

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา

มนตรี เวียงเพิ่ม, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างมาก รวมถึงในเด็กและวัยรุ่น ซึ่งมักจะ ไม่แสดงอาการเศร้าโดยตรงแต่จะแสดงอาการด้วยปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาฆ่าตัวตาย เป็นต้น **วัตถุประสงค์:** เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของจังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยทางจิตสังคมด้านครอบครัว และเด็ก **ผู้ป่วยและวิธีการ:** ทำการศึกษาในเด็กมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ของโรงเรียนในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 12 แห่ง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory ฉบับภาษาไทย ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2548 **ผลการศึกษา:** ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 1,313 คน พบว่าอายุของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 11-17 ปี อายุเฉลี่ย 13.4 ± 0.97 ปี อัตราส่วนของเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.02:1 พบนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก ร้อยละ 38.3 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 13.8 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีกับไม่มีภาวะซึมเศร้าพบปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระดับผลการเรียน ไม่ดี การมีโรคประจำตัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพี่น้อง ความไม่พอใจในผลการเรียน การที่มีเพื่อนน้อยหรือเพื่อน ไม่ยอมรับ การขาดที่ปรึกษาเวลาทุกข์ใจไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวหรือเพื่อน ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา บิดามารดามีปัญหาสุขภาพจิต ครอบครัวแตกแยกจากการหย่าร้างหรือบิดามารดาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต ผู้เลี้ยงดูที่ไม่ใช่บิดามารดาจริง ครอบครัวรายได้ต่ำ **สรุป:** ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมาเท่ากับร้อยละ 38.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในเด็กกลุ่มเดียวกันของกรุงเทพมหานครพบว่าความชุกและความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิต-สังคมต่าง ๆ คล้ายคลึงกัน แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจังหวัดนครราชสีมาเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องตระหนักและให้ความสนใจเช่นเดียวกัน ดังนั้น ควรมีการกำหนดแนวทางแก้ไขให้ชัดเจนเพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรงต่อไป

* กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา 30000

Abstract: Prevalence of Depression in Junior High School Students in Nakhon Ratchasima Province

Montri Wiangperm, M.D.

Department of Pediatric, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2005; 29: 175-84.

Background: Childhood and adolescent depression is a prevalent, familial, and recurrent condition that generally continues episodically into adulthood. Children and adolescents with depression frequently have poor psychosocial, academic, and family functioning. **Objective:** To study prevalence and psychosocial factors associated with depression in junior high school students in Nakhon Ratchasima province. **Material and Methods:** By using the Children's Depression inventory, Thai version, in mathayom 1-3 students of 12 junior high schools in Nakhon Ratchasima province. **Results:** The sample consisted of 1,313 students aged 11-17 years with mean age of 13.4 years. The ratio of boys to girls was 1.02:1. The study revealed 38.3% of the sample as having significant depressive symptoms and 13.8% as having marked depressive symptoms. The study also examined various psychosocial stressors. Compared with the non-depressed group, the depressed group had higher rates of psychosocial stressors. The stressors found to be related to depression were low and unsatisfied academic achievement, health problems, poor sibling relationship, avoidance behavior and poor peer relationship, lack of consultant at trouble, poor father-child relationship, mental health problems in parents, broken family or loss of parents, having other people as caretakers and low income level of caretaker. **Conclusion:** The result of this study revealed highly prevalence of depression (38.3%) and related psychosocial stressors likely students in Bangkok metropolis. The suggestion is depression to be an important mental health problem in adolescent of Nakhon Ratchasima province and must have strategies in reducing the magnitude of problem.

ภูมิหลัง

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงอารมณ์ที่เต็มไปด้วยความกดดันและแปรปรวน มีแนวคิดอยากเป็นอิสระ ให้ความสำคัญต่อเพื่อนมากกว่าบิดามารดาและครอบครัว ต้องการหาเอกลักษณ์ของตนเอง ขณะเดียวกันตัววัยรุ่นเองยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาและการสื่อสารกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ใหญ่ สิ่งต่างๆ ดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ในวัยรุ่นได้ง่ายและมีผลกระทบต่อสมาธิ ความคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้

รวมถึงการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์เศร้าซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตเวชที่สำคัญอันหนึ่งของประเทศไทย ในวัยรุ่นภาวะซึมเศร้ามักไม่แสดงออกโดยตรงเช่นในผู้ใหญ่ แต่จะแสดงออกในลักษณะของปัญหาทางพฤติกรรมด้านต่างๆ มากมายเช่น ปัญหาการเรียน การเจ็บป่วยเรื้อรังทางร่างกาย การพยายามฆ่าตัวตาย การติดสารเสพติด การทำผิดกฎหมาย การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม และการใช้ความรุนแรง เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันมากทั้งนี้ขึ้นกับวิธีการศึกษาและประชากรกลุ่มตัวอย่าง เช่น ในสหรัฐอเมริกาพบภาวะซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) ในวัยรุ่นตั้งแต่ร้อยละ 0.4 ถึง 8.3 ส่วนความชุกของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) ในวัยนี้ พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 1.6 ถึง 8⁽¹⁾ รายงานจากประเทศแถบยุโรป ในประเทศฝรั่งเศสพบความชุกของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ในวัยรุ่นอายุ 14-23 ปี ร้อยละ 4.4 ประเทศสเปนมีการศึกษาในวัยรุ่นเพศหญิงพบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุตั้งแต่ร้อยละ 2.2 ถึง 4.1⁽²⁾ ประเทศไทยจากการศึกษาของ อูมาพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล พบความชุกอาการซึมเศร้าในเด็กมัธยมต้นของโรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 40.8⁽³⁾ และอรพรรณ เมฆสุกะ พบอาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครร้อยละ 40.7⁽⁴⁾ วินัดดาปิยะศิลป์ศึกษาในเด็กวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จากทุกภาคของประเทศ พบอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 14.3⁽⁵⁾ ในเด็กพิเศษบางกลุ่มเช่น เด็กพิการทางสายตาพบความชุกร้อยละ 22.2⁽⁶⁾ ในกลุ่มวัยรุ่นที่ทำผิดกฎหมายพบว่าความชุกของโรคยิ่งสูง จากการศึกษาของ วรพร อินทร์บุหั่น พบอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 66.3⁽⁷⁾ ในระยะหลังมีการศึกษาในสหรัฐอเมริกาโดย Rushton และคณะ ศึกษาและติดตามระบาศวิตยาของอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอเมริกัน พบอาการซึมเศร้าร้อยละ 30 อาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 9 และเมื่อติดตามในระยะหนึ่งปีต่อมา พบว่าอาการซึมเศร้านี้ยังคงอยู่เกือบร้อยละ 50 ในกลุ่มที่ไม่พบอาการซึมเศร้าในการศึกษาครั้งแรกเมื่อติดตามในอีกหนึ่งปีต่อมา พบว่ามีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 3⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาร่วมกันระหว่างสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นเพื่อหาความชุกของ โรคซึมเศร้ารุนแรง

ในวัยรุ่นหลายเชื้อชาติ พบโรคซึมเศร้ารุนแรงในวัยรุ่นอเมริกัน ร้อยละ 9.6 วัยรุ่นอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันร้อยละ 13.4 อเมริกันเชื้อสายเม็กซิกันร้อยละ 16.9 และวัยรุ่นญี่ปุ่น ร้อยละ 5.6⁽⁹⁾ ส่วนผลกระทบของภาวะซึมเศร้าการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอายุ 15-24 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และเชื่อว่าอารมณ์เศร้าเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย⁽¹⁰⁾ ในประเทศไทย อูมาพร ตรังคสมบัติและคณะ ได้ศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในเด็ก ในผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีความชุกถึงร้อยละ 38⁽¹¹⁾ และมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาในสหรัฐอเมริกายังพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของวัยรุ่นที่อาศัยในชนบท ไม่ว่าจะเป็นการใช้สารเสพติด บุหรี่ การใช้ความรุนแรง พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และการกระทำทารุณกรรม⁽¹²⁾

สำหรับปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า อูมาพร ตรังคสมบัติ พบว่าผลการเรียนต่ำ ครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ไม่ดีกับบิดา-มารดา การศึกษาและรายได้ผู้เลี้ยงดูต่ำ สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุขและปัญหาสุขภาพจิตของบิดา-มารดา มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ คล้ายกับการศึกษาของ อรพรรณ เมฆสุกะและวินัดดา ปิยะศิลป์ ที่พบว่าความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา-มารดา ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อน การมองตนเองไม่ดีและผลการเรียนต่ำ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งทางด้านสาธารณสุข

