



ความแตกต่างทางเพศภาวะ: ปัจจัยประชากร ทางสังคมที่เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปรด.* วรณชนก จันทชุม ปรด.**

ศิริพร จิรวัดน์กุล ปรด.* อัจฉรา จรัสสิงห์***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าในเพศชายและหญิง

วิธีการศึกษา case-control study โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ จากกลุ่มผู้ที่มีโรคซึมเศร้า 332 คน และกลุ่มผู้ไม่มีโรคซึมเศร้า 332 คน

ผลการศึกษา พบว่าในเพศชาย (จำนวน 314 คน) สถานภาพสมรสโสด เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว (odds ratio=1.95) สำหรับเพศหญิง (จำนวน 350 คน) เพศหญิงที่ไม่มีงานทำหรือมีรายได้ไม่สม่ำเสมอ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีรายได้สม่ำเสมอ (odds ratio=0.6) เพศหญิงที่มาจากครอบครัวขัดแย้ง มีความเสี่ยงสูงกว่าที่ครอบครัวสนับสนุน (odds ratio=1.75)

สรุป ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายต่างกันนอกเหนือไปจากปัจจัยทางชีวภาพ ดังนั้น กลวิธีในการป้องกันโรคซึมเศร้าจึงควรมีการกระทำที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง

คำสำคัญ ซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยง ความแตกต่างทางเพศภาวะ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(4): 337-346

- * ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะ และสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- *** สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต



Gender difference : Sociodemographic risk factors of depression

Somporn Rungreangkulkij Ph.D. Wanchanok Juntachum RN, Ph.D.**
Siriporn Chirawatkul, RN, Ph.D* Achara Charatsingha****

Abstract

Objectives: To study risk factors of depression between men and women.

Design: Case-control study was based on secondary data analysis with sample of 332 of cases and 332 of controls.

Results: In male patients (n=314), men who were single, widowed, or divorced had a higher risk than those who were married (OR = 1.95). For females (n=350), women who were unemployed or had an occupation with inconsistent income had a higher risk than those who had a consistent income (OR = 0.6). Women who came from an unsupported family had a higher risk than those from a supported family (OR =1.75).

Conclusion: There were different risk factors of depressive disorder between men and women. Appropriate strategies that take into account gender differences are needed to prevent depression in Thailand.

Keywords: depression, risk factor, gender difference

J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55(4): 337-346

* Center for Research and Training on Gender and Women's Health. Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

** Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Social Mental Health Bureau, Department of Mental Health

ความสำคัญ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องมาจากเป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากความพิการ และถูกจัดว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะอยู่ในอันดับ 2 ของการเป็นภาระโรค (Global Disability Burden) และเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเพศหญิง¹ จากการศึกษาทั่วโลกพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สำคัญโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (years lived disability) ที่พบในเพศหญิงช่วงอายุ 15-44 ปี² จากการศึกษาหลายๆ ประเทศ พบว่าเพศหญิงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าชาย¹⁻⁵ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าในเพศหญิงอยู่ระหว่าง 1.3 ถึง 3.1 เท่าของเพศชาย⁵ นอกเหนือไปจากปัจจัยทางชีวภาพที่มีสาเหตุต่อการเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคนที่มียุ่่มาก⁶ เศรษฐฐานะทางสังคมต่ำ⁷⁻¹⁰ สถานะภาพสมรส (โสด เป็นหม้าย หรือหย่า)¹¹⁻¹² ความสัมพันธ์ในครอบครัว¹³ การเผชิญกับเหตุการณ์คับขันในชีวิต¹⁴

เพศภาวะ (gender) หรือความเป็นหญิง ความเป็นชาย แตกต่างจากคำว่า เพศ (sex) ซึ่งหมายถึงลักษณะทางกายภาพและสรีรวิทยา ซึ่งแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและชาย สังคมวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดเพศภาวะว่าผู้หญิง ผู้ชายควรมีพฤติกรรมเป็นอย่างไร มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอะไร และสังคมคาดหวังอะไรจากความเป็นหญิง ความเป็นชาย นอกจากนี้แต่ละสังคมที่มีวัฒนธรรมต่างก็จะมีกำหนดเพศภาวะที่ต่างกัน¹⁵ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าบทบาททางเพศเป็นตัวแปรหนึ่งในการอธิบายว่าทำไมเพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าชาย^{1,3,5,16} ความไม่เท่าเทียมทางเพศ เป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า¹⁻³ การที่เพศหญิงเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าชายอาจเป็นเพราะเพศหญิงมีโอกาสทางการศึกษา หรือทำงานที่มีรายได้น้อยกว่าชาย มีความยากจนมากกว่า ทำงานหนักแต่มีรายได้ไม่มั่นคง ต้องรับภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร และมีอำนาจตัดสินใจน้อยกว่าเพศชาย^{2,5,16}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรด้านเพศภาวะที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้ามีดังนี้

