

ความชุกภาวะซึมเศร้า การรับรู้ปัญหา และรูปแบบการเผชิญปัญหา  
ของกลุ่มหญิงรักรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ\*  
Prevalence of Depression, Problem recognition and Coping  
Strategies among Lesbians, in Northeastern Thailand\*

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2557

Volume 37 No.2 (April-June) 2014

สุนนทิพย์ บุญเกิด พย.ม.\*\* สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปสด.\*\*\*

Sumonthip Boonkerd, RN, M.N.S.\*\* Somporn Rungreangkulkij, RN, Ph.D. \*\*\*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ปัญหา และรูปแบบการเผชิญปัญหาของกลุ่มหญิงรักรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มเป้าหมาย คือ หญิงรักรักหญิงที่อาศัยในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ อายุ 19-40 ปี จำนวน 339 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษา ได้แก่แบบประเมิน 1)อาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม 2)การรับรู้ปัญหา 3)รูปแบบการเผชิญปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Independent t-test พบว่า หญิงรักรักหญิงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.7 โดยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนการรับรู้การถูกล่วงละเมิดและถูกปฏิเสธ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาทางด้านอารมณ์ และการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ควรจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา โดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตควรคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มหญิงรักรักหญิง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า หญิงรักรักหญิง การรับรู้ปัญหา รูปแบบการเผชิญปัญหา

ABSTRACT

The study aims to investigate the prevalence of depression, the problem recognition, and coping among a group of lesbian persons in northeastern Thailand. The target group was female homosexuals aged between 19 to 40 years old residing -in four northeastern provinces; Nakhon Ratchasima, Chaiyaphum, Buriram and Surin. Data were collected using questionnaires consisting of the depression screening questionnaire, Heterosexual Harassment Rejection and Discrimination questionnaire and Coping scale. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square and t-test independent. Results: From the sample group 27.7% had depression. Depressed participants significantly perceived attitudes harassment and rejection notably. They more likely used emotion-focused and maladaptive coping styles than those who were not depressed with statistical significance ( $p$ -value  $< 0.05$ ). Therefore, the mental health activities increasing coping skills promotion will be prevent mental health problem in lesbian groups.

keywords: depression, lesbian , problem recognition, coping

\* ได้รับทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์ สำหรับนักศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปีการศึกษา 2556 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาสุขภาพและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มหญิงรักหญิง (lesbian or female homosexual) ได้แก่ บุคคลที่ระบุตนเองว่าเป็น ทอม ดี เลสเบียน หรือไบเซกซ์ชวล ซึ่งล้วนแต่ถูกจัดว่าเป็นเพศวิธียของคนที่ส่วนน้อย ถึงแม้ว่าสังคมไทยในปัจจุบันจะมีการยอมรับมากขึ้น แต่ก็ยังอยู่ในลักษณะของ “ทนได้ แต่ยอมรับไม่ได้”<sup>1</sup> แม้ว่าในปี องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า คนที่รักเพศเดียวกันไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางเพศ<sup>2</sup> แต่ยังคงให้ความหมายในเชิงลบ ทั้งสื่อโฆษณาที่นำเสนอเนื้อหาภาพลักษณ์ หรือวิถีชีวิตที่มีแต่เพียงมุมแคบเท่านั้น<sup>3,4</sup>

ลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มหญิงรักหญิงมีความเกี่ยวข้องกับ การมีอคติ ความขัดแย้ง และปัญหาด้านสัมพันธภาพ<sup>5</sup> อันเนื่องมาจากพฤติกรรมและการเลือกปฏิบัติในระดับบุคคล และการเลือกปฏิบัติในระดับองค์กร<sup>6</sup> ด้วยสาเหตุนี้จึงมีส่วนทำให้คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย อย่างเช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และการฆ่าตัวตาย<sup>7</sup> จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่า กลุ่มหญิงรักหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าหญิงที่รักต่างเพศเป็น 2.4 เท่า และเกิดภาวะซึมเศร้า มากกว่าเป็น 2.13 เท่า<sup>8</sup>