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดใหญ่และมีประชากรหนาแน่นเป็นอันดับสองของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านวัตถุและสภาพสังคมมีทั้งส่วนที่แตกต่างและคล้ายคลึงกับกรุงเทพ-

มหานคร ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต การปรับตัวของครอบครัวและตัววัยรุ่นเองจนเกิดปัญหาทางอารมณ์ขึ้นได้ ผู้ดำเนินการวิจัยจึงทำการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองของจังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับปัจจัยทางจิต-สังคมต่าง ๆ เปรียบเทียบกับการศึกษาในกรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ ที่มีการศึกษามาก่อน เพื่อประเมินสภาพปัญหา วางแนวทางแก้ไข และป้องกันต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยประชากรในการศึกษาได้แก่ เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) ของโรงเรียนในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา โดยคัดเลือกโรงเรียนมัธยมที่มีขนาดใหญ่และตั้งอยู่ใกล้เขตเมืองซึ่งคาดว่าจะมีสภาพสังคมและการดำเนินชีวิตของประชากรแบบชุมชนเมือง จำนวน 12 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนราชสีมาวิทยาลัย โรงเรียนสุรนารี โรงเรียนบุญวัฒนา โรงเรียนค่ายสุรธรรมพิทักษ์ โรงเรียนมหิศราธิบดี โรงเรียนมารีย์วิทยา โรงเรียนอัสสัมชัญนครราชสีมา โรงเรียนราชสีมา 2 โรงเรียนสุรนารี 2 โรงเรียนบุญวัฒนา 2 โรงเรียนบุญเหลือวิทยานุสรณ์และโรงเรียนโคราชพิทยาคม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้โดยใช้สูตรกำหนดความชุกไว้ที่ร้อยละ 30 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาในเด็กมัธยมต้นในกรุงเทพมหานครเนื่องจากผู้วิจัยคาดว่าจะในเด็กต่างจังหวัดความชุกน่าจะน้อยกว่าจากการคำนวณคิดเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,200 คน โดยเลือกสุ่มตัวอย่างโรงเรียนละประมาณ 100 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกระทำโดยวิธี systematic random sampling การสุ่มหมายเลขประจำตัวของนักเรียนทุกห้องในแต่ละชั้นปี ดำเนินการเก็บ

ข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2548 ได้จำนวนนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,313 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของครอบครัว เช่น สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพ รายได้ การศึกษา ผู้เลี้ยงดูปัจจุบัน อาการเจ็บป่วยของเด็กและบิดามารดา ความสัมพันธ์กับบิดามารดาและเพื่อน เป็นต้น

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า Children's depression inventory (CDI) ฉบับภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ⁽¹³⁾ เป็นแบบสอบถามชนิดให้เด็กตอบเอง ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ ซึ่งครอบคลุมอาการซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ แต่ละคำถามจะประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ซึ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนสำหรับแต่ละตัวเลือกคือ 0, 1, 2 ค่าคะแนนที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าคือคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 15 ขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะถือค่าคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ 21

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระทำโดยติดต่อประสานงานกับทางโรงเรียน โดยขอความร่วมมือกับอาจารย์แนะแนวและอาจารย์ประจำชั้นในการนำเด็กมาทำการตอบแบบสอบถามตามวันเวลาที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและลงรหัสจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 8.0 โดยสถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ การทดสอบ t-test กำหนดค่า p ที่มีความสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 1,313 คน อายุตั้งแต่ 11-17 ปี อายุเฉลี่ย 13.40±0.97 ปี อัตราส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 1.02:1 มีโรคประจำตัวร้อยละ 15.8 ได้แก่ โรคภูมิแพ้ หอบหืด ภาวะอาหาร ซีด เป็นต้น ส่วนใหญ่มีผลการเรียนดีและร้อยละ 70.1 มีความพอใจในผลการเรียน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.0 ประเมินลักษณะนิสัยของตนเองว่าเป็นคนไม่ชอบสังคมและมีเพื่อนน้อย การไม่มีที่ปรึกษาเมื่อรู้สึกทุกข์ใจไม่ว่าจะเป็นบิดามารดาหรือเพื่อนพบได้ร้อยละ 11.5 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับมารดามากกว่าบิดาคือร้อยละ 92.8 และร้อยละ 79.3 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพี่น้องพบได้ร้อยละ 7.3 ดังตารางที่ 1

ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขนาดเล็กมีจำนวนพี่น้องในครอบครัว 1-2 คน (ร้อยละ 83.7) สถานะภาพของของบิดามารดาพบว่า ร้อยละ 13.1 มีปัญหาหย่าร้างหรือแยกทาง ร้อยละ 5.3 บิดาหรือมารดาเสียชีวิต บิดาหรือมารดามีโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับจิตเวชร้อยละ 46.0 ได้แก่ ปวดศีรษะประจำ นอนไม่หลับบ่อย ๆ ติดสุราและอาการเศร้าเป็นต้น ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่คือ บิดาและมารดาจริง ร้อยละ 73.2 เลี้ยงดูโดยบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว ร้อยละ 12.4 การศึกษาของผู้เลี้ยงดูพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.5 ความรู้ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 27.4 ส่วนผู้เลี้ยงดูที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีร้อยละ 24.8 อาชีพของผู้เลี้ยงดูที่พบมากที่สุดคือ อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 32.1 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างหรือค้าขาย ร้อยละ 30.1 และ 20.3 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวพบว่า ร้อยละ 22.8 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ดังตารางที่ 2

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

	ร้อยละ
เพศ (n = 1,313)	
- หญิง	49.4
- ชาย	50.6
อายุ (ปี) (n = 1,313)	
- 11	0.5
- 12	19.6
- 13	34.3
- 14	34.0
- 15	10.7
- 16	0.5
- 17	0.4
ผลการเรียน (n = 1,275)	
- เกรด < 2	11.6
- เกรด > 2	88.4
ความรู้สึกรู้สึกต่อผลการเรียน (n = 1,278)	
- พอใจ	70.1
- ไม่พอใจ	15.6
- เฉยๆ	14.3
ลักษณะนิสัย (n = 1,289)	
- เพื่อนมาก สังคมดี	93.0
- เพื่อนน้อย	6.1
- เพื่อนไม่ชอบ อดอัดเมื่ออยู่ร่วมกับคนอื่น	0.9
ที่ปรึกษาเวลาทุกข์ใจ (n = 1,282)	
- บิดามารดาหรือคนในครอบครัว	63.0
- เพื่อน	20.7
- เก็บไว้คนเดียว	11.5
- อื่น ๆ	4.8
ความสัมพันธ์กับบิดา (n = 1,122)	
- ดี สนุกและพูดคุยได้เสมอ	79.3
- ปานกลาง พุดคุยเท่าที่จำเป็น	17.0
- ไม่ดี ไม่เอาใจใส่หรือลงโทษรุนแรง	3.7
ความสัมพันธ์กับมารดา (n = 1,206)	
- ดี สนุกและพูดคุยได้เสมอ	92.8
- ปานกลาง พุดคุยเท่าที่จำเป็น	6.3
- ไม่ดี ไม่เอาใจใส่หรือลงโทษรุนแรง	0.9
ความสัมพันธ์กับพี่น้อง (n = 1,189)	
- เล่นและพูดคุยกันด้วยดีเสมอ	51.6
- เล่นและพูดคุยธรรมดา	41.1
- ทะเลาะกันเป็นประจำ	7.3

การวัดภาวะซีมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ CDI พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีคะแนน CDI เฉลี่ยเท่ากับ 13.18 ± 6.57 คะแนน

การวิเคราะห์ความชุกของภาวะซีมเศร้าโดยใช้คะแนน CDI ตั้งแต่ 15 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ตัดสินพบว่าในกลุ่มตัวอย่าง 1,313 คน มีผู้ที่มีภาวะซีมเศร้า 503 คน

