรื่อง การวิจัยแบบกึ่งทดลองและทดลองจำนวน 56 เรื่อง และการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 8 เรื่อง มีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิจัยแบบไม่ทดลอง สำหรับการวิเคราะห์ผลการวิจัยของการวิจัยแบบไม่ทดลอง จำนวน 120 เรื่อง ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยแบ่งวัตถุประสงค์ของการศึกษาออกเป็น 3 วัตถุประสงค์ คือ การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า จำนวน 40 เรื่อง ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/สัมพันธ์ และทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 58 เรื่อง และการศึกษาและพัฒนาแบบวัด จำนวน 15 เรื่อง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 40 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความชุกแบบช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (point prevalence) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.8 - 78.05 และเมื่อพิจารณาการศึกษาความชุกตามกลุ่มตัวอย่าง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสตรีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดร้อยละ 2.8 - 38.5 ในกลุ่มสตรีวัยเปลี่ยนร้อยละ 13.0 - 78.05 ในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 29.4 - 64.7 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังร้อยละ 6.7 - 69.2 และในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตร้อยละ 8.7 - 38.3 ในจำนวนการศึกษาความชุกดังกล่าวมีงานวิจัย 2 เรื่องที่รายงานผลการวิจัยอย่างชัดเจนว่า ความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย

สำหรับการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า พบการศึกษาจำนวน 5 เรื่อง ทำการศึกษาในกลุ่มสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอดรวมถึงสตรีวัยเปลี่ยน พบอุบัติการณ์ร้อยละ 6.67 - 38.05 เมื่อแยกตามกลุ่มตัวอย่าง พบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอดร้อยละ 6.67 - 38.5 และอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยเปลี่ยนร้อยละ 13.0

copyright by MULIC

1.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 98 ชื่อเรื่อง สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าซึ่งสรุปผลตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยทางกาย ผู้ป่วยทางจิต กลุ่มสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีวัยเปลี่ยนและกลุ่มผู้ดูแล ได้ดังนี้

1.2.1 กลุ่มผู้ป่วยทางกาย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาชีพที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับปัจจัยรายได้ พบว่า รายได้ที่น้อยกว่ารายจ่าย การไม่มีรายได้ และรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสถานภาพสมรสที่หย่าร้าง หรือหม้ายเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ปริมาณการใช้แอมเฟตามีนที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับปัญหาการเงินและภาวะถอนพิษยา พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่พบทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย

ปัจจัยด้านสมรรถนะในตนเอง พบว่า การรับรู้ภาวการณ์เจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ระดับการดูแลตนเอง แหล่งทักษะภายในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สำหรับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านตัวโรค พบว่า การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก การรักษาด้วยการฉายรังสี การหมดสมรรถภาพทางเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับความรุนแรงของโรค ผลกระทบของความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความบกพร่องในการมองเห็น จำนวนข้อที่บวม จำนวนข้อที่กดเจ็บ ความปวดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สำหรับอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ความเชื่อเรื่องบุญกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ตรงข้ามกับระดับความหวังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านสังคม พบว่า งานอดิเรก ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาคดีความ การเฝ้าบ้านและสถานที่ตั้งของแหล่งขายยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

copyright by MULIC

ของสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ตรงข้ามกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

1.2.2 กลุ่มผู้ป่วยทางจิต พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การทำงานและการมีโรคทางกายที่แตกต่างกัน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สำหรับเพศ และสถานภาพสมรสพบว่าเป็นปัจจัยที่พบทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่า ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ประวัติการสูญเสียมารดาก่อน 11 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า สำหรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ อาการรู้สึกผิด การจัดการสิ่งเร้าภายในพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ตรงข้ามกับความรู้สึกการเป็นเจ้าของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านสังคม พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ความขัดแย้งระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สำหรับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า เป็นปัจจัยที่พบทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยด้านสังคมในผู้ป่วยทางจิต พบว่า ความตึงเครียดในบทบาทและความตึงเครียดในตนเองเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

1.2.3 กลุ่มผู้สูงอายุ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า โรคประจำตัว แหล่งที่มาของรายได้ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับปัจจัย เพศ อายุโดยเฉพาะอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส รายได้ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สำหรับปัจจัยสถานภาพสมรสพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่า การจัดการความเจ็บปวดและการใช้ยาประจำที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และ

copyright by MULIC

จำนวนครั้งของปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ตรงข้ามกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ความหวังและความว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ตรงข้ามกับอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านสังคม พบว่า งานอดิเรก การติดต่อกับลูกหลาน การเป็นเจ้าของบ้าน การเป็นสมาชิกชมรม การให้คำแนะนำกับคนอื่น สภาพการอยู่อาศัย และสาเหตุที่ไม่ทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับสัมพันธภาพภายในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สำหรับการศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมในสังคมและการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าเป็นปัจจัยที่พบทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ งานอดิเรก สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมในสังคม

1.2.4 กลุ่มสตรีวัยเปลี่ยน พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับจำนวนบุตรที่มีความเพียงพอของรายได้และปัญหาสุขภาพจิต พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพจิตสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสตรีวัยเปลี่ยนได้ แต่การศึกษาปัจจัยรายได้ในกลุ่มสตรีวัยเปลี่ยน พบทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับอายุ สถานภาพสมรสและโรคประจำตัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่า ประวัติซึมเศร้าในอดีต และลักษณะการมีประจำเดือนอาการในวัยหมดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับอาการในวัยหมดประจำเดือนที่มีความรุนแรงมากพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ ในขณะที่ระดับฮอร์โมนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ทัศนคติต่อภาวะหมดประจำเดือนและลักษณะบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สำหรับความรู้สึกไม่สบายใจต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านสังคม พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ปัญหาคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

copyright by MULIC

1.2.5 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับประวัติสุขภาพจิตในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและประวัติสุขภาพจิตในอดีตสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ประวัติการมีโรคประจำตัวระยะ 2 – 7 วัน หลังคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในขณะที่รายได้พบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบกับภาวะซึมเศร้า สำหรับอายุ พบว่าเป็นปัจจัยทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด

ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่าปัจจัยด้านอารมณ์และการที่เพศของบุตรไม่ตรงตามต้องการมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์ ความตั้งใจในการมีบุตรและการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สำหรับปัจจัยภาวะซึมเศร้าระยะ 2 - 7 วัน หลังคลอด ความรู้สึกไม่มีความสุขขณะตั้งครรภ์ โรคที่รบกวนในช่วงคลอด ความผิดปกติของทารกแรกเกิด ความวิตกกังวลของบุตรที่เข้ารับการรักษาและความเจ็บป่วยของทารกในช่วง1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านสังคม พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สิ่งรบกวนในชีวิตและเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แรงสนับสนุนทางสังคมและการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความพึงพอใจในชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด และความสัมพันธ์กับมารดาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

1.2.6 กลุ่มผู้ดูแล พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนี้ เจตคติต่อความตาย การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ตรงข้ามกับการรับรู้ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สำหรับสถานภาพสมรสและระยะเวลาหลังจากที่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นนานกว่า 12 เดือนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ตรงข้ามกับการพบว่าเพศโดยเฉพาะเพศหญิง อายุ ศาสนา รายได้ ระดับการศึกษาและอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

copyright by MULIC

1.3 ผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 เรื่อง เป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าจำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 95.5 และงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเพียง 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 0.5 โดยงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Screening) จำนวน 8 เรื่อง เพื่อประเมินผลการรักษาภาวะซึมเศร้า (Clinical) จำนวน 7 เรื่อง และงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 2 เรื่อง ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังจำนวน 3 เรื่อง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 8 เรื่อง และมารดาหลังคลอดจำนวน 1 เรื่อง นอกจากนี้พบว่า งานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าผู้วิจัยทำการแปลหรือดัดแปลงจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐานจำนวน 10 เรื่อง และจำนวน 5 เรื่อง เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นใหม่ จากการวิเคราะห์สรุปได้ว่า แบบวัดทั้งหมดมีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

2. การวิจัยแบบทดลอง สำหรับการวิเคราะห์ผลการวิจัยของงานวิจัยแบบกึ่งทดลองและแบบทดลอง จำนวน 56 ชื่อเรื่อง ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์การวิจัยแบบทดลองออกตามรูปแบบการบำบัดและตามกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยทางกาย แบ่งออกเป็น ผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 10 เรื่อง ผู้ป่วย HIV จำนวน 9 เรื่อง ผู้ป่วยพิการจำนวน 7 เรื่องและผู้ป่วยไตวายจำนวน 1 เรื่อง กลุ่มผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช และสารเสพติดจำนวน 12 เรื่อง กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 12 เรื่อง และกลุ่มผู้ดูแลจำนวน 5 เรื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

จากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบทดลอง ผู้วิจัยสรุปออกเป็น 2 ประเด็น คือ ผลการวิเคราะห์รูปแบบการบำบัด และผลลัพธ์การวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

2.1 วิเคราะห์รูปแบบการบำบัด พบว่า ในอดีตที่ผ่านมางานวิจัยมีรูปแบบการให้การบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มต่อไปนี้ กลุ่มผู้ป่วยทางกาย กลุ่มผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตจิตเวช และสารเสพติด กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล

2.1.1 กลุ่มผู้ป่วยทางกาย พบการบำบัด จำนวน 28 เรื่อง โดยมีรูปแบบการบำบัดหลากหลายแตกต่างกันตามลักษณะผู้ป่วย ดังนี้

2.1.1.1 ผู้ป่วยมะเร็ง พบการบำบัดจำนวน 10 เรื่อง แบ่งเป็น

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการสอนและให้ความรู้ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การสอนอย่างมี แบบแผน และการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์
- การบำบัดที่เกี่ยวกับการพยาบาล จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ การพยาบาลอย่างมีระบบ
- การบำบัดที่เกี่ยวกับการผ่อนคลาย จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ การฝึกสมาธิ การฝึกการผ่อนคลายแบบ Benson’s one respiratory method และการสร้างจินตภาพ

copyright by MULIC

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการใช้กิจกรรมกลุ่ม จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ กลุ่มบำบัด และกลุ่มปัญญาบำบัด

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษา จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายกลุ่ม และการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

2.1.1.2 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอวี (HIV) และเอดส์ พบการบำบัดจำนวน 9 เรื่อง แบ่งเป็น

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษา จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวปัญญานิยมทฤษฎีเบค การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส การให้คำปรึกษารายกลุ่มโดยใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัสท์

- การบำบัดที่เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดทางปัญญา จำนวน 1 เรื่อง

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการสอนและให้ความรู้ จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

- การบำบัดที่เกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.1.1.3 ผู้ป่วยพิการ พบการบำบัดจำนวน 7 เรื่อง แบ่งเป็น

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 2 เรื่อง

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษา จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส และการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐาน

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการผ่อนคลายร่วมกับกระบวนคิด จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การใช้ดนตรีบำบัดแบบอะคาโบชิกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการผ่อนคลาย จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ การสร้างจินตภาพ

2.1.1.4 ผู้ป่วยไตวาย พบการบำบัดจำนวน 1 เรื่อง โดยเป็นการฝึกอานาปานสติสมาธิ

copyright by MULIC

2.1.2 กลุ่มผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตจิตเวช และสารเสพติด จำนวน 12 เรื่อง โดยเป็นการบำบัดที่มุ่งปรับกระบวนการคิด และการบำบัดบางส่วนมุ่งเน้นด้านสังคมร่วมด้วย ดังนี้

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการให้การปรึกษา จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมแบบรายบุคคล และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล

- การบำบัดที่เกี่ยวกับกระบวนการคิด จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ จำนวน 1 เรื่อง

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดรายบุคคล โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวม จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

- การบำบัดที่เกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ กลุ่มเสริมสร้างความหวัง กลุ่มบำบัดประคับประคอง

- การบำบัดที่เกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการสอน จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ ดีเพสชั่นโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัดประคับประคองร่วมกับการดูแลสุขภาพจิตศึกษา

2.1.3 กลุ่มผู้สูงอายุ พบการบำบัดจำนวน 12 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นด้านพฤติกรรม ดังนี้

- การบำบัดที่เกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการผ่อนคลาย จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ การใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบชี่กงโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง โปรแกรมนันทนาการโดยการเล่นอังกะลุง และการนวดน้ำมันหอมระเหย

- การบำบัดที่เกี่ยวกับกระบวนคิด จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ การใช้สไลด์แม่แบบ เกมและการเสริมแรงทางบวก และโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง จำนวน 2 เรื่อง

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคม จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

copyright by MULIC

2.1.4 กลุ่มผู้ดูแล พบการบำบัดจำนวน 5 เรื่อง โดยเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นทางด้านสังคมและด้านกระบวนการคิด ดังนี้

- การบำบัดที่เกี่ยวกับการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน จำนวน 1 เรื่อง
- การบำบัดที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ด้านต่างๆ จำนวน 1 เรื่อง
- การบำบัดที่เกี่ยวกับการเรียนด้วยตนเองด้วยคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง จำนวน 1 เรื่อง
- การบำบัดที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และการให้คำปรึกษาครอบครัว

2.2 วิเคราะห์ผลลัพธ์จากการวิจัย พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายและกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ทุกรูปแบบการบำบัดทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น แต่เมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่รูปแบบการบำบัดทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น ยกเว้นการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เฉพาะระยะหลังการทดลองแต่ระยะติดตามผลพบว่า ไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง และการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนในคู่สมรสของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เฉพาะระยะหลังการทดลองแต่ระยะติดตามลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

3. การวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 6 เรื่อง พบว่า 5 เรื่อง เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ประสบการณ์และการจัดการเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรง สำหรับวิธีการวิเคราะห์พบว่า ทั้ง 5 เรื่องใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าหมายถึง ความทุกข์ ไม่มีความสุข โดยมองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ มีความคิดในทางร้าย ซึม รู้สึกเบื่อหน่าย ไร้พลัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ (วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548) ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความผิดหวัง ความรู้สึกกดดัน (Soonthornchaiya, 2004) และ “นั่งลืม” “คิดลืม” “บ่สนใจผู้ใด๋” คือ คำอีสานที่ใช้สะท้อนโรคซึมเศร้า (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2541)

3.2 อาการของภาวะซึมเศร้า แยกตัว เงียบ มีอาการทางกายที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจ ความคิดทางลบ ไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เป็น (Soonthornchaiya, 2004)

copyright by MULIC

3.3 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าหรืออิทธิพลที่มีต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง มาจากองค์ประกอบภายใน ได้แก่ กระบวนการทางความคิดซึ่งประกอบด้วยการรับรู้และการตีความ บุคลิกภาพ และวิธีการเผชิญปัญหาและจัดการแก้ไขปัญหา รวมถึงการมีความคิดในทางลบกับตนเอง (วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548; Soonthornchaiya, 2004) และองค์ประกอบภายนอก ได้แก่ ค่านิยมทางสังคม และวัฒนธรรม ซึ่งรวมถึงสภาพทางสังคมที่เกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจ สุราและครอบครัว (วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548; ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2541)

3.4 ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานได้ (Soonthornchaiya, 2004)

3.5 การจัดการอาการโรคซึมเศร้า พบว่าส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญหา เพื่อการบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการ แบ่งการจัดการออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ การจัดการอาการโดยผู้อื่น ได้แก่ การไปพบแพทย์ ไปโรงพยาบาล เพื่อการรับประทานยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรับการปรึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rangsiman Soonthornchaiya (2004) พบว่า การจัดการที่ดีที่สุด คือ การไปวัดหรือโบสถ์เพื่อพูดคุยกับพระหรือนักบวช และการจัดการอาการด้วยตนเอง ได้แก่ การไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การระบายอารมณ์ให้คนใกล้ชิด และการควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (นุสรา วรภัทราทร, 2547) รวมถึงการจัดการโดยใช้วิธีการอดทน ช่วยเหลือตนเอง พึ่งยาและแอกอฮฮล์ และปรับเปลี่ยนความคิดและมุมมองชีวิตจนเกิดการตระหนักรู้ถึงที่มาของปัญหา และเข้าใจตัวตนจนหลุดพ้นจากภาวะซึมเศร้า (วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548) นอกจากนี้พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในประเพณี 12 เดือน คือ วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนในภาคอิสาน(ศิริพร จิรวัฒนกุลและคณะ, 2541)

3.6 อิทธิพลที่มีผลต่อการหายจากภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา รวมถึงการมุ่งแก้ไขที่ตนเองมากกว่าเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่น โดยสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเองและปรับเปลี่ยนวิธีคิดในทางร้าย (วิภาวี เผ่ากันทรากร, 2548)

3.7 กระบวนการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ เงื่อนไขเชิงสาเหตุของความเศร้า การเรียนรู้เกี่ยวกับความเศร้า และการฟื้นหายจากความซึมเศร้า (Seeherunwong, 2002)

สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพอีก 1 เรื่อง เป็นการศึกษาจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ประเด็นที่ศึกษา คือ การให้บริการแก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

copyright by MULIC

บทที่ 5
การอภิปรายผล

จากการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2517 - 2550 ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจจากการสำรวจที่สะท้อนให้เห็นถึงระดับองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันของประเทศไทย โดยแบ่งการอภิปรายผลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ได้แก่

1.1 คุณลักษณะงานวิจัย (Research characteristics) ได้แก่ ชนิดงานวิจัย ปีพ.ศ.ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย และประเภทการวิจัย

1.2 ปัญหา/วัตถุประสงค์การวิจัย (Research question/objective) ได้แก่ ปัญหาการวิจัย และ/หรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 กรอบแนวคิดและทฤษฎี (Theoretical/conceptual framework) ได้แก่ สมมติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) ได้แก่ แบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย สรุปผลการวิเคราะห์ตามรูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยแบบไม่ทดลอง การศึกษาพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า การวิจัยแบบทดลอง และการวิจัยเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุประเทศไทยจำนวน 183 เรื่อง พบว่า

1.1 คุณลักษณะงานวิจัย (Research characteristics) จากการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาโดยเฉพาะการศึกษาระดับมหาบัณฑิต ปีพ.ศ.ที่ตีพิมพ์มากที่สุด คือ ช่วงปีพ.ศ. 2547 - 2550 คิดเป็นร้อยละ 37.8 แต่ในช่วง 9 ปีผ่านมา (พ.ศ. 2542 - 2550) พบว่ามีงานวิจัยเพิ่มจำนวนมากขึ้นถึง 130 เรื่อง จากจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 183 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 71.3 โดยที่แหล่งผลิตงานวิจัยส่วนใหญ่มาจากทบวงมหาวิทยาลัย และเป็นงานวิจัยประเภทพื้นฐาน

copyright by MULIC

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 9 ปี ที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญในการวิจัยและศึกษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของงานวิจัยอาจมีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา จากข้อมูลการสำรวจจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยปีพ.ศ 2548 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 93,566 คนต่อแสนประชากร คิดเป็นอัตรา 149.90 และเป็นลำดับ 5 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2548) และในปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็น 116,847 คนต่อแสนประชากร คิดเป็นอัตรา 185.98 และเลื่อนขึ้นมาอยู่ลำดับ 4 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2549)

จากสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลให้กรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในประเทศ มีนโยบายการดำเนินงานที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพื่อให้การช่วยเหลือ และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การส่งเสริมให้ทำวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในปีพ.ศ. 2540 และเผยแพร่ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้ประชาชนทราบผ่านทางฐานข้อมูลของกรมสุขภาพจิตและสื่อต่างๆ ในการดำเนินงานดังกล่าวของกรมสุขภาพจิตมีความชัดเจนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ 2547 ได้มีการกำหนดเป้าหมายในยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงในปัจจุบัน (จินตนา ลี้คงเพิ่มพูน ธรณินทร์ กองสุขและอัจฉรา จรัลสิงห์, 2549) นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของจำนวนงานวิจัยอาจเกี่ยวข้องกับการที่นักวิจัยมีองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำวิจัยและระเบียบวิธีวิจัยที่เพิ่มมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเด็นต่างๆ ส่งผลถึงจำนวนการตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่เพิ่มมากขึ้นและคาดว่าในอนาคตจำนวนของการทำวิจัยและการตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจะยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับในปัจจุบัน เนื่องจากสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้ายังคงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย

อย่างไรก็ตามการที่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภทพื้นฐาน สะท้อนให้เห็นว่าองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในอดีตที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2550 อยู่ในช่วงเริ่มต้นของการทำวิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจในภาวะซึมเศร้าและเกิดองค์ความรู้ที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยในบริบทที่แตกต่างกัน เพราะภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีการแสดงออกในหลายมิติ ทั้งที่เป็นความรู้สึก กลุ่มอาการ และเป็นตัวโรค และมีความเกี่ยวข้องกับตัวแปรหลายตัวแปร ทั้งที่เป็นตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ทำให้นักวิจัยมีประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเด็นที่หลากหลายแตกต่างกันตามความสนใจของนักวิจัย การที่จะเข้าใจภาวะซึมเศร้าได้อย่างลึกซึ้ง จำเป็นที่นักวิจัยต้องทำการวิจัยพื้นฐาน สำหรับการพบจำนวนการวิจัยประยุกต์น้อย เนื่องจาก การที่นักวิจัยจะทำการวิจัย

copyright by MULIC

ประยุกต์ได้จำเป็นที่จะต้องมีความรู้จากการวิจัยพื้นฐานที่มากพอ เพื่อให้นักวิจัยนำผลที่ได้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง

1.2 ปัญหา/วัตถุประสงค์การวิจัย (Research question/objective) ได้แก่ ปัญหาการวิจัยและ/หรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีจำนวนของการระบุและไม่ระบุปัญหาการวิจัยใกล้เคียงกัน ซึ่งตรงข้ามกับการที่งานวิจัยทั้งหมดมีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย สะท้อนให้เห็นว่านักวิจัยให้ความสำคัญของวัตถุประสงค์การวิจัย เพราะวัตถุประสงค์การวิจัยจะเป็นสิ่งที่กำหนดเป้าหมายของการวิจัย นอกจากนี้การระบุวัตถุประสงค์การวิจัยจะช่วยให้ผู้นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจในงานวิจัยทราบวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายการวิจัยได้อย่างชัดเจน ถึงแม้ว่างานวิจัยนั้นจะไม่ได้มีการระบุปัญหาวิจัยไว้อย่างชัดเจนก็ตามแต่สามารถทราบได้จากวัตถุประสงค์การวิจัย

1.3 กรอบแนวคิดและทฤษฎี (Theoretical/conceptual framework) ได้แก่ สมมติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย จากการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ระบุสมมติฐานการวิจัย โดยเป็นสมมติฐานแบบมีทิศทางมากที่สุด เช่นเดียวกับการพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ระบุกรอบแนวคิด ซึ่งกรอบแนวคิดที่ระบุพบว่าสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมมากที่สุด ในขณะที่งานวิจัยที่ระบุกรอบแนวคิดที่สร้างจากทฤษฎีพบว่าส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychological theories) รองลงมาเป็นทฤษฎีทางการพยาบาล ซึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลที่พบมากที่สุด คือ Transition theory

จากผลการวิจัยเป็นที่น่าสังเกตว่า การที่นักวิจัยส่วนใหญ่ระบุกรอบแนวคิด จากการทบทวนวรรณกรรม สะท้อนให้เห็นว่างานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยมีทิศทางของการทำวิจัยที่ชัดเจน เพราะการระบุกรอบแนวคิดช่วยให้นักวิจัยอื่นหรือผู้ที่สนใจในงานวิจัยเรื่องนั้นเกิดความเข้าใจในแนวความคิดหรือความคิดรวบยอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื่องจากกรอบแนวคิดทำให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ปรากฏการณ์หรือตัวแปรต่างๆ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ก่อนทำวิจัย นักวิจัยจำเป็นต้องทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาองค์ความรู้จากให้ทราบว่างานวิจัยที่ผ่านมามีองค์ความรู้

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมช่วยให้นักวิจัยได้มีการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในกรณีที่ไม่มีทฤษฎีหลักที่สอดคล้องกับงานวิจัยของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับนงลักษณ์ วิชัยรัตน์ (2543) พบว่า ก่อนที่นักวิจัยจะผลิตงานวิจัยที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในเรื่องที่จะทำวิจัยอย่างถ่องแท้ เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการสร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่และเพื่ออธิบายได้ว่าข้อค้นพบงานวิจัยของตน เชื่อมโยงกับองค์ความรู้เดิมอย่างไร ดังนั้นจึงจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนวรรณกรรม และสอดคล้องกับสภาวิจัยแห่งชาติ (2550) ให้ความหมายการ

copyright by MULIC

ทบทวนวรรรณกรรมว่า เป็นการตรวจสอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวิจัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้พื้นฐานด้านบริบทการวิจัย ให้หลักฐานสนับสนุนการวิจัย ให้ความมั่นใจว่างานวิจัยนั้นมีหรือไม่มีผู้ใดทำมาก่อน แสดงให้เห็นว่างานวิจัยนั้นเหมาะสมกับองค์ความรู้ที่มีอยู่ แสดงให้เห็นว่าสิ่งที่ศึกษามีผู้ออกแบบศึกษาไว้อย่างไร จากงานวิจัยที่ผ่านมานำเสนอจุดอ่อนที่มีอยู่ในงานวิจัยที่มีผู้ทำมาแล้ว ได้เห็นโครงสร้างของช่องโหว่ที่มีอยู่ในงานวิจัยที่ผ่านมาและแสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่ทำเพิ่มความเข้าใจและความรู้ในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องรวมถึงช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้จากหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ศึกษาในงานวิจัยที่ผ่านมาและช่วยทำให้เห็นความชัดเจนของหัวข้อ หรืออาจช่วยให้สามารถเปลี่ยนจุดเน้นของการวิจัย

สำหรับประเด็นของงานวิจัยที่ระบุกรอบแนวคิดที่สร้างจากแนวคิดหรือทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychological theories) เป็นส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าในงานวิจัยครั้งนี้ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องทั้งด้านจิตใจและด้านสังคม โดยเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีบทบาทที่ทำให้กระบวนการคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้มีการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลในงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะ Transition theory พบว่ามีการใช้มากที่สุดในงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับภาวะปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะกับภาวะซึมเศร้า เพราะการพยาบาลถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสหสาขาวิชาชีพที่ช่วยให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับสาขาวิชาชีพอื่น แต่จุดเน้นของวิชาชีพการพยาบาลอยู่ที่การเน้นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลในด้านสังคม ซึ่งการดูแลแบบองค์รวมช่วยให้เข้าใจบุคคลมากขึ้น สอดคล้องกับปรัญชาการพยาบาลที่เน้นให้การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ในด้านการป้องกัน การส่งเสริม การดูแลและการฟื้นฟูสภาพ (วิภาพร เอกศิริวรานนท์, 2541) ซึ่งการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแบบองค์รวมจะมีช่วงของการเปลี่ยนผ่านของภาวะซึมเศร้า และ

1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) ได้แก่ แบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.4.1 แบบการวิจัย จากการวิเคราะห์พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ที่เป็นการวิจัยไม่ทดลองแบบ descriptive correlational มากที่สุด สำหรับการวิจัยเชิงทดลองส่วนใหญ่เป็นการวิจัยแบบวัดก่อนหลัง 2 กลุ่ม และการวิจัยเชิงคุณภาพรวมถึงการวิจัยแบบผสมผสานพบเพียง 5 เรื่องและ 1 เรื่อง ตามลำดับ

จากจำนวนของแบบการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า นักวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสนใจในประเด็นของลักษณะทั่วไปของภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่ทำนายการ

copyright by MULIC

เกิดภาวะซึมเศร้า โดยที่ในช่วงระยะเวลา 33 ปี ที่ผ่านมาการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย อยู่ในระยะเริ่มต้นของการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้นักวิจัยส่วนใหญ่จำเป็นต้องหาความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้ได้มากพอก่อนที่จะทำการวิจัยแบบอื่นต่อไป เนื่องจากการแสดงออกของภาวะซึมเศร้ามีหลายมิติ ดังนั้นการที่จะเข้าใจภาวะซึมเศร้าได้อย่างลึกซึ้งจึงต้องทำการวิจัยแบบไม่ทดลองซึ่งเป็นการวิจัยขั้นต้นที่จะทำให้นักวิจัยมีองค์ความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาการของภาวะซึมเศร้า ระดับของภาวะซึมเศร้า การวัดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยแบบไม่ทดลองจะเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่ช่วยทำให้นักวิจัยการทำวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองซึ่งเป็นการวิจัยที่เน้นในเรื่องของการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเพศ อายุ รวมถึงสถานภาพทางสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับ Ketefian et al. (2005) ที่กล่าวว่า นักวิจัยที่มีมุมมองต่อภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งที่ประสบการณ์ของบุคคลได้รับจากการเกิดภาวะซึมเศร้า จะทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพราะทำให้เกิดความเข้าใจบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ในทางตรงข้าม ถ้านักวิจัยมีมุมมองต่อภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งที่ความสัมพันธ์ การทำนาย และการทดสอบปัจจัยหรือคุณลักษณะที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จะทำการวิจัยเชิงปริมาณเพราะทำให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

สำหรับในงานวิจัยเชิงคุณภาพถึงแม้ว่าจะมีจำนวนงานวิจัยไม่มากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยเชิงปริมาณ แต่สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของนักวิจัยในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลด้านคุณภาพของภาวะซึมเศร้าให้ลึกซึ้งขึ้น เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพมีความสำคัญในแง่ของการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคล หรือเป็นการค้นหาความหมายตามการรับรู้ของบุคคล เช่น ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า การจัดการกับอาการซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยวิจัยเชิงปริมาณ ดังนั้น หากนักวิจัยมีข้อมูลด้านคุณภาพของภาวะซึมเศร้าจะช่วยให้บุคลากรในแต่ละศาสตร์สาขาวิชาชีพมีเกิดความเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านั้นมากขึ้น อย่างไรก็ตามการที่นักวิจัยจะทำการวิจัยเชิงคุณภาพได้อย่างมีคุณภาพ เป็นสิ่งจำเป็นที่นักวิจัยต้องมีความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพอย่างลึกซึ้ง เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพอาศัยการตีความจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก รวมถึงนักวิจัยต้องมีความอดทนเพราะต้องเก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวและทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ เพราะข้อมูลที่ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ยากต่อการอธิบายหรือเป็นข้อมูลที่เป็นความลับ เช่นเดียวกับการวิจัยเชิงผสมผสานที่เป็นการวิจัยที่รวมทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพในงานวิจัย เป็นทางเลือกใหม่ในการสืบค้นความรู้ โดยมีความเชื่อว่าเป็นการตรวจสอบ

copyright by MULIC

ความรู้ที่ได้ และวิธีการวิจัยหนึ่งจะช่วยเสริมความรู้อีกวิธีหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพที่กว้างและในเชิงลึกยิ่งขึ้น (วิภาพร เอกศิริวรานนท์, 2541) อย่างไรก็ตามในอดีตจนถึงปัจจุบันยังไม่มีการทำวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ในอนาคตหากมีการวิจัยทั้งด้านคุณภาพและด้านปริมาณมากขึ้นจะช่วยเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ประเด็นหนึ่งที่ควรพิจารณา คือ สัดส่วนของการวิจัยที่มีความเลื่อมล้ำกันระหว่างการวิจัยแบบไม่ทดลอง และการวิจัยเชิงทดลอง รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงผสมผสานอาจทำให้ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเกิดความสูญเปล่า เพราะเกิดช่องว่างระหว่างความรู้ที่ได้กับความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เนื่องจากมีความรู้พื้นฐานที่มากเกินไป รวมถึงเกิดช่องว่างระหว่างผู้สร้างความรู้และผู้ใช้ความรู้ ดังนั้น ทิศทางการวิจัยในอนาคตหากมีการวิจัยต่อยอดความรู้ที่ได้จากการวิจัยแบบไม่ทดลองไปสู่การวิจัยเชิงทดลอง จะช่วยลดช่องว่างขององค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยและส่งผลให้จำนวนและอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มต่างๆ ลดลง ซึ่งจะสอดคล้องกับประเด็นทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2550 - 2554) และระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2550 - 2559) ที่จะส่งเสริมให้มีการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550)

1.4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์พบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยมากกว่าในบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาทั้งในเพศชายและเพศหญิง ช่วงวัยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตามแบบการวิจัย พบว่าการวิจัยแบบไม่ทดลองส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 - 300 คน การวิจัยแบบทดลองและการวิจัยคุณภาพส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คน ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คน

จากผลการสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุพบว่า ประชากร/กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรัง ซึ่งสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคทางกายเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และการติดสารเสพติด เป็นต้น กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นหรือเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคหรือปัญหาทางร่างกายอื่นๆ ตามมา เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคพาร์คินสัน โรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ที่รายงานอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างเดียวและการเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น โรคทางกายเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม โรคหอบหืดและโรคเบาหวาน เป็นต้น และการศึกษาในต่างประเทศของ Goldman et al. (1999) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อย

copyright by MULIC

ร่วมกับโรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด ละผู้ป่วยทางกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Baldwin (2002) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นได้ทั้งสาเหตุและโรคร่วมในโรคทางกายเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรค Parkinson's และยังพบเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่ม โรค Alzheimer's โรคหัวใจ กระดูกสะโพกหัก และโรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

การศึกษาส่วนใหญ่ทำในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง ในช่วงวัยผู้ใหญ่ สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการศึกษาภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะปัจจัยเรื่องเพศและช่วงอายุว่าเป็นภาวะที่พบได้ในทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมถึงในช่วงวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศอเมริกาที่พบว่า ประชาชนอเมริกาเพศชายมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7 ในขณะที่เพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12 หรือพบความชุกชั่วชีวิตของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10 ในเพศชายและร้อยละ 20 ในเพศหญิง และปัจจัยวัยอายุ ได้แก่ วัยผู้ใหญ่ถือได้ว่าเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและต้องรับผิดชอบหลายอย่างจึงอาจทำให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าช่วงวัยอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์สุขภาพจิตเขต 4 (2542 อ้างใน สุมิตรา, 2547) พบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้นในสังคมไทยในทุกเพศและทุกกลุ่มอายุ และการศึกษาวิจัยของศิริพร จิรวัฒนกุลและคณะ (2551) พบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย ทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสซึมเศร้าได้เท่ากัน ถ้าครอบครัวขาดความอบอุ่นหรือมีปัญหาทำให้ผิดหวัง เสียใจ ทุกข์ใจ นอกจากนี้พบว่าผู้หญิงและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงมากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลาน เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทศอเมริกาที่พบว่า ประชาชนอเมริกาช่วงวัย 18 - 45 ปี เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น

สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตามแบบการวิจัย พบว่า การวิจัยแบบไม่ทดลองใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 - 300 คน การวิจัยแบบทดลองและการวิจัยคุณภาพใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่างานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยคำนึงถึงการเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เหมาะสมกับแบบการวิจัย รวมถึงคำนึงการเป็นตัวแทนของประชากรโดยรวม โดยเฉพาะในการวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองซึ่งจำเป็นต้องมีการวางกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการบำบัดที่ให้ (intervention) สอดคล้องกับสภาการวิจัยแห่งชาติ (2550) ในเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่จะมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานจะลดลงในลักษณะที่แปรผกผันกับกลุ่มตัวอย่าง และขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยแบบไม่ทดลองจะมีขนาดใหญ่กว่าการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง เช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เนื่องจากต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัวสำหรับการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็นที่เป็นแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.2 ทั้งนี้อาจเกี่ยวเนื่องจาก ภาวะซึมเศร้าหรือตัวแปรที่ผู้วิจัย

copyright by MULIC

ต้องการศึกษาเป็นภาวะที่มีลักษณะที่เฉพาะกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยต้องมีการกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เป็นตามข้อตกลงเบื้องต้น และเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตรงกับสนใจและให้ได้ความจริงเนื่องจาก ถ้าผู้วิจัยไม่ทำการกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะทำการวิจัย อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ของผลการวิจัยได้จากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย

1.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากการวิเคราะห์พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศไทยใช้ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) Beck Depression Inventory (BDI) และThai Geriatric Depression Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในจำนวนใกล้เคียงกัน ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือแบบ Self-rating scale วิธีการสร้างเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่นำเครื่องมือที่ได้มาตรฐานมาใช้ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่า ส่วนใหญ่มีการตรวจสอบทั้งความเที่ยงและความตรง

จากผลการสำรวจงานวิจัยพบว่า มีการเลือกใช้ CES-D BDI และTGDS เป็นแบบสอบถามในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนมาก แสดงให้เห็นว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้ามีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าศึกษาเพื่อประเมินผลการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชน เพราะแบบวัดทั้ง 3 แบบวัด เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้วัดภาวะซึมเศร้าได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก สามารถตอบได้ด้วยตนเอง เข้าใจได้ง่าย และมีข้อคำถามที่ไม่มากนัก สอดคล้องกับธรณินทร์ กองสุขและคณะ (2549) พบว่า ข้อดีของแบบสอบถาม CES-D คือ สะดวกที่จะนำไปใช้ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายและง่ายต่อการแปลผลด้วยเครื่องมือมีความเหมาะสมที่สุดในการนำไปคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีความแม่นตรงสูงในการวัด

ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-rating scale) นั้นสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าการเก็บข้อมูลด้วยวิธีอื่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ตอบแบบวัดหรือแบบสอบถามด้วยตนเองโดยตรง อีกทั้งผู้ตอบแบบวัดหรือแบบสอบไม่ต้องกังวลในการตอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hamilton (1979) พบว่า แบบสอบถามด้วยตนเองเป็นที่นิยมใช้เพราะผู้ตอบแบบสอบถามสามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง จึงไม่ต้องกังวลเวลาที่ตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้รวมถึงการที่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยทางกาย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยส่วนใหญ่เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าเครื่องมือเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ ทำให้มีการใช้เครื่องมือประเภท self rating scaleในการวิจัยเป็นจำนวนมาก

copyright by MULIC

สำหรับวิธีการสร้างเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่นำเครื่องมือที่ได้มาตรฐานมาใช้ และมีการตรวจสอบทั้งความเที่ยงและความตรง แสดงให้เห็นว่า เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเที่ยงและความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี ดังนั้น นักวิจัยสามารถนำเครื่องมือมาใช้ในงานวิจัยได้โดยไม่จำเป็นต้องสร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่ แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือส่วนใหญ่ที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าเป็นเครื่องมือที่สร้างโดยนักวิจัยต่างประเทศ แม้ว่าส่วนหนึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน อย่างไรก็ตามก็ตามก่อนที่นักวิจัยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำเป็นต้องหาความตรงเพื่อดูว่าเครื่องมือที่เลือกใช้นั้นสามารถวัดได้ตรงกับสิ่งที่นักวิจัยต้องการวัดหรือไม่ เช่นเดียวกับที่สภาวิจัยแห่งชาติ (2550) พบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้วัดตัวแปรที่ศึกษา วัดได้ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา หรือมิติที่ต้องการวัด ถือได้ว่าเครื่องมือนั้นมีความตรง

1.4.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จากการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยเป็นการใช้ทั้งสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงร่วมกันมากที่สุด สำหรับสถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติอ้างอิงพบว่าใช้ทั้งสถิติชนิดพารามิตริกซ์ (parametric) และสถิติอ้างอิงชนิดไร้พารามิตริกซ์ (non-parametric) โดยสถิติชนิดพารามิตริกซ์ใช้สถิติ t-test มากที่สุด และสถิติอ้างอิงชนิดไร้พารามิตริกซ์ใช้สถิติไคสแควร์ (chi square) มากที่สุด

จากการวิเคราะห์การเลือกใช้สถิติสะท้อนให้เห็นถึงความเหมาะสมของการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สอดคล้องกับแบบการวิจัยที่ใช้ในงานวิจัย อย่างไรก็ตามเป็นการใช้ทั้งสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงร่วมกัน แสดงให้เห็นว่านักวิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะเช่น เพศ อายุ อาชีพ เป็นต้น จึงเลือกใช้สถิติบรรยายเพื่อบรรยายข้อมูลดังกล่าว ข้อมูลเชิงปริมาณที่ต้องการอ้างอิงไปยังประชากรจึงเลือกสถิติอ้างอิง เนื่องจากสถิติบรรยายเป็นสถิติที่เป็นพื้นฐานของการวิจัยทุกแบบการวิจัยที่นักวิจัยใช้ เพื่อให้ทราบถึงลักษณะของตัวแปรที่นักวิจัยทำการวิจัย โดยเฉพาะสถิติร้อยละ แต่ผลที่ได้จากสถิติบรรยายไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรอื่นได้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2544; ยุวดี ฤาและคณะ, 2543) จึงจำเป็นที่นักวิจัยต้องใช้สถิติอ้างอิงมาในการวิเคราะห์ข้อมูล และเมื่อพิจารณาชนิดของสถิติอ้างอิงพบว่า มีการเลือกใช้สถิติ chi square มากที่สุด โดยสถิติ chi square เป็นสถิติที่ใช้ในงานวิจัยที่ต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แสดงให้เห็นว่างานวิจัยในอดีตที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาประเด็นที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับจำนวนงานวิจัยในอดีตที่ผ่านมาส่วนมากเป็น

copyright by MULIC

งานวิจัยไม่ทดลอง แบบ descriptive correlational มากที่สุด จึงพบว่ามีการเลือกใช้สถิติ chi square มากที่สุดด้วยเช่นกัน

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งหมด 183 เรื่อง พบว่าเป็นการวิจัยแบบไม่ทดลอง จำนวน 120 เรื่อง การวิจัยแบบทดลอง/กึ่งทดลอง จำนวน 56 เรื่อง และงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 6 เรื่อง โดยในแต่ละกลุ่มงานวิจัยสามารถวิเคราะห์ผลการวิจัยตามเนื้อหาและพบว่ามีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

2.1 งานวิจัยแบบไม่ทดลอง

สำหรับงานวิจัยแบบไม่ทดลอง สามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ เป็นการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 40 เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจำนวน 58 เรื่อง และการศึกษาแบบวัดภาวะซึมเศร้า 15 เรื่อง

2.1.1 ผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 40 เรื่อง พบว่าเป็นการศึกษาความชุกที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 35 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด กลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช และกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 เรื่อง ในกลุ่มผู้หญิงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด และกลุ่มสตรีวัยเปลี่ยน สำหรับผลของความชุกและอุบัติการณ์มีความแตกต่างกัน โดยในกลุ่มผู้หญิงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดและสตรีวัยเปลี่ยนพบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 2.8 - 78.05 กลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังพบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 6.7 - 71.9 กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชพบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 8.7 - 75.6 และกลุ่มผู้สูงอายุพบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 17.0 - 64.7 ในจำนวนนี้มีงานวิจัย 2 เรื่องที่รายงานค่าความชุกอย่างชัดเจนว่าเพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

จากผลการสำรวจงานวิจัยพบว่า มีการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า ในหลายกลุ่มประชากร และในแต่ละกลุ่มที่ศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้ากันแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่านักวิจัยเห็นความสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มว่า ความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน ซึ่งสาเหตุและปัจจัยหลักแต่ละกลุ่มอาจมีความแตกต่างกัน เช่น ในกลุ่มของผู้หญิงการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอาจเป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับเกิด

copyright by MULIC

ภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังสภาวะของโรคที่เป็นอยู่อาจเป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับเกิดภาวะซึมเศร้า และในกลุ่มของผู้สูงอายุภาวะสุขภาพอาจเป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความชุกทำให้พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ กับภาวะทางกาย

นอกจากนี้การศึกษาในแต่ละกลุ่มประชากร อาจเกี่ยวข้องกับการใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน เช่น ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา สถานที่ที่ทำการศึกษาและแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่นักวิจัยเลือกใช้ จากความแตกต่างเหล่านี้อาจส่งผลให้ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันออกไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของธรณินทร์ กองสุขและคณะ (2549: 24) ที่กล่าวว่า การที่ความชุกของโรคซึมเศร้าแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศอาจเนื่องมาจาก ความแตกต่างของช่วงเวลาที่ศึกษา เกณฑ์ในการวินิจฉัย ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้และวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับนันทิกา ทวิชาชาติ (2548) ที่กล่าวว่า การศึกษาระบาดวิทยาของโรคต่างๆ มีประโยชน์อย่างมากต่อการวิจัยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและนโยบายทางสุขภาพจิต ข้อมูลที่ได้ในอดีตสามารถบอกถึงระยะของการดำเนินโรค อาการความผิดปกติทางจิต จะช่วยในการจัดระบบการบริการ การดูแลรักษา และการป้องกันที่ครอบคลุม ข้อสังเกตที่ได้จะช่วยให้บุคคลากรทางด้านสุขภาพได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากขึ้น

นอกจากนี้จากงานวิจัย 2 เรื่อง ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย กล่าวคือ การศึกษาของนิภาวรรณ ลีนานนท์ (2549) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงร้อยละ 54.4 และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ชายร้อยละ 15.8 และการศึกษาของผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และคณะ (2548) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงร้อยละ 75.6 และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ชายร้อยละ 24.4 สะท้อนให้เห็นว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยมีความสอดคล้องกับต่างประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกชั่วชีวิตของโรคซึมเศร้าซึ่งพบร้อยละ 15 ในผู้หญิงและร้อยละ 8 ในผู้ชาย (McCann, 1999: 325) สอดคล้องกับการศึกษาของธรณินทร์ กองสุข (2527) ที่สำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทยปี 2546 พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.2 โดยเป็นความชุกในผู้หญิงร้อยละ 3.98 และในผู้ชายร้อยละ 2.47 และสอดคล้องกับการศึกษาความชุกในต่างประเทศของ Silverstein (1999, 2002) ที่พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคทางกายมากกว่าผู้ชายที่ป่วยด้วยโรคทางกาย เช่นเดียวกับผลการวิจัยอภิมาน (Meta analysis) เกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ ชนิดที่ 2 ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28 ในผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง และร้อยละ 18 ในผู้ป่วยเบาหวานเพศชาย (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001)

copyright by MULIC

2.1.2 ผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 58 ชื่อเรื่อง สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าตามกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยทางกาย ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีวัยเปลี่ยนและกลุ่มผู้ดูแล ได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) และปัจจัยด้านสังคม (Sociological factor) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมพบว่า ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในทุกกลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านตัวโรค/สภาวะจากโรค กลุ่มผู้ป่วยสตรีพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและปัจจัยด้านจิตใจ และกลุ่มผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านภาวะสุขภาพกายและปัจจัยด้านจิตใจ

จากผลการวิจัยเป็นที่น่าสังเกตว่าปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในทุกกลุ่ม เป็นสิ่งสะท้อนและยืนยันทฤษฎีทางสังคมที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคมได้อย่างชัดเจน สำหรับการเลือกศึกษาปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในทุกกลุ่ม เป็นการสะท้อนว่าเหตุการณ์ความเครียดไม่ว่าระดับของความรุนแรงจะเป็นอย่างไร หากแต่เมื่อเกิดกับบุคคลย่อมก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาได้เช่นเดียวกัน ซึ่งผลกระทบที่เห็นได้ชัดและก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม คือ ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์เหตุการณ์ความเครียดในครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศกล่าวคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ O'hara & Swain (1996) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะหลังคลอด และสอดคล้องกับการทบทวนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน (2549) พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การถูกทำร้ายอย่างรุนแรง (OR = 25.3) การมีปัญหาหนักทางการเงิน (OR = 5.8) ครอบครัวมีปัญหากันอย่างรุนแรง (OR = 7.2) การเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง (OR = 3.1) ตกงาน (OR = 3.9) การถูกฟ้องร้อง มีคดีความ (OR = 10.8) เกิดการสูญเสียจากการตาย การพลัดพราก และการเสื่อมเสียชื่อเสียง อับอาย ขายหน้า (OR = 2.9, 3.1, 3.0 ตามลำดับ) เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่มีเหตุการณ์ คนปกติหรือ ผู้ที่ไม่เคยอยู่ในภาวะเหล่านี้

copyright by MULIC

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า เป็นไปในทิศทางเดียวกับการวิจัยภายในประเทศไทยก่อนหน้าและเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ กล่าวคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน (2549) พบว่า การสนับสนุนจากสังคมต่ำ (OR = 3.1) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะหลังคลอด จากผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสังคมมีส่วนช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับ Weiss (1994 อ้างในพรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ดูแลผู้อื่น การได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสมานฉันท์ที่ดีกับเครือญาติ และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และการศึกษาของ O'hara & Swain (1996) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ในปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจและปัจจัยด้านสังคมพบว่ามีความแตกต่างกันออกไปตามกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา สะท้อนให้ว่านักวิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่มที่อาจทำให้ประชากรแต่ละกลุ่มเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันมาศึกษา เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้า การป้องกันและการรักษาประชากรแต่ละกลุ่มได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สำหรับปัจจัยในกลุ่มผู้ป่วยทางกาย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวโรคและการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้ภาวการณ์เจ็บป่วย ระดับการดูแลตนเอง แหล่งทักษะภายในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก การรักษาด้วยการฉายรังสี การหมดสมรรถภาพทางเพศ ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความบกพร่องในการมองเห็น จำนวนข้อที่บวม จำนวนข้อที่กดเจ็บ ความปวดอาการหายใจลำบาก เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และรวมถึงปัจจัยระดับความหวัง ปัจจัยดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับสภาวะของโรคในกลุ่มผู้ป่วยทางกายเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากภาวะโรคทางกายที่เผชิญอยู่ และภาวะโรคดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับภาวะโรคทางกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง คือผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากโรคมะเร็ง เป็นโรคที่เกิดจากการแบ่งตัว การเจริญเติบโตและการขยายลุกลามของกลุ่มเซลล์หรือเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ กลายเป็นเนื้องอกร้ายแรง ที่ทำให้เนื้อเยื่อที่ปกติของร่างกายได้รับผลกระทบ จนไม่สามารถทำหน้าที่ตามธรรมชาติได้ และทำให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยหรือตาย ซึ่งระยะเวลาในการเผชิญโรคมะเร็งขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็งและความรุนแรง

copyright by MULIC

ของโรค (ภัคจิรา รัชตะสังข์, 2547) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจึงเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ และ HIV เป็นผู้ป่วยที่เกิดความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน จากการที่ไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ และเกิดการติดเชื้ออื่นๆ แทรกได้ง่าย รวมถึงเกิดอาการหลายอย่าง ไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cole et. al. (2001) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ภาวการณ์บกพร่องในหน้าที่ของปอด และการแยกตัวภายหลังการเจ็บป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Manen, Bindels, Dekker, Jzermans, Zee & Schadé (2002) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อวัดด้วย CES-D ได้แก่ การบกพร่องของร่างกายและระบบการหายใจ การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี และการอาศัยอยู่ตามลำพัง

สำหรับกลุ่มสตรีวัยเปลี่ยนพบว่า ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ จำนวนอาการที่พบในวัยหมดประจำเดือน ลักษณะการมีประจำเดือน ประวัติโรคทางจิตในครอบครัวรวมถึงประวัติโรคซึมเศร้า และกลุ่มสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตสมรส ความตั้งใจในการมีบุตร อาการวิตกกังวล ภาพลักษณ์ เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน ส่งผลให้ผู้หญิงเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจโดยเฉพาะในด้านอารมณ์ กล่าวคือ เกิดความรู้สึกหงุดหงิด และความขัดแย้งทางอารมณ์ได้ง่าย ในบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาอภิมาน (Mata analysis) ของ Beck & Tatano (1996, 2001) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าระยะก่อนคลอด ความเครียดในการดูแลบุตร ความเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลระยะก่อนคลอด ภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์ ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และประวัติซึมเศร้าในอดีต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พื้นฐานอารมณ์ของทารก สถานภาพสมรส เศรษฐานะทางสังคม และการไม่ได้วางแผนในการมีบุตรหรือการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2549) ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี รูปลักษณ์ภายนอก ภาระงานมากเกินไป ความยากจน การสูญเสีย การพลัดพรากจากสิ่งที่เป็นที่รัก ภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย ความรุนแรงต่างๆ ปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง การสิ้นสุดภาวการณ์เจริญพันธุ์

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความว้าเหว่ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

copyright by MULIC

โดยเฉพาะความว้าเหว่ นับได้ว่าเป็นปัจจัยที่ต้องตระหนักเป็นอย่างยิ่ง สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความทุกข์ทรมานจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (พรเพ็ญ สำเภา, 2549) และถ้ารวมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพของร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบประสาทสัมผัสที่ลดลง ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบผิวหนัง และระบบต่อมไร้ท่อที่ลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ในบางรายอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและเรื้อรัง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ ยิ่งไปกว่านั้นในผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงและด้านวัฒนธรรมสังคม เช่น การเปลี่ยนสถานภาพทางสังคม การยึดมั่นในระบบการคิดของตนเอง การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน การพบปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาอภิมาน (meta-analysis) ของ Cole & Dendukuri (2003) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การไร้ความสามารถ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ภาวะซึมเศร้าก่อนหน้า ภาวะรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและความเศร้าโศกเสียใจ การเปลี่ยนแปลงของการนอนและเพศหญิง

2.1.3 ผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 เรื่อง พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Screening) และเพื่อประเมินผลการรักษาภาวะซึมเศร้า (Clinical) จำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งแบบวัดภาวะซึมเศร้ามีการทดลองใช้ในหลายกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ผู้ป่วยทางจิต และผู้หญิง เป็นต้น นอกจากนี้พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ผู้วิจัยทำการแปลหรือดัดแปลงจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐานจากต่างประเทศ จำนวน 10 เรื่อง และจำนวน 5 เรื่อง เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นใหม่

จากผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนนักวิจัยให้ความสำคัญในการประเมินภาวะซึมเศร้า สังเกตจากจำนวนของงานวิจัยที่พัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการคัดกรองมีจำนวนใกล้เคียงกัน รวมถึงมีการพัฒนาแบบวัดในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย อาจเกี่ยวเนื่องกับเป้าหมายในการใช้แบบวัดที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าต้องการใช้แบบวัดเพื่อแยกบุคคลที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า ต้องใช้แบบวัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการคัดกรอง แต่ถ้าต้องการใช้แบบวัดเพื่อประสิทธิภาพในการรักษาต้องใช้แบบวัดที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการรักษาภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับธรณินทร์ กองสุข (2549) ที่กล่าวว่า ในการตัดสินใจเลือกใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า ขึ้นกับเป้าหมายในการประเมิน ได้แก่ เพื่อการคัดกรองควรใช้แบบวัดเพื่อแยกบุคคลที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัด

copyright by MULIC

ในขณะที่การใช้เพื่อการประเมินผลการรักษาภาวะซึมเศร้าควรใช้เครื่องที่มีเนื้อหาตรงเป้าหมายของแผนการรักษา รวมถึงมีความไวเมื่อพบการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้การใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าหากมีเป้าหมายเพื่อใช้วัดภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มที่แตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยทางจิต และผู้หญิง การเลือกใช้แบบวัดจะแตกต่างกันทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการประเมิน โดยเฉพาะการใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีบริบทหรือวัฒนธรรมที่เฉพาะ เช่นในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากจำนวนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการสร้างแบบวัดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในวิถีการดำเนินชีวิต และอาจเกี่ยวข้องกับการพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในภาคตะวันเฉียงเหนือสูงกว่าในภาคอื่นๆ ร่วมด้วย สอดคล้องกับ Visannuyothin (2007) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่พบในทุกภูมิภาคแต่ภูมิภาคที่พบมากที่สุด คือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.2 การวิจัยแบบทดลอง จากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบทดลอง จำนวน 56 ชื่อเรื่อง ผู้วิจัยวิเคราะห์รูปแบบการบำบัด โดยแบ่งตามกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยทางกาย กลุ่มผู้ป่วยทางจิต กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแล พบว่ารูปแบบการบำบัดมีความหลากหลาย แต่เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่า การบำบัดที่พบในทุกกลุ่มเป็นการบำบัดที่เน้นด้านจิตสังคม ได้แก่ การให้คำปรึกษาและการบำบัดทางปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอวีและเอดส์ (HIV) เป็นต้น พบว่ามีการบำบัดโดยการให้คำปรึกษาและการบำบัดทางปัญญาเป็นส่วนใหญ่

ผลการวิจัยสะท้อนและยืนยันให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการบำบัดภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในปัจจุบัน โดยเฉพาะการบำบัดทางจิตสังคม เนื่องจากการบำบัดทางจิตสังคมจะช่วยปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของภาวะซึมเศร้าได้ร่วมกับการรักษาด้วยยา การพบรูปแบบการบำบัดในงานวิจัยในครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาอภิมาน (meta analysis) ในต่างประเทศของ Barsevick, Sweeney, Haney & Chung (2002) ที่ศึกษาจากทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการบำบัดภาวะซึมเศร้า จำนวน 36 เรื่อง ตั้งแต่ปี ค.ศ.1980-ค.ศ.2000 พบว่าร้อยละ 70 เป็นพฤติกรรมบำบัด ร้อยละ 60 เป็นการให้คำปรึกษา และร้อยละ 58 เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducational interventions)

จากการที่พบการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต สะท้อนได้อย่างชัดเจนว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชเท่านั้น แต่เป็นปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรังด้วย บุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เพราะภาวะซึมเศร้าอาจ

copyright by MULIC

เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้นได้ เห็นได้จากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอวีและเอดส์ (HIV) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะโรคอย่างรุนแรง ซึ่งส่งผลต่อสภาวะร่างกายและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอวีและเอดส์ (HIV) จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องมากยิ่งขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมโดยเฉพาะการบำบัดโดยการให้คำปรึกษาและการบำบัดทางปัญญาจะช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ดีขึ้นได้ รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่พบในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Uitterhoeve et al. (2004) จำนวน 13 เรื่อง พบว่า การบำบัดรักษาทางจิตสังคมโดยเฉพาะการบำบัดทางพฤติกรรม เช่น การผ่อนคลาย การสนับสนุนทางสังคม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รวมถึงการให้คำปรึกษาช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Williams & Dale (2006) พบว่าการบำบัดทางจิต โดยเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถใช้บำบัดในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามการบำบัดทางความคิดและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมปัญญาเป็นการบำบัดทางจิตเวชขั้นสูงที่ผู้ให้การบำบัดควรมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของนภาพร ตั้งพูลผลวณิชย์ (2550) พบว่าบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงหรือระดับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ระดับปริญญาโท ซึ่งบทบาทที่สำคัญได้แก่ การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยทั้งบุคคลและครอบครัว การประเมินและวินิจฉัย การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการสั่งจ่ายยา รวมถึงการสอนเกี่ยวกับสุขภาพจิต การทำจิตบำบัดรายบุคคล ครอบครัวบำบัดและกลุ่มบำบัด เพื่อเอื้ออำนวยในการฟื้นฟูสภาพ และนอกจากนั้นบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับสูงยังรวมถึงการเป็นที่ปรึกษา (Consultant role) และเป็นผู้ติดต่อให้ความร่วมมือ (Liaison nursing role)

อย่างไรก็ตาม สำหรับการพบงานวิจัยที่ศึกษารูปแบบการบำบัดในกลุ่มผู้ดูแลจำนวนไม่มากเพียง 5 เรื่องจากงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด 56 เรื่อง แต่สะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักถึงปัญหาของผู้ดูแล ซึ่งนำไปสู่ความต้องการการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดดูแลภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่และภาระที่สูง เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังเช่น กลุ่มผู้ดูแลในการวิจัย 5 เรื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคซึมเศร้า และผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ที่กล่าวว่า จากภาวะโรคที่มีความก้าวหน้าและรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง ญาติและครอบครัวต้องมามีบทบาทในการ

copyright by MULIC

ดูแลทั้งภาระค่าใช้จ่ายและภาระที่ต้องกระทำให้กับผู้ป่วย ได้แก่ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมถึงให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น การประเมินสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการเปลี่ยนแปลงของโรคและบทบาทหน้าที่และภาระที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเหล่านี้ ถือได้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่และภาระที่หนัก จึงทำให้นักวิจัยเริ่มตระหนักและให้ความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งเห็นได้จากเริ่มมีการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ การบำบัดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การให้ความรู้เรื่องโรค การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Cooke, McNally, Mulligan, Harrison & Newman (2001) พบว่า การบำบัดที่เน้นการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมหรือการบำบัดทางสังคม เช่นการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางความคิด สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่มดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากนี้การศึกษาของ William และคณะ (2003) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่าการให้การคำปรึกษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ดูแล

2.3 การวิจัยเชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง พบว่าเป็นการศึกษาประสบการณ์ การรับรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการจัดการภาวะซึมเศร้าจากบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

จากผลการวิจัยเป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนงานวิจัยเชิงคุณภาพมีจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยเชิงปริมาณ อย่างไรก็ตามสะท้อนให้เห็นว่านักวิจัยเริ่มให้ความสนใจในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในแง่มุมเชิงคุณภาพมากขึ้น อาจเนื่องจากนักวิจัยมีองค์ความรู้ในการวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้นและเห็นความสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพมากกว่าในอดีต และตระหนักว่าองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ในการวิจัยเชิงปริมาณบางแง่มุมที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวเลข หรือค่าทางสถิติ เช่น กระบวนการคิดรู้และความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับศิริมา มณีโรจน์ (2549) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปริมาณอาจมีตัวแปรบางตัวที่ผู้วิจัยต้องการทราบ แต่ไม่สามารถอธิบายออกมาเป็นตัวเลขได้ เช่น ความซึมเศร้า ความเครียด ความท้อแท้ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่นเดียวกับชาย โพธิสิตา (2548) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่แสวงหาข้อเท็จจริงที่เป็นปรากฏการณ์ของสังคมที่เกิดขึ้น ตามหลักเหตุผลเชิงอุปนัย (Inductive) ที่เน้นการทำความเข้าใจแบบองค์รวม โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักที่ได้จากการที่นักวิจัยติดต่อกับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยโดยตรง รวมถึงการให้ความสำคัญแก่พลวัตรของสิ่งที่ศึกษา เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ กระบวนการ หรือแบบแผนของปรากฏการณ์ตามสภาพที่เป็นจริงในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลของสังคม

copyright by MULIC

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย จำแนกตาม 1.1) คุณลักษณะงานวิจัย (Research characteristic) ได้แก่ ชนิดงานวิจัย ปีพ.ศ.ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย ประเภทการวิจัย 1.2) ปัญหาการวิจัย (Research question/ objective) ได้แก่ ปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย 1.3) กรอบแนวคิดและทฤษฎี (Theoretical/conceptual framework) ได้แก่ สมมติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย 1.4) วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) ได้แก่ แบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 2) เพื่อวิเคราะห์และสรุปองค์ความรู้จากผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยตามรูปแบบการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

จากการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย สามารถวิเคราะห์และสรุปผลได้ดังนี้

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิต ช่วงเวลาปีที่ตีพิมพ์งานวิจัยมากที่สุด คือ ปี พ. ศ. 2547- 2550 แหล่งผลิตส่วนใหญ่มาจากทบวงมหาวิทยาลัย ประเภทการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยพื้นฐาน สมมติฐานการวิจัยที่ระบุเป็นสมมติฐานแบบมีทิศทาง กรอบแนวคิดที่ระบุสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมมากที่สุด สำหรับงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีเป็นกรอบแนวคิดส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม รองลงมาเป็นทฤษฎีทางการพยาบาล แบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลองรองลงมาเป็นการวิจัยแบบทดลอง สำหรับแบบแผนการวิจัยของการวิจัยแบบทดลองส่วนใหญ่เป็นการวัดก่อนหลัง 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วย โดยพบว่าเป็นการศึกษาในผู้ป่วยทางกายมากที่สุด เพศที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิง ช่วงวัยที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในวัยผู้ใหญ่ การได้มาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่ใช้ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) Beck Depression Inventory (BDI) และ Thai Geriatric

copyright by MULIC

Depression Scale (TGDS) จำนวนใกล้เคียงกัน ประเภทเครื่องมือส่วนใหญ่เป็น Self-rating scale วิธีการสร้างเครื่องมือส่วนใหญ่นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือส่วนใหญ่ตรวจสอบทั้งความเที่ยงและความตรง วิธีการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ใช้ทั้งสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงร่วมกันมากที่สุด สำหรับสถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ส่วนใหญ่ใช้สถิติชนิดพารามิตริกซ์ โดยเป็นการใช้สถิติ t-test มากที่สุด และในส่วนของสถิติอ้างอิงชนิดพารามิตริกซ์ ใช้สถิติไคสแควร์ (chi square) มากที่สุด

2. รายละเอียดผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย วิเคราะห์ผลตามรูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยแบบไม่ทดลอง จำนวน 120 เรื่อง การวิจัยแบบทดลอง/กึ่งทดลองจำนวน 56 เรื่อง และการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 6 เรื่อง พบว่า

2.1 การวิจัยแบบไม่ทดลอง แบ่งผลการวิจัยได้เป็น 3 วัตถุประสงค์ คือ การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า และการศึกษาและพัฒนาแบบวัด มีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความชุกแบบช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (point prevalence) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.8 - 78.05 และกลุ่มที่มีการศึกษา ได้แก่ กลุ่มสตรีที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด กลุ่มสตรีวัยเปลี่ยน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิต ในขณะที่การศึกษาอุบัติการณ์จำนวน 5 เรื่อง ทำการศึกษาในกลุ่มสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอดและการศึกษาในสตรีวัยเปลี่ยน พบอุบัติการณ์ร้อยละ 6.67-38.05

2.1.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ผู้ป่วยทางจิต กลุ่มสตรี ตั้งครรภ์และหลังคลอด กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีวัยเปลี่ยนและกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ เหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม

2.1.3 การศึกษาพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า พบว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Screening) จำนวน 8 เรื่อง และเพื่อประเมินผลการรักษาภาวะซึมเศร้า (Clinical) จำนวน 7 เรื่อง แบบวัดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ทำการแปลหรือดัดแปลงจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐาน กลุ่มที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยทางจิตเวช

copyright by MULIC

2.2 การวิจัยแบบทดลอง พบว่ามีรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายแตกต่างกันตามกลุ่มผู้ป่วยทางกาย กลุ่มผู้ป่วยทางจิต กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแล แต่ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การให้คำปรึกษา การผ่อนคลาย โดยทุกการบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

2.3 การวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประสบการณ์และการรับรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเฉพาะประเทศไทย ผลการวิจัยจึงไม่อาจอ้างอิงไปยังกลุ่มเด็กและวัยรุ่นได้
2. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผลการบำบัดทางจิตสังคม ผลการวิจัยจึงไม่อาจอ้างอิงไปยังที่เกี่ยวกับยา พืชสมุนไพร การทดลองทางห้องปฏิบัติการและการศึกษาในสัตว์ทดลอง
3. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ ร่วมกับการสืบค้นด้วยมือ อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นการสืบค้น
4. การวิจัยในครั้งนี้ถือว่าเป็นการวิจัยแบบทุติยภูมิ (secondary research) ข้อมูลที่ได้จึงต้องอิงจากผลการวิจัยก่อนหน้าเป็นหลัก ซึ่งอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ หากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิมีการแปลผลผิดพลาด
5. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการสำรวจและรวบรวมงานวิจัยเฉพาะที่มีรูปเล่มงานวิจัยฉบับเต็มเท่านั้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงผสมผสานมีน้อยกว่าการวิจัยเชิงปริมาณจึงควรสนับสนุนให้มีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงผสมผสานให้มากขึ้น เพื่อช่วยเพิ่มเติมองค์ความรู้เชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้น โดยเฉพาะในการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายหรือฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยผู้ดูแล
2. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า มีการวิจัยแบบทดลองจำนวนน้อยกว่าการวิจัยแบบไม่ทดลอง จึงควรสนับสนุนให้มีการวิจัยแบบทดลองให้มากขึ้น เนื่องจากเมื่อผู้วิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า จะนำมาซึ่งการพัฒนาโปรแกรมการบำบัด
3. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรัง มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิต และกลุ่มผู้ดูแลมีจำนวนน้อย จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตและกลุ่มผู้ดูแลให้มากขึ้น

copyright by MULIC

4. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การบำบัดส่วนใหญ่ในการวิจัยแบบทดลองเป็นการบำบัดเพื่อการรักษามากกว่าการบำบัดเพื่อการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู จึงควรสนับสนุนให้มีการบำบัดเพื่อการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู ให้มากขึ้น

5. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยที่เกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความชุกแบบช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (point prevalence) หรือเป็นการวัดที่เวลาในเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Study) จึงควรมีการศึกษาความชุกแบบชั่วชีวิต (Life time prevalence) ให้มากขึ้น

6. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยที่เกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มบุคคลวัยทำงานน้อย จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มบุคคลวัยทำงานให้มากขึ้น

7. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีบางปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่สามารถสรุปทิศทางได้ชัดเจน จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาปัจจัยนั้นซ้ำเพื่อดูความชัดเจนของปัจจัยที่ศึกษาที่มีต่อภาวะซึมเศร้า

8. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำ จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต

9. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาโดยนักวิจัยจากต่างประเทศไทยมาใช้ ดังนั้น แบบวัดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาโดยนักวิจัยไทยจึงมีน้อย จึงควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าโดยนักวิจัยไทย เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของประเทศไทย

10. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การบำบัดส่วนใหญ่ในการวิจัยแบบทดลองเป็นการประเมินผลการบำบัดเพียงครั้งเดียว จึงไม่เห็นประสิทธิผลของการบำบัดในระยะยาว จึงควรมีการวิจัยระยะยาวให้มากขึ้น เพื่อดูประสิทธิผลของการบำบัดในระยะยาว

11. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การบำบัดส่วนใหญ่ในการวิจัยแบบทดลองเป็นการบำบัดในผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรังมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยทางจิตและกลุ่มผู้ดูแล จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตและกลุ่มผู้ดูแลให้มากขึ้น

12. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การบำบัดที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะเช่น การบำบัดทางความคิดและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมปัญญามีจำนวนน้อย จึงควรสนับสนุนให้พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญ ได้มีการวิจัยแบบทดลองที่ต้องใช้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะให้มากขึ้น

copyright by MULIC

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย
(A SURVEY OF DEPRESSION IN THAILAND)

สุทธานันท์ ชุนแจ่ม 4837049 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ผศ.ดร.โสภิณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing),
อ.ดร. ทัศนา ทวีคูณ, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ชีวิตประจำวันของบุคคลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิต การหย่าร้าง การประสบปัญหาในการทำงาน การประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงการไม่สมหวังในสิ่งคาดหวังไว้ อาจเป็นปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง เครียด ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้าดังกล่าวถือว่าเป็นภาวะปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามถ้าภาวะซึมเศร้ามีระยะเวลานานเกินกว่า 2 สัปดาห์ อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้า นอกจากปัจจัยด้านสังคมจากการศึกษาและวิจัยพบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และความผิดปกติของฮอร์โมน เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า โรคซึมเศร้ามักพบในผู้ที่หย่าร้าง แยกทางหรืออยู่คนเดียว โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นอัตรา 2 : 1 (Horwath & Weissman, 1995; Kaplan & Sadock, 2000; Stahl, 2000) ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า หลายการศึกษามีความเห็นคล้ายกันว่ามีผลต่อตัวบุคคล ครอบครัวและสังคมในเรื่องความรู้สึก การดำเนินชีวิตประจำวัน และเศรษฐกิจ (มาโนช หล่อตระกูล, 2547; มัณฑนา นทีธาร, 2547; รวิวรรณ คำเงิน, 2546; APA 1994 as cited in Lilja, Hellzen, Lind & Hellzen, 2006) เช่นเดียวกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก (Murray & Lopez, 1996) และคาดการณ์ว่าในปี 2020 (พ.ศ. 2560) หรืออีก 14 ปี ข้างหน้า ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจาก

copyright by MULIC

โรคซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก โดยคิดเป็นร้อยละ 10 - 25 ของผู้หญิงและร้อยละ 5 - 12 ของผู้ชายที่เป็นโรคนี้ (Murray & Lopez, 1996) สำหรับในประเทศไทยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้นในสังคมไทยในทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ (ศูนย์สุขภาพจิตเขต 4, 2542 อ้างใน สุมิตรา เดชพิทักษ์, 2547) ข้อมูลการสำรวจจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ. 2548 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 93,566 คน คิดเป็นอัตรา 149.90 ต่อแสนประชากร และเป็นลำดับ 5 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2548) และในปีพ.ศ. 2549 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็น 116,847 คนต่อแสนประชากร คิดเป็นอัตรา 185.98 และเป็นเลื่อนขึ้นมาอยู่ลำดับ 4 ในกลุ่มโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2549)

นอกจากนี้พบว่า โรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ร่วมกับโรคอื่นๆ ทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และการติดสารเสพติด เป็นต้น และโรคซึมเศร้าเองถึงแม้จะมีการพยากรณ์โรคที่ดี แต่มีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้บ่อย (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2533) ที่ยิ่งไปกว่านั้นการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการรายงานของมาโนช หล่อตระกูล (2544) ที่พบว่า ประมาณร้อยละ 20 - 35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย มีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า

จากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าและผลกระทบที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีนักวิจัยในศาสตร์สาขาวิชาชีพต่างๆ ทำการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ในแง่มุมทางด้านชีววิทยาการแพทย์ จิตเวชศาสตร์ มานุษยวิทยาการแพทย์ และจิตวิทยา เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อภาวะซึมเศร้าอย่างถ่องแท้ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) สำหรับการทำวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า แม้ไม่ปรากฏหลักฐานบันทึกที่แน่ชัดว่าเริ่มมี เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อไร แต่จากการสืบค้นข้อมูลทางฐานข้อมูลออนไลน์เท่าที่สามารถสืบค้นได้ พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยมีการเผยแพร่ผลงานวิจัยครั้งแรกในปีพ.ศ. 2517 หลังจากการเริ่มต้นดังกล่าว พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าตีพิมพ์เผยแพร่ออกมาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึงในปัจจุบัน ทิศทางการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆ จากการวิจัยเชิงบรรยายไปสู่การวิจัยเชิงทดลอง และรายละเอียดของผลงานวิจัยแต่ละฉบับมีความหลากหลาย แตกต่างกันออกไปตามปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัยที่เป็นตัวกำหนดให้วัตถุประสงค์ในการวิจัยรวมถึงแบบการวิจัยแตกต่างกันออกไปด้วยเช่นกัน

จากระยะเวลาในการเริ่มต้นทำการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ารวมกับปริมาณงานวิจัยที่มีจำนวนมาก ซึ่งมีความแตกต่างในรายละเอียดทำให้เกิดข้อสงสัยว่าองค์ความรู้ในเรื่องภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันเป็นอย่างไร ซึ่งการที่จะทราบว่าในปัจจุบันการวิจัยในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมีการทำวิจัยถึงระดับใด องค์ความรู้ที่ได้เป็นอย่างไร จะได้จากการวิจัยแบบสำรวจผลงานวิจัยที่ผ่านมา เพราะการ

copyright by MULIC

สำรวจงานวิจัยจะทำให้เห็นว่ามีประเด็นใดที่สามารถนำไปสังเคราะห์สรุปเป็นความรู้ และนำไปปฏิบัติได้ (Wojner, 1996 อ้างใน ฉวีวรรณ ธงชัย, 2547) แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีนักวิจัยคนใดทำการสำรวจและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย เพื่อนำมาวิเคราะห์และศึกษาดูว่าในอดีตที่ผ่านมางานวิจัยมีคุณลักษณะงานวิจัยและรายละเอียดผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเป็นอย่างไร ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเล็งเห็นความสำคัญและเกิดความสนใจที่จะสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยที่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อทำการรวบรวมและสังเคราะห์ ให้ได้ข้อสรุปและองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่จะนำองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยได้ต่อไปในอนาคต

ปัญหาการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. ผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยมีรายละเอียดเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย จำแนกตาม

1.1 คุณลักษณะงานวิจัย (Research characteristics) ได้แก่ ชนิดงานวิจัย ปีพ.ศ.ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย และประเภทการวิจัย

1.2 ปัญหาการวิจัย (Research question/objective) ได้แก่ ปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย

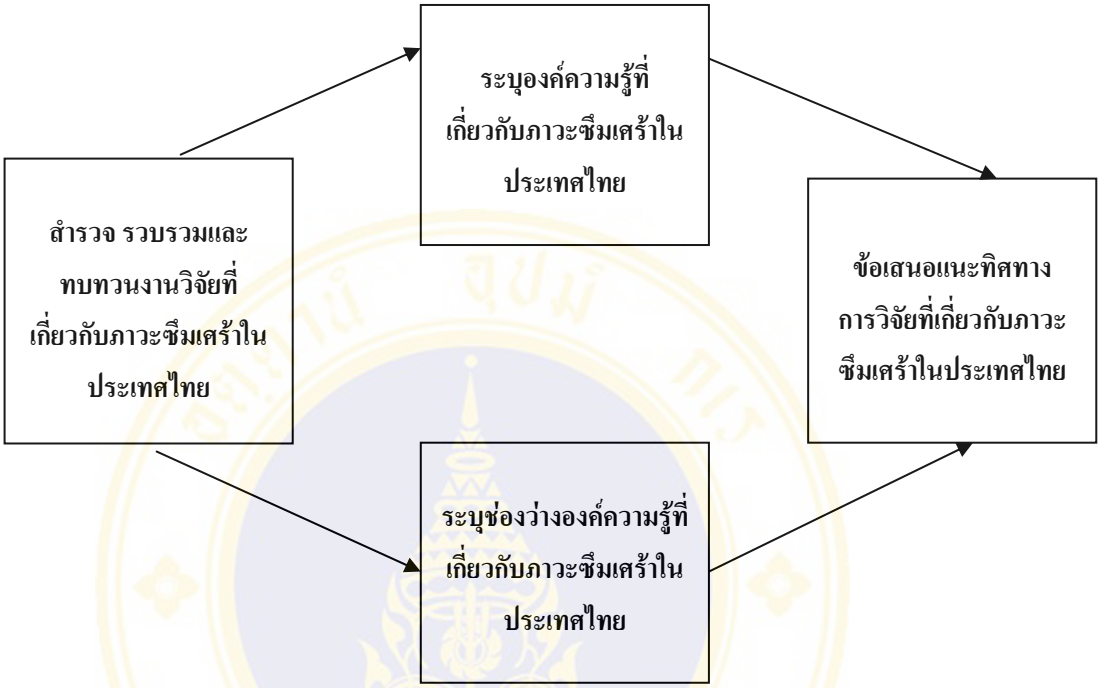
1.3 กรอบแนวคิดและทฤษฎี (Theoretical/ conceptual framework) ได้แก่ สมมติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) ได้แก่ แบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. เพื่อวิเคราะห์และสรุปองค์ความรู้จากผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยตามรูปแบบการวิจัย

copyright by MULIC

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจงานวิจัยมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งอธิบายได้ว่า การสำรวจ รวบรวม—และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย จะทำให้สามารถระบุองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย และระบุช่องว่างขององค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะและทิศทางการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ และรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเฉพาะที่ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2517 ถึงปีพ.ศ. 2550 สืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์เฉพาะห้องสมุดของสถาบันการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้อง ทางด้านสุขภาพที่จัดการศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตหรือดุษฎีบัณฑิต ในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัย จำนวน 14 ฐานข้อมูล และฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต 11 ฐานข้อมูล รวมทั้งหมด 25 ฐานข้อมูล

copyright by MULIC

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยในครั้งนี้คาดว่าจะทราบสภาพองค์ความรู้ (State of knowledge) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งจะเป็นแนวทางให้กับนักวิจัยที่สนใจทำวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ได้มีการทำวิจัยในประเด็นที่น่าสนใจ ประเด็นที่ไม่มีผู้ใดทำการวิจัย หรือประเด็นที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติม รวมถึงเป็นหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมแบบองค์รวม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ คือ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2517 ซึ่งปีพ.ศ.แรกที่มีการตีพิมพ์งานวิจัยในประเทศไทย ถึงปี พ.ศ. 2550 ผู้วิจัยทำการศึกษาจากประชากร โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยในการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้า

1. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนไทยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
2. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาจัดทำโดยนักศึกษาระดับมหาบัณฑิตและ/หรือดุษฎีบัณฑิต และไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา จัดทำโดยนักวิจัยในสาขาวิชาชีพต่างๆที่เป็นประชาชนไทย
3. เป็นงานวิจัยที่มีรูปเล่มงานวิจัยฉบับเต็มปรากฏอยู่ในห้องสมุดมหาวิทยาลัย ในสถาบันที่จัดการศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตและ/หรือดุษฎีบัณฑิต หรือในสังกัดของทบวงมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต
4. กรณีที่พบรายชื่องานวิจัยจากฐานข้อมูลออนไลน์มากกว่า 1 ฐานข้อมูล ผู้วิจัยเลือกศึกษาจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง
5. ไม่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ที่เกี่ยวกับยา พืชสมุนไพร การทดลองทางห้องปฏิบัติการและการศึกษาในสัตว์ทดลอง

copyright by MULIC

วิธีการสืบค้นงานวิจัย

1. ฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ดังนี้ “ซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า Depression และ Depressive Symptom”

2. การสืบค้นด้วยตนเอง

3. การสืบค้นด้วยเครือข่าย

จากการสืบค้นฐานข้อมูลหลักสมุดสถาบันพบจำนวนผลงานวิจัยทั้งหมด 429 เรื่อง เมื่อใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าพบว่ามีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และใช้ในการศึกษา จำนวน 122 เรื่อง และการสืบค้นจากฐานข้อมูลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตพบจำนวนผลงานวิจัยทั้งหมด 367 เรื่อง เมื่อใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าพบว่ามีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และใช้ในการศึกษา จำนวน 61 เรื่อง

ดังนั้น เมื่อรวมจำนวนงานวิจัยทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเท่าที่สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูลออนไลน์ พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 183 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย

ตอนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับคุณลักษณะของงานวิจัย

โดยข้อความในแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย ประกอบด้วยข้อความ 2 ลักษณะ คือ แบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความ

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัย รวมถึงละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัยจากหนังสือ วารสาร ฐานข้อมูลออนไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

2. ศึกษาแนวทางในการสร้างแบบบันทึกงานวิจัยจากหนังสือ เอกสาร ฐานข้อมูลออนไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจและการสังเคราะห์งานวิจัย

3. สร้างแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยฉบับร่าง เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดงานวิจัย

copyright by MULIC

4. ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยฉบับร่างรวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาและการจัดลำดับความต่อเนื่องของภาษา

5. ผู้วิจัยปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

6. ผู้วิจัยทดลองเก็บบันทึกข้อมูล (try out) โดยยึดถือตามแบบการวิจัย ได้แก่ งานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ประกอบด้วย การวิจัยแบบทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน1 เรื่อง การวิจัยแบบไม่ทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวนละ 1 เรื่อง และทดลองเก็บจากงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ประกอบด้วยการวิจัยแบบทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยแบบไม่ทดลอง จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวนละ 1 เรื่อง รวมเป็นจำนวนทั้งหมด 8 เรื่อง เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูล โดยงานวิจัยดังกล่าวที่ทดลองเก็บบันทึกข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยด้วยตนเอง ดังนี้

1. สืบค้นรายชื่องานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2517 ถึงปี พ.ศ. 2550 โดยมีช่องทางการสืบค้นดังนี้

1.1 สืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง

1.2 สืบค้นด้วยตนเองจากห้องห้องสมุด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต

1.3 สืบค้นโดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่าย

2. ตรวจสอบจำนวนรายชื่องานวิจัยทั้งหมดที่ได้จากการสืบค้นทั้งสามช่องทาง หากพบว่ารายชื่อใดมีความซ้ำซ้อนกันในชื่อเรื่องและชื่อนักวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดออกจากงานวิจัย จากนั้นสรุปรายชื่อทั้งหมดที่ได้จากการสืบค้น

3. คัดเลือกงานวิจัยให้ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ผู้วิจัยกำหนด

4. ติดตามงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ จากห้องสมุดในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง

copyright by MULIC

5. อ่านงานวิจัยอย่างละเอียดและบันทึกข้อมูลงานวิจัยตามแบบบันทึกข้อมูล ในกรณีที่ไม่มั่นใจในการลงข้อมูลนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล

2. กำหนดรหัสให้กับข้อมูล เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์และจัดระบบข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

3. วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัย ได้แก่ ชนิดงานวิจัย ปีพ.ศ. ที่พิมพ์งานวิจัย แหล่งผลิตงานวิจัย ประเภทการวิจัย ปัญหาการวิจัยหรือคำถามการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย แบบการวิจัย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติบรรยาย ซึ่งได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ บรรยายคุณลักษณะของงานวิจัย

4. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาออกตามรูปแบบการวิจัย

ผลการวิจัย

สำหรับผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย และรายละเอียดผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ชนิดงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิต ปีพ.ศ.ที่ตีพิมพ์งานวิจัยมากที่สุด คือ ปีพ.ศ. 2547 - 2550 แหล่งผลิตส่วนใหญ่มาจากทบวงมหาวิทยาลัย ประเภทการวิจัยเป็นการวิจัยพื้นฐาน ปัญหาหรือคำถามการวิจัยมีจำนวนใกล้เคียงกันของการระบุหรือไม่ระบุ ในขณะที่งานวิจัยทั้งหมดมีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัยที่ระบุส่วนใหญ่เป็นสมมติฐานแบบมีทิศทางมากที่สุด กรอบแนวคิดส่วนใหญ่ระบุกรอบแนวคิด โดยงานวิจัยที่ระบุกรอบแนวคิดส่วนใหญ่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย ส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม แบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลอง สำหรับแบบแผนการวิจัยของการวิจัยแบบทดลองส่วนใหญ่เป็นการวัดก่อนหลัง 2 กลุ่ม ประชากรและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วย เพศที่ทำการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาทั้งในเพศชายและเพศหญิง ช่วงวัยที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในวัยผู้ใหญ่ สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่ทำการเก็บ

copyright by MULIC

ข้อมูลในโรงพยาบาล โดยเป็นการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยใน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ระบุการคำนวณ สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อวิเคราะห์ตามแบบการวิจัย พบว่า การวิจัยแบบไม่ทดลองใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 - 300 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 การวิจัยแบบทดลองใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 และการวิจัยคุณภาพ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 การได้มาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่ใช้ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) Beck Depression Inventory (BDI) และ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าจำนวนใกล้เคียงกัน ประเภทเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็น Self-rating scale และเครื่องมือส่วนใหญ่ทำการระบุวิธีการสร้างเครื่องมือ วิธีการสร้างเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าที่พบมากที่สุด คือ นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือส่วนใหญ่ตรวจสอบทั้งความเที่ยงและความตรง และวิธีการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ใช้ทั้งสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงร่วมกันมากที่สุด สำหรับสถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ส่วนใหญ่ใช้สถิติชนิดพารามิตริกซ์ โดยเป็นการใช้สถิติ t-test มากที่สุด และในส่วนของสถิติอ้างอิงชนิดพารามิตริกซ์ ใช้สถิติไคสแควร์ (chi square) มากที่สุด

2. รายละเอียดผลวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การวิจัยไม่ทดลอง แบ่งตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาออกเป็น 3 วัตถุประสงค์ คือ การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า และการศึกษาและพัฒนาแบบวัด มีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 ความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 40 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความชุกแบบช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (point prevalence) พบ ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.8 - 78.05 และเมื่อพิจารณาการศึกษาความชุกตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสตรีที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดร้อยละ 2.8 - 38.5 กลุ่มสตรีวัยเปลี่ยนร้อยละ 13.0 - 78.05 กลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 29.4 - 64.7 กลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังร้อยละ 6.7 - 69.2 และกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตร้อยละ 8.7 - 38.3 ในการศึกษาความชุกดังกล่าวมีงานวิจัย 2 เรื่องที่รายงานผลการวิจัยอย่างชัดเจนว่า ความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย

สำหรับการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าพบว่า มีการศึกษาจำนวน 5 เรื่อง ทำการศึกษาในกลุ่มสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอดและการศึกษาในสตรีวัยเปลี่ยน พบอุบัติการณ์ร้อยละ

copyright by MULIC

6.67 - 38.05 เมื่อแยกตามกลุ่มตัวอย่าง พบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดร้อยละ 6.67 – 38.5 และอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยเปลี่ยนร้อยละ 13.0

2.1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า จำนวน 58 ชื่อเรื่อง สรุปผลตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยทางกาย ผู้ป่วยทางจิต กลุ่มสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีวัยเปลี่ยนและกลุ่มผู้ดูแล ได้ดังนี้

2.1.3 การศึกษาพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าจำนวน 14 เรื่อง และงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเพียง 1 เรื่อง โดยงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้ามีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Screening) จำนวน 8 เรื่อง เพื่อประเมินผลการรักษาภาวะซึมเศร้า (Clinical) จำนวน 7 เรื่อง และงานวิจัยดังกล่าวทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 2 เรื่อง ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังจำนวน 3 เรื่อง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 8 เรื่อง และมารดาหลังคลอดจำนวน 1 เรื่อง นอกจากนี้พบว่างานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าผู้วิจัยทำการแปลหรือดัดแปลงจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐานจำนวน 10 เรื่อง และเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นใหม่ จำนวน 5 เรื่อง

2.2 การวิจัยแบบทดลอง จำนวน 56 ชื่อเรื่อง สรุปออกเป็น 2 ประเด็น คือ ผลการวิเคราะห์รูปแบบการบำบัด และผลลัพธ์การวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 รูปแบบการบำบัด พบว่า ในอดีตที่ผ่านมางานวิจัยมีรูปแบบการให้การบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มต่อไปนี้ กลุ่มผู้ป่วยทางกาย กลุ่มผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตจิตเวช และสารเสพติด กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล

2.1.1 กลุ่มผู้ป่วยทางกาย พบการบำบัด จำนวน 28 เรื่อง โดยมีรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายแตกต่างกันตามลักษณะผู้ป่วย ดังนี้

2.1.1.1 ผู้ป่วยมะเร็ง พบการบำบัดจำนวน 10 เรื่อง ส่วนเป็นการบำบัดที่เกี่ยวกับการผ่อนคลาย

2.1.1.2 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอวีและเอดส์ (HIV) พบการบำบัดจำนวน 9 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

2.1.1.3 ผู้ป่วยพิการ พบการบำบัดจำนวน 7 เรื่อง โดยเป็นการบำบัดที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและการผ่อนคลาย

2.1.1.4 ผู้ป่วยไตวาย พบการฝึกอานาปานสติสมาธิ จำนวน 1 เรื่อง

2.1.2 กลุ่มผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตจิตเวช และสารเสพติด จำนวน 12 เรื่อง โดยเป็นการบำบัดที่มุ่งปรับกระบวนการคิด และการบำบัดบางส่วนมุ่งเน้นด้านสังคม

copyright by MULIC

2.1.3 กลุ่มผู้สูงอายุ พบการบำบัดจำนวน 12 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นด้านพฤติกรรม

2.1.4 กลุ่มผู้ดูแล พบการบำบัดจำนวน 5 เรื่อง โดยเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นทางด้านสังคมและด้านกระบวนการคิด

2.2.2 วิเคราะห์ผลลัพธ์จากการวิจัย พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายและกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ทุกรูปแบบการบำบัดทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น

2.3 การวิจัยคุณภาพ พบว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ การรับรู้ และการจัดการภาวะซึมเศร้า

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุประเทศไทยจำนวน 183 เรื่อง พบว่า

1.1 คุณลักษณะงานวิจัย (Research characteristics) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญในการวิจัยและศึกษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของงานวิจัยอาจมีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา ส่งผลให้กรมสุขภาพจิต มีนโยบายการดำเนินงานที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพื่อให้การช่วยเหลือ และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการที่นักวิจัยมีองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำวิจัยและระเบียบวิธีวิจัยที่เพิ่มมากขึ้น ในส่วนของงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นประเภทพื้นฐาน สะท้อนให้เห็นว่าองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในอดีตที่ผ่านมาอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการทำวิจัย

1.2 ปัญหา/วัตถุประสงค์การวิจัย (Research question/objective) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่านักวิจัยให้ความสำคัญของวัตถุประสงค์การวิจัย เพราะวัตถุประสงค์การวิจัยจะเป็นสิ่งที่กำหนดเป้าหมายของการวิจัย นอกจากนี้การระบุวัตถุประสงค์การวิจัยจะช่วยให้ผู้นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจในงานวิจัยทราบวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายการวิจัยได้อย่างชัดเจน ถึงแม้ว่างานวิจัยนั้นจะไม่ได้มีการระบุปัญหาวิจัยไว้อย่างชัดเจนก็ตามแต่สามารถทราบได้จากวัตถุประสงค์การวิจัย

1.3 กรอบแนวคิดและทฤษฎี (Theoretical/conceptual framework) ผลการวิจัยที่นักวิจัยส่วนใหญ่ระบุกรอบแนวคิด สะท้อนให้เห็นว่างานวิจัยมีทิศทางของการทำวิจัยที่ชัดเจน เพราะการระบุกรอบแนวคิดช่วยให้นักวิจัยอื่นหรือผู้ที่สนใจในงานวิจัยเรื่องนั้นเกิดความเข้าใจในแนวความคิดหรือความคิดรวบยอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื่องจากกรอบแนวคิดทำให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ปรากฏการณ์หรือตัวแปรต่างๆ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาได้อย่างชัดเจน

copyright by MULIC

สำหรับประเด็นของงานวิจัยที่ระบุกรอบแนวคิดที่สร้างจากแนวคิดหรือทฤษฎีโดยใช้ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychological theories) เป็นส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าในงานวิจัยครั้งนี้ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องทั้งด้านจิตใจและด้านสังคม โดยเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีบทบาทที่ทำให้กระบวนการคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลง

1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

1.4.1 แบบการวิจัย จำนวนของแบบการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า นักวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสนใจในประเด็นของลักษณะทั่วไปของภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย อยู่ในระยะเริ่มต้นของการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้นักวิจัยส่วนใหญ่จำเป็นต้องหาความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้ได้มากพอก่อนที่จะทำการวิจัยแบบอื่นต่อไป เนื่องจากองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยแบบไม่ทดลองจะเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่ช่วยทำให้นักวิจัยการทำวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองซึ่งเป็นการวิจัยที่เน้นในเรื่องของการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเพศ อายุ รวมถึงสถานภาพทางสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป สำหรับในงานวิจัยเชิงคุณภาพถึงแม้ว่าจะมีจำนวนงานวิจัยไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยเชิงปริมาณ แต่สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของนักวิจัยในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลด้านคุณภาพของภาวะซึมเศร้าให้ลึกซึ้งขึ้น

1.4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรัง สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคทางกายเรื้อรัง เช่นโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และการติดสารเสพติด เป็นต้น กล่าวคือภาวะซึมเศร้าอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นหรือเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคหรือปัญหาทางร่างกายอื่นๆ ตามมา เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคพาร์คินสัน โรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น สำหรับการศึกษาส่วนใหญ่ทำในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง ในช่วงวัยผู้ใหญ่ สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการศึกษาภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะปัจจัยเรื่องเพศและช่วงอายุว่าเป็นภาวะที่พบได้ในทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมถึงในช่วงวัยผู้ใหญ่

สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่างานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทยคำนึงถึงการเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เหมาะสมกับแบบการวิจัย รวมถึงคำนึงการเป็นตัวแทนของประชากรโดยรวม โดยเฉพาะในการวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองซึ่งจำเป็นต้องมีการวางกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการบำบัดที่ให้ (intervention) และการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็นที่เป็นแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุด อาจเกี่ยวเนื่องจากภาวะซึมเศร้าหรือตัวแปรที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเป็นภาวะที่มีลักษณะที่เฉพาะกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยต้องมี

copyright by MULIC

การกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เป็นตามข้อตกลงเบื้องต้น และเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตรงกับสนใจและให้ได้ความจริง

1.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากผลการสำรวจงานวิจัยพบว่า มีการเลือกใช้ CES-D BDI และ TGDS เป็นแบบสอบถามในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนมาก แสดงให้เห็นว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้ามีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าศึกษาเพื่อประเมินผลการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชน เพราะแบบวัดทั้ง 3 แบบวัด เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้วัดภาวะซึมเศร้าได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก สามารถตอบได้ด้วยตนเอง เข้าใจได้ง่าย และมีข้อคำถามที่ไม่มากนัก ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-rating scale) นั้นสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าการเก็บข้อมูลด้วยวิธีอื่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ตอบแบบวัดหรือแบบสอบถามด้วยตนเองโดยตรง อีกทั้งผู้ตอบแบบวัดหรือแบบสอบไม่ต้องกังวลในการตอบ

