

ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้า
ของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี
**RESILIENCE AND DEPRESSION OF PEOPLE
IN A COMMUNITY IN PRATHUMTHANI PROVINCE**

โสภณ แสงอ่อน, RN., Ph.D. (Sopin Sangon, R.N., Ph.D.) *

พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN., Ph.D. (Patcharin Nintachan, R.N., Ph.D.) **

ทัศนาว ทวีคุณ, RN., Ph.D. (Tusana Thaweekoon, R.N., Ph.D.) ***

Abstract

Objective: The purpose of this correlational research was to examine the relationships between resilience total score and each component of resilience and depression of people in a community in Prathumthani province.

Methods: The participants consisted of 178 people aged between 18-60 years from a community in Prathumthani province. The purposive sampling was used to recruit the participants. Data were collected using the following three questionnaires: 1) the Demographic Data Questionnaire, 2) The Resilience Inventory, and 3) The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Thai version. Data were analyzed using descriptive statistics, and Spearman's rank correlation.

Results: 1) 21.3 percent of the people in this study had depression. 2) Resilience total score, and each component of resilience

comprising I have, I am, and I can were negatively and significantly related to depression in adult people in the community ($r_s = -.461$, $r_s = -.434$, $r_s = -.432$, $r_s = -.409$, $p < .01$, respectively).

Conclusion: The findings from this study provided important information revealing relationship between resilience and depression in people in the community suggesting that resilience should be strengthening in people to prevent depression.

Keywords: Resilience, Depression, People, Community

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชน

*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sopin.san@mahidol.edu

**รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

แห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี อายุระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 178 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความแข็งแรงในจิตใจ และ 3) แบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติบรรยาย และ สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: 1) ร้อยละ 21.3 ของประชาชนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีภาวะซึมเศร้า 2) คะแนนความแข็งแรงในจิตใจโดยรวม และแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแรงในจิตใจ ได้แก่ จินตภาพ จินตเป็น และจินตสามารถ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.461, r_s = -.434, r_s = -.432, r_s = -.409, p < .01$, ตามลำดับ)

สรุป: ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลสำคัญที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของความแข็งแรงในจิตใจกับภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยผู้ใหญ่ในชุมชน ดังนั้นผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการเสริมสร้างความแข็งแรงในจิตใจของประชาชนในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: ความแข็งแรงในจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ประชาชน ชุมชน

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ (WHO,

2017, 2018) ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 322 ล้านคน ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกและมีอัตราความชุกทั่วโลกอยู่ระหว่าง ร้อยละ 4-8 (WHO, 2017) ในประเทศไทยจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ปี 2556 โดยกรมสุขภาพจิต พบความชุกชั่วชีวิตของโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.8 หรือประมาณ 916,979 คน และความชุก 12 เดือน ร้อยละ 0.6 หรือประมาณ 333,078 คน (พื้นฐานภักดีศิริตันไพบุลย์และคณะ, 2559) บุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมที่บุคคลทั่วไปทำได้ สูญเสียความสามารถในการทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive) เกิดปัญหาทางสุขภาพ ในกรณีที่รุนแรงที่สุด โรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (คาราวรรณ ตะปินตา, 2556; สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, 2558; WHO, 2017) โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lived with Disability : YLD) และมากกว่าร้อยละ 80 ของภาระโรคที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้านี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (WHO, 2017) รวมทั้งองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ของประชากรเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช (WHO, 2018) และสำหรับ

ประเทศไทยจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 5.4 และเป็นอันดับ 12 ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 2.1 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะผิดปกติของจิตใจและอารมณ์ มีอาการแสดงของรู้สึกเศร้าสร้อยวิตกกังวล ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม เกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง สังคมและอนาคต ความตั้งใจในการทำสิ่งต่างๆ ลดลงหรือหายไป เกิดความเฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรต่างๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคทางกายโดยใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิดต่างๆ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 5.7 ถึง 42.05 (สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, 2558) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงถึง 4.4 เท่าที่จะพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าภายใน 1 ปี (Cuijpers, & Smit, 2008; Horwath, Johnson, Klerman, & Weissman, 1994) ดังนั้นการศึกษาภาวะซึมเศร้าจึงมีความจำเป็นและสำคัญในการป้องกันรวมทั้งการให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าที่จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไม่ให้พัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าต่อไป

ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีความคิดทางลบต่อทั้งตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต มีปัญหาสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ (เช่น ปัญหาสัมพันธ์ภายในครอบครัว) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม

การขาดสัมพันธ์ทางกับบุคคลอื่น (พืรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2549) ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Duangduen, 2004; Garie'py, Honkaniemi, & Quesnel-Valle'e, 2016; Martínez Hernández, Carceller Maicas, DiGiacomo, & Ariste, 2016) เผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่รุนแรง หรือปัญหาที่รู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขได้ (คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556; Dahlin, Joneborg, & Runeson, 2005; Hammen, 2005) ทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (Chung Um, & Dancy, 1999; Kant, D'Zurilla, & Maydeu-Olivares, 1997; Wingenfeld et al., 2009) รู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (Manna, Falgares, Ingoglia, Como, & De Santis, 2016; Orth, & Robins, 2013) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม บุคคลที่มีครอบครัวที่มั่นคง มีคนในครอบครัวที่ไว้วางใจได้ ให้ความรักไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น และคอยดักเตือนไม่ให้ทำในสิ่งที่จะนำไปสู่ปัญหาของตนเอง มีแหล่งให้การช่วยเหลือ และมีคนให้กำลังใจคอยสนับสนุน เป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับและยกย่องผู้อื่น มีความหวัง มองโลกในแง่ดี มองโลกตามความเป็นจริง และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ รวมทั้งสามารถมีอารมณ์ขันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของตัวเอง สามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ และสามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้อื่น น่าจะเป็นผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งลักษณะดังที่กล่าวมาข้างต้นเป็นลักษณะของบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 2003)

ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็น “ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาวะการณ์เลวร้ายใน

ชีวิต (Adversity of life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (Stressful life events) พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสภาวะการนั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น” (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558, หน้า 8; พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาวทิว, 2555, หน้า 20) ความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1999a, 1999b, 2003) มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ **‘I have’ ‘I am’ และ ‘I can’** โดยที่ **‘1) I have (ฉันมี...)** เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต (เช่น มีครอบครัว และชุมชนที่มั่นคง มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่ไว้ใจ เชื่อใจได้ เป็นต้น) **2) I am (ฉันเป็น...)** เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (เช่น เป็นคนที่รู้จักเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย คนรอบข้าง เป็นคนที่คนอื่น ๆ พุดคุยด้วยแล้วมีความสุข เป็นต้น และ **3) I can (ฉันสามารถ...)** เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (เช่น สามารถที่จะหาทางออก หรือวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากใครสักคนในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ เป็นต้น) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558, หน้า 15-16; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555, หน้า 20-22; Grotberg, 1997; 1999a, 1999b) จะเห็นได้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพของบุคคลที่เกิดจากการผสมผสานลักษณะทางบวกที่จะช่วยบุคคลในการที่จะเผชิญและต่อสู้กับความเครียดและความเลวร้ายในชีวิต (โสภณ แสงอ่อน, 2558; Friborg et al., 2006; Grotberg, 1999a, 1999b, 2003;

Rutter, 1987) อันจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าหรือป้องกันบุคคลจากการเกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยก็พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยทั้งในและต่างประเทศ (นฤมล สมรรคเสวี และโสภณ แสงอ่อน, 2558; พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และจริยา วิริยะสุกร, 2556; Bitsika, Sharpley, & Peters, 2010; Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006; Izadinia, Amiri, Jahromi, & Hamidi, 2010) ในวัยรุ่น (Hjemdal, Aune, Reinfjell, Stiles, & Friborg, 2007; Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, & Stiles, 2011; Ziaian, Anstiss, Antoniou, Baghurst, & Sawyers, 2012) ในผู้ที่หยุดเสพสารเสพติด (Roy, Sarchiapone, & Carli, 2007) ในผู้อพยพ (Aroian, & Norris, 2000; Miller, & Chandler, 2002) ในคนแอฟริกัน-อเมริกันวัยผู้ใหญ่ (Wingo et al., 2010) และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Camardese et al., 2014; Seok et al., 2012) รวมทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่า (Carvalho et al., 2016) และมีการศึกษาที่พบว่า บุคคลที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงระดับภาวะซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต ซึ่งบ่งชี้ว่าเหตุการณ์ความเครียดไม่มีผลกระทบทางลบต่อบุคคลผู้ซึ่งมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า บุคคลที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge, & Martinussen, 2006)