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อายุ รายได้ตนเอง รายได้ครอบครัว อาชีพ ภาระงานที่ไม่มีรายได้ เช่น งานบ้าน เลี้ยงบุตรเล็ก ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือ ดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพ ความสามารถในการทำงาน การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ การมีกิจกรรมทางสังคม¹⁷ รูปแบบการเผชิญปัญหา ฮอริโมนเพศ¹³

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าที่มีความแตกต่างทางเพศ โดยใช้ฐานข้อมูลจากการสำรวจความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2546 ที่ทางกรมสุขภาพจิต¹⁸ ได้ทำการศึกษาไว้ ตัวแปรที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย ระดับการศึกษา อายุ สถานภาพสมรส รายได้ตนเอง รายได้ครอบครัว อาชีพ สำหรับภาระงานที่ไม่มีรายได้ เนื่องจากในการศึกษาของกรมสุขภาพจิตไม่ได้เก็บข้อมูลไว้จึงไม่สามารถศึกษาตัวแปรนี้ได้

คำถามงานวิจัย คือ ปัจจัยเสี่ยงด้านประชากรและสังคมต่อโรคซึมเศร้ามีความแตกต่างระหว่างเพศหรือไม่

วิธีการศึกษา

เป็นแบบ case-control study โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นประชากรที่มีภูมิลำเนาในทุกภาคของประเทศไทย รวมถึงกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง โดยเป็นการสำรวจเฉพาะประชากรที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลเท่านั้น ไม่รวมประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น วัด หอพัก โรงเรียน ค่ายทหาร ฯลฯ

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงในทุกภาคของประเทศไทย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15-19 ปีทั้งเพศชายและหญิงในทุกภาคของประเทศไทยที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับรูปแบบ

การศึกษาแบบ case-control study กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เมื่อกำหนดให้จำนวน case และ control เท่ากัน สัดส่วนของการ expose ในกลุ่ม control = 8.7% โดยได้ค่าจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น สัดส่วนของการ expose ในกลุ่ม case โดยต้องการ detect odd ratio ที่มีค่าตั้งแต่ 2 ขึ้นไป จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 318 ราย เนื่องจากผลการศึกษาที่ได้พบว่ามีจำนวนตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 332 ราย ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงได้กำหนดขนาดตัวอย่างในกลุ่ม case และกลุ่ม control กลุ่มละ 332 ราย รวมจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น เท่ากับ 664 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ ทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม control โดยการแบ่งชั้นภูมิเป็นรายภาค และรายจังหวัดในเขตพื้นที่การปกครอง (ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล) ที่สังกัดเขตสาธารณสุข 12 เขตและกรุงเทพมหานคร จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยให้หน่วยตัวอย่างที่ได้ในกลุ่ม control อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับหน่วยตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่ม case

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ที่คณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะทำงานการสำรวจจะภาควิทยาสุภาพจิตได้ทำการพัฒนาแบบสำรวจทางระบาดวิทยาสุภาพจิต ปี พ.ศ. 2546
2. แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวชในชุมชน (Mini International Neuropsychiatric Structure Interview) ในส่วนของข้อวินิจฉัยโรค Major depressive episode

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากกรมสุขภาพจิต เพื่อให้ฐานข้อมูลจากการสำรวจความชุกของปัญหา

สุขภาพจิตและจิตเวชระดับประเทศปี พ.ศ. 2546 โดยนำข้อมูลเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในชุมชนมาใช้ในการวิเคราะห์