สำหรับวิธีการสร้างเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่นำเครื่องมือที่ได้มาตรฐานมาใช้และมีการตรวจสอบทั้งความเที่ยงและความตรง แสดงให้เห็นว่า เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเที่ยงและความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี ดังนั้น นักวิจัยสามารถนำเครื่องมือมาใช้ในงานวิจัยได้โดยไม่จำเป็นต้องสร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่ แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือส่วนใหญ่ที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าเป็นเครื่องมือที่สร้างโดยนักวิจัยต่างประเทศ แม้ว่าส่วนหนึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน อย่างไรก็ตามก็ตามก่อนที่นักวิจัยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำเป็นต้องหาความตรงเพื่อดูว่าเครื่องมือที่เลือกใช้นั้นสามารถวัดได้ตรงกับสิ่งที่นักวิจัยต้องการวัดหรือไม่

1.4.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จากการวิเคราะห์การเลือกใช้สถิติสะท้อนให้เห็นถึงความเหมาะสมของการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สอดคล้องกับแบบการวิจัยที่ใช้ในงานวิจัย อย่างไรก็ตามเป็นการใช้ทั้งสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงร่วมกัน แสดงให้เห็นว่านักวิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะ เช่น เพศ อายุ อาชีพ เป็นต้น จึงเลือกใช้สถิติบรรยายเพื่อบรรยายข้อมูลดังกล่าวข้อมูลเชิงปริมาณที่ต้องการอ้างอิงไปยังประชากร จึงเลือกสถิติอ้างอิง เนื่องจากสถิติบรรยายเป็นสถิติที่เป็นพื้นฐานของการวิจัยทุกแบบการวิจัยที่นักวิจัยใช้ เพื่อให้ทราบถึงลักษณะของตัวแปรที่นักวิจัยทำการวิจัย โดยเฉพาะสถิติร้อยละ แต่ผลที่ได้จากสถิติบรรยายไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรอื่นได้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2544; ยุวดี ฦา และคณะ, 2543) จึงจำเป็นที่นักวิจัยต้องใช้สถิติอ้างอิงมาในการวิเคราะห์ข้อมูล

copyright by MULIC

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยของงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.1 งานวิจัยแบบไม่ทดลอง

2.1.1 ผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากผลการสำรวจงานวิจัยพบว่า มีการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในหลายกลุ่มประชากร และในแต่ละกลุ่มที่ศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้ากันแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่านักวิจัยเห็นความสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มว่า ความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน ซึ่งสาเหตุและปัจจัยหลักแต่ละกลุ่มอาจมีความแตกต่างกัน เช่น ในกลุ่มของผู้หญิงการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอาจเป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังสภาวะของโรคที่เป็นอยู่อาจเป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับเกิดภาวะซึมเศร้า และในกลุ่มของผู้สูงอายุภาวะสุขภาพอาจเป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความชุกทำให้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทางกาย นอกจากนี้การศึกษาในแต่ละกลุ่มประชากรอาจเกี่ยวข้องกับการใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน เช่น ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา สถานที่ที่ทำการศึกษา และแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่นักวิจัยเลือกใช้

2.1.2 ผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า

จากผลการวิจัยเป็นที่น่าสังเกตว่าปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในทุกกลุ่ม เป็นสิ่งสะท้อนและยืนยันทฤษฎีทางสังคมที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคมได้อย่างชัดเจน สำหรับการเลือกศึกษาปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในทุกกลุ่มเป็นการสะท้อนว่าเหตุการณ์ความเครียดไม่ว่าระดับของความรุนแรงจะเป็นอย่างไร หากแต่เมื่อเกิดกับบุคคลย่อมก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์เหตุการณ์ความเครียดในครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ กล่าวคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมพบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกับการวิจัยภายในประเทศไทยก่อนหน้าและเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ กล่าวคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ในปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจและปัจจัยด้านสังคมพบว่า มีความแตกต่างกันออกไปตามกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา สะท้อนให้ว่านักวิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการ

copyright by MULIC

เลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่มที่อาจทำให้ประชากรแต่ละกลุ่มเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันมาศึกษา เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้า การป้องกันและการรักษาประชากรแต่ละกลุ่มได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สำหรับปัจจัยในกลุ่มผู้ป่วยทางกาย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวโรคและการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับสภาวะของโรคในกลุ่มผู้ป่วยทางกายเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากภาวะโรคทางกายที่เผชิญอยู่ และภาวะโรคดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับภาวะโรคทางกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง

สำหรับกลุ่มสตรีวัยเปลี่ยนพบว่า ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ จำนวนอาการที่พบในวัยหมดประจำเดือน ลักษณะการมีประจำเดือน ประวัติโรคทางจิตในครอบครัวรวมถึงประวัติโรคซึมเศร้า และกลุ่มสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตสมรส ความตั้งใจในการมีบุตร อาการวิตกกังวล ภาพลักษณ์ เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน ส่งผลให้ผู้หญิงเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจโดยเฉพาะในด้านอารมณ์ กล่าวคือ เกิดความรู้สึกหงุดหงิด และความขัดแย้งทางอารมณ์ได้ง่าย ในบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความทุกข์ทรมานจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (พรเพ็ญ สำเภา, 2549) และถ้ารวมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพของร่างกายของผู้สูงอายุ อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและเรื้อรัง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าได้

2.1.3 ผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า จากผลการวิจัยสะท้อนนักวิจัยให้ความสำคัญในการประเมินภาวะซึมเศร้า สังเกตจากจำนวนของงานวิจัยที่พัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าเพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการคัดกรองมีจำนวนใกล้เคียงกัน รวมถึงมีการพัฒนาแบบวัดในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย อาจเกี่ยวเนื่องกับเป้าหมายในการใช้แบบวัดที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าต้องการใช้แบบวัดเพื่อแยกบุคคลที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า ต้องใช้แบบวัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการคัดกรอง แต่ถ้าต้องการใช้แบบวัด เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาต้องใช้แบบวัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาภาวะซึมเศร้า

copyright by MULIC

2.2 การวิจัยแบบทดลอง ผลการวิจัยสะท้อนและยืนยันให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการบำบัดภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในปัจจุบัน โดยเฉพาะการบำบัดทางจิตสังคม เนื่องจากการบำบัดทางจิตสังคมจะช่วยปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของภาวะซึมเศร้าได้ร่วมกับการรักษาด้วยยา

จากการที่พบการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง มากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต สะท้อนได้อย่างชัดเจนว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชเท่านั้น แต่เป็นปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรังด้วย บุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เพราะภาวะซึมเศร้าอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้นได้ อย่างไรก็ตามสำหรับการพบงานวิจัยที่ศึกษารูปแบบการบำบัดในกลุ่มผู้ดูแลจำนวนไม่มากเพียง 5 เรื่องจากงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด 56 เรื่อง แต่สะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักถึงปัญหาของผู้ดูแล ซึ่งนำไปสู่ความต้องการการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดดูแลภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่และภาระที่สูง เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.3 การวิจัยเชิงคุณภาพ จากผลการวิจัยเป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนงานวิจัยเชิงคุณภาพมีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยเชิงปริมาณ อย่างไรก็ตามสะท้อนให้เห็นว่านักวิจัยเริ่มให้ความสนใจในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในแง่มุมเชิงคุณภาพมากขึ้น อาจเนื่องจากนักวิจัยมีองค์ความรู้ในการวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้นและเห็นความสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพมากกว่าในอดีต และตระหนักว่า องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ในการวิจัยเชิงปริมาณบางแง่มุมที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวเลข หรือค่าทางสถิติ เช่น กระบวนการคิดรู้และความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเฉพาะประเทศไทย ผลการวิจัยจึงไม่อาจอ้างอิงไปยังกลุ่มเด็กและวัยรุ่นได้

2. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผลการบำบัดทางจิตสังคม ผลการวิจัยจึงไม่อาจอ้างอิงไปยังที่เกี่ยวกับยา พืชสมุนไพร การทดลองทางห้องปฏิบัติการและการศึกษาในสัตว์ทดลอง

3. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ ร่วมกับการสืบค้นด้วยมือ อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นการสืบค้น

4. การวิจัยในครั้งนี้ถือว่าเป็นการวิจัยแบบทุติยภูมิ (secondary research) ข้อมูลที่ได้จึงต้องอิงจากผลการวิจัยก่อนหน้าเป็นหลัก ซึ่งอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ หากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิมีการแปลผลผิดพลาด

copyright by MULIC

5. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการสำรวจและรวบรวมงานวิจัยเฉพาะที่มีรูปเล่มงานวิจัยฉบับเต็มเท่านั้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงผสมผสานมีน้อยกว่าการวิจัยเชิงปริมาณจึงควรสนับสนุนให้มีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงผสมผสานให้มากขึ้น เพื่อช่วยเพิ่มเติมองค์ความรู้เชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้น โดยเฉพาะในการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายหรือฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยผู้ดูแล

2. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า มีการวิจัยแบบทดลองจำนวนน้อยกว่าการวิจัยแบบไม่ทดลอง จึงควรสนับสนุนให้มีการวิจัยแบบทดลองให้มากขึ้น เนื่องจากเมื่อผู้วิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า จะนำมาซึ่งการพัฒนาโปรแกรมการบำบัด

3. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรัง มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิต และกลุ่มผู้ดูแลมีจำนวนน้อย จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตและกลุ่มผู้ดูแลให้มากขึ้น

4. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การบำบัดส่วนใหญ่ในการวิจัยแบบทดลองเป็นการบำบัดเพื่อการรักษามากกว่าการบำบัดเพื่อการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู จึงควรสนับสนุนให้มีการบำบัดเพื่อการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู ให้มากขึ้น

5. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยที่เกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความชุกแบบช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (point prevalence) หรือเป็นการวัดที่เวลาในเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Study) จึงควรมีการศึกษาความชุกแบบชั่วชีวิต (Life time prevalence) ให้มากขึ้น

6. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยที่เกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มบุคคลวัยทำงานน้อย จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มบุคคลวัยทำงานให้มากขึ้น

7. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีบางปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่สามารถสรุปทิศทางได้ชัดเจน จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาปัจจัยนั้นซ้ำเพื่อดูความชัดเจนของปัจจัยที่ศึกษาที่มีต่อภาวะซึมเศร้า

8. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำ จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต

copyright by MULIC

9. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาโดยนักวิจัยจากต่างประเทศไทยมาใช้ ดังนั้น แบบวัดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาโดยนักวิจัยไทยจึงมีน้อย จึงควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าโดยนักวิจัยไทย เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของประเทศไทย

10. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การบำบัดส่วนใหญ่ในการวิจัยแบบทดลองเป็นการประเมินผลการบำบัดเพียงครั้งเดียว จึงไม่เห็นประสิทธิผลของการบำบัดในระยะยาว จึงควรมีการวิจัยระยะยาวให้มากขึ้น เพื่อดูประสิทธิผลของการบำบัดในระยะยาว

11. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การบำบัดส่วนใหญ่ในการวิจัยแบบทดลองเป็นการบำบัดในผู้ป่วยทางกายโรคเรื้อรังมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยทางจิตและกลุ่มผู้ดูแล จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตและกลุ่มผู้ดูแลให้มากขึ้น

12. เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า การบำบัดที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะเช่น การบำบัดทางความคิดและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมปัญญามีจำนวนน้อย จึงควรสนับสนุนให้พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญ ได้มีการวิจัยแบบทดลองที่ต้องใช้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะให้มากขึ้น

copyright by MULIC

A SURVEY OF DEPRESSION RESEARCH IN THAILAND

SUTHANAN CHUNJAM 4837049 RAMH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING), TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

In daily living, people are exposed to situations or events such as death of a lover, divorce, work problems, problems in economy, and unexpectedly social problems. These problematic situations affect mind and mood of people. They bring people unhappiness and suffering with depression. Depression is a normal situation. However, if depression prolongs more than 2 weeks, people who have it may develop a major depression. Research studies showed that risk factors of depression include biological factors, such as genetically abnormal neurotransmitters and abnormal hormons. Several studies revealed that most depression cases were found in divorcees, separated couples, and lonesome people. Female has 2 times as many as male having depression (Horwath & Weissman, 1995; Kaplan & Sadock, 2000; Stahl, 2000). Many studies showed the results similarly in that depression impacts persons, families, and societies in terms of their feelings, daily living, and economy (APA 1994 referred to Lilja, Hellzen, Lind & Hellzen, 2006; Komgam, 2003; Loktrakoon, 2004; Nateetharn, 2004). According to a report of World Health Organization (WHO) major depression was one in the top ten ranked diseases that caused people to live with disability as measured by Disability Adjust Life Years (DALYs). In 1996, about 10.7% of the world population living with depression (Murray & Lopez, 1996). It was

copyright by MULIC

estimated that in the year 2020 or in the next 14 years, depression is the fourth leading cause of disease burdens. In 2000, depression accounted for 4.4% of total DALYs.

Depression causes the largest amount of non-fatal burdens, accounting for almost 12% of all total years lived with disability worldwide. Economic and social loss from major depression is ranked number 2 after from heart disease and arteriosclerosis worldwide. (Murray & Lopez, 1996). Approximately, 10-25 % of female and 5-12% of male have depression.

In Thailand, depression was found to be increasing in Thai community in all gender and ages (Mental Health Center, 1999, referred to Sumittra Trakoonpitak, 2004). The causes of depression may come from a tremendous change of society and economy, a devastation of a disaster, and un safety situations. A survey showed that in 2005 Thailand had 93,566 patients suffering from depression (about 149.90: per 100,000 populations. It was ranked the fifth among psychiatric symptoms. (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2549). In 2005, the number of patients with depression increased to 116,847 (185.98: 100,000 populations. It was ranked the fourth among psychiatric symptoms (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2006). Despite depression has a small number and ratio when compared with other diseases, depression is a major concern and awareness to public health more than are other diseases among groups of psychiatric symptoms.

Depression sometime develops in people who have some physical diseases such as atherosclerosis, hypertension, diabetes mellitus, cancers, and substance use or abuse. Although depression has a good prognosis, it can be frequently relapsed (Vichaiya, 1990). Depression affects a person, family, and society in terms of feeling, daily living, and economic status. A patient suffering from depression often commits suicide. About 20-35 % of suicidal cases are from depression (Lotrakoon, 2001).

Increasing incidences and immense impacts of depression bring more researchers who conduct research about depression in any flied such as medicine, nursing, public health, psychology, and social science than do those of the past. Especially, more depression research studies in the aspects of biomedical, psychiatry, socio medical, and psychology are conducted (Giravatanakoon, 2003). In order to understand depression clearly, a research needs to be conducted. Research means

copyright by MULIC

seeking of knowledge or facts that are an answer of an interesting problem by planning carefully in each step of working in order to have a reliable answer. A process of conducting research also includes disseminating research results to other persons in order for the research results to be used or research utilization. (Leucha, 1997)

Although evidence about the beginning of depression, results of database search showed that in Thailand the depression research was first conducted in 1974. After this year, researchers have continuously conducted depression research. By 2007, the depression research appeared as much as more than 300 books. The research included not only as a part of academic study (thesis), but also as not a part of academic study. The depression research is found to be both quantitative research and qualitative research. Based on research published since the beginning until now, the trend of depression research has developed from descriptive to experimental research. The details of each research were diverse and also different accordingly to research problems or research questions, which determine research objectives and research design.

According to the electronic database search and manual search, 183 titles of depression research in adults and the elderly in Thailand published between 1987-2007 (B.E.2517 - 2550) were found. These research titles consist of research as a part of academic study (thesis) and research as not part of academic study (research reports/journals). They were quantitative research and qualitative research. Also the research was studied in every population, gender, and age. A conclusion of the search was that since the beginning the depression research has included many research studies, which are various in details of research. Therefore, it brings doubts of what state of knowledge about depression is?

Therefore, presently research level and the state of knowledge came from a research survey in the past. A research survey can be synthesized and summarized for information and for practice (Wojner, 1996, referred to Thongchai, 2004). Despite a research synthesizing other research studies regarding depression in Thailand was not found, Thai researchers have surveyed and collected research about depression in Thailand. They studied physical characteristic and details of research results about depression. As a result, the researcher was interested in conducting a research survey

copyright by MULIC

about depression in Thailand in order to summarize the relative state of knowledge regarding depression in Thailand. The study results can imply practice and give a source to persons who are interested in the depression. Additionally, this research survey provides a guideline for developing new knowledge about depression in the future.

Research Questions

1. What are characteristics of research about depression in Thailand?
2. What are the results of research about depression in Thailand?

Objectives of the Study

1. To study the characteristics of depression research studies conducted in Thailand that are classified by

1.1 Research characteristics: type of research, year of publication, source of research, and research type.

1.2 Research question/objective: research problems or research questions, and research objectives.

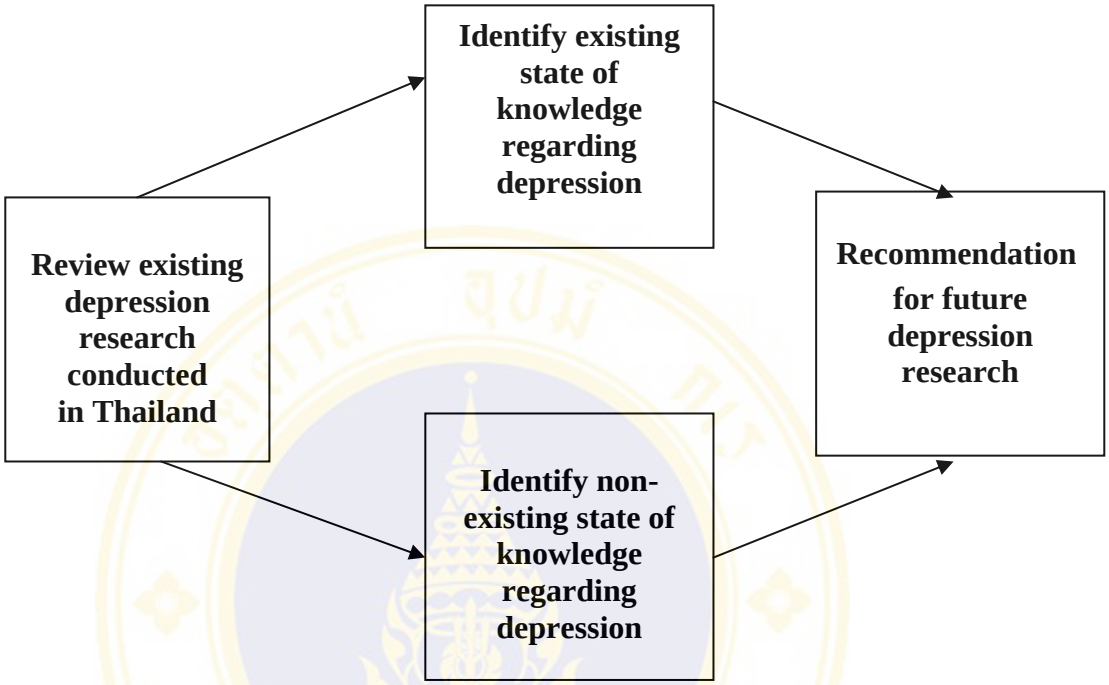
1.3 Theoretical/conceptual framework: research hypotheses, research designs, and conceptual frameworks and research theories.

1.4 Research Methodology: research design population and sampling, research instruments, and statistical analysis.

2. To analyze and synthesize the results of depression research conducted in Thailand regarding the state of knowledge, and issues of depression in adults and the elderly.

copyright by MULIC

Conceptual Framework



The conceptual framework of the present study was developed from a literature review on theories of depression, concepts of synthesis and research about depression in Thailand. The present study was focused on survey research regarding depression in Thailand .Based on the conceptual framework, by gathering the information and knowledge regarding the characteristics, methodologies, and results of depression research taken place in Thailand the researcher knows what knowledge has been discovered, and what has not been studied. When each knowledge is synthesized, the state of knowledge about depression in Thailand is generated. The generated knowledge can be a conclusive knowledge leading to concrete developments and helps provided to people having depression. For some aspects of knowledge from depression research that has not been studied yet, the recommendations for conducting future research will be given.

Scope of the Study

Researcher will survey and gather data about depression in Thailand as a part of academic study and not part of academic study since 1987 (B.E. 2517) to the year 2007(B.E. 2550) only have an appeared and completed full text. Searched from only

copyright by MULIC

14 university database/ Thai Higher Education Institutions database and 11department related to mental health database, as a results 25 database.

Definition of Terms

Depression research refers to any research study about depression as either a part of academic or non-academic study.

Researcher is a person or group of persons who conduct depression research in Thailand.

Type of research refers to depression research in Thailand that had been conducted as a part of academic study including theses for the fulfillments of master's degree and for doctoral degree. The type of research also includes research that was not a part of academic study. This type of research includes research published in academic journals and full papers of research reports.

Year of publication refers to 1) the year that was specified in master and doctoral theses in that the depression study was completed and submitted to a committee or 2) the year that was specified in academic journals and that the full papers of research reports were published

Source of research refers to academic institute or a workplace of a researcher that agrees to or authorizes the researcher to conduct depression research in Thailand.

Research type means the depression research in Thailand classified as a pure or basic research and applied research.

Research problem or research question is something the researcher of the depression research had a question or a doubt and continously finds actual answers.

Research objective are a statement that shows something that the researcher of depression research wanted to find or tell about the focus of study and wanted to prove the facts (Leucha, 1991).

Research hypotheses refers to a statement that specified a relationship of at less two variables that are able to be measured and tested from a fact or an actual phenomenon (Nasea & Singchangchai, 1996).

copyright by MULIC

Conceptual framework and theoretical framework

Conceptual refers to concepts or conceptualized or main ideas that the researcher conducting depression research had constructed to represent a relationship between concepts, phenomenon, or variables in that the researcher may describe this relationship in a paragraph or chart.

Theoretical framework means the theory that the depression researcher used to explain a relationship between variables or to explain causal factors and results as displayed in the conceptual framework of research.

Research design refers to a structure of research that shows research methodology in order to correct and direct answers research problems, conduct the research as planed, and analyze data. According to Eaksirivaranoon (1999), the research design is classified as quantitative research, qualitative research, and integrative research (quantitative research and qualitative research or mixed research**)**

Variable is a characteristic or quality of something the depression researcher wanted to know and it can be measured.

Population is all of target people or things that the depression researcher paid attention on and specified in his/her research.

Sample refers to some of target population that were randomized for being representative of all population in the research study.

Sampling method refers to methods that the depression researcher selected or randomized a sample in order to gain a good representative of population and wanted to yield the research results that can be generalized to target population. The sampling method is classified as a probability and non probability.

Calculating sample size refers to methods or formula the depression researcher used to calculate his/her study's sample size (Srisathainarakoon, 2004)

Research instruments are something that helped depression researcher in gathering all data and being able to completely answer research problems. The instruments need to comply with research objectives and research design.

Verification of research instrument refers to the method that the depression researcher used to recheck and confirm if the instruments they applied were reliable, valid, correct, and appropriate for collecting data.

copyright by MULIC

Data collecting refers to the method that the depression researcher used to collect data in order to gain reliable research results.

Data analysis refers to the statistics that were used in data analysis for answering research objectives and hypotheses. The data analysis included 1) quantitative data analysis and 2) qualitative data analysis.

Research result refers to a discovery or a result from research that answered objectives and hypotheses of research.

Expected Outcome and Benefits

From research to know the state of knowledge about depression in Thailand that able to used in any aspects therefore. Which able to guideline for researcher who Conduct research about depression in an interesting issue, topics are not research or build up study issue through repeat research in different sample. And able to evidence base practice to develop quality care of depress patient, family include caregiver cover holistic care and efficiency.

Research Methodology The present study will be a survey research which consist of

Population and Sampling in research a research about depression in Thailand since begin of the study to the year 2007(B.E. 2550). Researcher will study from population through set inclusion criteria therefore

1. To be research a study about depression in Thai population or Thai sample.

2. To be research a study about depression as a part of academic study which is done by student who study in master or doctoral level and not a part of academic study which done by profession person whose Thai people.

3. To a complete a paper and appear in university library which have master or doctoral curriculum or department related to mental health.

Method of research researcher search depression from University database and department related to mental health database and limited keywords in the search as “Depression, Depressive symptom, and Depressive disorder” included hand searched. As a result, the total number of research studies found was found 429 titles,

copyright by MULIC

when consider follows as inclusion criteria. Initially, 183 titles were used in this study.

Research instrument is a data form that was developed by the researcher, it consists of 2 part as follow: Part 1: Basic information of the research, Part 2: Details related to physical characteristics of research, and the question have multiple choices and filled in.

Constructed and Verification of research instrument

In this procedure researcher did the following;

1. Reviewed the related document, textbooks, database and researches in various aspects of research in order to obtain the concepts in research, including the details in research methodology.

2. Reviewed the documents, textbooks, database and existing research related to surveys in order to classify data and pick out the guidelines for constructed of the effective form, included synthesis research.

3. Constructed draft of the record form to collected details of research.

4. Researcher brought draft record from including scale to 3 experts, who work in nursing research that are related to teaching, being a research committee, or conducted nursing research, tested content validity including accurate, precise, suitable, and consistency of language.

5. Researcher revised record form in accordance with experts comment, after that tested content validity among agree of expert criteria. level acceptance at .80 (Boonchai Srisathainarakoon, 2542). Despite content validity was 1.0, however researcher and major advisor was approved language in record form again in order to more precise before used.

6. Try out record form and collected data among research design as follows research as a part of academic, which consisted of 1 true-experimental research 1quasi-experimental research 1 non-experimental research 1qualitative research and try out collected from research is not a part of academic, which consisted of 1 true-experimental research 1quasi-experimental research 1 non-experimental research 1qualitative research and try out collected from research which is not a part of academic, as a result 8 title, in order to assess its reliability in data collection before

copyright by MULIC

using it in the survey. The entire samples used in the test were also included as a part of the studies population of the survey.

Data collection The researcher collected data through the following processes.

1. Established search for depression research in Thailand since 1987 to 2007 from the following strategies.

1.1 Database search from university library and organizations' departments related to mental health.

1.2 Manual search from library university and library of organizations' departments related to mental health.

1.3 Personal contacts with friends and network to retrieve the depression research.

2. Verified all of depression research. If a title and the researcher's name of a research study were overlapped, it was considered discarding.

3. Screened a research for its inclusion criteria by reading all research studies.

4. Further searched for and checked with a complete copy of research study from university library and organizations' departments related to mental health.

5. Read research studies carefully and recorded information in the questionnaire form.

Data analysis Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used to record data and analyze the research's characteristics. Descriptive statistics such as frequency and percentage were used to analyze the characteristics. Content analysis was performed for the results of depression research.

Research Findings

The findings of the analysis could be classified into these four following aspects.

1. Characteristics of depression research. Most research studies (66.7%) were conducted as a part of academic study. Most studies were published during 1984-2005. Most studies were from university and higher education institutions. Most research studies were pure or basic research. Specified research problems or research

copyright by MULIC

questions were found as many as unspecified research problems. Research objectives were specified in all research studies. Most research hypotheses were specified as direct hypotheses. Most conceptual frameworks were constructed from reviews of literature. Most research studies applied psychosocial theories. Most research designs were quantitative research, especially none-experimental research. Most populations and samples were adult patients, both male and female, who were physically sick. Most data collections took place in hospital. Most studies did not specified their calculating sample size. Approximately, 120-300 samples were used in none-experimental studies, 30 samples or less were used in experimental studies and qualitative research studies. Most studies employed non-probability sampling methods. Most research instruments used were the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) and Beck Depression Inventory (BDI). Most instruments were constructed in self-rating scale. The standard depression test was used to construct the instruments. Reliability and validity tests were applied to verify the research instruments. Data collections were primarily collected from primary sources. Mainly, descriptive statistic and inferential statistic were employed for quantitatively data analysis.

2. Contents of depression research were classified into three categories: 1) prevalence and incidence of depression, 2) related factors and predictions of depression, and 3) studies and developed tests for depression research.

2.1.1 Prevalence and incidence of depression. It was found that the prevalence of depression was approximately 2.8 to 78 percent. If considered in each sample group, different numbers of depression cases were revealed. It was found that 2.8 to 38.5 percent of depression cases happened in pregnant women and women who were in labor and postpartum periods Approximately, 13.0 to 78.0 percent were found in menopausal women, 29.0 to 65.0 percent found in elderly, 6.7 to 69.0 found in patients with chronic medical diseases, and 8.7 to 38.3 found in patients with mental health diseases.

For incidence cases of depression, approximately 6.67 to 38.05 percent were found in pregnant women, women who were in labor and postpartum periods, and menopausal women.

copyright by MULIC

2.1.2 Several factors were correlated and predicted the depression. These factors were related to interpersonal, psychosocial, biological, and social factors. These factors are described accordingly to sample groups as physical illness subjects, mental health subjects, elderly subjects, pregnant, labor, and postpartum subjects, elderly subjects, menopausal subjects, and care giver subjects.

2.1.2.1 Physical illness subjects

Interpersonal factors included being female, occupation, income, amount of amphetamine used, financial problem and amphetamine withdrawal, perceiving of illness factors such as perceiving state of illness, disease factors such as having cervical cancer diagnosed, receiving radiation therapy, impotence, level of disease, impact of illness, fatigue, pain, and dypsnea.

Psychological factors included levels of self esteem and hope.

Social factors included hobbies, economic problems, lawsuit problems, staying home, a place of narcotic sale, social activities, family relationships, and daily activities.

2.1.2.2 Mental health subjects

Biological factors included having a history of depression in family.

Psychological factors included having negatively unconscious thoughts, guilt, and attachments.

Social factors consisted of stressful life events, perceiving stress, and interpersonal conflicts.

2.1.2.3 Elderly subjects

Depression in the elderly are related to biosocial and interpersonal factors as well as physical illness and psychosocial factors. An income source, education, gender, age, marital status and amount of income were found to be correlated with and predict depression in the elderly. Physical illness such as pain management, drug use, perceiving state of illness, amount and type of illness, and dementia were found to be correlated with and predict depression in the elderly. Hope and loneliness were psychological factors found to be correlated with depression. Social factors included a posterity contact, owning a house, being a club member,

copyright by MULIC

working as an instructor, hobby, family relationship, daily activity, and stressful life events.

2.1.2.4 Menopausal subjects

Interpersonal factors included a religion, personality, a number children in the family, mental health problems. Biological factors consisted of having a history of depression, and menopausal symptom.

Psychological factors included an attitude towards menopause, sexual problem and marital problems.

Social problems included stressful life events, social support, stress situations, and role-related stress.

2.1.2.5 Pregnant, labor, and postpartum subjects

Interpersonal factors included career, a number of children in the family, mental health problem,

Psychological factors consisted of emotional problems, undesired a child's gender, anxiety, self esteem, body image, unintended child, and perceived maternal status.

Social factors included stressful life events, daily hassles, marriage relationship, social support, a doctor fee, and marriage satisfaction.

2.1.2.6 Caregiver subjects

Status of being a caregiver and a time of attention deficit hyperactivity disorder diagnosis (ADHD) were correlated with depression in caregiver subjects.

2.3 Development of depression instruments. Fourteen studies had instruments that were developed to test depression. The purposes of using the instruments varied. One study was related to depression test. Eight studies were done for screening objectives. Seven studies were conducted for clinical purposes. Two studies were conducted in the elderly. Three studies were done in patients with chronic medical diseases. Eight studies were conducted in depressive subjects. One study was conducted in postpartum subjects. The researchers had translated and adapted the instruments from standard tests in 10 studies. Five studies employed the first-time developed instruments.

copyright by MULIC

Experimental research. The experimental research studies were summarized into research interventions and research result.

1. Research interventions

1.1 The interventions to deal with depression for physical illness subjects included counseling, relaxation, and meditation. A relaxation intervention was carried out in cancer subjects. Counseling intervention was programmed in HIV and AIDS subjects. A combination of counseling and relaxation interventions was done in disable subjects Meditation intervention was delivered in chronic dialysis subjects.

1.2 Cognitive intervention and social intervention were carried out in mental health and drug addicted subjects. Counseling, empowerment programs, and holistic nursing programs were found to be the interventions provided to this subject group.

1.3 Behavioral interventions such as self-help groups, music therapy, push relaxation, and muscle relaxation were provided to the elderly subjects.

1.4 Education, counseling, and supportive interventions were provided in the caregiver subjects.

2. The results showed that all of intervention programs decreased depression.

Discussion

According to research studies, the discussion could be divided into 2 parts:

Part 1. Characteristics of depression research

1.1 Research characteristics. From research result reflect to Thailand pay attention in research and study in depression. Which higher of research related to impact of depression. Then, Department of Mental Health had a policy for decrease depression, and protects depression. Including, researcher have state of research methodology.

