

วัยรุ่นกับภาวะซึมเศร้า: การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี

Youths and Depression: Depressive Evaluation among Senior High School Students, Nonthaburi Province

วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร¹, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์^{2*}, วรณัน อรรถแสงศรี³, ปรรารถนา สถิตติภาวิ⁴, ชฎาภา ประเสริฐทรง⁵
Wisit Chaveepojnkamjorn¹, Natchaporn Pichainarong^{2*}, Voranan Adthasangsri³, Pratana Satitvipawee⁴,
Chadapa Prasertsong⁵

Received: 24 November 2015; Accepted: 31 January 2016

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ประชากรที่ศึกษา คือ วัยรุ่นที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 479 ราย โดยสุ่มจาก 6 โรงเรียนด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ฉบับภาษาไทย รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานจากโปรแกรมสำเร็จรูป ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนที่มีอาการซึมเศร้า (CES-D \geq 22) มีร้อยละ 14.19 โดยพบเพศชาย (ร้อยละ 17.44) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 11.97) อายุ >17 ปี (ร้อยละ 16.46) GPA < 2.0 (ร้อยละ 50) สถานภาพสมรสของบิดามารดา หม้าย หย่าร้างและแยก (ร้อยละ 21.57) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 34.78) มีภาวะหนี้สิน (ร้อยละ 25.39) ติดสารเสพติด (ร้อยละ 37.50) และดื่มสุรา (ร้อยละ 21.57) การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผลการเรียน (GPA) สูบบุหรี่ และ มีภาวะหนี้สิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ฉะนั้นควรมีมาตรการในการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การร่วมกันแก้ไขปัญหาการเรียน การให้ความรู้ในการให้คำปรึกษาแก่ครูอาจารย์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และวิธีการเบื้องต้นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จะช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้ในระดับหนึ่ง

คำสำคัญ : วัยรุ่น ภาวะซึมเศร้า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Abstract

The objective of this research was to study the prevalence of depression among senior high school students. There were four hundred and seventy nine students from six public high schools in Nonthaburi Province recruited by

¹ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10400

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนนทเวช จังหวัดนนทบุรี 11000

⁴ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10400

⁵ อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540

¹ Assoc. Prof., Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand.

² Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Kantharawichai District, Maha Sarakham 44150, Thailand.

³ Registered Nurse, Nonthavej Hospital, Nonthaburi 11000, Thailand.

⁴ Assoc. Prof., Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand.

⁵ Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Bang Phli District, Samut Prakarn 10540, Thailand.

* Correspondence to: Natchaporn Pichainarong, Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Maha Sarakham, Thailand, 44150.
E-mail: natchapom.p@msu.ac.th

multistage random sampling. Data were collected by questionnaire that comprised 2 parts: part 1 general characteristics, part 2 depression evaluation by the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Thai version. The obtained data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with computerized statistical package. The results revealed the percentage of depression (CES-D \geq 22) was 14.19. Males (17.44%) were higher than females (11.97%). Depressive risk groups were >17 years (16.46%), GPA <2.0 (50%), parental marital status of being widowed, divorced or separated (21.57%), smoking (34.78%), debt (25.39%), substance abuse (37.50%) and alcohol drinking (21.57%). Demographic factors of GPA, smoking and debt were statistically significant associated with depression ($p < 0.05$). Therefore, the surveillance system of risk factors should be conducted and accompanied with academic problem solving, providing information and counseling techniques of depression and basic treatment among teachers will reduce this problem.

Keywords : adolescents, depression, senior high school students

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอย่างรวดเร็ว และเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิดและสังคม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านในวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของชีวิตวัยรุ่นมีเสรีภาพทางความคิด ต้องการความเป็นอิสระ พยายามสร้างเอกลักษณ์ของตัวเอง ต้องการการยอมรับ และต้องการเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มเพื่อน เป็นช่วงที่ต้องการพื้นที่ส่วนตัวเพิ่มขึ้น โดยเริ่มห่างจากครอบครัว มีความหุนหันพลันแล่น สับสนในบทบาท และมีความผันผวนทางด้านอารมณ์ โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของวัยรุ่นนั้น นับเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ¹ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับวัยเด็ก โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า² ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และทวีความสำคัญอย่างมาก องค์การอนามัยโลก มีการประมาณการณ์ถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศชาย (ร้อยละ 5.8) และเพศหญิง (ร้อยละ 9.5) ในปี ค.ศ. 2015 และได้คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะมีภาระโรค เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.7 ของภาระโรคโดยรวม (Total burden of disease) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่สองของการสูญเสียปีแห่งสุขภาพ (DALYs lost)³ ในประเทศไทย มีรายงานอัตราป่วยของโรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้นจาก 55.9 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2540 เป็น 250.8 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2552⁴ มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 17.4⁵ การใช้เครื่องมือประเภทตอบด้วยตนเอง (Self-report) ที่ให้กลุ่มวัยรุ่นประเมินอาการของตนเอง จึงเป็นสิ่งที่มิประโยชน์อย่างยิ่ง จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาอาการซึมเศร้า และประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสาย

