

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของประชาชนและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จากอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2546 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง รายใหม่ 63,740 ราย และในปี พ.ศ. 2545 ได้เพิ่มเป็น 94,652 ราย (สถาบันโรคมะเร็งแห่งชาติ, 2548) ในปี พ.ศ. 2546 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการที่เป็นมะเร็งรายใหม่ 1,588 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย 641 ราย เพศหญิง 947 ราย (ศูนย์มะเร็งชลบุรี, 2547) จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายของประชากรมากถึง 68.4 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ. 2544 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2547 อัตราการตายของโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในผู้ป่วยชายพบมากในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในวัยแรงงาน และอัตราการเป็นโรคมะเร็งจะลดลงในช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป (นวลจันทร์ ธานีธรรมสุรัตน์, 2547) นับวันจะพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งสัมพันธ์กับวิถีการดำรงชีวิตของคนที่เปลี่ยนแปลงไปและจำนวนมลพิษที่เพิ่มขึ้นในสิ่งแวดล้อม ได้มีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2558 จะมีคนป่วยเป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นจาก 9 ล้านคน เป็น 15 ล้านคน (นวลจันทร์ ธานีธรรมสุรัตน์, 2547) และองค์การอนามัยโลกได้มีการคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของปัจจุบัน (นวลจันทร์ ธานีธรรมสุรัตน์, 2547)

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตในชีวิต เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีผลกระทบอย่างมากกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องใช้เวลานานในการรักษา ทั้งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ๆ ผู้ป่วยที่ได้รับทราบถึงผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งส่วนมากจะเกิดความวิตกกังวล และเกิดอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยจะเกิดความกังวลต่อความเจ็บป่วย กลัวว่าจะรักษาไม่หาย กลัววิธีการรักษาตลอดจนอาการข้างเคียงของการรักษา หวาดหวังในชีวิตและกลัวตาย ทำให้มีความทุกข์ใจและมีอาการซึมเศร้า จากการศึกษาของ เอี่ยมเดือน เนตรแหม (2541) พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับทราบถึงผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 30 มีภาวะซึมเศร้า การป่วยเป็นมะเร็งเป็นการนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว นอกจากนี้วิธีการรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบัน ทั้งการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีหรือฮอร์โมนบำบัด ที่แม้จะมีพัฒนาการก้าวหน้าไปมาก แต่ผลการรักษาก็ยังไม่แน่นอนนัก เนื่องจากยังไม่สามารถควบคุมโรคได้

อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะผลข้างเคียงของการรักษา

เมื่อก้าวถึงโรคมะเร็ง ประชาชนส่วนใหญ่มักมีทัศนคติต่อโรคในทางลบ มีความกลัวว่าจะเป็นมะเร็งและในผู้ที่รู้ว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็งมักไม่เชื่อมั่นในการรักษา คิดว่าเป็นแล้วไม่มีหนทางใดที่จะรักษาได้และต้องตายทุกราย (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัจชัย บัลลังก์โพธิ์, 2542) ดังนั้นเมื่อบุคคลที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งและจำเป็นต้องได้รับการรักษาไม่ว่าจะด้วยวิธีการรักษาแบบใดก็ตาม จึงบังเกิดความรู้สึกหวั่นวิตก ท้อแท้ ซึมเศร้าอย่างมาก และรับรู้ถึงความเจ็บป่วยอย่างหมดหวัง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะเสมือนกำลังเผชิญอยู่กับชะตากรรมและประสบเคราะห์ร้ายที่น่าสะพรึงกลัว และรู้สึกว่าการเป็นมะเร็งและการรักษาเป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิต

การได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งนั้นก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ อาจนำไปสู่การเกิดความซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ Saneha (1999) ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 215 ราย พบว่าในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนี้ มีถึงร้อยละ 47 ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยร้อยละ 23 ของผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตนี้ มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 12 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย Buick (1997) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 24 มีอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรง ร้อยละ 18 มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางและอีกร้อยละ 14 มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่รุนแรง และศึกษาความซึมเศร้าในผู้ป่วยชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 94 ราย ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 38 ของผู้ป่วยมะเร็งชายเหล่านี้มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนงานวิจัย โดยเฉพาะงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศพบว่าแบบแผนความคิดเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย (Cognitive Illness Representation) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต (Mental Health Status) การรับการรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง (Medical Adherence) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ตลอดจนรูปแบบการเผชิญปัญหา (Coping Styles) ของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Jirojwong, Thassri and Skolnik (1994) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีแบบแผนความคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งในด้านการรักษาและควบคุมโรค (Cure/ Controllability) ในทางลบเช่น มีความคิดว่าเป็นโรคมะเร็งนั้นไม่มีหนทางใดจะรักษาได้ และผู้ป่วยนั้นไม่สามารถควบคุมอาการของโรคมะเร็งได้ มีสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้า (Depression) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าในระดับสูงจะมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Positive Relations with Others) และมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life) ต่ำ จากการศึกษาของกนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2547) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ และพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ วัย สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะและระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

แบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วย (Cognitive Illness Representation) นั้นเป็นแบบแผนความคิดที่พัฒนาขึ้นมาจากการบูรณาการข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับมา ไม่ว่าจะเป็นจากประสบการณ์ตรง จากข้อมูลที่ได้มาจากบุคลากรทางการแพทย์ จากสมาชิกในครอบครัว จากกรบอกเล่าของบุคคลอื่น ๆ หรือจากข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ เช่น จากรายการวิทยุหรือโทรทัศน์ และบุคคลได้มีการบูรณาการข้อมูลเหล่านี้เข้าด้วยกันและพัฒนาเป็นแบบแผนความคิดของตน (Cognitive Illness Representation) หรือเรียกอีกนัยหนึ่งว่าแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common Sense Model) จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งชาย และมีเพียงงานวิจัยเดียวเท่านั้นที่ศึกษาเรื่องแบบแผนความคิดที่มีต่อความเจ็บป่วยแต่ก็เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง (จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2538)

แบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Leventhal and Meyer (1980) นั้นสามารถประเมินได้จากความรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคมะเร็ง สามารถแยกได้เป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Identity) 2) การรับรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย (Cause) 3) การรับรู้ระยะเวลาที่เป็นโรคหรือความเจ็บป่วย (Time-line) 4) การรับรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วย (Consequences) และ 5) การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติและวิธีการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตลอดจนการควบคุมโรค (Cure/ Controllability)

การศึกษาถึงแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วย (Cognitive Illness Representation) และอิทธิพลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนั้นว่ามีความสำคัญและควรทำการศึกษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งชายซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-60 ปี) และเป็นวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาวิจัยน้อยมาก อาจกล่าวได้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่กล้าที่จะบอกกล่าวถึงความคิดที่ตนมีต่อโรคที่เป็นอยู่กับผู้ดูแล และผู้ให้การบำบัดโดยมีความกังวลว่าผู้บำบัดจะหาว่าตนนั้นไม่รู้เรื่อง หรือมีความคิด ความเชื่อที่ผิด ๆ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยโดยการใช้แบบประเมินที่มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีการนำไปใช้ในงานวิจัยหลาย ๆ เรื่อง และมีความแม่นยำและเชื่อถือได้ จะช่วยให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งชายกลุ่มดังกล่าวตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วยกับความซึมเศร้า เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยชายได้ชัดเจนขึ้น และทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทาง

สำหรับพยาบาลหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการพยาบาล หรือการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งชาย

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งชายเรกวิวินิจฉัยมีแบบแผนความคิดต่อโรคมะเร็งอย่างไร
2. ผู้ป่วยมะเร็งชายมีภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างไร
3. แบบแผนความคิดที่มีต่อโรคมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งชายกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงแบบแผนความคิดที่มีต่อโรคมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งชาย
2. เพื่อศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งชาย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความคิดที่มีต่อโรคมะเร็งกับความซึมเศร้า

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlative-design) จะทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งชายที่เข้ารับการรักษาในศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดชลบุรี โดยเป็นผู้ป่วยชายในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20-60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน จำนวนทั้งสิ้น 100 คน ทำการเก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550