หญิงรักหญิง จะมีการใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือ การเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม ส่วนรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม กลุ่มหญิงรักหญิงจะใช้น้อยที่สุด<sup>9</sup> ในรายงานของแผนกบริการด้านการบำบัดยาเสพติดและสุขภาพจิตของศูนย์บำบัดยาเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การหาทางออกของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศจากการถูกอคติ ต่อต้านหรือทัศนคติด้านลบ นำไปสู่การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดจนกระทั่งนำไปสู่การติดสารเสพติดในที่สุด<sup>10</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในกลุ่มหญิงรักหญิงของต่างประเทศพบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.9 – 49<sup>11,12,13,14</sup>

ภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นภัยเงียบของสุขภาพจิตที่สำคัญ จนอาจเกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งโรคซึมเศร้าจะกลายเป็นภาระการดูแลรักษาอันดับ 1 ของทั่วโลกใน

อีก 16 ปีข้างหน้า หรือใน พ.ศ. 2573<sup>15</sup> โดยเฉพาะกลุ่มคนที่เรียกว่าเป็นชนกลุ่มน้อย ทางด้านวิถีชีวิต เชื้อชาติ ศาสนา ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จะยิ่งถูกสังคมตราบาปยิ่งขึ้น ที่เรียกว่า “ตราบาปซ้ำซ้อน”<sup>16</sup> ซึ่งถ้าไม่สามารถปรับตัวหรือมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม การสะสมความเครียดนาน ๆ จนอาจเกิดโรคซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้<sup>17</sup> ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 30 วรรคสามบัญญัติว่า “การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฯลฯ.... จะกระทำได้” ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพ ควรจะมีความรู้ความเข้าใจถึงลักษณะปัญหาเฉพาะของกลุ่มผู้รับบริการ เพื่อให้การให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม กลุ่มหญิงรักหญิงในสังคมไทยยังมีข้อจำกัดถึงการเข้าถึงข้อมูลอันเนื่องมาจากการไม่เปิดเผยตัวตนต่อสังคม บางคนก็เลือกที่จะเปิดเผยเฉพาะคนกลุ่มเดียวกัน หรือในบางสถานการณ์เท่านั้น ในฐานะที่ผู้วิจัยเคยทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหลายจังหวัด มีประสบการณ์ทำงานกับคนกลุ่มนี้ ค่อนข้างได้สัมผัสกับวิถีชีวิต และรับรู้ถึงปัญหาและความยากลำบากในการใช้ชีวิต และสามารถเข้าถึงกลุ่มหญิงรักหญิงได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ปัญหา และรูปแบบการเผชิญปัญหาในกลุ่มหญิงรักหญิง เพื่อนำองค์ความรู้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต และองค์กรเอกชนในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เป็นลักษณะเฉพาะต่อกลุ่มผู้รับบริการ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต ของกลุ่มหญิงรักหญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่ออธิบายการรับรู้ปัญหาในกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. เพื่ออธิบายรูปแบบการเผชิญปัญหาในกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการรับรู้ปัญหา และรูปแบบการเผชิญปัญหา ระหว่างกลุ่มหญิงรักหญิงที่มีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้า

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เนื่องจากกลุ่มหญิงรักหญิงยังไม่เปิดเผยตัวตนต่อสังคมมากนัก ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล จึงใช้วิธีการศึกษาโดยเลือกแกนนำ จำนวน 20 คน เพื่อเชิญชวนผู้ที่สนใจเข้าร่วมวิจัยทางวาจา การติดป้ายประชาสัมพันธ์ และการเชิญชวนทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้วิจัยมีเครือข่ายหญิงรักหญิงอยู่ใน 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการผ่านแกนนำทั้งหมดจำนวน 538 คน และคำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรจากค่าสัดส่วน<sup>18</sup> โดย ทำการศึกษาสำรวจหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงรักหญิง ของอาสาสมัครหญิงรักหญิงอายุ 19-40 ปี ในเขตจังหวัดขอนแก่นจำนวน 30 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.3 ดังนั้นผู้วิจัยจึงแทนค่า  $P = 0.33$  ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 339 คน จึงแบ่งตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) และทำการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อของผู้สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ

## เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ข้อคำถาม อายุ อัตลักษณ์ทางเพศ สถานภาพสมรส สถานภาพของการมีคู่รัก ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะการพักอาศัย บุคคลแรกที่เลือกปรึกษาปัญหา การเป็นสมาชิก หรือเข้าร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่มหญิงรักหญิง ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน มีจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาของกลุ่มหญิงรักหญิง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Heterosexist Harassment, Rejection, and Discrimination scale (HHRDS) พัฒนาโดย Szymanski<sup>19</sup> มีจำนวน 13 ข้อ เพื่อประเมินความถี่ของการถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเพศวิถีแบบหญิงรักหญิง ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