ดังนั้นการศึกษาภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าจะสามารถใช้เป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบงานวิจัยที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชนของสังคมไทยมีจำกัด คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าอันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am, และ I can) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาความสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ครั้งนี้ได้แก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการ Power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าขนาดคอิทธิพลโดยการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชเสพติด นักศึกษามหาวิทยาลัย นักศึกษาพยาบาล เป็นต้น (นฤมล สมรรถเสวีและโสภณ แสงอ่อน, 2558; พัทธรินทร์ นินทจันทร์และคณะ, 2556; Bitsika et al., 2010; Miller, & Chandler, 2002; Roy et al., 2007) แต่ไม่พบการศึกษาในประชาชนในชุมชน จากข้อมูลข้างต้น การศึกษานี้กำหนดขนาดคอิทธิพล (effect size) ตามการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Correlation เท่ากับ .21 กำหนดค่า $\alpha = .05$ ที่ $\text{power} = .80$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 175 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 5% ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 184 คน ซึ่งการศึกษานี้มีจำนวนตัวอย่าง 178 คน จึงเพียงพอตามข้อกำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้บุคคลต่อเดือน รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระดับความสุขใน 1 เดือนที่ผ่านมา ประวัติโรคซึมเศร้าในญาติสายตรง และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน, และทัศน ทวีคุณ (2553) จากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ของ Edith Henderson Grothberg (1995; 1997; 1999a, 1999b) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ I have (ฉันมี.....) I am (ฉันเป็น.....) และ I can (ฉันสามารถ....) มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ “I have” จำนวน 9 ข้อ “I am” จำนวน 10 ข้อ และ “I can” จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบลิเคิต 5 ระดับ (1-5) ตั้งแต่ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28-140 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการทำวิจัยในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย นักศึกษาพยาบาลและวัยรุ่น พบว่ามีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .85-.90 (นฤมล สมรรคเสวี และโสภิต แสงอ่อน, 2558; พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2556; พัชรินทร์ นินทจันทร์, วาริรัตน์ ถาน้อย, โสภิต แสงอ่อน, มาณวิภา พัฒนมาศ, และช่อทิพย์ อินทรักษา, 2560; มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภิต แสงอ่อน, 2558) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้า: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดระดับ

ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป (Radloff, 1977) ซึ่งฉบับภาษาไทยแปลโดยธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั่นดี, และสมพร เจริญชัยศรี (2533) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ และคำถามเชิงบวก 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (0-3) โดย 0 คะแนน หมายถึงเหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย จนถึง 3 คะแนน หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อย 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ และให้คะแนนตรงกันข้ามในคำถามเชิงบวก (ข้อ 4, 8, 12, 16) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน (วีไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540) คะแนนสูงหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง แบบประเมินนี้ได้ถูกนำมาวิเคราะห์หาค่าความไวความจำเพาะและค่ามาตรฐานเพื่อบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับคนไทย โดยวีไล คุปต์นิริติชัยกุล และ พนม เกตุมาน (2540) และพบว่าค่าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า และหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคในประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตจากผู้มีอำนาจอนุมัติในชุมชนที่ศึกษา ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การดำเนินการวิจัย และสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัยโดยการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ประชาชนสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลการวิจัยจะไม่มีภาระของข้อมูลและการเก็บข้อมูลจะไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลมายังกลุ่มตัวอย่างได้ รวมถึงข้อมูลจากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นลักษณะภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น เมื่อประชาชนยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีอำนาจอนุมัติในชุมชนที่ศึกษาในจังหวัดปทุมธานี หลังได้รับการอนุญาตผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย และประสานงานเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในประชาชนที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้เวลาช่วงที่ประชาชนสะดวก ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยาย และจากการทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความแข็งแรงในชีวิตโดยรวม องค์ประกอบย่อยของความแข็งแรงในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ไม่มีการ