1.2 Research question/objective. From research result reflects to researcher thanked most specified research objective was most importance because research objective to find or tell about the focus of study and wanted to prove the facts.

1.3 Theoretical/conceptual framework. From research result reflect to research was clear direction because conceptual framework helped other researcher or

copyright by MULIC

another get understand concepts or conceptual framework that the researcher conducting depression research had constructed to represent a relationship between concepts, phenomenon, or variables in that the researcher may describe this relationship in a paragraph or chart. And issues most research studies applied psychosocial theories, reflect to depression was relevant both psychology and social. And its affected to cognitive felling and behavioral changed.

1.4 Research Methodology

1.4.1 Research design. The amount of research design reflect to most researcher were interested to general characteristic of depression and factor related and predicted to depression. Although, at past research about depression in Thailand were begin, then researchers were enough state of depression for make basic research because basic research have base research for developed applied research.

1.4.2 Population/ Sample. From research result found that Most populations and samples were Chronic adult patients, support relationships between depression and Chronic physical illness, such as, Cardiovascular, Hypertension, Diabetic mellitus, Cancer, and substance abuse. In other word, depression must stimulate factors or reinforce factors to chronic physical illness. For study in both male and female, and adults reflects to depression can occur in many sex, and age.

For sample size show that, depression research consider sampling method in order to gain a good representative of population and wanted to yield the research results that can be generalized to target population. Especially experimental research must calculate sample size for suitable intervention.

1.4.3 Research instruments. From result research found most research instruments used were the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D), Beck Depression Inventory (BDI), and Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) shows that objective of these instruments for screen depression because these instruments could be used in community, used with a lot of people, easy understand, and not many choice. Most instruments were constructed in self-rating scale reflect to data collected the data from sample were reliability more other data collected because sample were not concern time of used and self direct answer.

For validity and Reliability tests were applied to verify the research instruments. This issues reflect to the standard depression test was used to construct

copyright by MULIC

the instruments, Although, Before the researcher used the tests with sample, he/ she should be verify the research instruments.

1.4.4 Data analysis. From research result reflect to suitable of statistics that were used in data analysis and agree to research design. However, descriptive statistic and inferential statistic were employed for quantitatively data analysis. Show that, researcher was concern with quantitatively data, that's, physical characteristic, such as, sex. age, career, etc. These statistical were fundamental to mean or interpret the data before calculating other values. The referential statistical were usually used to find out the correlation coefficient, which would be consistent and suitable to the research type.

Part 2: The details of research result of depression research in adult and elderly in Thailand.

2.1 Non experimental research. Contents of depression research were classified into three categories:

2.1.1 Prevalence and incidence of depression.

From research result, shows that researcher pay attention in risk of depression in any population, which cause and major factor were different. Moreover, study in each population was related to research methodology, such as, duration of study, place of study, and testes.

2.1.2 Related factors and predictions of depression. From research result shows that Social factors consisted of stressful life events, and social support were reflect social theory, which stressful life events have impacted to person. Moreover, stressful life events was positive correlated with depression. In contrast, lack of social support was negative correlated with depression. This reflect to researcher pay attention related factors and predictions of depression in each population. Which led to depression understand, protect depression, and secure population.

2.1.3 Development of depression instruments. From research result reflect of researcher were attention in depression screening. Observe from amount of screening tests, objective of used, and population.

2.2 Experimental research. From research result reflect and confirm that depression interventions were necessary at present day. Especially psychology

copyright by MULIC

intervention because psychology intervention were adjust cognitive and behavioral cooperate with pharmacotherapy

Depression intervention in chronic physical ill patients more than psychiatric patients reflect to depression was not only restrict in mental health, but its was problem in chronic physical ill patients. Therefore, professional in any field should be aware and pay attention with depression. Because depression was precipitating patient's disease. Although, 5 papers in caregivers reflect to caregiver's problem led to state of intervention development. From literature reviews found that depression of caregiver related to role overload, and burden.

2.3 Qualitative research. From amount of qualitative research reflect to researcher interested to study depression more than past. Because researcher have qualitative knowledge, have important in depression, and realize depression can be fulfill quantitative research in some aspect, such as cognitive and felling, especially depression management.

Limitations

1. This study only selected depression research studies in adult and elderly in Thailand, so research result were not generalization to child and adolescent.
2. This study only selected studies psychological intervention, so research result were not generalization to drug, herb, laboratories, and animal study.
3. This study only searched from database and manual searched, may be error when searched.
4. This study was secondary research, then data collected from previous research, so may be data error if primary research was miss interpretation.
5. This study was survey and collected only full text.

Recommendations

This study revealed that, most depression research studies in adult and elderly in Thailand, both experimental research and non-experimental research, are quantitative research. Especially, studies were taken placed in physical illness patients. Therefore, more research studies should be conducted in other samples and as qualitative research. As a result, the new research studies will deeply and extensively increase a state of knowledge about depression more than did the previous studies.

copyright by MULIC

บรรณานุกรม

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช.46*(1), 1-9

กนกศรี จาดเงิน. (2543). *เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5* โรงเรียนอนุบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข .*อารมณ์กับอาหาร*.สืบค้นเมื่อ ตุลาคม 16, 2549, จาก, http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1020.

_____. จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน จำแนกรายจังหวัด ปีพ.ศ.2548. สืบค้นเมื่อ มิถุนายน 13, 2550, จาก http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1020.

_____. จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ.2549. สืบค้นเมื่อ มิถุนายน 13, 2550, จาก http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1020.

กัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล และคณะ. (2530). *การสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.* รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขวัญจิต มหากิตติคุณ. (2548). *ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ และคณะ. (2530). *การสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ.2530-2532.* รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

copyright by MULIC

คณะทำงานโครงการวิจัยผู้สูงอายุ. (2544). *การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์.* รายงานการวิจัย.

จุฑารัตน์ สถิรปัญญา และพรชัย สถิรปัญญา. (2548). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23, (2).

เจียมจิต โสภณสุขสถิต. (2544). *ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2546). ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48*(3), 185-199.

ชุติมา ปัญญพินิจนุกูร. (2528). การศึกษาความรู้และความต้องการปัจจัยที่เอื้อต่อการทำวิจัยของพยาบาลประจำการและอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เชาวนี ล่องชูผล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชาย โพธิสิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*.นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉวีวรรณ โพธิ์ศรีและคณะ. (2540). *การสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ปีการศึกษา 2518-2531*. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉวีวรรณ ธงชัย. (2547). *การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาล เกี่ยวกับการพยาบาลในภาวะวิกฤต ในประเทศไทย*: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงเดือน นรสิงห์. (2546) . *ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน* . การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

copyright by MULIC

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*. กรุงเทพ : นำอักษรการพิมพ์.

ดาวรุ่ง เกิดสิน. (2548). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทัศนา บุญทองและยาใจ สิทธิมงคล. (2545). *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการส่งเสริมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

บุญพา ณ นคร. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุศยา บุญใจเพชร, สกาวรัตน์ เทพประสงค์, สมควร วรรณมณี, สุนทรี ศรีโกไสยและหรรษา เศรษฐบุปผา. (2547) แนวคิดชีวภาพเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสวนปรุง, 20*(3), 16-27.

ปราณี ทู้ไพเราะ. (2538). *การสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย พ.ศ. 2532 -2535*. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล.

ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2539). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM IV) ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)*. กรุงเทพ : โรงพิมพ์ชวนชม.

ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า* . ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. (2549). *องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม, 22, 2550, จาก http://thaidepression.prasri.go.th/reportfile/r001.pdf

ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. (2549). *การประเมินโรคซึมเศร้า: การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ* สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม, 22, 2550, จาก http://thaidepression.prasri.go.th/reportfile/r002.pdf

ธาริณี พลเยี่ยม. (2547). *การสังเคราะห์งานวิทยานิพนธ์ทางการศึกษา คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2540-2545*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภักดี รักษาพันธุ์. (2547). *การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ด้านการเรียนการสอนภาษาไทยในปี 2533-2545*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

copyright by MULIC

พรทิพย์ วงศวิเศษสิริกุล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแรงสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิเชฐ อุดมรัตน์, บก. (2546). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.*สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51*(2) , 39-48.

พัทยา จิตสุวรรณ. (2535). *ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิกต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชันและคณะ. (2535). *วิจัยการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ*. สงขลา: อัลลายด์เพรส.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัยและสาลี เฉลิมวรรณพงศ์. (2539). *ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อการทำวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้.*รายงานการวิจัย

ไพรินทร์ สมบัติ. (2540). *การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มรรยาท รุจิวิทย์. (2549). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต.*เอกสารการบรรยาย ณ สำนักเสริมศึกษาและบริการสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มาโนช หล่อตระกูล. (2544). การฆ่าตัวตาย ในพิเชษฐ อุดมรัตน์.(บรรณาธิการ).*การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.* สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มาโนช หล่อตระกูล ปราโมทย์ สุคณิชย์และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *41*(4), 235-245

มัณฑนา นทีธาร. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

copyright by MULIC

วัฒนี แสงหิรัญ. (2536). *ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลราชวิถี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533) . *Management of depression(1990).* กรุงเทพ : บอสโก อ๊อแฟเซ็ท .

วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2547*).การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและเหตุผล.* เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิภาวี เผ่ากันทรากร. (2548). *ภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์การจมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิภาพร เอกศิริวรานนท์. (2541). *การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วินิทรา นวลละออ. (2550). ความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่มาตรวจรักษา ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *52*(1), 19-28.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2547). แนวคิดร่วมของโรคซึมเศร้าและแนวทางการบำบัด: ประสบการณ์ในผู้สูงอายุไทยในสหรัฐอเมริกา.*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 18*(1), 10-18.

รณชัย คงสกนธ์ สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค อวยชัย โรจนนิรันกิจและ อุไร บูรณเชษฐ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48*(4), 212-213.

ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบ ของวัยรุ่นตอนปลาย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ. (2548). *ศิลปะการใช้ยารักษาโรคต้านซึมเศร้า.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทิมส์ จำกัด.

นุสรา วรภัทราทร. (2547). *ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคนอื่น ๆ. (2537). *การสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยระหว่างพ.ศ. 2533 -2537.* รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

copyright by MULIC

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพ : บริษัทด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.

สภาการวิจัยแห่งชาติ. (2550). ตำราชุดฝึกอบรมนักวิจัย. สืบค้นเมื่อ มกราคม, 14, 2551, จาก http://reg.mfu.ac.th/research/pdf/book11.pdf.

สมจิต พฤกษะริตานนท์ และรณชัย คงสกนธ์. (2007) .กาย จิต สังคม ของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากสึนามิ ในหนึ่งชุมชนทางภาคใต้ของประเทศไทย.*จดหมายเหตุทางการแพทย์, 90 (*8), 1501-1505.

สมภพ เรืองตระกูล. (2543).*โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย.* กรุงเทพมหานคร: บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์.

สมพร ศิรินาวิน. (2538). *วิจัยทางคลินิก.* ใน ประทักษ์ โอประเสริฐ์สวัสดิ์.กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

สรยุทธ วาสิกนานนท์. (2547). โรคซึมเศร้าในพิเชษฐ อุดมรัตน์. (บรรณาธิการ).*การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.* สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สรยุทธ วาสิกนานนท์. (2549). การรักษาด้วยแสงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51*(4), 381-395.

สุคนธ์ มีเนตรทิพย์. (2540). *การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธิสา เต็มทับ. (2548). *อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลสุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศรีษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, พูนศรี รังสีขจี, นิรมล พัจนสุนทร, สุรพล วีระศิริและ สุชาติ พหลภาคย์. (2549).การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51*(4), 330-348.

สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. (2549). ใน ธรณินทร์ กองสุข (บรรณาธิการ).*องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ.*สืบค้นเมื่อ พฤษภาคม, 22, 2550, จาก http://thai depression.prasri.go.th/reportfile/r001.pdf

copyright by MULIC

สุพรรณี สุ่มเล็ก. (2527). *ผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัวความวิตกกังวลความซึมเศร้าและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพัฒน์ สุกมลสันต์. (2535). *การอภิวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนภาษาอังกฤษในระหว่างปี พ.ศ. 2515-2530* . กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวลี คำวะลี. (2545). การทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค *[Beck] เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2545.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์

ศิริมา มณีโรจน์. (2549). การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา: การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, *17*(1), 2-7.

ศิริพร จิรวัฒนกุลและคณะ. (2551). การรับรู้และวิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคน 4 หมู่บ้านในภาคอีสาน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 16*(1), 1-13.

อุทุมพร จามรมาน. (2531). *การสังเคราะห์งานวิจัย : เชิงปริมาณเน้นวิธีการวิเคราะห์เมตต้า*. กรุงเทพ: ฟันนี่พับลิชชิ่ง.

อุมาพร ตรังคสมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์และ ปิยลัมพรหะวานนท์. (2540).การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.*วารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42*(1), 3-4.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41, 162-173.

อัจฉราพร ลี่หิรัญวงศ์และคณะ. (2544). แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression : การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,46*(4), 311-321.

อัญชลี ฉัตรแก้ว. (2546). *ผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอกอุมร วิเชียรทอง. (2548). *ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น*. เอกสารประกอบการสอน . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เอกอุมา วิเชียรทอง. (2549). ผลการใช้ดีเพรสชั่นโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51*(2), 11-21.

copyright by MULIC

เอื้อมเดือน เนตรแขม. (2541). *ความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อำไพวรรณ 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.

Andrea M. Barsevick, Carole Sweeney, Eileen Haney, Esther Chung. (2002). A Systematic Qualitative Analysis of Psychoeducational Interventions for Depression in Patients With Cancer. [Electronic Version]. *Oncology Nursing Forum, 29,*(1) , 78-87.

APA. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington D. C.: American Psychiatric Association.

All about Depression. *Biological causes of Depression.* Retrieved October 20, 2006 , from http://www.allaboutdepression.com/cau_02.html .

Allen, J. P. (2006). *An overview of beck's cognitive theory of depression in contemporary literature.* Retrieved October 28, 2006, from http://www. personalityresearch.org /papers/allen.html Baldwin RC. (2002). *Research into depressive disorder in later life: who is doing what? A literature search from 1998-2001*. [Electronic Version]. *International Psycho geriatrics, 14*(4), 335-346.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006).*Beck Depression Inventory II.* Retrieved February 20, 2006, from http://harcourtassessment.com/haiweb/ cultures/en-us/productdetail.htm?pid=015-8018-370

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press.

Beck, Cheryl. (1996). A Meta-Analysis of Predictors of Postpartum Depression. Electronic Version]. *Nursing Research. 45*(5), 297-303.

Beck, Cheryl. (2001). Predictors of Postpartum Depression: An Update. [Electronic Version]. *Nursing Research,* 50(5), 275-285.

copyright by MULIC

Beeber, L. S. (1996). Depression in women. In A. B. McBride & J. K. Austin(Eds.), *Psychiatric-mental health nursing: Integrating the behavioral and biological science*s. (pp. 235-268). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Bowlby, J. (1986). *Attachment and loss, volumes III, loss: Sadness and depression*. Australia: Penguin Books.

Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origin of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.

Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., & Schmied, V. (2005). 'Big build': hidden depression in men. [Electronic Version]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 921-931.

Burns, N., & Grove, S. K. (2003). *Understanding nursing research*. Philadelphia Pennsylvania: W.B.Saunders Company.

Bush, N.F, Rudden, M. & Shaprirp, T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression.* Washington DC: American Psychiatric Association.

Chittawon, P. (2003). *Effects of rational emotive behavior therapy on depression in Adolescents*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Cole, M.G. (2005). Evidence-based review of risk factors for geriatric depression and brief preventive interventions . *psychiatric clinics of north America* . 28, 785-803.

Cooke D.D. McNally L. Mulligan K.T. Harrison M.J.G. Newman S.P. (2001). Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. [Electronic Version]. *Aging and Mental Health, 5*,(2), 120-135.

Dubovsky, S. L., Davies, R., & Dubovsky, A. N. (2004). *Essential of clinical psychiatry :Mood disorder.* Washigton DC: American Psychiatry.

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.

Fadem, B. (2001). *Hidh-Yield Behavioral Science.* (2th ed.). Philadelphia Pennsylvania: Lippincott.

Fadem, B. (2005). *Behavioral science* (4th ed.). Philadelphia Pennsylvania: Lippincott.

copyright by MULIC

Galinowski, A. & Lehert, P. (1995). Structural validity of MARDS during antidepressant treatment. *International Clinical Psychopharmacology, 10*(3), 157-161.

Goldman , L. S., Nielsen, N. H., & Champion, H. C. (1999). Awareness, Diagnosis, and Treatment of Depression. [Electronic Version]. *Journal of General Internal Medicine, 14*, 569-580.

Gordon, V. C., & Ledary, L. E. (1985). Depression in women: The challenge of treatment and prevention. *Journal of Psychosocial Nursing, 23*(1), 26-34.

Konthieng, K. (2005). *A survey of nursing research related to pain in Thailand.* Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Greist, J. H., & Jefferson , J. W. (1992). *Depression and its treatment: revised edition*. London: American Psychiatric Press.

Harwath, E. & Weissman, M. M. (1995). Textbook in psychiatric epidemilogy In M. T. Tsuang & M. Tohen(Eds). *Epidemiology of depression and anxiety disorders*. New York : Wiley-Liss.

Henderson, A. S. (1988). *An introduction to social psychiatry*. U.S.A.: Oxford University Press.

Jha, S. K. (2004). *Depression scal :Rrating scales in psychiatry.* Retrieved February, 15, 2007, from www.cnsforum.com/clinicalresources/ratingscales/ ratingpsychiatry/depression/

Manen van, J. G, Bindels P, J. E, Dekker F, W., IJzermans, C. J, Zee van der, J. S, Schadé. E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. [Electronic Version]. *Thorax, 57*, 412-416.

Kovacs, M. (2007). *Children's depression inventory*. Retrieved February, 20, 2007, from http://www.pearsonassessments.com/tests/cdi.htm#scales

Kurlowicz, L. (1999). The geriatric depression scale (GDS). [Electronic Version]. *Best practice in nursing Care to older adult, The Hartford Institute for Geriatric Nursing*.

Kelsoe, J. R. (2005). Mood disorders: Genetics. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* (8^{th} ed., pp. 1582-1593). hiladelphia: Lippincott.

copyright by MULIC

Williams & WilkinsLeaver, J. (2007). *Geriatric depression scale.* Retrieved March 2, 2007, from http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Geriatric-Depression-Scale.html.

Lilja , L., Hellizen , M., Lind , I., & Hellizen , O. (2006). The meaning of depression: Swedish nurse'perception of depressed inpatients. [Electronic Version]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursin., 13,* 269-278.

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.

MA Oui met, F Pri meau, MG Cole. (2001). Psychosocial Risk Factors in Poststroke Depression:a Systematic Review. [Electronic Version]. *Canada Journal Psychiatry, 46,* 819–828.

Martin G. Cole & Nandini Dendukuri. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. [Electronic Version]. *American Journal Psychiatry 160,* 1147-1156.

Montgomery, S. A. (1990). *Anxiety and depression*. Petersfield: Wrightson Biomedical Publishing.

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease ,injury, and risk factor in 1990 and projected to 2020.* United States of America: World Health Organization.

Michele Furlong & Tian P. S. Oei.(2002). *To automatic though and Dysfunctional attitudes in group CBT for Depression.* [Electronic Version]. Retrieved September, 26, 2008, from, http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract;jsessionid=73AEBFDAF2E2ABF2912250FDDA822AC8.tomcat1?fromPage=online&aid=114103

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.

copyright by MULIC

Psychology Information Online. *Depression information and treatment impact of depression.* Retrieved October18, 2006, from http://www.psychologyinfo.com/depression/index.html.

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.

Randloff, L.S. (1977). The CES-D Scale : A self report depression scale for research in the general population .*Journal of Applied Psychological Measurement, 1,* 385-401.

Sangon, S. (2001). *Predictors of Depression in Thai Woman*. Doctoral's dissertation of Nursing Science, The University of Michigan, Michigan, U.S.A.

Seeherunwong, A. (2002). *Recovering from depression of middle-aged Thai women: a grounded theory study*. Unpublished doctoral's disertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Soonthornchaiya, R. (2004). *Perception of depression among elderly Thai immigrants.* Doctoral's dissertation of Nursing Science, University of Illinois of Chicago, U.S.A.

Stahl, M. S. (2000). *Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder*. United Kingdom: The press Syndicate of The University of Cambridge.

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.

Stinton, L. *Beck depression inventory.* Retrieved February, 15, 2006, from http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/affect/bdi.html.

Sittishan, T. (2004). *The effects of music therapy on level of depression in abused girls*Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Valente, S. M. (2005). Detecting and evaluatind depression among elderly patient in home health. [Electronic Version]. *Home Health Care Management & Practice., 17*, 101-108.

Rungchang, W. (2001). *A survey of nursing research about hyprtention in thailand*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bankok, Thailand.

copyright by MULIC

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.

Uitterhoeve, R.J., Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., Mulder, P. De & Achterberg, T. van. (2004) Psychosocial interventions for patients with advanced cancer – a systematic review of the literature. [Electronic Version]. *British Journal of Cancer 91,* 1050 – 1062.

Vatanasin, D. (2005). *Depression among undergraduate nursing students.* Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

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.

World Health Organization. *What is depression?* Retrieved May 20, 2006, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

World Health Organization. (2007). Mental illness: depression worsens the health of people with chronic illness. *Ten statistical highlights in global public health.*

Williams, A., & Hagerty, B. (2005). *Depression research: Nursing's contributions*. New York: Spring Publishing Company Inc.

Williams, J.B.W. (1988). A structured interview guide for the hamilton depression rating Scale. *Archives of General Psychiatry, American Medical Association, 45*(8), 742-747.

William E. Haley, Laurie A. LaMonde, Beth Han, Allison M. Burton, Ronald Schonwetter. (2003). Predictors of Depression and Life Satisfaction Among Spousal Caregivers in Hospice: Application of a Stress Process Model. [Electronic Version]. *Journal of Palliative Medicine, 6*(2), 215-224.

Williams S. and Dale J. (2006). The effectiveness of treatment for depression and depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review [Electronic Version]. *British Journal of Cancer, 94,* 372-390.

Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatry Research, 17,* 37-49.

Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12,* 63-70.

copyright by MULIC

ภาคผนวก ก

copyright by MULIC

ภาคผนวก ก

ตารางแสดงผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า

ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า

ตารางแสดงงานวิจัยที่ศึกษาพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า

การบำบัดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าแบ่งตามกลุ่มตัวอย่าง

ตารางแสดงผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัย	สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	แบบวัด	ความชุก (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)
นราภรณ์ ชาญชัย (2534)	รพ.จุฬาลงกรณ์	หญิงระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด (161 คน)	The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)		ระยะตั้งครรภ์ = 3 8.5 ระยะหลังคลอด = 37.2
วัลลี แสงหิรัญ (2536)	รพ.ราชวิถี	หญิงตั้งครรภ์แต่ละไตรมาส (91 คน)	The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)	ไตรมาส 1 = 35.84 ไตรมาส 2 = 42.9 ไตรมาส 3 = 35.2	
พรศรี คิสรเดชวัฒน์(2542)	รพ.รามาธิบดี	มารดาหลังคลอด (240 คน)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	2.8	
สมบัติ สรรพคุณม และคณะ (2542)	รพ.ตากสิน	หญิงระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและระยะหลังคลอด (91 คน)	The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)		ระยะตั้งครรภ์=36.3 ระยะคลอด = 31.9 ระยะหลังคลอด = 36.0
อัจฉรีย์ ทองสวรรค์(2543)	คลินิกหลังคลอดและวางแผนครอบครัว รพ.รามาธิบดี	มารดาหลังคลอด (120 คน)	Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)	6.67	
วรพรรณ ผดุงไชย์(2545)	หน่วยวางแผนครอบครัว รพ.รามาธิบดีและ รพ.เลิดสิน	มารดาหลังคลอด (200 คน)	The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)	25.0	

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	แบบวัด	ความชุก (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)
จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์ และ กมลรัตน์ วัชราภรณ์(2548)	รพ.สงขลาราชนครินทร์	มารดาหลังคลอด (253 คน)	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	9.5	
อัญชลี ขันทุลา (2548)	ตึกทารกแรกเกิดวิกฤต รพ. จุฬาลงกรณ์	มารดาหลังคลอดระยะ 2-7วันและระยะ 4-6 สัปดาห์ (114 คน)	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	ระยะ 2-7วัน = 51.8 ระยะ 4-6 สัปดาห์ = 34.0	
ชุติมา หรุ่มเรืองวงศ์(2550)	แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวช รพ.จุฬาลงกรณ์	มารดาหลังคลอด (271 คน)	The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)	16.6	
นิภาวรรณ ลีนานนท์(2549)	ฐานทัพเรือพังงา	ทหารและคู่สมรส (250 คน)	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	ชาย = 15.8 หญิง = 54.4 รวม 28.0	
กัลยา แซ่เอี๊ยว (2539)	คลินิกวัยหมดประจำเดือน รพ.จุฬาลงกรณ์	สตรีวัยหมดประจำเดือน (113 คน)	The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)	31.0	
มงคล จิตวัฒนากร และ วาสนา พัฒนกำจร (2542)	คลินิกแผนกผู้ป่วยนอก รพ. ราชบุรี	สตรีวัยเปลี่ยน (209 คน)	Hamilton Rating Scale for Depression 17 ข้อ (HRSD)		13.0
ดาวรุ่ง เกิดสิน (2548)	คลินิกวัยทอง รพ.จัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ	สตรีวัยทอง(123 คน)	Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)	78.05	

ภาคผนวก

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	แบบวัด	ความชุก (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)
พิสิฎฐ์ ชัยประเสริฐสุด (2548)	คลินิกวัยหมดประจำเดือน รพ.จุฬาลงกรณ์	สตรีวัยเปลี่ยน (99 คน)	Hamilton Rating Scale for Depression 17 ข้อ (HRSD)	13.0	
สายยนต์ เจริญขำ(2535)	เขตชนบท อ.บรรพตพิสัย จ.นครสวรรค์	ผู้สูงอายุ (350 คน)	QD2	64.7	
เกษม เล่งเวหาสถิต และคณะ (2540)	อ.เมือง จ. กำแพงเพชร	ผู้สูงอายุ (614 คน)	Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS)	29.4	
มาโนช ทับมณี(2541)	ชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร	ผู้สูงอายุ (370 คน)	Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS)	35.1	
กาญจนา ฟุ้งไพศาล(2539)	เขตเทศบาลเมือง กำแพงเพชร	ผู้สูงอายุ (330 คน)	Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS)	39.7	
กนกรัตน์ สุขะตุงคะและคณะ(2542)	ชุมชนชนบท จ.ระนองและ ชุมชนเมือง กทม.	ผู้สูงอายุชุมชนชนบทและเมือง (1052 คน)	Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS)	ระนอง = 17.0 กทม.= 35.1 รวม 24.1	
คณะทำงานโครงการวิจัยผู้สูงอายุ(2544)	จ.นครสวรรค์	ผู้สูงอายุ (383 คน)	Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS)	24.4	
เกริกชัย พิชัย (2546)	แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม รพ.จุฬาลงกรณ์	ผู้ป่วยสูงอายุ (420 คน)	Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS)	43.1	

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	แบบวัด	ความชุก (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)
ธนวรรณ พยูงผล(2545)	คลินิกประกันสังคม รพ.จุฬาลงกรณ์	ผู้ป่วยนอก (330 คน)	Health-Related Self Reported (HRSR) Scale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population	24.6	
เตือนใจ ห่วงสายทอง(2545)	วัดพระบาทน้ำพุ จ.ลพบุรี	ผู้ป่วยโรคเอดส์ (106 คน)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	43.02	
สิริกาญจน์ ท่อแก้ว(2546)	จ.นครปฐม	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (117 คน)	Beck Depression Inventory (BDI)	69.2	
พาสิริ สิทธินามสุวรรณ (2550)	หน่วยฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้อง รพ.พระมงกุฎเกล้า	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (90 คน)	Thai Depression Inventory (TDI)	6.7	
ภาพันธ์ เจริญสวรรค์(2546)	รพ.จุฬาลงกรณ์	ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง (85 คน)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	38.8	
ไพรำ ยังประดับ(2541)	แผนกอายุรกรรมประสาท ศัลยกรรมประสาทและเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.จุฬาลงกรณ์	ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (96 คน)	Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS)	71.9	
ภัคจิรา รัชตะสังข์(2547)	รพ.จุฬาลงกรณ์	ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด(162 คน)	Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)	19.1	

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	แบบวัด	ความชุก (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)
พัทยา เฮงรัศมี และคณะ (2550)	หน่วยมะเร็งทางนรีเวช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งทางนรีเวชทุกระยะ (149 คน)	Health-Related Self-Reported (HRSR) Scale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population)	13.4	
นพดล เตมียะประดิษฐ์ และคณะ (2536)	คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สงขลา	ผู้ป่วยเบาหวาน (142 คน)	The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)	30	
สุภาวิณี ประมวลวงศ์ (2548)	แผนกผู้ป่วยนอกรพ.ชุมชน จังหวัดนครปฐม	ผู้ป่วยเบาหวาน (375 คน)	Health-Related Self-Reported (HRSR) Scale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population	12.3	
วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล (2540)	ตึกผู้ป่วยในภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูและตึกผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ภาควิชาศัลย์ศาสตร์ออร์โธปิดิกส์รพ.ศิริราช	ผู้พิการ (108 คน)	The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)	40.7	
วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล (2543)	ศูนย์วิจัยผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง รพ.ศิริราช	ผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (44 คน)	Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)	13.6	
ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และคณะ(2548)	สถานีอนามัยบ้านเมืองวะ อ.สันทราย จ.เชียงใหม่	ผู้มีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ (72 คน)	Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)	ชาย = 24.4 หญิง = 75.6 รวม 56.9	

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	แบบวัด	ความชุก (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (ร้อยละ)
สรวุฒิ สังข์รัศมีและคณะ (2540)	รพ.จิตเวชนครราชสีมา	ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (103 ราย)	Beck Depression Inventory (BDI)	58.3	
สามารถ นิธินันท์ และคณะ (2550)	รพ.พระมงกุฎเกล้า	ผู้ป่วยโรคลมชัก (60 คน)	Thai Geriatric Depression Scale: (TGDS)	38.3	
วินิทรา นวลละออง(2550)	รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง (92 คน)	Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)	8.7	
ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ (2546)	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง (150 คน)	Zung Self Rating Depression Scale (SDS)	36	
สุวรรณี พุทธิศรีและคณะ (2549)	แผนกผู้ป่วยจิตเวช รพ.รามาธิบดี	มารดาเด็กสมาธิสั้น (17 คน)	Thai Depression Inventory(TDI)	34.70	
พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ(2549)	กรุงเทพมหานคร	ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (69 คน)	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition by American Psychiatric Disorder (DSM IV) and Composite International Diagnostic Interview (CIDI).	31.88	

copyright by MULIC

ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า

กลุ่มผู้ป่วยทางกาย

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ	10	Sig (4), ns (3)	χ^2= 6.43, 23.04, 4.04	r =.42, .24	R^2 = 5 % , 17%	
อายุ	10	Sig (4), ns (6)	χ^2= 9.45			
การศึกษา	7	Sig (3), ns (4)	χ^2= 11.19, 5.20 t= 3.58			OR =.512
รายได้	7	sig (7)	χ^2= 7.29, 11.42, 6.31	r = -.34, -.51, -.24 ,	R^2 = 12 % , 3% b=.404	OR = 1.16
สถานภาพสมรส	7	Sig (2), ns (5)	χ^2= 9.82	r =.17	R^2 = 3 %	
อาชีพ	6	Sig (4), ns (2)			b= .30	
โรคประจำตัว	5	Sig (3), ns (2)	f = 18.82			
ความเพียงพอในรายได้	1	Sig (1)	χ^2= 7.43,	r= .178	R^2 = 3%	
ปัญหาการเงิน	1	Sig (1)		r= .17		
ลักษณะงาน	1	Sig (1)	χ^2= 24.06			
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร	4	Sig (2), ns(2)	χ^2= 10.82	r= - .34, -.61 , .208	R^2 = 12 % , 42%	OR = 3.488

copyright by MULIC

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
การรับรู้ภาวะเจ็บป่วย	2	Sig (1), ns(1)		r= -.13		
แหล่งทักษะภายในตนเอง	2	Sig (2), ns(1)		r = -.55, -.61		
ระดับการดูแลตนเอง	1	Sig (1)		r= -.43		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง	1	Sig (1)		r= -.67		
การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา	1	Sig (1)				OR=2.28
ปัจจัยด้านตัวโรค						
ความรุนแรงของโรค	1	Sig (1)		r= .32		
การวินิจฉัยโรคที่มา	1	Sig (1)	χ^2= 18.87			
ผลกระทบของการเจ็บป่วย	1	Sig (1)		r= .73		
อาการหายใจลำบาก	1	Sig (1)		r= .43		OR=3.35
ความเหนื่อยล้า	1	Sig (1)		r = .39		
การวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก	1	Sig (1)				
ความบกพร่องในการมองเห็น	1	Sig (1)		r= .71		
การรักษาด้วยการฉายรังสี	1	Sig (1)				
การหมดสมรรถภาพทางเพศ	1	Sig (1)				

copyright by MULIC

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
โรคหัวใจ	1	Sig (1)	χ^2= 11.83			
ปัจจัยด้านจิตใจ						
ความหวัง	3	Sig (3)		r= -.53, -6.93, -.88		
ความเชื่อเรื่องบุญกรรม	1	Sig (1)	χ^2= 36.42		b=.458	
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1	Sig (1)		r = - .36	R^2 = 13 %	
ปัจจัยด้านสังคม						
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	5	Sig (5)	t= -4.51, 44.53,sd=25.15	r = .437, .337, .337, 3.81	R^2 = 11%	OR = 7.709
การสนับสนุนทางสังคม	5	Sig (3)	t= 4.03, x=112.48,sd=20.99	r = -.162, .-96 , .466, -41.5	R^2 = 28% , 45%	OR = 10.01
สัมพันธภาพในครอบครัว	1	Sig (1)		r= -.364	R^2 = 13 %	
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม	1	Sig (1)		r = -.301	R^2 = 9 %	
งานอดิเรก	1	ns (1)				
การทำบุญ	1	Sig (1)	χ^2= 6.28			
ปัญหาเศรษฐกิจ	1	Sig (1)	χ^2= 9.03			
ปัญหาคดีความ	1	Sig (1)	χ^2= 7.17			

copyright by MULIC

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
การเฝ้าบ้าน	1	Sig (1)	χ^2= 11.336, p = .0001			
สถานที่ตั้งของแหล่งขายยาเสพติด	1	Sig (1)				