การล่วงละเมิดและการถูกปฏิเสธ จำนวน 7 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 7-42 คะแนน

การเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงานและสถานศึกษา จำนวน 3 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 3-18 คะแนน

การถูกเลือกปฏิบัติด้านอื่นๆ จำนวน 3 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 3-18 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการเผชิญปัญหาของหญิงรักหญิง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating Scale) ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจาก แบบวัดกลยุทธ์การจัดการความเครียด (brief COPE) พัฒนาโดย Carver<sup>20</sup> มีจำนวน 21 ข้อ เพื่อวัดพฤติกรรมและกิจกรรมทางปัญญาที่บุคคลใช้ในการจัดการกับความเครียดการแปลงผลของการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยใช้เป็นค่าคะแนนรวมรายด้าน ได้แก่

การเผชิญปัญหามุ่งแก้ที่ปัญหา จำนวน 5 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน

การมุ่งแก้ปัญหาทางด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 9-45 คะแนน

และการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม จำนวน 7 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณไพศาล, ณรงค์ มณีทอง และคณะ<sup>21</sup> จำนวน 9 ข้อ ค่าคะแนนจะอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแปลผลเป็น 2 แบบ คือ คะแนน 0-6 หมายถึง

ถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า และคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ในแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหา และรูปแบบวิธีการเผชิญปัญหาของหญิงรักหญิง โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .92 และ .85 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .94 และ .93 ตามลำดับ สำหรับแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม มีการใช้อย่างแพร่หลายในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีก จึงหาแต่ค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มหญิงรักหญิงที่มีอายุ 19-40 ปี ได้เท่ากับ .85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยติดต่อแกนนำ ทั้ง 4 จังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย ชี้แจงแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือให้แกนนำดำเนินการแจกแบบสอบถาม ตามรายชื่อของอาสาสมัครที่สุ่มได้ตามคำสั่งส่วนในแต่ละจังหวัด และเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเรียบร้อยแล้วครบตามจำนวน จากนั้นผู้วิจัยเดินทางไปปรับแบบสอบถามกับแกนนำด้วยตนเอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลทั่วไป

2. ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การรับรู้ลักษณะปัญหา และรูปแบบวิธีการเผชิญปัญหาของหญิงรักหญิง

3. ใช้สถิติ independent t-test วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ปัญหาและรูปแบบการเผชิญปัญหาของกลุ่มหญิงรักหญิงระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า กับไม่มีภาวะซึมเศร้า

### จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE562256

### ผลการศึกษา

ผู้วิจัยเสนอผลการศึกษาและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 339 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 19-24 ปี ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ 25-30 ปี ร้อยละ 29.5 มีอัตลักษณ์ทางเพศที่ระบุด้วยตนเองเป็นทอมและดี้ ร้อยละ 39.8 และ 39.2 ตามลำดับ ที่เหลือเป็นไบและเลส ร้อยละ 10.7 และ 10.3 สถานภาพกับคู่รักเพศเดียวกัน คือ โสด ร้อยละ 44.8 ใช้ชีวิตคู่กับเพศเดียวกัน ร้อยละ 39.8 สถานะทางเศรษฐกิจพอเพียง ร้อยละ 90 มีระดับการศึกษา ปวส./กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.9 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 31.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/กำลังศึกษา ร้อยละ 40.1 รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 18.6 เมื่อประสบปัญหาเลือกที่จะปรึกษาแฟนหรือคู่รักเป็นอันดับแรก ร้อยละ 37.8 รองลงมาคือปรึกษาเพื่อน ร้อยละ 33 มีประวัติเคยดื่มสุราและปัจจุบันยังดื่มอยู่ร้อยละ 51.9 ไม่เคยเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรมของหญิงรักหญิงร้อยละ 88.8

2) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มหญิงรักหญิงในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.7 (95%CI = 23.3-32.3) และจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 19-24 ปี ร้อยละ 44.7 มีอัตลักษณ์ทางเพศที่ระบุด้วยตนเองว่าเป็นทอม