กระจายแบบปกติ (non-normal distribution) จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติความสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชนในชุมชนพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.5 (97 คน) และเพศชายร้อยละ 45.5 (81 คน) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.2 (109 คน) โสดร้อยละ 25.8 (46 คน) และหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 12.9 (23 คน) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 38.2 (68 คน) รองลงมาคือ ระดับมัธยมต้นร้อยละ 18.5 (33 คน) อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 36 (64 คน) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรร้อยละ 24.2 (43 คน) อายุเฉลี่ย 37.67 ปี (SD = 12.216) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,114.59 บาท (SD = 8,185) และรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 16,907.91 บาท (SD = 13,782) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอร้อยละ 73.6 สำหรับการเจ็บป่วย พบว่ามีโรคประจำตัวร้อยละ 25.8 (46 คน) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.7 และโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อร้อยละ 7.3 มีประวัติโรคซึมเศร้าในญาติสายตรงร้อยละ 2.2 มีผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวร้อยละ 37.1 และมีผู้ดื่มสุราในครอบครัวร้อยละ 50

2. ภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนพบว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.3

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am, และ I can) กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติความสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank

correlation) (ตารางที่ 1) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิตได้แก่ ฉันมี... (I have), ฉันเป็น... (I am), และฉันสามารถ... (I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.461$, $r_s = -.434$, $r_s = -.432$, $r_s = -.409$, $p < .01$, ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิต (ฉันมี... I have, ฉันเป็น... I am, ฉันสามารถ... I can) กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี (n = 178)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	1				
2. ฉันมี... I have	.92**	1			
3. ฉันเป็น... I am	.93**	.79**	1		
4. ฉันสามารถ... I can	.92**	.80**	.78**	1	
5. ภาวะซึมเศร้า	-.46**	-.43**	-.43**	-.41**	1

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

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในชุมชนในการศึกษาครั้งนี้มีภาวะซึมเศร้าน้อยละ 21.3 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาที่พบภาวะซึมเศร้าในประชาชนในชุมชนร้อยละ 38.89 (สถิติยวศาสตร์ประภิตและสมพร สันติประสิทธิ์กุล, 2555) ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิตได้แก่ ฉันมี... (I have), ฉันเป็น... (I am), และฉันสามารถ... (I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความ

สัมพันธ์ทางลบระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า (นฤมล สมรรถเสวี และโสภณ แสงอ่อน, 2558; พชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2556; Aroian, & Norris, 2000; Bitsika et al., 2010; Camardese et al., 2014; Campbell-Sills et al., 2006; Carvalho et al., 2016; Hjemdal et al., 2006; Izadinia et al., 2010; Miller, & Chandler, 2002; Roy et al., 2007; Seok et al., 2012; Wingo et al., 2010) นั่นคือ บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าน้อย (Denny, Clark, Fleming, & Wall, 2004) จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมีความคิดทางลบต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตมีปัญหาสัมพันธภาพ

กับบุคคลรอบข้าง ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ และรู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (คาราวรรณ ต๊ะปีนตา, 2556; พีรพันธ์ ถือนุญธวัชชัย, 2549; Chung Um, & Dancy, 1999; Dahlin et al., 2005; Hammen, 2005; Kant et al., 1997; Manna et al., 2016; Martínez Hernández et al., 2016; Orth, & Robins, 2013; Wingenfeld et al., 2009) ส่วนบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะเป็นบุคคลที่มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคงมีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่ไว้ใจได้ให้ความรักไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น และคอยตักเตือนไม่ให้ทำในสิ่งที่อาจนำไปสู่หามาสู่ตนเอง มีแหล่งให้การช่วยเหลือและมีคนให้กำลังใจคอยสนับสนุน (I have) เป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองยอมรับและยกย่องผู้อื่น มีความหวัง มองโลกในแง่ดี มองโลกตามความเป็นจริง และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ (I am) รวมทั้งสามารถมีอารมณ์ขันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของตัวเอง สามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ และสามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้อื่น (I can) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 2003) นั่นคือบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจึงน่าจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิตทุกองค์ประกอบ (ฉันมี...I have; ฉันเป็น...I am; ฉันสามารถ....I can) ก็มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า สำหรับองค์ประกอบย่อย **ฉันมี...I have** ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีแหล่งสนับสนุนภายนอกสูง (เช่น มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่ไว้ใจ เชื่อใจได้ เป็นต้น) (**มี I have สูง**) มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษา