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานทางครอบครัว

	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดามารดา (n = 1,299)	
- อยู่ด้วยกัน	76.4
- หย่าร้างหรือแยกทาง	13.1
- บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	5.3
- แยกกันอยู่ด้วยความจำเป็นแต่ยังไม่มาหาสู่ปกติ	5.2
ผู้เลี้ยงดูปัจจุบัน (n = 1,308)	
- บิดามารดาจริง	73.2
- บิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว	12.4
- บิดาหรือมารดาจริงกับบิดาหรือมารดาเลี้ยง	4.2
- ญาติ	6.9
- อื่นๆ	3.3
การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้เลี้ยงดูหลัก (n = 1,297)	
- ป. 6 หรือต่ำกว่า	24.8
- ม. 1-ม. 6	33.5
- ปวช./ปวส. หรืออนุปริญญา	14.3
- ปริญญาตรีขึ้นไป	27.4
อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก (n = 1,311)	
- เกษตรกร	6.3
- รับจ้าง	30.1
- ค้าขาย	20.3
- เจ้าของกิจการ	7.1
- ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	32.1
- อื่น ๆ	4.1
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท) (n=1,304)	
- น้อยกว่า 5,000	22.8
- 5,000-10,000	31.4
- 10,001-30,000	31.7
- มากกว่า 30,000	14.1

คิดเป็นร้อยละ 38.3 ส่วนผู้มีคะแนน CDI ตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไปซึ่งเป็นเกณฑ์บ่งถึงภาวะซีมเศร้ารุนแรงพบร้อยละ 13.8

3. ภาวะซีมเศร้ากับปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา

ปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดาเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มที่บิดาหรือมารดามีปัญหาสุขภาพจิตและไม่มีพบว่ามีสัดส่วนของภาวะซีมเศร้าแตกต่างกัน โดยเฉพาะอาการเกี่ยวกับความเครียดและวิตกกังวลเช่น ปวดศีรษะและนอนไม่หลับพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3 และ 4

4. ภาวะซีมเศร้ากับปัจจัยทางจิต-สังคม

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยทางด้านจิตและสังคมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีมเศร้ากับกลุ่มที่ไม่มีพบว่ามีปัจจัยจากตัวเด็กที่มีสัดส่วนแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระดับผลการเรียนที่ต่ำกว่า 2 การมีโรคประจำตัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพี่น้อง ความไม่พอใจในผลการเรียน การที่มีเพื่อน

ตารางที่ 3 ปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีซีมเศร้า

	ซีมเศร้า (ร้อยละ)	ไม่มีซีมเศร้า (ร้อยละ)	p
- ปวดศีรษะหรือนอนไม่หลับเป็นประจำ	44.6	32.5	0.00
- เศร้าหรือบ่นอยากตายบ่อยๆ	2.4	1.4	0.16
- ติดสุราหรือสารเสพติด	7.0	5.0	0.08
- ได้รับความทางจิตเวชหรือวิกลจริต	2.0	1.3	0.38

ตารางที่ 4 ปัจจัยทางจิต-สังคม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาการซึมเศร้า

	ซึมเศร้า (ร้อยละ)	ไม่ซึมเศร้า (ร้อยละ)	<i>p</i>	OR (95% C I)
อายุเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	13.4±1.0	13.34±0.9	0.10	
เพศหญิง	47.9	50.3	0.39	0.90 (0.73-1.13)
การมีโรคประจำตัว	19.5	13.6	0.00	1.54 (1.14-2.07)
ผลการสอบครั้งสุดท้ายเกรดน้อยกว่า 2	18.3	7.5	0.00	2.76 (1.95-3.92)
ความรู้สึกลบใจในผลการเรียน	76.6	89.3	0.00	0.39 (0.29-0.54)
การมีความสามารถพิเศษด้านอื่น	61.6	63.8	0.42	0.91 (0.72-1.14)
ลักษณะนิสัยไม่ชอบสังคมและขาดเพื่อน	13.2	3.1	0.00	4.72 (2.94-7.57)
การขาดที่ปรึกษาเมื่อรู้สึกทุกข์ใจ	19.5	6.5	0.00	3.51 (2.45-5.03)
ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างพี่น้อง	12.0	4.5	0.00	2.90 (1.86-4.54)
ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา	5.1	2.8	0.04	1.88 (1.01-3.47)
ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับมารดา	1.6	0.5	0.07	2.96 (0.92-9.51)
การมีปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา	56.0	39.9	0.00	1.91 (1.51-2.41)
ครอบครัวแตกแยก	24.2	14.8	0.00	1.83 (1.38-2.43)
การที่ผู้เลี้ยงดูไม่ใช่บิดามารดาจริง	33.6	22.5	0.00	1.74 (1.36-2.23)
การศึกษาผู้เลี้ยงดูต่ำกว่า ป.6	26.3	23.9	0.33	1.14 (0.88-1.47)
ครอบครัวรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	26.8	20.2	0.00	1.44 (1.11-1.87)