ร้อยละ 40.5 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 45.7 แต่พักอาศัยอยู่กับแฟนหรือคู่รัก ร้อยละ 44.6 โดยมีสถานทางเศรษฐกิจที่พอเพียง ร้อยละ 90.4 มีการศึกษาระดับปริญญา ร้อยละ 45.7 และ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.1 เมื่อประสบปัญหาเลือกที่จะปรึกษาแฟนหรือคู่รัก ร้อยละ 38.5 มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และปัจจุบันยังดื่มอยู่ ร้อยละ 52.1 และเคยเข้าร่วมกิจกรรมที่หญิงรักหญิงจัดขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 72.3 และจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีอายุ 19-24 ปี ร้อยละ 62.4 มีอัตลักษณ์ทางเพศแบบดี ร้อยละ 41.2 เป็นผู้ที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.9 แต่ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ที่มีการซึมเศร้าคือ สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 44.5 การพักอาศัยอยู่กับแฟนหรือคู่รัก ร้อยละ 45.5 มีฐานะทางเศรษฐกิจที่พอเพียง ร้อยละ 89.8 เลือกที่จะปรึกษาปัญหากับแฟนหรือคนรักเป็นอันดับแรก ร้อยละ 37.5 มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และปัจจุบันยังดื่มอยู่ ร้อยละ 51.9 และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมที่หญิงรักหญิงจัดขึ้น

3) อธิบายการรับรู้ปัญหาในกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การถูกล่วง

ละเมิดและการถูกปฏิเสธ เท่ากับ 14.50 คะแนน (S.D=5.80) การรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงานและสถานศึกษาเท่ากับ 5.60 คะแนน (S.D=2.62) และการรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติด้านอื่นๆ (การถูกเลือกปฏิบัติจากงานบริการ บุคคลแปลกหน้า และงานด้านความช่วยเหลือ) เท่ากับ 5.56 คะแนน (S.D=2.92)

4) อธิบายรูปแบบการเผชิญปัญหาในกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมมุ่งแก้ที่ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 13.69 คะแนน (S.D=4.26) การมุ่งแก้ปัญหาด้านอารมณ์ เท่ากับ 22.64 คะแนน (S.D=6.31) และ การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เท่ากับ 15.86 คะแนน (S.D=4.77)

5) ศึกษาความแตกต่างของการรับรู้ปัญหาและรูปแบบการเผชิญปัญหา ระหว่างกลุ่มหญิงรักหญิงที่มีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้การถูกล่วงละเมิดและการถูกปฏิเสธ รูปแบบการเผชิญปัญหาด้านการมุ่งแก้ปัญหาด้านอารมณ์ (emotion -focused coping) และการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (maladaptive coping) ของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรวมการรับรู้ต่อปัญหาในแต่ละด้าน ของหญิงรักหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

| การรับรู้ต่อปัญหาของหญิงรักหญิงแต่ละด้าน                 | กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า<br>n=94 |       | กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า<br>n=245 |       | t<br>Lower | p<br>Upper | 95 % CI |       |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|------------------------------------|-------|------------|------------|---------|-------|
|                                                          | $\bar{X}$                      | S.D.  | $\bar{X}$                          | S.D.  |            |            |         |       |
| 1. การรับรู้การถูกล่วงละเมิดและการถูกปฏิเสธ              | 15.98                          | 5.97  | 13.98                              | 5.65  | 2.941      | 0.004*     | 0.678   | 3.418 |
| 2. การรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงานและสถานศึกษา | 5.65                           | 2.69  | 5.58                               | 2.43  | 0.230      | 0.818      | 0.553   | 0.700 |
| 3. การรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติด้านอื่นๆ                  | 5.63                           | 2.80  | 5.53                               | 2.97  | 0.261      | 0.794      | 0.607   | 0.792 |
| รวม                                                      | 27.26                          | 10.04 | 25.05                              | 10.44 | 1.766      | 0.078      | 0.252   | 4.681 |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการเผชิญปัญหาของหญิงรักหญิง ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

| รูปแบบการเผชิญปัญหาของหญิงรักหญิงแต่ละด้าน | กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า<br>n=94 |      | กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า<br>n=245 |      | t<br>Lower | p<br>Upper | 95 % CI |       |
|--------------------------------------------|--------------------------------|------|------------------------------------|------|------------|------------|---------|-------|
|                                            | $\bar{X}$                      | S.D. | $\bar{X}$                          | S.D. |            |            |         |       |
| 1. การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมมุ่งแก้ที่ปัญหา  | 13.94                          | 3.31 | 13.59                              | 4.58 | 0.714      | 0.476      | 0.649   | 1.389 |
| 2. การมุ่งแก้ปัญหาทางด้านอารมณ์            | 24.04                          | 5.31 | 22.11                              | 6.59 | 2.547      | 0.011*     | 0.441   | 3.432 |
| 3. การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม                 | 16.78                          | 4.06 | 15.51                              | 4.98 | 2.192      | 0.029*     | 0.130   | 2.395 |