ที่พบว่าบุคคลที่รับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Duangduen, 2004; Gariepy et al., 2016; Grav, Hellze'n, Romild, & Stordal, 2012) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดหรือปัญหา การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคม ในด้านข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ หรือด้านอารมณ์ จะส่งเสริมให้บุคคลมีการกระทำพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่ประสบอยู่ไปในทางที่ไม่รุนแรงและจัดการได้ รวมทั้งอาจทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีคุณค่าจึงทำให้มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (นันทกต ชนะพันธ์, อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์, ประภายุทธไพโร, และรณชัย คงสกนธ์, 2556; Beeber, 1987, 1998; Chung, 1995; Ganster & Victor, 1988) ซึ่งการศึกษานี้ศึกษาในประชาชนในชุมชนวัยผู้ใหญ่ ในวัยนี้ครอบครัว คู่สมรส บุตรธิดา และเพื่อนจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ (I have) (Gariepy et al., 2016) รวมทั้งชุมชนในบริบทสังคมไทย จะมีลักษณะเฉพาะที่มีความเกื้อหนุน เอื้ออาทรกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนที่มีประวัติยาวนานร่วมสร้างชุมชนมาด้วยกัน ทำให้ประชาชนมีความรู้สึกใกล้ชิด ความเป็นหนึ่งเดียวกัน รู้สึกว่าตนเองอยู่ในชุมชนที่มั่นคง ยามที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิต บุคคลเหล่านี้ก็จะมีครอบครัวและชุมชนที่เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อันเป็นส่วนหนึ่งที่จะเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชน (I have)

ซึ่งจะช่วยปกป้องประชาชนจากภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับองค์ประกอบย่อย **ฉันเป็น... (I am)** นั้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีความหวัง มองโลกในแง่ดี มองโลกตามความเป็นจริง และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ (**มี I am สูง**) มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ส่วนบุคคลที่มีลักษณะตรงกันข้ามก็จะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง มีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าต่ำ หรือบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าสูง (Beeber, 1987, 1998; Manna et al., 2016; Orth, & Robins, 2013) ซึ่งอธิบายได้จากทฤษฎีทางความคิดของโรคซึมเศร้าว่าการรับรู้มุมมองและการตีความของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในทางลบจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการที่บุคคลมีมุมมองต่อตนเองในทางลบ เช่นเป็นคนที่ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ มองโลกปิดเป็นไปจากความเป็นจริงจึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง (Kircanski, Joormann, & Gotlib, 2012; Rehm, 2015; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) รวมทั้งตามทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน ในวัยผู้ใหญ่วัยกลางคน เป็นวัยของการแบ่งปัน การเพื่อแผ่ การสร้างสรรค์ ทั้งด้านความรู้และความชำนาญต่าง ๆ ให้กับบุคคลอื่น และสังคม ซึ่งถ้าบุคคลในวัยนี้สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ดังกล่าวได้ จะทำให้บุคคลเกิดความปลาบปลื้มใจ พอใจในตนเองและเห็นตนเองมีค่ามีความสำคัญ (**มี I am สูง**) ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลไม่สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวได้ ก็อาจเป็นคนที่ยึดมั่นอยู่กับ

ตนเอง เห็นแก่ตนเอง รู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (ขาด I am) อันจะเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยนี้ได้ (นิดา ลัมสุวรรณ และศิริชัย หงษ์สงวนศรี, 2555; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554; สายฝน เอกวรังกูร, 2554)

สำหรับองค์ประกอบย่อย **ฉันสามารถ... (I can)** ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่มีทักษะในการจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (**มี I can สูง**) มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า บุคคลที่มีทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (Chung Um, & Dancy, 1999; Kant et al., 1997; Martínez Hernández et al., 2016; Wingenfeld et al., 2009) มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ (เช่น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคมการขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าทุกชีวิตต้องเผชิญกับปัญหา หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ มากมาย แต่ทุกคนที่เผชิญกับปัญหาก็มิได้เกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้การที่บุคคลจะจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบ และกระบวนการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการกับความเครียดซึ่งมี 2 ลักษณะคือ การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับสาเหตุของสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการที่บุคคลตอบสนองต่อความเครียดด้วยการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก โดยบุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียดทั้ง