2. ข้อมูลทุติยภูมิดังกล่าวได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคณะทำงานสำรวจข้อมูลภาคสนามซึ่งเป็นจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทีมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต และปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติคลินิกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 2 ปี ที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือการสำรวจฯ โดยดำเนินการสำรวจข้อมูลภาคสนามตั้งแต่เดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2546 ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลเบื้องต้นก่อนออกจากพื้นที่ จากนั้นนำข้อมูลมาตรวจสอบซ้ำอีกครั้งก่อนทำการลงรหัส (coding) และบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมที่จัดทำขึ้นสำหรับบันทึกข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลที่นำเข้าโดยการทำ logical check และแก้ไขข้อผิดพลาดที่พบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเป็นโรคซึมเศร้าแบบ univariate analysis
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเป็นโรคซึมเศร้า แบ่งวิเคราะห์ในกลุ่มเพศชายและหญิง ใช้ conditional logistic regression โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรจังหวัดที่ใช้ในการจับคู่

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 332 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.5 มีอายุระหว่าง 15-42 ปี ร้อยละ 56.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.6 แต่งงานแล้วร้อยละ 85.3 เรียนในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (รวมไม่เคยศึกษา) ร้อยละ 69.0

และประกอบอาชีพที่มีรายได้/รายได้ประจำ (รับราชการ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว พนักงานบริษัท) ร้อยละ 81.6 มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ร้อยละ 76.7 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพทางการเงินไม่พอใช้และมีหนี้สิน ร้อยละ 69.3

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 332 คน เป็นเพศชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย ร้อยละ 55.1 และ 44.9 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 15-42 ปี ร้อยละ 68.4 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.2 ส่วนใหญ่แต่งงานแล้วร้อยละ 94.2 ประมาณครึ่งหนึ่งเรียนในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (รวมไม่เคยศึกษา) ร้อยละ 53.0

ประกอบอาชีพที่มีรายได้/รายได้ประจำ ร้อยละ 69.6 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 89.8 มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีร้อยละ 95.2 เกือบครึ่งหนึ่งมีสถานภาพทางการเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 47.9 ตารางที่ 1 นำเสนอตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้า คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน สถานภาพทางการเงิน และสัมพันธภาพในครอบครัว

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเป็นโรคซึมเศร้าแบบ Univariate analysis

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		OR (95%CI)	p-value
	เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
หญิง	201 (60.5)	149 (44.9)	1.884	0.000*
ชาย ^R	131 (39.5)	183 (55.1)	(1.384-2.566)	
อายุ				
15-42 ปี ^R	186 (56.2)	227 (68.4)	1.685	0.01*
43-59 ปี	145 (43.8)	105 (31.6)	(1.227-2.315)	
ศาสนา				
คริสต์/อิสลาม	11 (3.4)	16 (4.8)	0.681	0.336
พุทธ ^R	317 (96.6)	314 (95.2)	(0.311-1.491)	
สถานภาพสมรส				
โสด/หย่า/หย่าแยก	48(14.7)	19 (5.8)	2.817	0.000*
คู่ ^R	278 (85.3)	310 (94.2)	(1.617-4.909)	
ระดับการศึกษา				
ไม่เคยศึกษา/ ประถมศึกษา และต่ำกว่า	229 (69.0)	176 (53.0)	1.971	0.000*
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ^R	103 (31.0)	156 (47.0)	(1.435-2.706)	
อาชีพ				
ไม่มี/มีรายได้น้อย (เกษตร รับจ้าง)	61 (18.4)	101 (30.4)	0.515	0.000*
มีรายได้ประจำ ^R (รับราชการ ค้าขาย พนักงานบริษัท)	271 (81.6)	231 (69.6)	(0.358-0.740)	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน				
รายได้ ≤ 20,000 บาท	315 (94.9)	298 (89.8)	.473	0.015*
> 20,000 บาท ^R	17 (5.1)	34 (10.2)	(.259-.865)	
สถานภาพทางการเงิน				
ไม่พอใช้/มีหนี้สิน	210 (69.3)	145 (47.9)	2.461	0.000*
พอใช้/ไม่มีหนี้สิน ^R	93 (30.7)	158 (52.1)	(1.765-3.430)	
สัมพันธภาพครอบครัว				
ไม่ดี	77 (23.3)	16 (4.8)	5.987	0.000*
ดี ^R	254 (76.7)	316 (95.2)	(3.409-10.516)	

p-value* p <0.05

หมายเหตุ ^R เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference group)