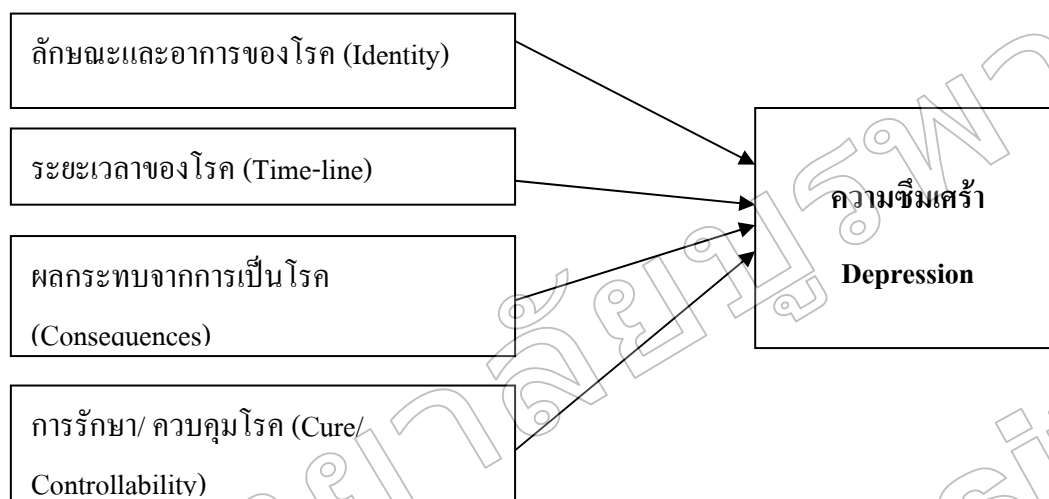
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากความเจ็บป่วย กระบวนการรักษาและสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยบางคนมีการรับรู้ถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือความเครียด และอาจนำไปสู่การเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological Distress) เช่นภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่กล่าวว่าความเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่บุคคลหลีกเลี่ยงได้ยาก และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้วบุคคลมักรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่าเป็นความเครียดหรือเป็นสิ่งคุกคามความผาสุก (Well-being) ในชีวิตของตนในงานวิจัยนี้ความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและพัฒนาเป็นแบบแผนความคิดของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งหากบุคคลใดมีแบบแผนความคิดที่เป็นเชิงลบสูง อาจก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการเกิดความซึมเศร้าด้วย แบบแผนความคิดที่มีต่อความเจ็บป่วย (Cognitive Illness Representation) ตามแนวคิดของ Weinman, Petrie, Moss-Morris, and Horne (1996) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Identity) 2) การรับรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย (Cause) 3) การรับรู้ระยะเวลาที่เป็นโรคหรือความเจ็บป่วย (Time-line) 4) การรับรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วย (Consequences) และ 5) การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติและวิธีการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตลอดจนการควบคุมโรค (Cure/ Controllability) แบบแผนความคิดใน 5 ด้านนี้เป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลพัฒนาขึ้นมาจากความรู้ที่ได้รับตลอดจนประสบการณ์ในอดีตที่สั่งสมมา บุคคลมีการบูรณาการข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้เข้าด้วยกัน และพัฒนาขึ้นเป็นแบบแผนความคิดของตนเอง ซึ่งแบบแผนความคิดนี้จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรมทั้งในปัจจุบันและในอนาคต แบบแผนความคิดของแต่ละบุคคลจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลนั้นจะให้ความหมายของความเจ็บป่วยของตนเองว่าอย่างไร ตลอดจนถึงผลต่อการพัฒนาความอดทนและขีดความสามารถในการเผชิญ (Tolerance and Threshold) ต่อความเจ็บป่วย ทำให้มีการตอบสนองด้านอารมณ์และพฤติกรรมแตกต่างกันไป ซึ่งการมีแบบแผนความคิดในทางลบมาก ๆ จะทำให้บุคคลประมวลเรื่องราวบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมเรื่อยมา เมื่อเกิดภาวะวิกฤตกับชีวิต บุคคลจะเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบขึ้น และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มักจะให้ความหมายของคำว่ามะเร็งว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง ทำให้เกิดความกลัว ทุกข์ทรมาน และมีมุมมองว่าโรคมะเร็งเป็นสัญลักษณ์ของความตาย ไม่มีหนทางใดที่จะสามารถแก้ไขหรือควบคุมได้ จึงนับเป็นสิ่งร้ายหรือคุกคามที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการที่จะศึกษาแบบแผนความคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งและความสัมพันธ์ของสองตัวแปรนี้ โดยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชายซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาวิจัยน้อยมาก กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ ดังภาพที่ 1

แบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง (Cognitive Illness

Representation)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยมะเร็งชาย (Male Cancer Patients) หมายถึง ผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่ที่อายุตั้งแต่ 20 ปี ถึง 60 ปีรับรู้การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นมะเร็งโดยไม่จำกัดว่าเป็นมะเร็งในส่วนใดของร่างกาย ของร่างกาย และมารับการรักษาในระยะ 1 ปีแรก เป็นผู้ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลศูนย์ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดชลบุรี

แบบแผนความคิดที่มีต่อความเจ็บป่วย (Cognitive Illness Representation) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคมะเร็ง โดยผู้วิจัยจะศึกษาใน 5 องค์ประกอบ 1) การรับรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย (Cause) 2) การรับรู้ความรุนแรงและอาการแสดงของโรค หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Identity) 3) การรับรู้ระยะเวลาที่เป็นโรคหรือความเจ็บป่วย (Time-line) 4) การรับรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคหรือความเจ็บป่วย (Consequences) และ 5) การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติและวิธีจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อควบคุมและรักษาโรค (Cure/ Controllability) ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่พัฒนาขึ้นโดย Weinman et al. (1996)

ความซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ที่มีในทางลบต่อตนเอง ต่ออนาคตและสิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วยมะเร็งชาย โดยมีลักษณะการแสดงออกด้านความคิด

ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ อาการเศร้า เสียใจ ต่ำหนิและลงโทษตัวเอง ประเมินคุณค่าในตัวเองต่ำ เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ้นหวัง มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่าง ๆ สัมพันธภาพกับผู้อื่นแย่ง ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า ของ มุกดา ศรียงค์ ซึ่งได้แปลและเรียบเรียงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory)

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University