สองลักษณะร่วมกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537; Lazarus & Folkman, 1984) อย่างไรก็ตามก็ดีมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีการมุ่งแก้ปัญหา (Problem solving) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Chung Um, & Dancy, 1999; Kant et al., 1997; Wingenfeld et al., 2009) นั่นคือบุคคลที่มี I can สูงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ นอกจากนี้ ตามทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยที่เริ่มมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเพศตรงข้ามนำไปสู่การแต่งงาน เริ่มต้นครอบครัวใหม่และเพิ่มบทบาทความเป็นพ่อแม่ อีกทั้งเป็นช่วงของวัยทำงาน สร้างอาชีพ สร้างฐานะเป็นหลักของการหาเลี้ยงคนในครอบครัว ในช่วงวัยนี้จึงมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ปัญหาความขัดแย้งในบทบาทการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม การแข่งขันด้านหน้าที่การงาน ต้องประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ปัญหาการเงิน สถานการณ์เหล่านี้ล้วนเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (นิตา ลิมสุวรรณ และศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2555; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2554; สายฝน เอกวรารณ, 2554) จากข้อมูลข้างต้น อาจจะกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีทักษะการแก้ปัญหาและบุคคลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง (I can สูง) น่าจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชน ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพจิต

และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องน่าจะให้ความสำคัญในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในชุมชนอันจะเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และ/หรือลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า อันจะส่งผลให้ประชาชนวัยผู้ใหญ่ในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชน และน่าจะมีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชน อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วณิชการพิมพ์.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปิ่นดี, และสมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความทรงของแบบสอบถามความเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21, 26-45.
- นฤมล สมรรคเสวี และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 11-27.
- นิตา ลิมสุวรรณ และศิริไชย หงษ์สงวนศรี. (2555). พัฒนาการทางจิตใจ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (ฉบับเรียบเรียง

- ใหม่ครั้งที่ 3, หน้า 1-18). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทัก ชนะพันธ์, อัจฉราพร สี่หรีตวงศ์, ประภา ยุทธไทร, และธณชัย คงสกนธ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(2), 44-57.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, วาริรัตน์ ถาน้อย, โสภณ แสงอ่อน, มาณวิภา พัฒนมาศ, และช่อทิพย์ อินทรักษา. (2560). ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 13-28.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และจริยา วิทยะสุกร. (2556). ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจและสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(2), 12-26.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาวทีคุณ. (2553). *การพัฒนาแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต*. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาวทีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้าง ความแข็งแกร่งในชีวิต*. โครงการพัฒนา
- ศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ดันติรังสี, วรวรรณ จูฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และคณะ. (2559). *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556*. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 117-131.
- มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 57-75.
- วิลัย คุปต์นริตติยกุล และ พนม เกตุมาน, (2540). การศึกษาแบบสอวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2554). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สถิตย์ วงศ์สุรประกิตและสมพร สันติประสิทธิ์กุล. (2555). สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโดยการตรวจคัดกรอง ในเขตอำเภอเมือง

- จังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(3), 91-105.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.
- สายฝน เอกวรารุง. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล. (2558). *ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า*. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันนท์(บรรณาธิการ.), *ตำราโรคซึมเศร้า* (หน้า 29-47). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- โสภณ แสงอ่อน. (2558). *ภาวะซึมเศร้า: ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และความแข็งแกร่งในชีวิต*. ใน พัชรินทร์ นินทจันทร์ (บรรณาธิการ.), *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิดการประเมินและการประยุกต์ใช้* (หน้า 93-114). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- Aroian, K. J., & Norris, A. E. (2000). Resilience, stress, and depression among Russian immigrants to Israel. *Western Journal of Nursing Research*, 22(1), 54-67.
- Beeber, L. S. (1987). *The relationship of self-esteem, social support, and depressive symptoms in women*. Unpublished Dissertation. The University of Rochester, Rochester.
- Beeber, L. S. (1998). Social support, self-esteem, and depressive symptoms in young American women. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 91-92.
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Peters, K. (2010). How is resilience associated with anxiety and depression? Analysis of factor score interactions within a homogeneous sample. *German Journal of Psychiatry*, 13, 9-16.
- Camardese, G., Leone, B., Serrani, R., Szczepanczyk, P., Walstra, C., & Janiri, L. (2014). *Resilience and depression*. XVI World Congress of Psychiatry. Madrid. Retrieved May 27, 2018 from <https://www.researchgate.net/publication/273546722>
- Campbell-Sills, L., Cohan, S., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Carvalho, I. G., Bertolli, E. S., Paiva, L., Rossi, L. A., Dantas, R. A. S., & Pompeo, D. A. (2016). Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-10. doi: 10.1590/1518-8345.1405.2836
- Chung, E. (1995). *Social support and self-efficacy as mediators between stress and depressive symptoms in older adults*. Unpublished