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าโดยรวม

เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า เมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ แล้ว จึงได้ทำการวิเคราะห์แบบ multivariate analysis โดยนำปัจจัยแต่ละปัจจัยจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ด้วย conditional logistic regression โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรจังหวัดที่ใช้ในการจับคู่ (matching) หน่วยงานตัวอย่างเข้าสู่กลุ่ม ผลการวิเคราะห์ (ตารางที่ 2) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีดังนี้ 1) ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า

ประมาณ 1.7 เท่าของผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.661, 95%CI = 1.247-2.212, p-value = 0.001) 2) ผู้ที่มีหนี้สิน/รายได้ไม่พอใช้ มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 1.4 เท่าของผู้ที่ไม่มีหนี้สิน/รายได้พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.415, 95%CI = 1.078-1.859, p-value = 0.013)

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าในเพศชาย พบว่าผู้ชายที่เป็นโสด/หม้าย/หย่า/แยกมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 2 เท่าของผู้ชายที่แต่งงานแล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.955, 95%CI = 1.020-3.748, p-value = 0.043) ดูตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าโดยรวมแบบ multivariate analysis โดยใช้สถิติ conditional logistic regression (n=599)

ตัวแปร	OR	95%CI	p-value
เพศ	1.256	0.982-1.606	0.070
อายุ	1.159	0.889-1.511	0.275
สถานภาพสมรส	1.331	0.942-1.882	0.105
ระดับการศึกษา	1.104	0.818-1.489	0.517
อาชีพ	0.669	0.480-0.931	0.017*
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	1.013	0.563-1.822	0.965
สถานภาพทางการเงิน	1.415	1.078-1.859	0.013*
สัมพันธภาพในครอบครัว	1.661	1.247-2.212	0.001*

p-value* p ≤0.05

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเป็นโรคซึมเศร้าในกลุ่มเพศชายแบบ multivariate analysis โดยใช้สถิติ conditional logistic regression (n=265)

ตัวแปร	OR	95%CI	p-value
อายุ	1.299	0.827-2.040	0.255
สถานภาพสมรส	1.955	1.020-3.748	0.043*
ระดับการศึกษา	0.835	0.529-1.318	0.439
อาชีพ	0.792	0.447-1.401	0.422
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	0.968	0.409-2.289	0.941
สถานภาพทางการเงิน	1.435	0.943-2.182	0.092
สัมพันธภาพในครอบครัว	1.577	0.932-2.670	0.090

p-value* p ≤0.05

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเป็นโรคซึมเศร้าในกลุ่มเพศหญิง แบบ multivariate analysis โดยใช้สถิติ conditional logistic regression (n=324)

ตัวแปร	OR	95%CI	p-value
อายุ	1.153	0.808-1.646	0.433
สถานภาพสมรส	1.106	0.708-1.728	0.659
ระดับการศึกษา	1.280	0.828-1.979	0.266
อาชีพ	0.603	0.394-0.924	0.020*
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	1.187	0.516-2.729	0.687
สถานภาพทางการเงิน	1.267	0.866-1.854	0.222
สัมพันธภาพในครอบครัว	1.749	1.210-2.528	0.003*

p-value* p < .05

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าในเพศหญิง พบว่า ผู้หญิงที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 1.7 เท่าของผู้หญิงที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.749, 95%CI = 1.210-2.528, p-value = 0.003) ผู้หญิงที่ประกอบอาชีพที่ไม่มีรายได้หรือรายได้น้อย เช่น เกษตรกร รับจ้าง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าเพียง 0.6 เท่าของผู้ที่ประกอบอาชีพที่มีรายได้ประจำ (รับราชการ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว พนักงานบริษัท) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.603, 95%CI = 0.0.394-0.924, p-value = 0.020) ดูตารางที่ 4

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้านั้นมากกว่าเพศชายประมาณ 1.9 เท่า เป็นสัดส่วนที่พบสูงกว่าที่พบในการสำรวจความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชระดับประเทศปี พ.ศ. 2546 เล็กน้อยคือ 1.7 เท่า¹⁸ ซึ่งสัดส่วนที่พบนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Kuehner⁵ ที่สังเคราะห์งานวิจัยเชิงระบาดจากหลายประเทศ พบว่า ความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าในเพศหญิงสูงกว่าชาย อยู่ระหว่าง 1.3-3.1 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ พบว่า เพศไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าแต่ปัจจัยทางด้านอาชีพ สถานภาพ

ทางการเงินในครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคม เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuehner⁵ ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างทางกรรมพันธุ์ระหว่างเพศชายและหญิง ในขณะที่ปัจจัยทางด้านภายในจิตใจและสังคมมีผลทำให้ความแตกต่างระหว่างเพศต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้นการที่เพศหญิงมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคซึมเศร้านั้นมากกว่าเพศชาย จึงไม่ใช่อยู่ที่ความแตกต่างทางชีวภาพของเพศ (sex) แต่เป็นเพราะว่าเพศหญิงเป็นกลุ่มที่อยู่ในสถานภาพทางเศรษฐกิจทางสังคมรายได้ต่ำรวมถึงการศึกษาที่ต่ำกว่าเพศชาย ซึ่ง Mirowsky²⁰ กล่าวว่าความแตกต่างทางความชุกในการเกิดโรคซึมเศร้านั้นเกิดจากช่องว่างทางเพศภาวะ (gender gap) เช่น สถานภาพสมรส อาชีพ เพศหญิงเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาน้อยโอกาสทำงานที่มีรายได้สูงมีน้อยกว่าเพศชาย สอดคล้องกับข้อสังเกตของ UNPD²¹ ที่กล่าวว่า เพศหญิงมีข้อจำกัดทางการศึกษาและการประกอบอาชีพ มีโอกาสอำนาจในการเข้าถึงทรัพยากรและการตัดสินใจน้อยกว่าเพศชายในประเทศไทยเพศหญิงถูกคาดหวังว่าต้องมีความรับผิดชอบหลักในภาระงานต่างๆ ของครอบครัวและการเลี้ยงดูบุตร แต่การทำงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตรไม่ถูกให้คุณค่าจากสังคม ทำให้เพศหญิงไม่มีโอกาสทำงานที่มีรายได้ เนื่องจากต้องทำงานบ้าน

และดูแลบุตร หากเพศหญิงต้องไปทำงานข้างนอกบ้าน แม้ว่าจะทำงานอย่างเดียวกับเพศชายก็มักจะทำงานที่มีรายได้น้อยกว่าเพศชาย โดยเฉพาะงานที่ใช้แรงงาน นอกจากนี้เพศหญิงมักจะอยู่ในภาวะที่มีปัญหาชีวิตในครอบครัว¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Radloff²² ที่กล่าวว่ามักจะพบคนที่เป็โรคซึมเศร้ามากในกลุ่มเพศหญิงที่ทำงานบ้าน ทำงานมีรายได้ไม่แน่นอน มีปัญหาทางการเงิน ซึ่ง Bebbington²³ ได้กล่าวถึงความสำคัญของอาชีพต่อสุขภาพจิตว่า การมีงานทำที่มีรายได้มีผลต่อสุขภาพจิตเพราะการทำงานที่มีรายได้ก่อให้เกิดความตื่นตัวสนใจสิ่งแวดล้อม มีรายได้ มีความสำเร็จ ได้มีประสบการณ์ทางสังคมและสถานภาพทางสังคม อาชีพที่มีรายได้ต่ำมักเป็นอาชีพที่ไม่ถูกให้คุณค่า ส่งผลต่อภาวะความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเองต่ำ

ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่อบอุ่นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าในเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ²⁴ ที่ศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพและพบว่าคนจะมีความสุขได้หากครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดี มีความอบอุ่น มีความรักความเข้าใจ Piccinelli และ Wilkinson¹³ อธิบายสาเหตุที่เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายเพราะเพศหญิงให้ความสำคัญต่อความรู้สึกผูกพันมากกว่าเพศชาย ความผูกพันนำมาสู่ความสุขทางจิตใจ สำหรับเพศหญิง ดังนั้นเพศหญิงจึงมีความเปราะบางต่อเหตุการณ์ที่จะมีผลต่อความผูกพันทางอารมณ์อันนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า เพศหญิงมีความไวต่อสัมพันธ์ภาพทางลบมากกว่าเพศชาย²⁵

เพศชายที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้ายหรือหย่าร้าง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคซึมเศร้า เพราะเพศชายที่หย่า หรือเป็นหม้ายมักจะพึ่งพิงทางสังคมมาก²⁶ โดยเฉพาะในบริบทสังคมไทย เพศชายถูกอบรมมาในด้านเป็นผู้พึ่งพา เพศหญิงในด้านการดูแลตนเอง โดยเพศหญิงจะเป็นผู้รับผิดชอบในงานบ้าน ดูแลการกินอยู่ และ