น้อยหรือเพื่อน ไม่ยอมรับ การขาดที่ปรึกษาเวลาทุกข์ใจ ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวหรือเพื่อนและความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา

ส่วนปัจจัยจากครอบครัวที่มีสัดส่วนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ครอบครัวแตกแยกจากการหย่าร้างหรือบิดามารดาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต ผู้เลี้ยงดูที่ไม่ใช่บิดามารดาจริง ครอบครัวรายได้ต่ำ ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางอารมณ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของวัยรุ่น แม้ว่าวัยรุ่นที่มีอารมณ์เศร้าอาจไม่ได้แสดงอาการเศร้าออกมาโดยตรงเช่นในผู้ใหญ่ โดยมักแสดงออกในลักษณะของปัญหาทางด้านพฤติกรรม

ต่าง ๆ เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาความสัมพันธ์กับบิดามารดาและเพื่อน การเจ็บป่วยเรื้อรังและการพยายามฆ่าตัวตายและมักพบร่วมได้บ่อยกับปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ของวัยรุ่นได้แก่ การคิดสารเสพยาเสพติด การมีพฤติกรรมแปรปรวนและต่อต้าน โรคสมาธิสั้น การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ซึ่งอาจทำให้ผู้ปกครองหรือครูไม่เข้าใจและแก้ไขปัญหาไม่ตรงจุด จนเกิดผลเสียหายรุนแรงและต่อเนื่องได้

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นอกจากปัจจัยภายในตัวเด็กเองเช่นปัจจัยเกี่ยวกับพันธุกรรม ฮอร์โมนหรือสารเคมีบางอย่างในร่างกาย ยังมีปัจจัยจากสังคมและสิ่งแวดล้อมอีกด้วยเช่นปัญหาความสัมพันธ์และการสูญเสียในครอบครัว ปัญหาการเลี้ยงดูเช่นถูกทอดทิ้งหรือใช้ความรุนแรง เป็นต้น

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดใหญ่และมีประชากรหนาแน่นรองจากกรุงเทพมหานคร มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคมและวัตถุอาจมีผลกระทบต่อ การปรับตัว การดำเนินชีวิตของวัยรุ่น และครอบครัวซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์เพิ่มขึ้นได้ เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาและเตรียมการป้องกันผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัญหาภาวะนี้ในวัยรุ่นจังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 38.3 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 13.8 โดยไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย เมื่อเทียบกับเด็กนักเรียนกลุ่มเดียวกันของกรุงเทพมหานครซึ่งทำการศึกษา โดยอุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ⁽³⁾ และการศึกษาโดยอรพรรณ เมฆสุภะ⁽⁴⁾ พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.8 และ 40.7 โดยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 13.3 และ 15.6 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าถึงแม้ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจังหวัดนครราชสีมาจะน้อยกว่าวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาจำนวนร้อยละ จะเห็นว่ามีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยแสดงว่าภาวะซึมเศร้าก็เป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดนครราชสีมาเช่นเดียวกัน

ลักษณะครอบครัวของวัยรุ่นในจังหวัดนครราชสีมาเมื่อเทียบกับในกรุงเทพมหานครมีลักษณะหลายอย่าง คล้ายคลึงกันเช่น เป็นครอบครัวขนาดเล็กมีบุตรจำนวน 2-3 คน ร้อยละ 83.7 กับ 62.9 ตามลำดับ อัตราการหย่าร้างใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 13.1 กับ 12.3 มีวัยรุ่นที่ต้องอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวร้อยละ 12.4 กับ 13.9 แสดงให้เห็นว่าจังหวัดใหญ่ที่กำลังมีความเจริญทางด้านวัตถุก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมตามไปด้วยเช่นเดียวกับในกรุงเทพมหานคร แต่ก็ยังมีบางอย่างที่แตกต่างกันเช่นรายได้ของครอบครัวและ

การศึกษาของผู้เลี้ยงดูที่กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีรายได้ปานกลางและการศึกษาระดับมัธยม

ปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดาซึ่งเป็นปัจจัยสะท้อนถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยตรงผ่านทางพันธุกรรม การศึกษาครั้งนี้พบสัดส่วนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าในกลุ่มที่บิดามารดามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในทุกกลุ่มอาการไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการซึมเศร้า การใช้สารเสพติดหรือวิกลจริตแต่ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่กลุ่มอาการเครียดและวิตกกังวลเช่น อาการปวดศีรษะ บ่อยและนอนไม่หลับเป็นประจำซึ่งคล้ายกับการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ

ปัจจัยทางจิตสังคมของเด็กที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การมีโรคประจำตัว ผลการเรียนต่ำ ความรู้สึกไม่พอใจในผลการเรียน ลักษณะนิสัยไม่ชอบสังคมและขาดเพื่อน ความสัมพันธ์ไม่ดีกับพี่น้องและบิดาและการไม่มีผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรือรู้สึกทุกข์ใจซึ่งสนับสนุนการศึกษาในวัยรุ่นของกรุงเทพมหานคร เช่นเดียวกันกับปัจจัยทางจิตสังคมของครอบครัวที่พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มได้แก่ ครอบครัวแตกแยกหรือมีการสูญเสีย เช่น บิดาหรือมารดาเสียชีวิต การที่ผู้เลี้ยงดูไม่ใช่บิดามารดาจริง และครอบครัวมีรายได้ต่ำ อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแต่การศึกษานี้ก็ไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหรือเป็นผลตามมาจากมีภาวะซึมเศร้าอยู่ก่อนแล้ว ส่วนผลการศึกษาที่แตกต่างออกไปได้แก่ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูที่การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของสัดส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู

สรุป

การศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 1,313 คน โดยใช้เครื่องมือ Children's Depression Inventory พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.3 โดยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 13.8 ซึ่งใกล้เคียงกับเด็กวัยเดียวกันในกรุงเทพมหานคร แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในจังหวัดนครราชสีมาจัดเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญที่ต้องให้ความสนใจและหาทางแก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและผลกระทบด้านต่าง ๆ แก่ผู้ปกครองและครูเพื่อช่วยในการค้นหาและให้การช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มต้น
2. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น รวมทั้งวิธีการเลี้ยงดูที่ถูกต้องแก่บิดามารดาครูและผู้ปกครองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่วัยเด็ก
3. จัดตั้งคลินิกวัยรุ่นโดยกุมารแพทย์หรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นกับครูแนะแนวในโรงเรียนเพื่อดำเนินงานเชิงรุกในการค้นหาปัญหาวัยรุ่นและแก้ไขหรือให้คำปรึกษาตั้งแต่เริ่มต้น
4. ควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในลักษณะติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินและยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยด้านต่าง ๆ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่สนับสนุนทุนในการศึกษารั้งนี้ นักเรียนและโรงเรียนทุกแห่งที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการดำเนินการตอบแบบสอบถาม คุณกัญญาลักษณ์ ณ รังษี ผู้ให้ความช่วยเหลือด้านสถิติวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 32: 1427-39.
2. Canals J. Prevalence of depression in Europe. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1325-6.
3. อุมภาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41: 162-73.
4. อรวรรณ เมฆสุภะ. ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียน ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วชิรสาร 2542; 43: 85-92.
5. วินัดดา ปิยศิลป์. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2542; 38: 27-33.
6. เบลูจพร ปัญญา, ตติยา ทุมเสน. ภาวะซึมเศร้าในเด็ก พิจารณาการมองเห็น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545; 47: 39-48.
7. วรพร อินนุพันธ์. การศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ทำผิดกฎหมาย. เอกสารวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2534.
8. Rushton J, Forcier M, Schectman RM. Epidemiology of depressive symptoms in the national longitudinal study of adolescent health. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41: 199-205.
9. Doi Y, Roberts RE, Takeuchi K, Suzuki S. Multiethnic comparison of adolescent major depression based on the DSM-4 criteria in a US-Japan study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 1308-15.
10. Kovacs M. Presentation and course of major depression during childhood and later years of the life span. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 705-15.
11. อุมภาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก: การศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนกกุมารเวชศาสตร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41:174-83.
12. Burns JJ, Cottrell L, Perkins K, Pack R, Stanton B, Hobbs

- G, et al. Depressive symptoms and health risk among rural adolescents. *Pediatrics* 2004; 113: 1313-20.
13. อุมาพร ตรังคสมบัติ, คุณิต ลิขนะพิชิตกุล. อาการซึมเศร้าในเด็กไทย: การศึกษาโดยใช้ Children's depression inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41: 223-34.