หมายเหตุ ns = non significant, บางงานวิจัยศึกษามากกว่า 1 ผลลัพธ์, บางงานวิจัยไม่รายงานค่าสถิติ

กลุ่มผู้ป่วยทางจิต

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
ปัจจัยส่วนบุคคล						
อายุ	7	Sig (3), ns (4)	χ^2= 22.5	r= - .163	R^2 = 23 %	
เพศ	6	Sig (2), ns (4)	χ^2=19.23			
สถานภาพสมรส	3	Sig (1), ns(2)				
ระดับการศึกษา	1	Sig (1)	χ^2=5.70			
อาชีพ	1	Sig (1)	χ^2= สนาม			
การทำงาน	1	Sig (1)	t =2.55, p = .012			
การมีโรคทางกาย	1	Sig (1)	t =2.31, p = .021			

copyright by MULIC

กลุ่มผู้ป่วยทางจิต (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	1	sig (1)			R^2 = 25 %	
ประวัติการใช้สารเสพติด	1	Sig (1)	χ^2=10.34			
ปัจจัยด้านจิตใจ						
ประวัติสูญเสียมารดาก่อน 11 ปี	1	sig (1)	χ^2 = 6.12		B = 1.13	OR = 3.09
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	1	sig (1)		r = .67	B= -.09	
อาการรู้สึกผิด	1	sig (1)		r= .54		
ปัจจัยด้านสังคม						
การสนับสนุนทางสังคม	3	sig (3)	t= 5.41	r= -.62, -.44 , -.43	R^2 = 20%	
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	2	sig (1), ns(1)	t = 3.88	r= .18		
ความตึงเครียดในบทบาท	1	sig (1)	t =1.32			
Interpersonal resource	1	Sig (1)	t= 2.19			
ความตึงเครียดในตนเอง	1	sig (1)	t = 2.30		B= . 73, p < .001	
ความขัดแย้งระหว่างบุคคล	1	sig (1)	t =4.79			
คุณภาพชีวิต	1	sig (1)		r = -.39		

หมายเหตุ ns = non significant, บางงานวิจัยศึกษามากกว่า 1 ผลลัพธ์, บางงานวิจัยไม่รายงานค่าสถิติ

copyright by MULIC

กลุ่มผู้สูงอายุ

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ	13	Sig (8), ns (5)	t = 3.41 , χ^2 = 6.51 , 6.57			OR=2.8
รายได้	13	Sig (9), ns (3)	χ^2= 7.073, 76.36, 12.63, 13.66	r= -.264 ; -.19	R^2= 21.2%	OR=1.62
สถานภาพสมรส	10	Sig (5), ns (5)	χ^2 = 4.212, 27.76			OR=1.47
อายุ	8	Sig (3), ns (5)	χ^2 = 5.943	r = .352; .14		OR= 2.0
ภาวะสุขภาพ	2	Sig (1), ns (1)		r=.-554		
แหล่งที่มาของรายได้	2	Sig (1), ns(1)	χ^2 = 13.727			
ระดับการศึกษา	2	Sig (1), ns (1)	χ^2 = 6.069			
สถานภาพของสุขภาพกาย	2	Sig (2)	χ^2= 32.75	r= .554	R^2=6%	
จำนวนปีที่ศึกษา	1	Sig (1)		r= -.26		
อาชีพ	1	Sig (1)	χ^2= 17.18			
ศาสนา	1	ns (1)				
ความสามารถในการอ่านเขียน	1	Sig (1)				
การมองเห็น	1	Sig (1)				

copyright by MULIC

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
โรคประจำตัว	1	Sig (1)	χ^2 = 10.91	B=2.47	R^2= 3%	
ปัจจัยด้านชีวภาพ						
ภาวะสมองเสื่อม	2	Sig (2)	-	r= -.108, .286		
ความปวด ครั้งที่ 2 (24 ชั่วโมง)	1	Sig (1)		r= .269		
การจัดการกับความปวด	1	Sig (1)				
การใช้ยาประจำ	1	Sig (1)				
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	1	Sig (1)		r= .36		
ปัจจัยด้านจิตใจ						
ความหวัง	2	Sig (2)		r = -.693, -.88		
ความว้าเหว่	1	Sig (1)		r = .75	R^2 = 56 %	
อัตมโนทัศน์	1	Sig (1)		r= -.63		
ปัจจัยด้านสังคม						
การมีส่วนร่วมในสังคม	5	Sig (3), ns (1)	χ^2=40.59	r= .404, b= -1.336	R^2= 3%, 6%	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	4	Sig (4)		r= -.32, -.46, -.404, b= -0.424	R^2= 4%	
สัมพันธภาพในครอบครัว	3	Sig (3)		r= -.26,-.589, -.57 b= -4.675	R^2= 2%, 1 %, 4 %,5%	

copyright by MULIC

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
เหตุการณ์ความเครียด	2	Sig (1)	χ^2= 29.24	r= -.087		
การออกกำลังกาย	2	Sig (1), ns (1)	χ^2 = 9.68			
การติดต่อกับลูกหลาน	1	Sig (1)	χ^2 = 8.31			
การเป็นเจ้าของบ้าน	1	Sig (1)	χ^2 = 8.01			
การเป็นสมาชิกชมรม	1	Sig (1)	χ^2 = 6.24			
การให้คำแนะนำกับคนอื่น	1	Sig (1)	χ^2 = 36.19			
การอยู่อาศัยตามลำพัง	1	Sig (1)	χ^2= 9.99			
สาเหตุที่ไม่สามารถทำงาน	1	Sig (1)				

หมายเหตุ ns = non significant, บางงานวิจัยศึกษามากกว่า 1 ผลลัพธ์, บางงานวิจัยไม่รายงานค่าสถิติ

copyright by MULIC

กลุ่มสตรีวัยเปลี่ยน

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
ปัจจัยส่วนบุคคล						
ความเพียงพอของรายได้	6	Sig (6)	χ^2 = 31.59, 21.00		R^2= 15%	OR=21.532, 3.61, 63.54
รายได้	5	Sig (2), ns (3)	χ^2= 15.45			0R=6.52
สถานภาพสมรส	2	ns (2)				
อาชีพ	3	Sig (1), ns (2)	χ^2 = 11.48			
การศึกษา	3	Sig (1), ns (2)				
ภาวะสุขภาพ	2	Sig (1), ns (1)		r = .411		
ศาสนา	2	Sig (2)	χ^2= 6.06, 14.16			
อายุ	2	ns (2)				
โรคประจำตัว	2	ns(2)				
จำนวนบุตรที่มี	2	Sig (1), ns(1)		r=.289	b=.286	
ปัญหาสุขภาพจิต	1	Sig (1)		r=.579	R^2= 38 %	
ปัจจัยด้านชีวภาพ						
อาการในวัยหมดประจำเดือน	3	Sig (3)	χ^2= .0098	r=. 529	R^2= 47 %	OR = 3.24
ลักษณะการมีประจำเดือน	2	Sig (2)	χ^2= 6.800, 4.871			
ประวัติโรคทางจิตในครอบครัว	2	ns (2)				

copyright by MULIC

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
ประวัติซึมเศร้าในอดีต	1	Sig (1)		r= .57		
ระดับฮอร์โมน	1	ns(1)				
ปัจจัยด้านจิตใจ						
ทัศนคติต่อภาวะหมดประจำเดือน	1	Sig (1)	χ^2= .00059			
ความรู้สึกไม่สบายใจ	1	Sig (1)		r=.335	b=.903	
ลักษณะบุคลิกภาพ	1	Sig (1)	χ^2= .00066			
ปัจจัยด้านสังคม						
การสนับสนุนทางสังคม	3	Sig (3)	χ^2= .00002	r = -.421	R^2= 31%	OR=21.53
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	3	Sig (3)	χ^2= .00028	r= .44, .566	R^2=15 %	
ความตึงเครียดในบทบาท	1	Sig (1)		r= .374		
สัมพันธภาพในครอบครัว	1	Sig(1)	χ^2= 53.91			OR = 6.58
ปัญหาเพศสัมพันธ์กับสามี	1	Sig (1)		r= .21		

หมายเหตุ ns = non significant, บางงานวิจัยศึกษามากกว่า 1 ผลลัพธ์, บางงานวิจัยไม่รายงานค่าสถิติ

copyright by MULIC

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และหลัง

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
ปัจจัยส่วนบุคคล						
อายุ	10	Sig (2), ns (8)		r= .514	R^2=2 %, 6%	
รายได้	7	Sig (5), ns(2)		r= -.17, -.269, -.227	R^2= 2 %, 6 %	
ประวัติสุขภาพจิตในอดีต	4	Sig (3), ns(1)		r= .20; .31, .267	R^2= 3 %, 9%	
จำนวนบุตร	3	Sig (1), ns(1)		r=.18		
การศึกษา	3	Sig (1), ns (2)		r= -.168	R^2= 4%	
อายุครรภ์	2	Sig (2)		r=.195; .357	R^2=6 %	
อาชีพ	1	Sig (1)				
ประวัติการมีโรคประจำตัว	1	Sig (1)				OR= 11.05
การประกอบอาชีพ	1	Sig (1)				
จำนวนครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด	1	Sig (1)		R = .288		
การตั้งครรภ์ระยะที่ 1	1	Sig (1)		R= .176		
gravida	1	Sig (1)		R= 1.62		
ปัจจัยด้านจิตใจ						
ความพึงพอใจในชีวิตสมรส	3	Sig (2), ns(1)		r= -.16		OR = 6.50

copyright by MULIC

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3	Sig (3)		r= -.545, -.36	R^2= 3%; 7%	
ความตั้งใจในการมีบุตร	2	Sig (2)		r= -.14; -.259	R^2= 6%	
ความเจ็บป่วยของทารกในช่วง1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	3	Sig (2), ns(1)				OR = 5.88, 7.15
อาการวิตกกังวล	1	Sig (1)		r= .548	R^2= 30.%	
ภาพลักษณ์	1	Sig (1)		r= -.44		
อาการเศร้าหลังคลอด	1	Sig (1)				OR = 3.64
ภาวะซึมเศร้าระยะ 2-7 วันหลังคลอด	1	Sig (1)				OR = 7.18
ความรู้สึกไม่มีความสุขขณะตั้งครรภ์	1	Sig (1)				OR = 3.54
โรคที่รบกวนในช่วงคลอด	1	Sig (1)				OR = 7.14
ความผิดปกติของทารกแรกเกิด	1	Sig (1)				OR = -3.80
ความพร้อมในการมีบุตร	1	Sig (1)				
การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	1	Sig (1)		r= -.26		
การปรับเปลี่ยนบทบาท	1	Sig (1)		R= -.26		

copyright by MULIC

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
ความวิตกกังวลของบุตรที่เข้ารับการรักษา	1	Sig (1)				OR = 10.67
ปัจจัยด้านสังคม						
แรงสนับสนุนทางสังคม	5	Sig (4), ns(1)		r= -.37, -.26, -.40	R^2= 14%, 2 % b = -.25	
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	1	Sig (1)	t = -2.36			
เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน	1	Sig (1)		r=.24		
สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน	1	Sig (1)		r= .51	R^2= 27%	
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	1	Sig (1)	t = -2.29	R = -.41	R^2= 23%	
ความสัมพันธ์กับมารดา	1	Sig (1)				OR= 6.50
การเบิกค่ารักษาพยาบาล	1	Sig (1)		r= -.20	R^2 = 2 %	

หมายเหตุ ns = non significant, บางงานวิจัยศึกษามากกว่า 1 ผลลัพธ์, บางงานวิจัยไม่รายงานค่าสถิติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยบูรพา
copyright by MULIC

ปัจจัย	จำนวนครั้งที่มีการศึกษา (เรื่อง)	ความมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05	ผลลัพธ์ (เรื่อง)			
			ความแตกต่าง (t-test, χ^2-test)	ความสัมพันธ์ (r)	ทำนาย (R^2)	ความเสี่ยง (OR)
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศ	3	ns (3)				
อายุ	1	ns (1)				
สถานภาพสมรส	1	Sig (1)				OR = 7.33
ศาสนา	1	ns (1)				
รายได้	1	ns (1)				
ระดับการศึกษา	1	ns (1)				
อาชีพ	1	ns (1)				
การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว	1	Sig (1)		r= -.21		
การรับรู้ภาระในการดูแล	1	Sig (1)		r= .35	R^2= 5%	
ระยะเวลาในการดูแล	1	Sig (1)		r= -.19		
ระยะเวลาหลังจากที่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น นานกว่า 12 เดือน	1	Sig (1)				OR = 3.34
เจตคติต่อความตาย	1	Sig (1)		r= -.431 (1)		

หมายเหตุ ns = non significant, บางงานวิจัยศึกษามากกว่า 1 ผลลัพธ์, บางงานวิจัยไม่รายงานค่าสถิติ

copyright by MULIC

ตารางแสดงงานวิจัยที่ศึกษาพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย	นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537)	ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539)	วันเพ็ญ แสงสงวน(2539)
แบบวัดที่ศึกษา/พัฒนา	Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)	Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS)	แบบสัมภาษณ์การวิจัยโรคซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง	ผู้ป่วยโรคมะเร็ง	ผู้สูงอายุไทย
Cut point (คะแนน)	ไม่ระบุ	11	ไม่ระบุ
reliability	หา KR-20 พบ หญิง = 0.94 , ชาย= 0.91 รวม =0.93	Sub scale anxiety Kappa = 0.67, Alpha = 0.856 Sub scale depression Kappa = 0.73, Alpha = 0.83	Alpha = 0.92
validity	หา content validity โดยผู้ทรงคุณวุฒิ	วิเคราะห์ factor analysis เพื่อหา Construct พบว่า 14 ข้อแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย	หา concurrent validity โดยใช้ DSM III –R เป็นเครื่องมือมาตรฐาน พบ r = .95
Sensitivity	ไม่ระบุ	Sub scale anxiety ร้อยละ 100 Sub scale depression ร้อยละ 85.71	91.94 %
Specificity	ไม่ระบุ	Sub scale anxiety ร้อยละ 86 Sub scale depression ร้อยละ 91.3	100 %

copyright by MULIC

ชื่อผู้วิจัย	ดวงใจ กสานติกุลนิพันธิ์ และคณะ (2540)	วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล(2540)	มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขคณิชย์ (2542)
แบบวัดที่ศึกษา/พัฒนา	Health-Related Self-Reported (HRSR) Scale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population	The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale(CES-D) (Thai version)	Thai Depression Inventory (TDI)
กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ประชากรไทย	ประชากรปกติและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Cut point (คะแนน)	คะแนนที่ 30 และคะแนนที่ 25	19	> 35 คะแนน
reliability	Alpha = 0.91	Alpha = 0.9154	Alpha = 0.858 (r = .72) Spearman brown = 0.76
validity	factor analysis	หา content validity โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน และหา concurrent validity โดยใช้ DSM-IV เป็นเครื่องมือมาตรฐาน	หา construct โดยทำ principal component analysis พบ 5 ปัจจัยที่เด่นและสำคัญ คือ Anxiety-insomnia และหาconcurrent validity โดยใช้ HAM-D (Thai version) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน พบ r = 0.7188
Sensitivity	คะแนนที่ 30 ได้ 85.3 , คะแนนที่ 25 ได้ 93.4	93.33	ไม่ระบุ
Specificity	คะแนนที่ 30 ได้ 90.2 , คะแนนที่ 25 ได้ 75.1	94.2	ไม่ระบุ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright by MULIC

ชื่อผู้วิจัย	อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และรณชัย คงสกนธ์ (2544)	วิไล คุปต์นิรัติศัยกุลและคณะ (2545)	ทวี ตั้งเสรี และคณะ(2546)
แบบวัดที่ศึกษา/พัฒนา	Hamilton Rating Scale for Depression 17 ข้อ (HRSD) (Thai version)	CES-D และ TDI	แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง	ผู้ป่วยจิตเวชและคนปกติ
Cut point (คะแนน)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ผู้ที่รับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก>5 คะแนน, ประชาชนในชุมชน จ. ขอนแก่น 6 คะแนน
reliability	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	Alpha=0.88, kappa=0.839
validity	หา construct โดยทำcluster analysis พบว่า HRSD จำแนกอาการได้ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล 2. กลุ่มอาการนอนหลับ 3.กลุ่มอาการแสดงออกทางกายภาพ 4. กลุ่มอาการทางความคิด	Roc curve ของ CES-D = 0.826 และ TDI = 0.827	หา content validity โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 17 คนและหา concurrent validity โดยใช้ M.I.N.I เป็นเครื่องมือมาตรฐาน
Sensitivity	ไม่ระบุ	CES-D =80.0 , TDI =69.8	86.8
Specificity	ไม่ระบุ	CES-D= 70.0, TDI= 79.4	79.8

copyright by MULIC

ชื่อผู้วิจัย	รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2546)	สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล และคณะ(2549)	อานนท์ วิทยานนท์ และคณะ (2549)
แบบวัดที่ศึกษา/พัฒนา	Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Thai version)	Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)	Postpartum Depression Screening Scale(PDSS) : Thai version
กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	กลุ่มคนปกติและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช	มารดาหลังคลอด ระยะ 6-8 สัปดาห์
Cut point(คะแนน)	ไม่ระบุ	20	คะแนนที่ 51 สำหรับ postpartum depression with major or minor depressive disorder คะแนนที่ 90 สำหรับ postpartum depression with major depressive disorder only
reliability	Kappa = 0.78, Alpha = 0.8048	Kappa = 0.80-0.85, Alpha =0.95	alpha = 0.9
validity	หา content validity พบ item correlation coefficient ในแต่ละข้อมากกว่า 0.6	หา content validity โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 13 ท่าน	หา concurrent validity โดยใช้ DSM-IV เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ROC curve เท่ากับ 0.80
Sensitivity	ไม่ระบุ	88% (95% CI= 86-90%)	คะแนนที่ 51 = 72คะแนนที่ 79
Specificity	ไม่ระบุ	88% (95% CI= 86-90%)	คะแนนที่ 51 = 75คะแนนที่ 99

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright by MULIC

ชื่อผู้วิจัย	สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2550)	อัจฉราพร ลี่หิรัญวงศ์ และ สุนันทา ฉันทรุจิกพงศ์ (2550)	ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ และคณะ(2550)
แบบวัดที่ศึกษา/พัฒนา	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอิสาน	แบบวัดการคืนความสำคัญให้ตนเองในสตรีที่มีความซึมเศร้า	MADRS ฉบับภาษาไทย: เปรียบเทียบกับ DSM และ HRSD
กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ประชากรไทยในภาคอิสาน	สตรีที่มีอาการซึมเศร้า	ผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. ศิริราช
Cut point (คะแนน)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
reliability	Kappa = 0.9	Alpha=0.91	Alpha = 0.96 เมื่อเทียบกับ DSMI-TR และ 0.92 เมื่อเทียบกับ HRSD ค่า ICC = .099 และ 0.99เมื่อเทียบกับ DSMIII-TRและ HRSD
validity	หา concurrent validity โดยใช้ M.I.N.I เป็นเครื่องมือมาตรฐาน	หา concurrent validity กับตัวแปรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง r = 0 .49 และอาการซึมเศร้า r= -0.39	หา content validity พบ IOC = 0.5
Sensitivity	คำถามข้อที่ 1 = 96.5, คำถามข้อที่ 2 = 71.9 ใช้ทั้ง 2 คำถาม = 96.5	ไม่ระบุ	100
Specificity	คำถามข้อที่ 1 = 45.6, คำถามข้อที่ 2 = 84.1 ใช้ทั้ง 2 คำถาม = 44.6	ไม่ระบุ	100

copyright by MULIC

ตารางแสดงการบำบัดที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าแบ่งตามกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยทางกาย

ผู้วิจัย	Intervention	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ผลลัพธ์
มาลัย แทนธานี (2527)	การสอนอย่างมีแบบแผนในวันก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ครั้งละ 20-45 นาที รวม 2 ครั้ง	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง28 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 14 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ความเข้าใจในการปฏิบัติตนโดยทั่วไปและทางเพศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
สุพรรณี สุ่มเล็ก (2527)	การพยาบาลอย่างมีระบบ เน้นการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมร่วมกับการดูแลด้านร่างกายทุกวันๆละ 45-60 นาที เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ รวม 14 ครั้ง	ผู้ป่วยมะเร็ง 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน	ความกลัว ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
สมทรง เพ่งสุวรรณ(2529)	การฝึกสมาธิด้วยตนเอง ทุกวันๆละ 30 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 28 ครั้ง	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา 73 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ28 คน	ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช(2531)	การสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 45-60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำ	ทั้ง 3 กลุ่มมีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการยอมรับสภาพความเจ็บปวดการให้

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง(คน)	ผลลัพธ์
		ธรรมะมาประยุกต์)กลุ่มเปรียบเทียบ (ได้รับการสอนสุขศึกษาอย่างเดียว) และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน	ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต (2540)	การฝึกการผ่อนคลายแบบ Benson's one respiratory method วันละ 1 ครั้งๆละ 30 นาที เป็นเวลา 24 วัน รวม 24 ครั้ง	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ20 คน	ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
พจนี รอดจินดา (2541)	การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายกลุ่ม ทุกวันๆ ละ 30-45 นาที เป็นเวลา 1 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง	ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ15 คน	ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและติดตามผล
พรนิภา หาญละคร (2545)	กลุ่มบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 8 ครั้ง	ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่ได้รับรังสีรักษา 20 คน	ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
เพ็ญศรี วงศ์แก้ว (2547)	การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 45-60 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวม 10 ครั้ง	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับเคมีบำบัด 20 คน	ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p< .05$)
จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง (2548)	กลุ่มปัญญาบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 50-90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 11 ครั้ง	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 14 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 7 คนกลุ่ม	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ(2548)	การสร้างจินตภาพ ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน รวม 3 ครั้ง	ผู้ป่วยมะเร็ง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ20 คน	ภาวะซึมเศร้าและความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง(คน)	ผลลัพธ์
ณัฐธนันท์ ใจตรง(2540)	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง	ผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ30 คน	ความหวังและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p < .05$) ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
ภาวดี คุสิตา(2541)	การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม สัปดาห์ละครั้งๆละ 45-60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง	หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ 80 คน	ความรู้เพิ่มขึ้น ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง
สุพาณี เสมสุขกรี (2541)	การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 30-50 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง	ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ15 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$)
ปรีชา เพี้ยนสำอางค์(2542)	การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 120-150 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 8 ครั้ง	ผู้ป่วยเอดส์ 16 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ8 คน	ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
ชาติชาย หล้าแหล่ง (2545)	กิจกรรมตาลโตนดประกอบด้วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เดือนละ 1 ครั้งๆละ 210 นาที เป็นเวลา 4 เดือน รวม 4 ครั้งและกิจกรรมเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที รวม 5 ครั้ง/ คน	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 27 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มที่1 จำนวน14 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน13 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับความตระหนักในคุณค่าแห่งตน การกระทำพฤติกรรมไปสู่จุดมุ่งหมายในชีวิต และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่แตกต่างกัน
ศิริวลี คำวลี(2545)	การให้การปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวปัญญานิยมทฤษฎีเบค สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 45-60 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง7 คน กลุ่มควบคุม 13 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ผลลัพธ์
เบญจวรรณ ทรัพย์คง (2547)	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสรูปแบบที่1, 2 และ3 สัปดาห์ละครั้งๆละ 45- 60 นาทีเป็นเวลา 3สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง/คน	หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 ที่ 2 และ ที่ 3 กลุ่มละ 6 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
ขวัญใจ นามซื่อ (2548)	โปรแกรมการบำบัดทางปัญญา สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวม 10 ครั้ง/ กลุ่ม	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน/กลุ่ม	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
ณัชชา คำเครือ (2550)	การให้คำปรึกษารายกลุ่มโดยใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัสท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง	ผู้ติดเชื้อเอชไอ12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
มรรยาท เจริญสุขโสภณ และ นงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต (2538)	กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ เป็นเวลา 6 สัปดาห์	ผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ รพ.ชลบุรี 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ30 คน	ความหวังและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับภาววิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
มรรยาท เจริญสุขโสภณ (2538)	กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ เป็นเวลา 6 สัปดาห์	ผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ รพ.ชลบุรี 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ50 คน/กลุ่ม	ความหวังและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
ชาลินี สุวรรณยศ (2542)	การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ150 นาทีเป็นเวลา 6 สัปดาห์	บุคคลที่สูญเสียแขนขา 10 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง(คน)	ผลลัพธ์
	รวม 12 ครั้ง		
รวมฤดี สุดสงวน (2543)	การใช้ดนตรีบำบัดแบบอะคาโบชิกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ รวม 16 ครั้ง	ผู้พิการ 18 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ6 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
ยุพาพักตร์ รักมณีวงศ์(2547)	การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐาน สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง	ผู้ป่วยอัมพาต 15 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลง
หยาดชล หนูหุ่น(2547)	โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 8 ครั้ง/ กลุ่ม	คนพิการ 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ17 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
สุสกุล สิทธิดำรง(2548)	การสร้างจินตภาพ สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ15 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ รวม 9 ครั้ง	คนพิการ30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
พัทยา จิตสุวรรณ(2535)	การฝึกอานาปานสติสมาธิ วันละ 1 ครั้งๆละ 20 -60 นาที ระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 45 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง21 คนและกลุ่มควบคุม 24 คน	ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
กนกวรรณ ฑีฆะ (2544)	กลุ่มเสริมสร้างความหวัง วันเว้นวัน ครั้งละ 90 นาที รวม 4 ครั้ง	ผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน	ระดับความหวังเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$)

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง(คน)	ผลลัพธ์
เชาวนี ล่องชูผล(2547)	กลุ่มบำบัดประคับประคอง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์รวม 6 ครั้ง	ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 40 คน แบ่งเป็น 20 คน/ กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ ออกเป็น 2 กลุ่ม	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
กุลธิดา สุภาคุณ(2549)	โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60-90 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 8 ครั้ง	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
เอกอุมา วิเชียรทอง (2549)	ดีเพสชั่นโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัดประคับประคองร่วมกับการดูแลสุขภาพจิตศึกษา สัปดาห์ๆละ 2 ครั้งๆละ 90-120 นาที และกิจกรรมการออกกำลังกายแบบวันเว้นวันด้วยตนเอง วันละ 30 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวม 16 ครั้ง	ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ9 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
รัสดาพร สันติวงษ์ (2550)	การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง	บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า 8 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สำหรับระดับความรู้สติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
วราภรณ์ วรรณพิรุณ(2546)	การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน รวม 5 ครั้ง	ผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย 10 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มๆละ 5 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
กัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม (2548)	โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมประกอบด้วยกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด กิจกรรมการพัฒนาความ	ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง(คน)	ผลลัพธ์
	มีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน กิจกรรมการฝึกทักษะการผ่อนคลายและกิจกรรมการส่งเสริมความผาสุกทางวิญญาณ กิจกรรมละ 40 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวมทั้งหมด12 สัปดาห์	20 คน	เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
สุวิมล ผู้ดี (2548)	การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 30-45 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวม 10 ครั้ง	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 12 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ6 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)เฉพาะในระยะหลังการทดลอง สำหรับความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
ยุพา แดงภักดี(2549)	การให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมแบบรายบุคคล วันละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที รวม 10 ครั้ง	ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 16 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ8 คน/ กลุ่ม	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
ทมาภรณ์ บูรณสมภพ (2547)	โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง	ภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม 20 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
อภิญญา พรมพยอม(2548)	โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญา สัปดาห์ละๆ 2 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง	ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง(คน)	ผลลัพธ์
ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์ (2533)	การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง/ คน	ผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยา 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มละ8 คน จำนวน 3 กลุ่ม	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2529)	การใช้สไลด์แม่แบบ เกมและการเสริมแรงทางบวก วันเว้นวัน ครั้งละ 10-30 นาที ระยะเวลา 1 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง	ผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ได้รับสไลด์แม่แบบ เกมและการเสริมแรงทางบวก) กลุ่มเปรียบเทียบ (ได้รับสไลด์แม่แบบเพียงอย่างเดียว) และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ12 คน	ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สำหรับความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p > .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
อัมพร ศิริวิลัย (2532)	โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ รวม 8 ครั้ง (ไม่ระบุเวลาในการให้การสนับสนุนทางสังคม)	ผู้สูงอายุสถานเคราะห์คนชราบ้านบางแค 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ51 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
อรวรรณ ลี่ทองอิน (2535)	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 90 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวม 8 ครั้ง	ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟ จ.ขอนแก่น 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 8 คน รวม 4 กลุ่ม	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
ศรีวรรณา ตันศิริ (2535)	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ประกอบด้วย เกมหาเพื่อน เกมสามเหลี่ยมมหัศจรรย์ เกมต้นไม้ เกมข่าวลือ เกมผู้บำเพ็ญประโยชน์ สไลด์แม่แบบและประชุมกลุ่ม เป็นเวลา 3 วันๆละ 180 นาที รวม 3 ครั้ง	ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จ.อยุธยา 32 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง(คน)	ผลลัพธ์
กัลยาณี เจนอนุศาสตร์(2542)	การใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 18 ครั้ง/กิจกรรม	ผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 15 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 5 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
นัยนันต์ เตชะวณิช (2544)	กลุ่มช่วยเหลือตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ รวม 8 ครั้ง	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ15 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล (2546)	โปรแกรมการออกกำลังกายแบบชี่กงโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 40-60 นาที เป็นระยะเวลา 11 สัปดาห์ รวม 33 ครั้ง	ผู้สูงอายุ 15 คนเป็นกลุ่มทดลอง	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
พิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547)	โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ครั้งละ 60 นาที เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1 ให้การบำบัด 2 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 2 ให้การบำบัด 1 ครั้ง)รวม 3 ครั้ง	ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสำหรับความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
ธรรมรุจา อุดม (2547)	โปรแกรมนันทนาการโดยการเล่นอังกะลุง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวม 18 ครั้ง	ผู้สูงอายุ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง(คน)	ผลลัพธ์
เรณู อินทร์ตา (2548)	โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 40-45 นาที เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง	ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
ศศิธร บำรุงจิตต์ (2548)	การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 50 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวม 10 ครั้ง	สตรีวัยทอง 6 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)ทั้งระยะหลังการทดลองและติดตามผล
พรศิริ เมืองนิล (2549)	การนวดน้ำมันหอมระเหย สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 45 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง	ผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่มๆละ 15 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน (2534)	การให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละๆ 30-45 นาที ติดต่อกัน 4 -7 วันหลังผ่าตัด รวม 4-7 ครั้ง	คู่สมรสของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)ในระยะหลังการทดลองแต่ระยะติดตามลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p > 0.05$) สำหรับการปรับตัวทางเพศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$)ทั้งระยะหลังการทดลองและติดตามผล

copyright by MULIC

ผู้วิจัย	intervention	กลุ่มตัวอย่าง(คน)	ผลลัพธ์
จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และดุษฎี มุขสมบัติ (2540)	การสนับสนุนทางสังคมจากสามี ด้านต่างๆ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ติดต่อกัน รวม 4 ครั้ง	มารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน	ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.000) เมื่อวัดทั้งระยะ 2 และ 4 สัปดาห์
แสงเดือน คงวิวัฒนากุล (2541)	การเรียนด้วยตนเองด้วยคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง ระยะเวลา 4 สัปดาห์	ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 25 คนเป็นกลุ่มทดลอง	ความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .01$, $p < .05$ ตามลำดับ)
ชีวรัตน์ ต่ายเกิด (2545)	การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 150 – 180 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ รวม 8 ครั้ง	ญาติผู้ป่วยจิตเภท 8 คนเป็นกลุ่มทดลอง	ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งระยะหลังการทดลองและติดตามผล
เพ็ญนภา กุลนภาดล (2547)	โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 45 -60 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์รวม 8 ครั้ง	ครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า10 ครอบครัว รวม สมาชิก20 คน	การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright by MULIC

ภาคผนวก ข

รายชื่องานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่ใช้ในการศึกษา ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2517 ถึง ปี พ.ศ. 255

รายชื่องานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

Acharaporn Seeherunwong. (2002). *Recovering from depression of middle-aged Thai women : a grounded theory study*. Doctoral's dissertation of Nursing Science (Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Atcharee Thongsawan. (2000).*The relationships among selected factors, postpartum suppor iInfant temperament, and postpartum anxiety and depression*. Master's thesis of Nursing Science(Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Buppha Duangduen. (2004).*The relationship of learned resourcefulness social support and depressive symptoms.* Master's thesis of Nursing Science (Psychiatric Mental Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Farkjit Khunphadung. (2005). *The relationships of situational factors, physiological factor, and learned resourcefulness to depression of the patients with lower extremity fracture undergoing fixation.* Master's thesis of Nursing Science(Psychiatric Mental Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Naiyanan Techavanit. (2001). *Effects of a self-help group on depression in the elderly with primary hypertension.* Master's thesis of Nursing Science(Psychiatric Mental Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Nipawan Leenanon. (2006). *Depression among naval personnel and their spouses at Phang-Nga naval base, Phang-Nga province, six months after the Tsunami* . Master's thesis of Science(Epidemiology), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Orawan Churoek. (2005). *Relationships among stressful life events, role strain, health status, and depression in postmenopausal women*. Master's thesis of Nursing Science(Psychiatric Mental Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

copyright by MULIC

Panchan Khlongyant. (2001). *Pain experiences, depression, and pain management of the hospitalized elderly patients*. Master's thesis of Nursing Science(Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Pawadee Kucita.(1998). The effects of group process health education on knowledge, skills, anxiety and depression in adopting healthy life-styles among pregnant women with HIV/AIDS at Nopparat Rajathani hospital, Bangkok. Master's thesis of public health (Health systems development program), Faculty of Graduate Studies, Chulalongkorn University.