- Dissertation, University of Michigan, Ann Arbor.
- Chung Um, C., & Dancy, B. L. (1999). Relationship between coping strategies and depression among employed Korean immigrant wives. *Issues in Mental Health Nursing, 20*, 485–494.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2008). Subclinical depression: A clinically relevant condition? *Tijdschrift voor Psychiatrie, 50*(8), 519-28.
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education, 39*, 594–604.
- Denny, S., Clark, T. C., Fleming, T., & Wall, M. (2004). Emotional resilience: Risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*(2), 137-149.
- Duangduen, B. (2004). *The relationship of learned resourcefulness social support and depressive symptoms*. Unpublished Master of Nursing Science, Psychiatric-Mental Health Nursing, Mahidol University.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research, 61*, 213-219.
- Gariepy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Valle, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry, 209*, 284–293. doi: 10.1192/bjp.bp.115.169094
- Ganster, D., & Victor, B. (1988). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology, 61*, 17-36.
- Grav, S., Hellze'n, O., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: The HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing, 21*(1-2), 111–120. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997). *The International resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. Retrieved June 13, 2018, from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419584.pdf>

- Grotberg, E. H. (1999a). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4(1), 65-72.
- Grotberg, E. H. (1999b). *Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything*. Oakland: New Harbinger.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversities*. Connecticut: Praeger Publishers.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91-104.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 194-201.
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 314-321.
- Horwath, E., Johnson, J., Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1994). What are the public health implications of subclinical depressive symptoms? *Psychiatric Quarterly*, 65(4), 323-337.
- Izadinia, N., Amiri, M., Jahromi, R. G., & Hamidi, S. (2010). A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resilience, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1515-1519.
- Kant, G. L., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21(1), 73-96.
- Kircanski, K., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2012). Cognitive aspects of depression. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 3(3), 301-313.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Manna, G., Falgares, G., Ingoglia, S., Como, M. R., & De Santis, S. (2016). The Relationship between self-esteem, depression and anxiety: Comparing vulnerability and scar model in the Italian context. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 1-17.
- Martínez Hernáez, A., Carceller Maicas, N., DiGiacomo, S. M., & Ariste, S. (2016). Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: A mixed methods study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(2), 1-11.

- Miller, A. M., & Chandler, P. J. (2002). Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the Former Soviet Union. *Nursing Research, 51*(1), 26-32.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science, 22*(6), 455-460.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Rehm, L. (2015). Cognitive and behavioral theories of depression. USA: John Wiley & Sons.
- Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters: Relationship to depressive symptoms. *Depression and Anxiety, 24*, 273-274.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(3), 316-331.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Seok, J., Lee, K., Kim, W., Lee, S., Kang, E., Ham, B., et al., (2012). Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei Medical Journal, 53*(6), 1093-1098.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO Document Production Services.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Depression: Let's talk*. Retrieved May 29, 2018 from <http://www.searo.who.int/thailand/news/technical-factsheet-depression-thai.pdf?ua=1>
- Wingenfeld, K., Mensebach, C., Rullkoetter, N., Schlosser, N., Schaffrath, C., Beblo, T. et al. (2009). Relationship between coping with negative life - events and psychopathology: Major depression and borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*, 421-425.
- Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T. Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders, 126*(3), 411-414.
- Ziaian, T., Anstiss, H.D., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyers, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilization among refugees adolescents living in south Australia. *International Journal of Population Research, 2012*, 1-10.