ระดับประคองจิตใจของสามี²⁷ ดังนั้นเมื่อชายตกอยู่ในสถานการณ์หม้าย หย่า/แยก จึงอาจมีปัญหาในการปรับตัวได้

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่วิเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิทำให้มีข้อจำกัดในด้านตัวแปรเพศภาวะที่ไม่สามารถครอบคลุมประเด็นบทบาทหญิงชายในครอบครัว และสังคม อันอาจการตัดสินใจ และเหตุการณ์คับขันในชีวิต ตลอดจนผลจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ คือ ฮอริโมน

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มเสี่ยงที่ควรให้ความสนใจเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าคือ หญิงที่มีสภาพครอบครัวไม่ราบรื่น รายได้น้อย ชายที่หม้ายโสด หย่าร้าง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยเพศภาวะ เช่น บทบาท ความคาดหวัง การเข้าถึงทรัพยากรอำนาจการตัดสินใจ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันว่าสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้ามากน้อยเพียงใด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการป้องกัน และการบำบัดที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Women and mental health. [cited 2002 Apr 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs248/en/print.html>.
2. Vikram P. Gender in mental health research. [online] 2005 [cited 2007 Feb 11]. Available from: <http://www.who.int/gender/documents/MentalHealthlast2.pdf>.
3. Culbertson FM. Depression and gender: An international review. *Am Psycho* 1997; 52:25-31.
4. Nazroo JY, Edwards AC, Brown GW. Gender differences in the prevalence of depression: artifact, alternative disorders, biology or roles?. *Soc Health Illness* 1998; 20:312-30.

5. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108:163-74.
6. Kebede D, Alem A, Deyassa N, Shibre T, Negash A, Beyero T. Socio-demographic correlated of depressive disorder in Butajira, rural Ethiopia. *Cent Afr J Med* 2003; 49:78-83.
7. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151:979-86.
8. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157:98-112.
9. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ* 2003; 81:609-15.
10. Zimmerman FJ, Katon W. Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: What lies behind the income-depression relationship?. *Health Econ* 2005; 14:1192-215.
11. Meertens V, Scheepers P, Tax B. Depressive symptoms in the Netherlands 1975-1996: a theoretical framework and an empirical analysis of socio-demographic characteristics, gender differences and changes over time. *Soc Health Illness* 2003; 25:208-31.
12. Cunningham AM, Knoester C. Marital status, gender, and parent's psychological well-being. *Sociol Inquiry* 2003; 77:264-87.
13. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000; 177:486-92.
14. Dominic TS Lee, Alexander SK Yip, Tony YS Leung, Tony KH Chung. Ethnoepidemiology of postnatal depression: Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. *Br J Psychiatry* 2004; 184:34-40.
15. ศิริพร จิรวัดน์กุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
16. Nolen-Hocksema S. Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10:173-6.
17. Zunzunegui MV, Beland F, Laser A, Leon V. Gender difference in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psych Psych Epid* 1998; 5:175-205.
18. Siriwanarangsun P, Kongsuk T, Charassing A, Boulek N, Ruchichakorn S, Suriya P. The national epidemiology survey on mental health in Thailand. Bangkok: Wongkamol Press; 2004.
19. World Health Organization. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Department of Gender, Women and Gender Health, World Health Organization; 2009.
20. Desai HD, Jann MW. Major depression in women: a review of the literature. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2000; 40:525-37.
21. United Nations Development Program. Human development report 2002. Oxford: Oxford University Press; 2002.
22. Radloff LS. Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status, *Sex Roles. JR* 1975; 1:249-66.
23. Bebbington PE. Sex and depression. Editorial, *Psychol Med* 1998; 28:1-8.

24. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, มธุลดา ชัยมี, ดารุณี วจนอุดมการณ์, และคณะ. สุขภาพจิตครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2547; 22:54-64.
25. Murakami J. Gender and depression: Explaining the different rates of depression between men and women, *Perspective in Psychology*; 2002: 27-34.
26. Simon R. Assessing sex differences in vulnerability among employed parents: the importance of marital status. *J Health Soc Behav* 1998; 39:38-54.
27. วิชัย เทียนถาวร และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะที่พึงประสงค์ ของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2542.