Pinkaew Choteamnuay. (2001). *Personal factors predicting anxiety and depression of pregnant and postpartum women. Master's thesis of Nursing Science* (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Pornpen Sampao. (2005). *Relationships of health status, family Relations, and lonelness to depression in older adults*. Master's thesis of Nursing Science(Psychiatric Mental Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Pornnipa Harnlacon. (2002). *Effects of therapeutic group on anxiety and depression in gynecologic cancer patients undergoing radiation therapy.*Master's thesis of NursingScience (Psychiatric Mental Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Pornsri Disorntatiwat. (1999). *Factors affecting postpartum women's anxiety-depression in ramathibodi hospital : logistic regression analysis.* Thesis (M.Sc.)--Mahidol University.

Pornsiri Muangnil. (2006). Effect of aroma oil massage on depression state in older adults Master's thesis of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing Science), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Pucharaporn Tuppotayan. (2006). *The Relationships Between hope social support and depressive symptoms in patient with spinal cord injury.*. Master's thesis of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Sangon, S. (2001). *Predictors of Depression in Thai Woman*. Doctoral's dissertation of Nursing Science , The University of Michigan, Michigan, U.S.A.

Saranya Withayaprapaipan. (2003*). Influence of personal factors, life events and social support on depression of postpartum mothers.* Master's thesis of Nursing Science(Maternity and

copyright by MULIC

Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Soonthornchaiya, R. (2004). *Perception of depression among elderly Thai immigrants.* .Doctoral's dissertation of Nursing Science, University of Illinois of Chicago, U.S.A.

Sirintip Suwannurak. (2004). *The relationship of personal factor, self-esteem and social support to depression in high-risk pregnant women in Siriraj Hospital* . Thesis (M.Sc. (Clinical Psychology))), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Sirada Kasornsri. (2006). *The relationships of vision disability and learned resourcefulness to depressive symptoms in persons with visual impairment* . Master's thesis of Nursing Science(Mental Health and Psychiatric Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Vorrapun Phadungyotee. (2002).*Relationships between daily hassles, personal factors and postpartum depression in mothers.* Master's thesis of Nursing Science (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Wannee Saramolee. (2003). *Personal factors, self-esteem, marital relationship and depression of pregnant women.* Master's thesis of Nursing Science(Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

กัลยาณี เจนอนุศาสตร์. (2542). *เปรียบเทียบระหว่างผลการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้การปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

กนกวรรณ ฑีฆะ. (2544). *ผลของกลุ่มเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กมลพร แพทย์ชีพ. (2542). *ความรุนแรงในคู่ครองและผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจในกลุ่มอาการความวิตกกังวลความซึมเศร้าและความก้าวร้าว : กรณีศึกษาอ.เมือง จ.ราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กมลิน สาตรา. (2531). *ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ :ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา* .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

copyright by MULIC

กัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยา แซ่เอี้ยว. (2539). *ปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่พบร่วมกับอารมณ์เศร้าของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*..วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยาณี เจนอนุศาสตร์. (2542). *เปรียบเทียบระหว่างผลการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2* กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้การปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึกเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กาญจนา ฟุ้งไพศาล. (2539). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชรอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต , สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กาญจนา แซ่ลิ้ม.(2549).*ภาพลักษณ์และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์พึงปราถนาและไม่พึงปราถนาที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปและยุติตั้งครรภ์*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกริกชัย พิชัย. (2546). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ขวัญใจ นามซื่อ. (2548). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์* . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง. (2548). *ผลของกลุ่มปัญญาบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. มหาวิทยาลัยบูรพา.

copyright by MULIC

จิตราภรณ์ บุญถนอม.(2547). *ความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ยาต้านเศร้า*.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเพศาสตร์(สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เจนจิรา วรัมมานุสัย. (2547). *การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า : กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เจียมจิต โสภณสุขสถิต. (2544). *ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชาลินี สุวรรณยศ. (2542) . *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่สูญเสียแขนขา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชาติชาย หล้าแหล่ง. (2545). *ผลของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้วยกิจกรรมของกลุ่มตาลโตนด ต่อภาวะซึมเศร้า ความตระหนักในคุณค่าแห่งตน การกระทำพฤติกรรมไปสู่จุดมุ่งหมายในชีวิต และ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ชีวรัตน์ ต่ายเกิด. (2545). *ผลการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ป่วยจิตเภท* . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

เชาวนี ล่องชูผล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัชชา คำเครือ. (2550). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัสท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ณัฐธนันท์ ใจตรง. (2540). *ผลของการให้คำปรึกษาต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและการดูแลตนเองในผู้ที่ ติดเชื้อโรคเอดส์ โรงพยาบาลมุกดาหาร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาสารคาม .

copyright by MULIC

ดาวรุ่ง เกิดสิน. (2548). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ* .วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เตือนใจ ห่วงสายทอง. (2545). *ความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์. (2533). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเฮโรอีนในระยะถอนพิษยา*.วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทมาภรณ์ บูรณสมภพ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนวรรณ พยูงผล. (2545). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธรรมรุจา อุดม. (2547). *ประสิทธิผลของโปรแกรมนันทนาการโดยการเล่นอังกะลุงในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า* . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต. (2540). *ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตก กังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นราภรณ์ ชาญชัย. (2534). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุสรา วรภัทราทร. (2547). *ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิศารัตน์ เชตวรรณ. (2543). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี* .วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

copyright by MULIC

นารี พิมพ์เบ้าธรรม. (2545). *เจตคติต่อความตายกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถานสงเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2529). *ผลของการใช้สไลด์แม่แบบเกมและการเสริมแรงทางบวกต่อความภาคภูมิใจในตนเองและความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค.*วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตยา ภิญโญคำ. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนตรนภา จัตุรงค์แสง. (2540). *การเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา.* วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจวรรณ ทรัพย์คง. (2547). *ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี.*วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปรีชา เพี้ยนสำอางค์.(2542). *ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อภาวะความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์* .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ปรียนันท์ สละสวัสดิ์. (2546). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.*วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พจนี รอดจินดา. (2541). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวล และภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม.*วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

พรทิพย์ วงศวิเศษสิริกุล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแรงสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

copyright by MULIC

พัชรี ตั้งตุลยางกูร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของการเจ็บป่วยและปัญหาการเงินของผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์*.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษา –มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

พัทยา จิตสุวรรณ. (2535). *ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิกต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพ์พรรณ ภู่รุ่งเรืองผล. (2548). *ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้าราชการหลังเกษียณอายุในกองทัพเรือ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิณลักษณ์ นิติภากรณ์. (2547). *ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

พิสิฎฐ์ ชัย ประเสริฐสุด. (2548). *ภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญนภา กุลนภาดล. (2547). *การศึกษาและการพัฒนา การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*.วิทยานิพนธ์ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

เพ็ญศรี วงศ์แก้วผล. (2547).*ผลของการปรึกษาตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลแลความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพ็ญศรี หลินสุวนนท์. (2543). *การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพรำ ยังประดับ. (2541). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ครึ่งซีกและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพฤกษ์ครึ่งซีกที่มีภาวะซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

copyright by MULIC

ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน. (2534). *ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสต่อการปรับตัว ทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ,สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัคจิรา รัชตะสังข์. (2547). *ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.*วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาพันธ์ เจริญสวรรค์. (2546). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

มลฤดี บุราณ. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาลัย แทนธานี . (2527). *ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกซึมเศร้า ภาพลักษณ์ และความเข้าใจในการปฏิบัติตนโดยทั่วไป และทางเพศ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง* .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช ทับมณี. (2541). *ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร* .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพา แดงภักดี. (2549). *ผลการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยมต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. มหาวิทยาลัยบูรพา.

ยุพาพักตร์ รักมณีวงศ์. (2547). *การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล ตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต* .วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เยาวรัตน์ ขันธวิชัย. (2544). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี* . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

copyright by MULIC

รวมฤดี สุดสงวน. (2543). *การเปรียบเทียบระหว่างผลการใช้ดนตรีบำบัดแบบอะคาโบชิกับการให้คำปรึกษากลุ่มในผู้พิการที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสว่างคนิวาส สภากาชาดไทย* . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

รณชัย คงสกนธ์. (2542). *การตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชระยะเวลา 3 เดือน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัสดาพร สันติวงษ์. (2550). *การบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า.* ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

เรณู อินทร์ตา. (2548). *ผลของการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณา รุ่งวณิชชา. (2539). *การรักษาบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราภรณ์ วรรณพิรุณ.(2546). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วัฒนี แสงหิรัญ. (2536). *ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลราชวิถี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันเพ็ญ แสงสงวน. (2539). *การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวิจัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิภาวี เผ่ากันทรากร. (2548). *ภาวะซึมเศร้า: ประสบการณ์การจมทุกข์-พ้นทุกข์ของผู้หญิงอีสาน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

ศรีวรรณา ตันศิริ. (2535). *ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.* วิทยานิพนธ์

copyright by MULIC

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). *ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร. (2545). *ปัจจัยที่ช่วยบ่งบอกการพยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้า* .วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวลี คำวะลี. (2545). *การทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2545.* วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิธร บำรุงจิตต์. (2548). *ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยทอง* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมทรง เพ่งสุวรรณ . (2529). *ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมถวิล สินธุประสิทธิ์. (2545) . *เจตคติที่มีต่อภาวะหมดประจำเดือนและภาวะซึมเศร้า ของสตรีวัยเปลี่ยนในโรงพยาบาลป่าโมก.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายยนต์ เจริญขำ. (2535). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายลม เกิดประเสริฐ. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา และอาการซึมเศร้าหลังคลอด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

copyright by MULIC

สิริกาญจน์ ท่อแก้ว. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไตในเขตจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกัญญา เลิศสกุลชล. (2544). *การศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล. (2546). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบชี่กงโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุภาวิณี ประมวลวงศ์. (2548). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพรรณี สุ่มเล็ก. (2527) . *ผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัวความวิตกกังวลความซึมเศร้าและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพาณี เสมสุขกรี. (2541). *ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ต่อระดับความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง และภาวะอารมณซึมเศร้าของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุธิสา เต็มทับ. (2548). *อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศรีษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุภัทรา เสนาบุญญฤทธิ์. (2544).*ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุสกุล สิทธิดำรง.(2548). *ผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการ* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

copyright by MULIC

สุวดี จันดีกระยอม. (2545). *การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวิมล ผู้ดี. (2548). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

โสมสิริ รอดพิพัฒน์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรสและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แสงเดือน คงวิวัฒนากุล. (2541). *การประเมินผลการใช้คู่มือการเรียนด้วยตนเองต่อความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หยาดชล หนูหุ่น. (2547). *ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรวรรณ ลี่ทองอิน. (2535). *ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรานักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น*.วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรุณี นาคะพงศ์. (2539). *ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้าการดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. (2543). *การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรง ชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชลี ขันทุลา. (2548). *ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์* . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

copyright by MULIC

อัมพร ศิวิลัย. (2532).*ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานงเคราะห์คนชราบ้านบางแค.*วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล.

อภิญญา พรมพยอม. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง.*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2531). *ผลการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวลลดความซึมเศร้าเพื่อการยอมรับสภาพความเจ็บปวดและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล.

อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล. (2528) . *เปรียบเทียบสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกการปรับตัวต่อการเป็นมารดาหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าของมารดาภายหลังคลอดระหว่างมารดาที่มีบุตรคนแรกที่คลอดปกติกับมารดาที่ผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอื้อมเดือน เนตรแขม. (2541). *ความคิดอัตโนมัติด้านลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

copyright by MULIC

รายชื่องานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

Achraporn Seeherunwong and Sunantha Chantarujikapong. (2007). Development and psychometric testing of the depressed women's self regaing scale. *Thai journal nurse research, 11(*2), 73-86.

Benchalak Khongsaengdao, Worawit Louthrenoo, Manit Srisurapanont.(2543).Depression in Thai patients with rheumatoid arthritis. *จดหมายเหตุทางแพทย์, 83*(7), 743-747.

Manote Lotrakul and Pramote Sukanich. (2542). Development of the Thai depression inventory. *Journal Medical Association Thailand, 82*(12), 1200-1207.

Ratana Saipanish and Manote Lotrakul.(2542).Cross-cultural aspects of psychcotic symptoms in Thai majpr depressive Patients. *J Psychiatric Association Thailand, 44*(1), 19-29.

Vilai Kuptniratsaikul et al. (2002). An instrument for assessment of depression among spinal cord injury patients: Comparison between the CES_D and TDI. *Journal Medical Association Thailand, 85(*9), 978-983.

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และคณะ.(2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. *สารศิริราช, 51*(4), 232-243.

เกษม เล่งเวหาสถิต และคณะ.(2540).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร.*วารสารวิชาการแพทย์เขต 8,5*(2), 115-121.

จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และดุษฎี มุขสมบัติ.(2540). ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,20*(3 – 4).

กิตติวรรณ เทียมแก้ว.(2550).ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย.*วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *15*(1), 10-

ชุติมา หรุ่มเรืองวงศ์.(2550).ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนอกแผนกนรีเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.*จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 51*(4), 191-202.

คณะทำงานโครงการวิจัยผู้สูงอายุ. (2544). *การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์*. เอกสารการวิจัย.

จุฑารัตน์ สถิรปัญญา และแพรชัย สถิรปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.*สงขลานครินทร์เวชสาร, 23,*(พิเศษ (2)), 229-237.

copyright by MULIC

จารุรินทร์ ปีตานุพงศ์ และกมลรัตน์ วัชราภรณ์. (2548). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.*สงขลานครินทร์เวชสาร,* 23(4), 249-254.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ. (2548). ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง.*วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 24(*1), 58-66

ประไพ ยศะทัตต์ และคณะ. (2529). การรักษาและติดตามผลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์เศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,31(*4), 199-206.

นพดล เตมียะประดิษฐ์ และคณะ. (2536). ภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 11*,(3).

ปรียาพร จันทร์โอทาน และคณะ.(2541).ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง.*วารสารโรงพยาบาลราชวิถี,3* , 57-69.

ผ่องศรี ศรีมรกตแลรุ้งนภา ผาณิตรัตน์.(2540).แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแบบแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญความซึมเศร้า ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1*(2), 167-186.

ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และคณะ. (2548).โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้มีอาการนอนไม่ปกติ ณ สถานีอนามัยบ้านเมืองวะ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 20(*1), 75-85.

พาสิริ สิทธินามสุวรรณ และคณะ. (2548). ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย: การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดและล้างทางช่องท้อง.*จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 88* (Suppl 3), S141-147.

พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังสูญเสียการตั้งครรภ์.*วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12*(3), 47-56.

พนมทวน ชูแสงทอง และคณะ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของข้าราชการระดับ 6-8 สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่เข้าอบรมหลักสูตรจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพแห่งชีวิตที่วชิรพยาบาล. *วชิรเวชสาร, 44*(3), 237-243.

พัทยา เฮงรัศมี และคณะ. (2007). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชในโรงพยาบาลศิริราช: ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.*จดหมายเหตุทางการแพทย์, 87*(Suppl 3), S74-9.

copyright by MULIC

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ. (2006).โรคซึมเศร้า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติดอื่นที่เกิดร่วมกับความผิดปกติจากการดื่มสุราในกรุงเทพมหานคร. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 50*(4), 229-241.

นิจวรรณ อึ้งรังสีโสภณ. (2544). ภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารในสตรีที่มีน้ำหนักเกิน.*วชิรเวชสาร, 45*(3), 197-205.

นิพนธ์ พวงวารินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช, 46*(1), 1-9.

ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2542). *ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร.*รายงานการวิจัย ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยใน ผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*(1), 18-30.

ดวงใจ กสานติกุลนิพันธิ์ และคณะ. (2540). แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย.*จดหมายเหตุทางแพทย์.80(*10), 647-657.

ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2547). *บทบาทเชิงซ้อนของผู้หญิงไทยที่แต่งงานและทำงานนอกบ้าน : ผลกระทบต่อความซึมเศร้า*. รายงานการวิจัย.เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทวี ตั้งเสรี และคณะ.(2546). *การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า* .รายงานการวิจัย.

รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale(MADRS)ฉบับภาษาไทย.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48*(4), 211-219.

มงคล จิตวัฒนากร และวาสนา พัฒนกำจร. (2542). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยเปลี่ยน.*วารสารกรมการแพทย์, 24*(8), 489-499.

มาโนช หล่อตระกูล และอุไร บูรณพิเชษฐ. (2542). อาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลและบุคคลปกติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 44*(1), 30-37.

ยิ่งรัตน์ ตันติรังสี. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัญหาการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร.*วชิรเวชสาร, 45(*1), 47-54.

copyright by MULIC

มรรยาท เจริญสุขโสภณ และนงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต. (2538). ผลของกระบวนการสร้างสัมพันธภาพต่อระดับความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ โรงพยาบาลชลบุรี.*วารสารวิชาการสาธารณสุข,1*(4), 299-307.

มรรยาท เจริญสุขโสภณ และนงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต. (2538). ศึกษากระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ระดับความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ โรงพยาบาลชลบุรี.*วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,7*(3). 39-52.

มานิดา กริยาผล และคณะ. (2546). ความเชื่อเรื่องบุญกรรมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยอัมพาตครึ่งซีก.*จุฬาลงกรณ์เวชสาร,47*(1),27-36.

มาโนช หล่อตระกูล. (2537). อาการของกลุ่มโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 39*(2), 68-77.

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล. (2540). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิการไทย.*สารศิริราช, 49(*6), 566-573.

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล. (2543). ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง. *สารศิริราช, 52*(1), 23-29.

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล. (2540). การศึกษาแบบสอบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale CES-D ในคนไทย.*สารศิริราช, 49*(5), 442-448.

สนาม บินชัย. (2547). *ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์.* เอกสารการวิจัย.

สรยุทธ วาสิกนานนท์. (2530). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้าทุกวันเปรียบเทียบกับการกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้า 3 ครั้งต่อสัปดาห์.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 32*(2), 41-55.

สรวุฒิ สังข์รัศมี. (2540). *การศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.* เอกสารการวิจัย

สมจิต พฤกษะริตานนท์ และรณชัย คงสกนธ์. (2007) .กาย จิต สังคม ของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากสึนามิ ในหนึ่งชุมชนทางภาคใต้ของประเทศไทย.*จดหมายเหตุทางการแพทย์, 90 (*8),1501-1505.

สมบัติ สรรพอุดม และคณะ. (2542). ภาวะซึมเศร้าในหญิงระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร. *ตากสินเวชสาร,17(*1), 8-16.

สมภพ เรืองตระกูล. (2517). การวิจัยทางคลินิกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างอ่อน จำนวน 42 ราย ที่ได้รักษาระหว่างปี 2507-2517. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 19*(3), 151-168.

copyright by MULIC

สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ และคณะ. (2548). ภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.*ศรีนครินทรวิโรฒเภสัชสาร, 10(*1),17-25.

สุวรรณี พุทธิศรี และคณะ. (2549). ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51(*3), 60-70.

สามารถ นิธินันท์ และคณะ. (2550). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย, 90*(1), 32-36.

สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ. (2550). สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52*(2), 124-137.

สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล และคณะ. (2549). การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory(KKU-DI)สำหรับคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51(*4), 330-348.

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอิสาน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52*(2), 138-148.

ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร. (2548). ความผิดปกติร่วมเกี่ยวกับการติดสุราในผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งพยายามฆ่าตัวตาย.*จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 88* (Suppl 4), S195-199.

ศิริพร จิรวัฒนกุลและคณะ.(2541). การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง.*รายงานการวิจัย*

ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ และคณะ. (2550). การศึกษาความน่าเชื่อถือ และความแม่นตรงของเครื่องมือแบบประเมิน Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย: แบบประเมินเพื่อวินิจฉัยและติดตามการเปลี่ยนแปลงโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบกับ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM) และ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD).*จดหมายเหตุทางการแพทย์*, *90* (3), 524-31.

เอกอุมา วิเชียรทอง. (2549). ผลการใช้ดีเพสชั่นโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,51*(2), 11-21.

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และรณชัย คงสกนธ์. (2544).แบบวัด Hamilton Rating Scale for depression : การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46*(4), 311-321.

copyright by MULIC

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบบันทึกข้อมูล งานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

1. ผู้ช่วยศาสตรจารย์ ดร.นพวรรณ เปียซื่อ
   ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ งานการพยาบาลเวชศาสตร์ทั่วไปและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
   คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง
   ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์
   คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. พิสมัย อรทัย
   ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ งานการพยาบาลพื้นฐาน
   คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

copyright by MULIC

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลและคู่มือแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย

Id.....

แบบบันทึกข้อมูลการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

ตอนที่1 ข้อมูลพื้นฐาน

1. ชื่องานวิจัย

(ระบุชื่อภาษาไทย).....

(ระบุชื่อภาษาอังกฤษ).....

2.ชื่อ – สกุลนักวิจัย

(ระบุชื่อ ไทย).....

(ระบุชื่ออังกฤษ).....

Type 3. ชนิดงานวิจัย ☐

Academic ☐ งานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ☐

☐ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต

☐ วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต

Public ☐ งานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ☐

☐ งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

(ระบุชื่อวารสาร).....

ฉบับที่.....ปีที่.....หน้าที่.....

☐รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

Year 4. ปี พ.ศ ที่พิมพ์งานวิจัย .....(ระบุจริง)..... ☐

Source 5. แหล่งผลิตงานวิจัย ☐

Univer ☐ ทบวงมหาวิทยาลัย (ระบุชื่อมหาวิทยาลัย).....(ระบุจริง)..... ☐

Gover ☐ หน่วยงานราชการ(ระบุชื่อหน่วยงานราชการ)..... (ระบุจริง)..... ☐

Other_S ☐ แหล่งผลิตอื่นๆ(ระบุชื่อ..... (ระบุจริง)..... ☐

☐ไม่ระบุแหล่งผลิตงานวิจัย

copyright by MULIC

ตอนที่2 รายละเอียดเกี่ยวกับคุณลักษณะของงานวิจัย

Research1. ประเภทการวิจัย

☐ การวิจัยพื้นฐาน

☐ การวิจัยประยุกต์

Question 2. ปัญหาการวิจัย/คำถามการวิจัย

☐ มี(ระบุปัญหาการวิจัย).....

☐ไม่มีปัญหาการวิจัย/คำถามการวิจัย

3. วัตถุประสงค์การวิจัย (เลือกตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

Describ ☐ เพื่อบรรยาย/สำรวจ

Explain ☐ เพื่ออธิบาย

Predict ☐ เพื่อทำนาย

Corre ☐ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์

Compare ☐ เพื่อเปรียบเทียบ

Evalu ☐ เพื่อประเมิน

Synthe ☐ เพื่อสังเคราะห์

Develop ☐ เพื่อวิจัยและพัฒนา

Other ☐ อื่น ๆ (ระบุวัตถุประสงค์การวิจัย).....

Hypothes 4. สมมติฐานการวิจัย ☐ มี ☐ ไม่มีสมมติฐานการวิจัย

Wayhypo ☐ มี

☐ มีทิศทาง(ระบุสมมติฐาน).....

.....

☐ ไม่มีทิศทาง (ระบุ

สมมติฐาน).....

.....

☐ ทั้งมีและไม่มีทิศทาง(ระบุสมมติฐาน).....

.....

5. กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

Framwork 5.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย ☐ ระบุกรอบแนวคิด ☐ ไม่ระบุกรอบแนวคิด

sourcfrm ☐ ระบุกรอบแนวคิด

copyright by MULIC

☐ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

☐ สร้างจากแนวคิด และ/หรือ ทฤษฎี

☐ สร้างจากทั้งทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดหรือทฤษฎี

5.2 ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนา/สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย

(เลือกตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

Gene ☐ ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory) ☐

Neuro ☐ ทฤษฎีสารสื่อประสาท (Neurochemical theories) ☐

Hormon ☐ ทฤษฎีฮอร์โมน (Hormonal Theory) ☐

Psycho ☐ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ☐

Cogni ☐ ทฤษฎีด้านความคิดรับรู้ (Cognitive theory) ☐

Learn ☐ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learned helplessness theory) ☐

Beva ☐ ทฤษฎีพฤติกรรม(Behavior theory) ☐

Social ☐ ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories) ☐

Other_t ☐ อื่นๆ(ระบุทฤษฎี)..... (ระบุจริง)..... ☐

Nameotht ☐ ระบุทฤษฎี..... (ระบุจริง)..... ☐

Design **6.แบบการวิจัย** ☐ การวิจัยเชิงปริมาณ☐ การวิจัยเชิงคุณภาพ☐ การวิจัยแบบผสมผสาน☐

Quati **☐ การวิจัยเชิงปริมาณ** ☐

☐ การวิจัยแบบทดลอง ☐ การวิจัยกึ่งทดลอง ☐ การวิจัยแบบไม่ทดลอง

☐ การวิจัยแบบทดลอง **☐ การวิจัยกึ่งทดลอง**

Desiexp ☐ ระบุรูปแบบ……(ระบุจริง)..... ☐ ไม่ระบุ ☐

Duraexp -ระยะเวลาทำการทดลอง..... (ระบุจริง)..... วัน/สัปดาห์/เดือน☐

- Interventionที่ได้รับ

Intexgr **กลุ่มทดลอง** .....(Interventionที่ได้รับระบุจริง)..... ☐

Nintexgr - จำนวนครั้งของการให้ intervention ……(ระบุจริง).....ครั้ง ☐

Dintexgr -ระยะเวลาในการให้ intervention (แต่ละครั้ง) .....(ระบุจริง)..... นาที/ครั้ง☐

Cintexgr - Course of intervention (ระยะเวลาในการให้ intervention)..... (ระบุจริง)..... สัปดาห์ ☐

Dupostex - ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐

- การทดสอบก่อนหลัง (pre test /post test)

Preexgr Pre-test ☐

copyright by MULIC

☐ มี ☐ ไม่มี

Boostexgr Booster program ☐

☐ มี ☐ ไม่มี

Postexgr Post- test ☐

☐ มี ☐ ไม่มี

Npostexg จำนวนครั้งของ Post test …….. ครั้ง ☐

Post1exg ☐ post- test ทันทีหลังสิ้นสุด interventionห่างจาก pre-test (ระบุจริง)วัน/สัปดาห์/เดือน☐

Post2exg ☐ post -test ครั้งที่ 2 ห่างจาก post- test ครั้งที่ 1……(ระบุจริง)……วัน/สัปดาห์/เดือน ☐

Post3exg ☐ post- test ครั้งที่ 3 ห่างจาก post -test ครั้งที่ 2……(ระบุจริง)…วัน/สัปดาห์/เดือน ☐

Intcomgr **กลุ่มเปรียบเทียบ**.....(Interventionที่ได้รับระบุจริง)..... ☐

Nintcomg - จำนวนครั้งของการให้ intervention ……(ระบุจริง).....ครั้ง ☐

Dintcomg -ระยะเวลาในการให้ intervention (แต่ละครั้ง) ..... (ระบุจริง)..... นาที//ครั้ง ☐

Cintcomgn - Course of intervention (ระยะเวลาในการให้ intervention)....(ระบุจริง)..สัปดาห์ ☐

Duposcom - ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง.....วัน/สัปดาห์/เดือน☐

- การทดสอบก่อนหลัง (pre test /post test)

Precomgr Pre-test ☐

☐ มี ☐ ไม่มี

Booscomg Booster program ☐

☐ มี ☐ ไม่มี

Poscomgr Post- test ☐

☐ มี ☐ ไม่มี

Npostcom จำนวนครั้งของ Post test …….. ครั้ง ☐

Post1com ☐ post- test ทันทีหลังสิ้นสุด interventionห่างจาก pre-test (ระบุจริง)วัน/สัปดาห์/เดือน☐

Post2com ☐ post -test ครั้งที่ 2 ห่างจาก post- test ครั้งที่ 1……(ระบุจริง)……วัน/สัปดาห์/เดือน ☐

Post3com ☐ post- test ครั้งที่ 3 ห่างจาก post -test ครั้งที่ 2……(ระบุจริง)…วัน/สัปดาห์/เดือน ☐

Intcongr **กลุ่มควบคุม** .....(Interventionที่ได้รับระบุจริง)..... ☐

Nintcong - จำนวนครั้งของการให้ intervention ……(ระบุจริง).....ครั้ง ☐

Dintcong -ระยะเวลาในการให้ intervention (แต่ละครั้ง) ..... (ระบุจริง)..... นาที//ครั้ง ☐

Cintcong - Course of intervention (ระยะเวลาในการให้ intervention).... (ระบุจริง)....สัปดาห์ ☐

copyright by MULIC

Duposcon - ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง.....วัน/สัปดาห์/เดือน☐

- การทดสอบก่อนหลัง (pre test /post test)

Precongr Pre-test ☐

☐ มี ☐ ไม่มี

Booscong Booster program ☐

☐ มี ☐ ไม่มี

Poscongr Post- test ☐

☐ มี ☐ ไม่มี

Npostcon จำนวนครั้งของ Post test …….. ครั้ง ☐

Post1con ☐ post- test ทันทีหลังสิ้นสุด interventionห่างจาก pre-test (ระบุจริง)วัน/สัปดาห์/เดือน☐

Post2con ☐ post -test ครั้งที่ 2 ห่างจาก post- test ครั้งที่ 1……(ระบุจริง)……วัน/สัปดาห์/เดือน ☐

Post3con ☐ post- test ครั้งที่ 3 ห่างจาก post -test ครั้งที่ 2……(ระบุจริง)……วัน/สัปดาห์/เดือน ☐

Nonex ☐ **การวิจัยแบบไม่ทดลอง** ☐

Descripr ☐ การวิจัยเชิงบรรยาย (ระบุรูปแบบ).....**(ระบุจริง)** .....☐

☐ การวิจัยศึกษาความสัมพันธ์

☐ ทั้งการวิจัยเชิงบรรยายและศึกษาความสัมพันธ์

Quali ☐ **การวิจัยเชิงคุณภาพ** ☐

☐ การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

☐ การวิจัยเชิงทฤษฎีพื้นฐาน

☐ การวิจัยเชิงมานุษยวิทยา

☐ การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์

☐ การศึกษาเฉพาะกรณี

☐ **การวิจัยแบบผสมผสาน**

7. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

Popu 7.1ลักษณะประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง ☐

Patien ☐ ผู้ป่วย (ระบุ)…… (ระบุจริง)..... ☐

Genpop ☐ บุคคลทั่วไป (ระบุ)…… …..(ระบุจริง)..... ☐

☐ ทั้งผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป

othpop ☐ อื่นๆ (ระบุ).....(ระบุจริง)..... ☐

copyright by MULIC

☐ ไม่ระบุลักษณะประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

Sex 7.2 เพศของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ☐

☐ เพศชาย

☐ เพศหญิง

☐ ทั้งสองเพศ

☐ ไม่ระบุเพศ

Adult 7.3 ช่วงวัยของประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง ☐

Agead ☐ วัยผู้ใหญ่.....(ระบุจริง)..... ปี ☐

Ageeld ☐ วัยผู้สูงอายุ.....(ระบุจริง)..... ปี ☐

☐ ทั้งสองช่วงวัย

☐ ไม่ระบุช่วงวัย

7.4 สถานที่ในการเก็บข้อมูล (เลือกตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

Hos ☐ โรงพยาบาล ☐

Depart ☐ แผนกผู้ป่วยนอก ☐

☐ แผนกผู้ป่วยใน

☐ ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

Commu ☐ ชุมชน ☐

School ☐ โรงเรียน

Place ☐ อื่นๆ ☐

Name.P ☐ (ระบุสถานที่).....(ระบุจริง)..... ☐

Notspec1 ☐ ไม่ระบุสถานที่ ☐

8 .การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Calcu 8.1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ☐

Formu ☐ มีการคำนวณ ☐

☐ คำนวณจากสูตร(ระบุชื่อ)..... ☐

name.For ☐ (ระบุชื่อ)..... ☐

☐ คำนวณจากตารางสำเร็จรูป

☐ คำนวณจากค่า Power analysis

copyright by MULIC

☐ ไม่มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ssize 8.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....(ระบุจริง).....คน

sampling 8.3 การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

☐ ใช้หลักความน่าจะเป็น ☐ ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น ☐ ใช้ทั้ง 2 อย่าง ☐ ไม่ระบุการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

☐ ใช้หลักความน่าจะเป็น (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Simple ☐ สุ่มอย่างง่าย

Syste ☐ สุ่มอย่างมีระบบ

Strati ☐ สุ่มแบบแบ่งชั้น

Cluster ☐ สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม

Multi ☐ สุ่มแบบหลายขั้นตอน

Otherpro ☐ อื่นๆ(ระบุการสุ่ม).....