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มหญิงรักหญิงอยู่ที่ร้อยละ 27.7 ซึ่งเกิดจากสภาวะที่กดดันของสังคม ประกอบกับไม่สามารถปรับตัวหรือมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม การสะสมความเครียดนานๆ จนเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>10,11</sup> อันเป็นปรากฏการณ์ที่สอดคล้องกันกับงานวิจัยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงรักหญิงทั่วโลก

คือมีภาวะซึมเศร้า อยู่ที่ ร้อยละ 10.9 – 49<sup>12,13,14,15</sup> โดยงานวิจัยนี้จะมีค่าความชุกใกล้เคียงกับงานวิจัยในประเทศแถบเอเชีย เช่น ประเทศญี่ปุ่น ที่พบอุบัติการณ์ในกลุ่มหญิงรักหญิงที่มีภาวะซึมเศวร้อยละ 29<sup>14</sup> และใกล้เคียงกับงานวิจัยล่าสุดในปี 2012 ของประเทศอังกฤษ พบความชุกภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงรักหญิงร้อยละ 32<sup>12</sup> จากการศึกษาในครั้งนี้พบความชุกภาวะซึมเศวมากกว่าผู้หญิงไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะซึมเศวร้อยละ 9.3<sup>21</sup> สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบใน

ต่างประเทศว่าหญิงรักหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าหญิงที่รักต่างเพศ 2.13 เท่า<sup>8</sup> และหญิงรักหญิงยังมีภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับหญิงที่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนแทรกซ้อนที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 7.1-25.4<sup>22,23,24</sup> แต่จะน้อยกว่าความชุกภาวะซึมเศร้าของกลุ่มหญิงที่ถูกกระทำรุนแรงในคู่สมรสที่มี ร้อยละ 56.89<sup>25</sup>

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่ออธิบายการรับรู้ปัญหาในกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีเหตุการณ์ของการถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของหญิงรักหญิงเกี่ยวกับการถูกเลือกปฏิบัติจากบุคคลอื่น<sup>6</sup> อันเนื่องมาจากถูกจัดให้เป็นคนชายขอบ ด้วยความแตกต่างในด้านตัวตน รสนิยม หรือพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างไปจากเพศเดียวกัน สอดคล้องกับ งานศึกษาวิจัยเรื่องประชากรชายขอบ ของ 15 องค์การเครือข่ายที่พบว่ากลุ่มประชากรชายขอบมองว่าตนถูกเลือกปฏิบัติและถูกกีดกันจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ<sup>26</sup> สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชัก<sup>27</sup> พบว่าการรับรู้การถูกเลือกปฏิบัติจากอาการปฏิกิริยาของสังคมในผู้ป่วยโรคลมชักมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีความคล้ายคลึงกันในการถูกเลือกปฏิบัติในหญิงรักหญิง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีเพศวิถีแบบหญิงรักหญิงได้แก่ การถูกเลือกปฏิบัติจากคนในครอบครัว ได้รับการต่อต้านจากสมาชิกในครอบครัว และการถูกล่วงละเมิดในการเรียกชื่อที่แสดงถึงเพศวิถีจากหญิงรักหญิง

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เพื่ออธิบายรูปแบบการเผชิญปัญหาในกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มหญิงรักหญิงมีการใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาทั้งแบบที่เหมาะสม คือ มุ่งแก้ที่ปัญหา และรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่ได้ประโยชน์น้อยทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหาด้านอารมณ์ และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เนื่องมาจากการถูกเลือก