☐ ไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Acciden ☐ สุ่มแบบบังเอิญ

Quota ☐ สุ่มแบบโควตา

Purpos ☐ สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

Convince ☐ สุ่มแบบตามสะดวก

Chain ☐ สุ่มแบบบอกต่อ

Othernon ☐ อื่นๆ(ระบุการสุ่ม).....

copyright by MULIC

9. ตัวแปรที่ศึกษา / เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ตัวแปร	ชื่อเครื่องมือ	ประเภทเครื่องมือ	วิธีการสร้างเครื่องมือ	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ			
				ความเชื่อมั่น(Reliability)		ความตรง(Validity)	
				Previous study	Present study	Previous study	Present study
ตัวแปรอิสระ							
ตัวแปรตาม							
อื่นๆ							

copyright by MULIC

10. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

intervie ☐ การสัมภาษณ์ ☐

mail ☐ การส่งไปรษณีย์ ☐

Byself ☐ การตอบด้วยตนเอง ☐

Tel ☐ การใช้โทรศัพท์ ☐

Obs ☐ การสังเกต ☐

Biophy ☐ การชั่ง ตวง วัด หรือนับ ☐

Otherdat ☐ อื่นๆ(ระบุวิธีการา)..... ☐

Notspec2 ☐ ไม่ระบุวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ☐

Stat **11. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

☐ วิเคราะห์เชิงปริมาณ ☐วิเคราะห์เชิงคุณภาพ ☐ ทั้งวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ☐

Dstat ☐ วิเคราะห์เชิงปริมาณ ☐ สถิติบรรยาย ☐ สถิติอ้างอิง☐ ทั้งสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง☐

☐ **สถิติบรรยาย** (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

Fre ☐ แจกแจงความถี่ ☐

Persent ☐ ร้อยละ ☐

Propo ☐ สัดส่วน ☐

Ratio ☐ อัตราส่วน ☐

Mean ☐ ค่าเฉลี่ย ☐

Med ☐ มัธยฐาน ☐

Mod ☐ ฐานนิยม

Rang ☐ พิสัย ☐

SD ☐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ☐

Var ☐ ความแปรปรวน ☐

Cova ☐ สัมประสิทธิ์ความผันแปร ☐

Istat ☐ **สถิติอ้างอิง** ☐ Parametric ☐ nonparametric ☐ both ☐

☐ การทดสอบค่าสถิติที่ใช้พารามิเตอร์(Parametric test) (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

Z-test ☐ การทดสอบค่าซี (Z-test) ☐

t-test ☐ การทดสอบค่าที (t-test) ชนิด .....☐

nametest ☐ ระบุ(t-test) ชนิด ..... ☐

copyright by MULIC

Scor ☐ การหาความสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation) ☐

Sregress ☐ การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple regression) ☐

Mregress ☐ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regressions) ☐

ANOVA ☐ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance) ☐

Ancova ☐ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) ☐

☐ อื่นๆ(ระบุการทดสอบ).....

☐ การทดสอบค่าสถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-parametric test)

(ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

Chi ☐ Chi-square Test ☐

Wilcox ☐ Wilcoxon Signed –Rank Test ☐

Man ☐ Man-Whitney U Test ☐

Macne ☐ MacNemar Test ☐

Spearman ☐ Spearan'sRank Correlation Coefficient ☐

Otherpar ☐ อื่นๆ(ระบุการทดสอบ)..... ☐

☐ **วิเคราะห์เชิงคุณภาพ** (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

typo ☐ การวิเคราะห์จำแนกข้อมูล (Typological analysis) ☐

ana ☐ การวิเคราะห์แบบอุปมาน (Analytic induction) ☐

constant ☐ การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูลตลอดเวลา ☐

(Constant comparison)

otherqua ☐ อื่นๆ **(ระบุการวิเคราะห์)**..... ☐

Notspec3 ☐ ไม่ระบุการวิเคราะห์ ☐

12. ผลการวิจัย / ผลการทดสอบสมมติฐาน (เลือกตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

nosig ☐ แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ☐

sig.05 ☐ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ☐

sig.01 ☐ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ☐

sig.001 ☐ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ☐

sig.000 ☐ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ☐

copyright by MULIC

คู่มือแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

<u>ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน</u>

1. ชื่องานวิจัย หมายถึง ชื่องานวิจัยที่แสดงถึงความเกี่ยวข้องในงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

2. ชื่อ-สกุลนักวิจัย หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ทำวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ถึงปี พ.ศ. 2550

3. ชนิดงานวิจัย หมายถึง งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย แบ่งเป็น งานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ได้แก่ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต และงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ได้แก่ งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ และรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

4. ปี พ.ศ. ที่พิมพ์งานวิจัย หมายถึง ปีพุทธศักราชที่วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต หรือดุษฎีบัณฑิตที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเสร็จสมบูรณ์ และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ หรือปีพุทธศักราชที่ระบุไว้ในวารสารวิชาการ ซึ่งมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าตีพิมพ์อยู่

5. แหล่งผลิตงานวิจัย หมายถึง สถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้วิจัย ที่รับรองหรืออนุมัติงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย

<u>ตอนที่ 2 รายละเอียดงานวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัย</u>

1. ประเภทของการวิจัย (Research type) หมายถึง สภาพความจริงของการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย แบ่งออกเป็น

1.1 การวิจัยพื้นฐาน หมายถึง การวิจัยที่มุ่งหาความรู้หรือสร้างทฤษฎี ผลที่ได้จากการวิจัยจะเพิ่มองค์ความรู้ในศาสตร์สาขานั้น

1.2 การวิจัยประยุกต์ หมายถึง การวิจัยที่มุ่งเน้นนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเป็นสำคัญ

2. ปัญหาการวิจัย/คำถามการวิจัย หมายถึง สิ่งที่ทำให้ผู้วิจัยเกิดความสงสัย และนำไปสู่การหาคำตอบเพื่อให้ทราบข้อเท็จจริง

3. วัตถุประสงค์การวิจัย หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการค้นพบ หรือบอกว่าการวิจัยมีความมุ่งหมายอย่างไร ต้องการพิสูจน์เรื่องอะไร (ยุวดี ฦาชา, 2534 : 211)ได้แก่ เพื่อบรรยาย/สำรวจ เพื่ออธิบาย เพื่อทำนาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ เพื่อเปรียบเทียบ เพื่อประเมิน เพื่อสังเคราะห์ เพื่อวิจัยและพัฒนา เป็นต้น

copyright by MULIC

4. สมมติฐานการวิจัย หมายถึง ข้อความคาดคะเนที่ระบุถึงตัวแปรอย่างน้อย 2 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กันสามารถวัดและนำไปทดสอบจากข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ที่เป็นจริงได้ (ทัศนีย์ นะแสและเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539: 73) แบ่งได้เป็น มีสมมติฐานการวิจัยได้แก่ สมมติฐานแบบมีทิศทางและสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง และไม่มีสมมติฐานการวิจัย

5. กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

5.1กรอบแนวคิด (Conceptual Framework) หมายถึง แนวความคิดหรือความคิดรวบยอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ปรากฏการณ์หรือตัวแปรต่างๆ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา อาจบรรยายออกมาในลักษณะของข้อความหรือแผนภูมิ กรอบแนวคิด แบ่งเป็น

5.1.1 กรอบแนวคิดที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หมายถึง การสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัยที่ผู้วิจัยไม่ได้ระบุอย่างชัดเจนว่านำมาจากแนวคิด ทฤษฎีใด

5.1.2 กรอบแนวคิดที่สร้างจากแนวคิด และ/หรือทฤษฎี หมายถึง การสร้างกรอบแนวคิดของผู้วิจัยโดยผู้วิจัยระบุแนวคิด และ/หรือทฤษฎีที่นำมาใช้ไว้อย่างชัดเจน

5.2 ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนา/สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย หมายถึง ทฤษฎีที่ผู้วิจัยใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรหรืออธิบายเชิงเหตุและผลในกรอบแนวคิดของการวิจัย

6. แบบการวิจัย (Research design) หมายถึง โครงสร้างของงานวิจัยที่แสดงถึงวิธีดำเนินงานวิจัยเพื่อตอบปัญหาการวิจัยได้ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด (วิภาพร เอกศิริวรานนท์, 2541) ซึ่งจะระบุไว้ในวิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อตัดสินว่างานวิจัยเรื่องนั้นเป็นการวิจัยประเภทใด สามารถจำแนกแบบการวิจัยตามลักษณะและการวิเคราะห์ข้อมูล ออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

6.1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) หมายถึง เป็นการแสวงหาข้อเท็จจริงตามหลักเหตุผลเชิงนิรนัย (Deductive Reasoning) เพื่อทดสอบสมมติฐานตามทฤษฎีที่มีอยู่ โดยการวัดตัวแปรที่ต้องการศึกษาด้านวัตถุวิสัย (Objective) และใช้เทคนิคการบันทึกข้อมูลและสถิติวิเคราะห์เพื่อหวังผลการวิจัยที่มีความเที่ยงตรง สามารถอ้างอิงได้ (Generalizable) และไม่ลำเอียง (Unbiased) การวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบการวิจัย ดังนี้

6.1.1 การวิจัยแบบทดลอง เป็นการวิจัยที่มีการจัดกระทำกับตัวแปรอิสระ แล้วศึกษาผลที่เกิดขึ้นกับตัวแปรตามจากการจัดกระทำ โดยมีลักษณะที่สำคัญคือ มีการจัดกระทำต่อตัวแปรอิสระ มีการควบคุม และมีการสุ่มเข้ากลุ่ม

6.1.2 การวิจัยแบบกึ่งทดลอง เป็นการวิจัยที่คล้ายการวิจัยแบบทดลอง แต่ขาดการควบคุมและ/หรือการสุ่มเข้ากลุ่ม

6.1.3 การวิจัยแบบไม่ทดลอง เป็นการวิจัยที่ไม่ได้มีการจัดกระทำให้กับตัวแปรอิสระ

copyright by MULIC

ทั้งหมด นักวิจัยไม่ได้เปลี่ยนสภาพการณ์ แต่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติ สามารถแบ่งการวิจัยแบบไม่ทดลองได้ดังนี้ การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) การวิจัยเชิงศึกษาความสัมพันธ์ (Correlational research) การวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ (Casual comparative research) และการวิจัยศึกษาพัฒนาการ เป็นต้น

6.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) หมายถึง การวิจัยที่แสวงหาข้อเท็จจริงที่เป็นปรากฏการณ์ของสังคมที่เกิดขึ้น ตามหลักเหตุผลเชิงอุปนัย (Inductive Reasoning) เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ของสังคม โดยมีจุดหมายเพื่อการอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้น วิธีการเก็บข้อมูลใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Depth Interview) การจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการบันทึกประวัติชีวิตบุคคล (Life History) ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์โดยใช้หลักการหาสรุปข้อความ (Conclusion) การตีความข้อมูล (Interpretation) และการตรวจสอบความถูกต้องและตรงประเด็น (Verification) (ชาย โพธิสิตา, 2548) การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

6.2.1การวิจัยเชิงชาติพันธุ์ปรากฏการณ์วิทยา (Ethnographic Approach) หมายถึงการวิจัยที่มุ่งทำความเข้าใจระบบวัฒนธรรมและใช้มโนทัศน์ทางวัฒนธรรมเป็นหลักในการอธิบาย (ชาย โพธิสิตา, 2548: 147)

6.2.2 การวิจัยศึกษาเฉพาะกรณี (Case study Approach) หมายถึง การวิจัยที่มุ่งทำความเข้าใจระบบที่มีขอบเขตที่จำกัด และให้ความสำคัญของกรณีที่เลือกมาศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงลึกและเชิงกว้าง (ชาย โพธิสิตา, 2548: 147)

6.2.3การวิจัยแบบการสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory Method) หมายถึง การวิจัยที่ดำเนินการวิจัยแบบอุปนัยอย่างเคร่งครัด เน้นการไม่เริ่มต้นการศึกษาด้วยกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่ก่อน แต่นักวิจัยจะสร้างสมมติฐานและคำอธิบายเชิงทฤษฎีของตนขึ้นมา จากข้อมูลที่ได้รวบรวมสำหรับการวิจัยเรื่องนั้นโดยตรง (ชาย โพธิสิตา, 2548: 175)

6.2.4 การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) หมายถึง การวิจัยที่อิงแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเป็นแนวทางดำเนินการวิจัย และเป็นกรอบในการวิเคราะห์ (ชาย โพธิสิตา , 2548: 175)

6.3 การวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ หมายถึง งานวิจัยที่รวมทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพในหนึ่งงานวิจัย เป็นทางเลือกใหม่ในการสืบค้นความรู้ โดยมีความเชื่อว่าเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้ และวิธีการวิจัยหนึ่งจะช่วยเสริมความรู้อีกวิธีหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพที่กว้างและในเชิงลึกยิ่งขึ้น (วิภาพร เอกศิริวรานนท์, 2541)

copyright by MULIC

7. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

7.1ลักษณะประชากร/กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง การพิจารณาว่างานวิจัยทำการศึกษาจากประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างประเภทใด มีลักษณะเฉพาะเป็นอย่างไร แบ่งออกเป็น การศึกษาจากผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยทางจิต หรือผู้ป่วยทางร่างกาย เป็นต้น การศึกษาจากบุคคลทั่วไป เช่น นักเรียน นักศึกษา หรือหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้นและการศึกษาจากประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างในลักษณะอื่นๆ

7.2 เพศของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย หมายถึง การพิจาณาว่างานวิจัยทำการศึกษาจากประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศใดได้แก่เพศชาย เพศหญิง ทั้งสองเพศและไม่ระบุเพศ

7.3 ช่วงวัยของประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง การพิจารณาว่างานวิจัยทำการศึกษาจากประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างในช่วงวัยใด ซึ่งได้แก่ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยผู้สูงอายุและไม่ระบุช่วงวัยของประชากร

7.4 สถานที่ในการเก็บข้อมูล หมายถึง สถานที่ๆผู้วิจัยเลือกใช้ในการศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาล หอผู้ป่วย คลินิก ชุมชน โรงเรียน สถานที่อื่นๆและ ไม่ระบุสถานที่

8. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

8.1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง วิธีการหรือสูตรที่ผู้วิจัยใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2547) ได้แก่ การคำนวณจากเกณฑ์ที่กำหนด การคำนวณจากสูตร เช่น Yamane, Cohen หรือCochrane การคำนวณจากตารางสำเร็จรูป การคำนวณจากPower analysis และไม่มีการคำนวณ

8.2.ขนาดกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง การกำหนดจำนวนบางหน่วยจากประชากรที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยกว่า30 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน31-60 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน61-90 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน91-120 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน120-300 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน มากกว่า 300 คนและไม่ระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

8.3 การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง วิธีการที่ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อมีความมุ่งหมายให้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และทำให้ผลการวิจัยอ้างอิงกลับไปยังประชากรที่ศึกษาได้ แบ่งเป็น การได้มาโดยใช้หลักความน่าจะเป็น และไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น

8.3.1 การได้มาโดยใช้หลักความน่าจะเป็น ได้แก่

- การสุ่มอย่างง่าย เป็นการสุ่มที่ให้ทุกหน่วยของประชากรที่ศึกษามีโอกาสถูกเลือกเป็นตัวอย่างได้เท่าๆกัน

- การสุ่มอย่างมีระบบ เป็นการสุ่มจากประชากรโดยยึดช่วงห่างของลำดับที่ของประชากรที่เท่ากันเป็นเกณฑ์ในการเลือก

copyright by MULIC

- การสุ่มแบบแบ่งชั้น เป็นการสุ่มจากประชากรที่มีลักษณะหลายๆอย่างรวมกัน โดยมีการแบ่งชั้นให้ประชากรที่อยู่กลุ่มเดียวกันมีความคล้ายกันมากที่สุด และประชากรที่อยู่ต่างกลุ่มมีความต่างกันมากที่สุด

- การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เป็นการสุ่มโดยให้ประชากรในกลุ่มเดียวกันมีลักษณะที่แตกต่างกัน และประชากรระหว่างกลุ่มมีลักษณะคล้ายกันมากที่สุด

- การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เป็นการสุ่มอย่างง่าย ที่แบ่งการสุ่มออกเป็นหลายขั้น ในใช้กรณีที่มีจำนวนและขอบข่ายของประชากรกว้าง ไม่สามารถหากรอบบัญชีรายชื่อที่ประกอบด้วยทุกหน่วยประชากรที่เล็กที่สุดได้

8.3.2 การได้มาโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น ได้แก่

- การสุ่มแบบบังเอิญ เป็นการเลือกตัวอย่างโดยไม่มีกฎเกณฑ์ ในการเลือกตัวอย่างสามารถเป็นใครก็ได้ที่ให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้

- การสุ่มแบบโควตา เป็นการเลือกตัวอย่างโดยกำหนดจำนวนตามลักษณะที่ต้องการไว้ล่วงหน้า

- การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เป็นการเลือกที่ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการไว้อย่างชัดเจน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

- การสุ่มแบบสะดวก เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกทั้งของผู้วิจัยและผู้ถูกวิจัย

- การสุ่มแบบบอกต่อ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยข้อมูลจากตัวอย่างแรกเป็นผู้แนะนำผู้ที่สมควรได้รับการเลือก

9. ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่พบ/เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

9.1ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่พบหมายถึง ลักษณะหรือคุณสมบัติบางอย่างที่ผู้วิจัยสนใจ ซึ่งลักษณะหรือคุณสมบัติดังกล่าวจะต้องวัดได้ สามารถแบ่งตัวแปร ออกเป็น 3 ชนิด คือ

- ตัวแปรอิสระ หมายถึง ตัวแปรที่เป็นต้นเหตุก่อให้เกิดผลตามมา

- ตัวแปรตาม หมายถึง ตัวแปรที่เป็นผลที่เกิดจากตัวแปรอิสระ

- ตัวแปรที่ใช้ในการทดลอง

9.2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย หมายถึง สิ่งที่ช่วยให้ผู้วิจัยได้มาซึ่งข้อมูลทุกแง่มุม สามารถตอบปัญหาการวิจัยได้ครบ สอดคล้องกับการออกแบบการวิจัย และวัตถุประสงค์การวิจัย

9.2.1 ชื่อเครื่องมือ หมายถึง ชื่อของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เช่น Zung Self -Rating Depression Scale, Beck Depression Inventory (BDI), The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) เป็นต้น

copyright by MULIC

9.2.2 ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

- แบบสอบถาม หมายถึง รายการคำถามที่มีการสร้างขึ้นอย่างประณีต และมีแบบแผน ข้อคำถามเหล่านี้ เตรียมไว้เพื่อถามเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากผู้ที่ทราบข้อมูลตามที่ผู้วิจัยต้องการทราบ ซึ่งอาจถามเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความคิดเห็น หรือเจตคติ โดยผู้ตอบจะเขียนคำตอบลงในแบบสอบถามด้วยตนเอง

- แบบสังเกต หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่ได้จากการเฝ้าดูเหตุการณ์ต่างๆ ตามที่เกิดขึ้นจริงในสภาพการณ์นั้นๆโดยตรง

- แบบทดสอบ หมายถึง ชุดของคำถามหรือปัญหาที่สร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ตอบแสดงพฤติกรรมตอบสนองออกมาให้สังเกตและวัดได้

- แบบบันทึก หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลจากเอกสารต่างๆ เช่น ทะเบียนประวัติ หนังสือ วารสาร เป็นต้น

9.2.3 วิธีการสร้างเครื่องมือ ที่นำมาใช้ในการวิจัยซึ่งแบ่งตามการรวบรวมข้อมูลมีดังนี้ - ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

- ผู้วิจัยทำการดัดแปลงเครื่องมือของผู้อื่น หมายถึง การที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่เคยมีผู้อื่นสร้างไว้แล้ว นำมาปรับปรุง ดัดแปรงใหม่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวัดในกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ได้ดัดแปลงแล้วอีกครั้ง

- ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้ หมายถึง การที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผู้อื่นสร้างไว้มาใช้ ซึ่งมักเป็นเครื่องมือที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวัด ในกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาอยู่แล้ว รวมทั้งส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไว้แล้ว หรืออาจนำมาตรวจสอบคุณภาพใหม่อีกครั้งก็ได้

- ไม่ระบุวิธีการสร้างเครื่องมือ หมายถึง การที่ผู้วิจัยไม่มีการระบุวิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ไว้ในรูปเล่มของงานวิจัย หรือในวารสารอย่างชัดเจน

9.2.4 วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการที่ทำให้ทราบว่าเครื่องมือที่ใช้มีคุณภาพน่าเชื่อถือ ถูกต้อง เที่ยงตรง และเหมาะสมที่จะใช้ในการรวบรวมข้อมูล วิธีการดังกล่าวสามารถทำได้โดย

9.2.4.1การหาความตรง หมายถึง ความสามารถของเครื่องมือที่จะใช้วัดในสิ่งที่จะวัดได้แม่นยำ สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ โดยสามารถหาความตรงได้ดังนี้ ความตรงตามเนื้อหา, ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์, ความตรงตามโครงสร้าง

copyright by MULIC

9.2.4.2 การหาความเที่ยง หมายถึง ความคงที่ของคะแนนที่ได้จากการวัดคนกลุ่มเดียวกัน ถ้าแบบสอบถามมีความเที่ยงสูง ก็แสดงว่าคะแนนที่ได้จากการสอบถามเป็นที่น่าเชื่อถือได้ สามารถหาความเที่ยงได้ ดังนี้ การทดสอบซ้ำการแบ่งครึ่ง, การวัดคู่ขนาน, การหาความเที่ยง, การสังเกต, การใช้สูตร Kurder –Richarson, การใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา และการใช้วิธีของฮอยท์

- ไม่ระบุ หมายถึง การที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวไว้ว่ามีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

- อื่นๆ หมายถึง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีการอื่น นอกเหนือจากที่กล่าวมา และให้ระบุวิธีการที่ใช้

10. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง วิธีการที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะทำให้ผลการวิจัยเป็นที่น่าเชื่อถือ ได้แก่

- การสัมภาษณ์ คือ วิธีที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเลือกใช้เพื่อทำสัมภาษณ์ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างๆ

- การส่งไปรษณีย์ คือ วิธีที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้กลุ่มตัวอย่างที่บ้านหรือที่ทำงาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามให้ส่งคืนกลับทางไปรษณีย์เช่นกัน

- การทอดแบบ คือ วิธีที่ผู้วิจัยเลือกที่ใช้ในการนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบ แล้วนัดวันมารับแบบสอบถามคืน

- การใช้โทรศัพท์ คือ วิธีที่ผู้วิจัยเลือกใช้โทรศัพท์เพื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

- การสังเกต คือ วิธีที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเลือกใช้เพื่อทำการสังเกตปฏิกิริยาต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

- การชั่ง ตวง วัดหรือนับ คือ วิธีการที่ผู้วิจัยเลือกใช้เมื่อต้องการได้ตัวเลขที่แน่นอน เช่น น้ำหนักเด็กแรกเกิด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง การที่ผู้วิจัย

-วิธีอื่นๆ คือ วิธีการอื่นๆที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

- ไม่ระบุวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง การที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

11.การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย เพื่อสรุปข้อมูลให้อยู่ในรูปที่สามารถตีความ และแปลความหมายได้ ประกอบด้วย

11.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่อยู่ในรูปตัวเลข สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (ยุวดี ฦาชา, 2540) ประกอบด้วย สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง

copyright by MULIC

11.1.1 สถิติบรรยาย หมายถึง สถิติที่ใช้ในเพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ซึ่งมีจำนวนมากให้ลดลง สถิติที่ใช้ ได้แก่

- การแจกแจงความถี่ หมายถึง การแสดงความถี่ของข้อมูล
- ร้อยละ หมายถึง ค่าของสัดส่วนที่มีฐานเป็นร้อย
- สัดส่วน หมายถึง การนำค่าความถี่ หรือจำนวนนับของกลุ่มที่มีลักษณะที่ผู้สนใจศึกษากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจากลักษณะที่สนใจศึกษา ซึ่งจำแนกได้เพียงสองประเภทเทียบกับจำนวนรวมทั้งหมด ใช้กับข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีการวัดระดับมาตรานามบัญญัติที่มีการแจกแจงแบบทวินาม
- อัตราส่วน หมายถึง การนำความถี่ หรือจำนวนนับของข้อมูลประเภทหนึ่งมาเทียบกับฐาน ซึ่งมีค่าความถี่หรือจำนวนนับของข้อมูลประเภทเดียวกัน หรือคนละประเภทก็ได้ โดยที่เศษและส่วนเป็นอิสระต่อกัน
- การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง หมายถึง ค่าซึ่งมีตัวแทนของข้อมูลแต่ละชุด
- ค่าเฉลี่ยหรือมัชฉิมเลขคณิต หมายถึง ค่าที่คำนวณได้จากการนำผลรวมของข้อมูลทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อมูลทั้งหมด
- มัธยฐาน หมายถึง ข้อมูลที่อยู่ตรงกลางของข้อมูลทั้งหมด เมื่อได้จัดลำดับของข้อมูลทั้งหมดแล้ว
- ฐานนิยม หมายถึง คะแนนที่มีความถี่มากที่สุด
- การวัดการกระจาย มีวิธีการวัดดังนี้
  - พิสัย หมายถึง ค่าความแตกต่างของค่าสูงสุดกับค่าต่ำสุดของข้อมูล
  - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนเบี่ยงเบนระหว่างคะแนนในข้อมูลชุดหนึ่ง กับมัชฉิมเลขคณิตของคะแนนในข้อมูลชุดเดียวกัน
  - ความแปรปรวน หมายถึง ค่าเฉลี่ยของกำลังสองของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
  - สัมประสิทธิ์ความผันแปร หมายถึง การวัดการกระจายที่คำนวณจากค่าสัดส่วนระหว่างค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานกับค่าเฉลี่ย

11.1.2สถิติสรุปอ้างอิง หมายถึง สถิติที่ใช้เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง แล้วอาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็นในการวิเคราะห์เพื่อสรุปผลไปยังประชากรเป้าหมาย สถิติที่ใช้ ได้แก่

- การทดสอบค่าซี หมายถึง การทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูล 2 ชุด เมื่อไม่ทราบความแปรปรวนของประชากร หรือกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่

copyright by MULIC

-การทดสอบค่าที หมายถึง การทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูล 2 ชุด เมื่อไม่ทราบความแปรปรวนของประชากร หรือกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก

-การหาความสัมพันธ์อย่างง่าย / การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple correlation / Simple regression) หมายถึง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่

-การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regressions) หมายถึง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างของตัวแปรตามเมื่อตัวแปรอิสระหนึ่งตัวเปลี่ยนทำให้ตัวแปรอิสระอื่นๆ เปลี่ยนตามไปด้วย

- การวิเคราะห์ความแปรปรวน หมายถึง การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไปว่า แตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรต่างๆ เหล่านั้นแตกต่างกันหรือไม่ ถ้าภายหลังการวิเคราะห์มาพบว่ามีนัยสำคัญ จะต้องทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยว่ามีค่าเฉลี่ยคู่ใดบ้างที่แตกต่างกัน

- การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม หมายถึง การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรได้โดยตรง ดังนั้นจึงใช้วิธีควบคุมตัวแปรทางอ้อม โดยมีการปรับคะแนนที่ได้จากการวัดให้เป็นคะแนนที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถเบื้องต้นเท่ากัน

- การทดสอบค่าสถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ หมายถึง การทดสอบที่ไม่จำเป็นต้องกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะการกระจายของข้อมูล ว่าต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ได้แก่ - Chi-square Test, Wilcoxson Signed Rank Test, McNemar Test, Man-Whitney U Test , Spearan'sRank Correlation Coefficient เป็นต้น

11.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หมายถึง วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อสรุปโดยไม่ใช้วิธีการทางสถิติ (สุคนธ์ มีเนตรทิพย์, 2541) วิธีการวิเคราะห์ได้แก่

- การวิเคราะห์จำแนกข้อมูล ซึ่งอาจใช้กรอบทฤษฎีหรือไม่ใช้ แต่จำแนกตามลักษณะความเหมาะสมของข้อมูล เช่น ข้อมูลตามชนิดเหตุการณ์ ระยะเวลาที่เกิด บุคคลที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อม แล้วพิจารณาความสัมพันธ์ เป็นต้น

- การวิเคราะห์แบบอุปมาน เป็นวิธีการตีความสร้างข้อสรุปของข้อมูลจากรูปธรรม หรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น สร้างสมมติฐานชั่วคราว เมื่อได้รับการยืนยันจาก ข้อมูลถือว่าเป็นข้อสรุป

- การวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบข้อมูลตลอดเวลา เป็นวิธีการวิเคราะห์เพื่อสร้างทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน การวิเคราะห์ข้อมูลนี้ ผู้วิจัยต้องนำข้อมูลทุกชิ้นมาเปรียบเทียบกันตลอดเวลา

12. ผลการวิจัย หมายถึง ข้อค้นพบหรือผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัย สามารถตอบวัตถุประสงค์และที่ตอบคำถามงานวิจัย รวมถึงสมมติฐานของการวิจัย

copyright by MULIC

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุทธานันท์ ชุนแจ่ม
วัน เดือน ปีเกิด	22 สิงหาคม 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบูรณ์
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต, พ.ศ. 2540-2545 มหาวิทยาลัยมหิดล, พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, พ.ศ. 2548-2551 (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ.2545 - ปัจจุบัน ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 4

copyright by MULIC