ปฏิบัติทำให้กลุ่มหญิงรักหญิงต้องเผชิญกับความเครียดเมื่อมีความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง บุคคลมักจะเผชิญกับปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหาเมื่อประเมินแล้วว่าสามารถแก้ปัญหานั้นได้ และเมื่อภาวะความเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรงขึ้น บุคคลมักใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์แทน<sup>28, 29</sup>

จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 4 เพื่อศึกษาความแตกต่างของการรับรู้ปัญหา และรูปแบบการเผชิญปัญหา ระหว่างกลุ่มหญิงรักหญิงที่มีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การถูกเลือกปฏิบัติ และรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม มีผลต่อภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจาก กลุ่มหญิงรักหญิงที่ได้รับประสบการณ์ และปฏิกิริยาการตอบสนองด้านลบจากสังคมในลักษณะของการถูกเลือกปฏิบัติเนื่องมาจากการมีเพศวิถีแบบหญิงรักหญิงนี้ ก่อให้เกิด ความเครียดเรื้อรัง และร่วมกับมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และมีรูปแบบการเผชิญที่เหมาะสมกว่า สอดคล้องกันกับการถูกกีดกันทางเพศ (sex discrimination) ของผู้หญิงซึ่งมีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต<sup>30</sup> และจากการศึกษาเชิงคุณภาพ<sup>31</sup> พบว่าความทุกข์ของกระเทย เกย์ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศเช่นเดียวกับกลุ่มหญิงรักหญิง มีความสัมพันธ์กับเพศวิถีที่ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานทางสังคม คนกลุ่มนี้จึงมีการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมโดยการไม่แสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกว่าตนเป็นหญิงรักหญิงออกมามากนัก แต่เมื่อปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดความเครียดเรื้อรัง ร่วมกับการมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ รูปแบบการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นอารมณ์ และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้<sup>6</sup> ซึ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบแก้ปัญหาด้านอารมณ์ และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล<sup>12</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะการนำผลจากการวิจัยไปใช้

1.1 ครอบครัว ญาติ ผู้ใกล้ชิด รวมทั้งสังคมไทย ควรตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานในเพศวิถี โดยที่มีเครือข่ายขององค์กรด้านสิทธิความหลากหลายทางเพศ เป็นผู้ให้ความรู้ ความเข้าใจและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

1.2 ควรส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแบ่งปันช่วยเหลือเกื้อกูล โดยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มหญิงรักหญิง เพื่อให้มีวิธีการจัดการกับอารมณ์ ความคิด การรับรู้ต่อปัญหา และส่งเสริมให้มีทักษะการจัดการกับปัญหาในทางที่เหมาะสม

1.3 หน่วยงานและองค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ควรนำข้อมูลไปใช้ในการบริการด้านสุขภาพจิตให้เป็นลักษณะเฉพาะกับกลุ่มผู้รับบริการทั้งในด้านการเผชิญปัญหา รูปแบบการเผชิญปัญหา

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

เพื่อให้งานวิจัยในครั้งนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่ากลุ่มหญิงรักหญิงที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงวิธีการคิด การปรับตัวสำหรับการเผชิญปัญหาอย่างไร โดยการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์ส่วนบุคคลอันเป็นแนวทางในการส่งเสริมทักษะในการแก้ปัญหาของหญิงรักหญิงต่อไป

## ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการสำรวจภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงรักหญิงที่มีการเปิดเผยตนเองว่ามีเพศวิถีแบบหญิงรักหญิงเท่านั้น จึงไม่สามารถอธิบายไปยังกลุ่มหญิงรักหญิงที่ไม่เปิดเผยตัวตนได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่า และเข้าใจ ว่าการศึกษาในกลุ่มหญิงรักหญิงครั้งนี้ไม่ได้มีความต้องการตอกย้ำแนวคิดที่มองกลุ่มหญิงรักหญิงเป็นความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจหรือเป็นปัญหาสังคมแต่อย่างใด หากแต่เป็นความพยายามในการหาแนวทางในการป้องกันและการแก้ไขปัญหา

## เอกสารอ้างอิง

1. Archavanitkul K. Sexuality transition in Thai society. The 7 th IPSR annual conference 2011 July 1 : 48-50.(in Thai)
2. World Health Organization (WHO). ICD-10 volume-2 instruction manual (2010). [cited 2013 June 19]. Available from: URL <http://www.who.int/classification>.
3. Boonmongkon P. Conference papers on sexuality studies in Thai society. The 1st annual conference on sexuality studies in Thai society 2008 January (7-8) :28-37.-(in Thai)
4. Patkachar U, Prangson S. The presentation of sexuality through Thai film: dimension of reality in Thai society. Executive Journal 2012 ;3 : 147-55. (in Thai)
5. Lewis RJ, Derlega VJ, Griffin JL, Krowinski AC. Stressors for gay men and lesbians: life stress, gay related stress, stigma consciousness, and depressive symptoms. J Soc Clin Psychol 2003;22 : 716-29.
6. Ann PH. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations:review and recommendations. J Homosex 2011; 58(1):10-51.
7. Mayock P, Bryan A, Carr N, Kitching K. Supporting LGBT Lives: A study of the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender people. Ireland: Gay and Lesbian Equality Network (GLEN) and Belong to youth service; 2009.
8. King M, Semlyen J et al. A systematic review of mental disorder, suicide and deliberate self harm lesbian gay and bisexual people. [cited 2014 June 19]. Available from: URL <http://www.biomed-central.com/>

9. Cornish M. The impact of internalized homophobia and coping strategies on psychological distress following the experience of sexual prejudice. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements of the University of Hertfordshire for the degree of doctor of clinical psychology; 2012.
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration's: SAMHSA. A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals. United State: HHS Publication; 2009.
11. Rungreangkulkij S et.al. Sex or gender leading to a high risk of depressive disorder in women. J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(1): 61-74 (in Thai)
12. Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. Am J Public Health 2000; 90 :573-8.
13. Gilman SE, Cochran SD et al. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Co-morbidity Survey. Am J Public Health 2001;91(6) :933-9.
14. Cochran SD, Grees J, Sullivan VM, Mays VM. Prevalence of mental disorder, psychological distress, and mental health service use among lesbian, gay and bisexual adult in the United States. J Consult Clin Psychol 2003; 71(1): 53-61.
15. Kuang MF, Mathy RM et al. The effects of sexual orientation, gender identity, and gender role on the mental health of women in Taiwan's T-Po lesbian community. J Psychol Hum Sex 2003;15(4) :163-84.
16. World Health Organization.. Depression a global crisis: world mental health day October 10 2012 . [cited 2014 June 19]. Available from: URL [http:// www.wfmh.com](http://www.wfmh.com).
17. Crocker J, Major B, Steele CM. Social stigma. Handbook of social psychology. 4<sup>th</sup> ed.;1998
18. Silpcharu T. Research and statistical analysis by SPSS. Bangkok : V interprint 2008.(in Thai)
19. Dawn M. Szymanski. Does internalized heterosexism moderate the link Between heterosexist events and lesbians' psychological distress?.sex role 2006; 54(3-4) :227-34.
20. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. International J Behav Med 1997; (4) :92-100.
21. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for treating depressive disorder in provincial level; 2011. (in Thai)
22. Chalermkiatsakul T et al. Holistic care continuation from physical to mind. Rak sukhapap clinic Huataphan Hospital, Amnat Charoen; 2009. (in Thai)
23. Kampakdee S. The prevalence of depression in chronic disease. Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospitals 2012 ; 27(2) :107-12.(in Thai)
24. Sindhu S. Factors associated with depression in elderly peritoneal dialysis patient. Journal of Nursing Science 2011; 29(2) :84-92. (in Thai)
25. Mental health report in counseling clinic. The statistics of abused women by couple. Mae Charim Hospital, Nan; 2010. (in Thai)
26. Arunotai N, Hassarungsee R. The opinion collection of marginal people report .Social Research Institute Chulalongkorn University;2013. (in Thai)
27. Talchue R. Factors related to depression in patients with epilepsy : A systematic review. Princess of Naradhiwas University Journal 2012 ;4(3) :1-13. (in Thai)

28. Center for Psychological Wellness Faculty of Psychology, Chulalongkorn University. Coping. [cited 2014 May 24]. Available from: URL <http://www.chulawellness.com>. (in Thai)
29. Wangeansermasuk S. The study of comparison of the factors effecting the stress and stress coping behavior in operations of state enterprise employees. Independent study Silpakorn University ;2011. (in Thai)
30. WHO. Gender and women's mental health. Geneva; 2002.
31. Pearkao P. Happiness & unhappiness and mental health of male homosexuality in Esarn community. J Psychiatr Assoc Thailand. 2008; 53(4):377-84. (in Thai)