สามัญ และเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มปกติ โดยเลือกจังหวัดนนทบุรีเป็นพื้นที่ในศึกษา ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดปริมณฑลและมีลักษณะของประชากรและวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกับวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร โดยผลที่ได้จากการศึกษา จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้รับทราบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในพื้นที่ รวมถึงการวางมาตรการในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหา ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง ประชากร ขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ทำการศึกษา เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียน เขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดนนทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 6 โรงเรียน โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการศึกษาระบบภาคตัดขวาง⁶

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \pi(1-\pi)}{2} \times \text{Design effect}^6$$

โดยกำหนดให้ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ที่ $\alpha = 0.05$ $\pi = 0.174^5$ $d = 0.05$ และ Design effect = 2 จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 442 ราย ในการศึกษานี้ได้เก็บตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 479 ราย โดยขั้นตอนการเลือกตัวอย่าง จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ในการเลือกโรงเรียนในพื้นที่ที่ทำการศึกษา และใช้วิธีการสุ่มเลือกนักเรียนในแต่ละระดับชั้นโดยวิธีคำนวณสัดส่วนที่เหมาะสมตามขนาดของนักเรียนในแต่ละระดับชั้น (Proportional allocation) จนครบถ้วน

สถานที่ทำการวิจัย

พื้นที่ดำเนินการวิจัย โดยทำการสุ่มเลือกพื้นที่ในการศึกษาอย่างง่ายได้ 6 โรงเรียนในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ยินดีให้ความร่วมมือ และให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตนเอง และครอบครัว ภายหลังได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้ว และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ไม่มีความพิการทางสมอง หรือความบกพร่องทางการพูด หรือการได้ยิน
3. ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้ปกครองให้ความเห็นชอบและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

วิธีดำเนินการศึกษา

โครงการวิจัย ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2012-204) และได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัย และเก็บข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงเรียน โดยดำเนินการศึกษาในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรและสังคม

ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามประเภทให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเอง (self-report) ซึ่งพัฒนาโดย Center for Epidemiologic studies at National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา⁷ ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อความด้านลบ จำนวน 16 ข้อ และข้อความด้านบวก จำนวน 4 ข้อ โดยข้อความด้านบวก ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เพื่อวัดความถี่ของอาการแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เลย บางครั้ง บ่อยๆ และตลอดเวลา การให้คะแนน ในข้อความด้านลบ กำหนดให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย (คะแนน 0) บางครั้ง (คะแนน 1) บ่อยๆ (คะแนน 2) และตลอดเวลา (คะแนน 3) ส่วนข้อความด้านบวก จะให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย (คะแนน 3) บางครั้ง (คะแนน 2) บ่อยๆ (คะแนน 1) และตลอดเวลา (คะแนน 0) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 ถึง 60 เครื่องมือนี้ได้ใช้เกณฑ์ที่กำหนดให้ใช้คะแนน ≥ 22 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือนี้ เท่ากับ 0.86 ค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 72 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 85 และค่าความถูกต้องของเครื่องมือ (accuracy) ร้อยละ 82⁸

การสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล

การสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้ ศึกษาเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของแบบสอบถามที่จะใช้ในงานวิจัย พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากร และแบบวัดอาการซึมเศร้า (CES-D) ฉบับภาษาไทย และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ได้แก่ ความตรงตามเนื้อหา การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา และผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปใช้

ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในส่วนของแบบสอบถามด้านประชากร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการศึกษาครั้งนี้ เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม

ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะทำการวิจัย เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ซึ่งแจ้งรายละเอียดในการเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการตอบแบบสอบถาม การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างกรอกรายละเอียดด้วยตนเอง อธิบายถึงการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจอย่างละเอียด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนธันวาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความเรียบร้อย ความสมบูรณ์ ความครบถ้วนของข้อมูล และประมวลผล วิเคราะห์

ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา บรรยายลักษณะของประชากรที่ศึกษา และอาการซึมเศร้า ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (Yates corrected chi-square test, Fisher's exact chi-square test) สถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบไบนารีลอจิสติก (Binary logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และสถิติ independent-samples t test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา จำนวน 479 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.29 อายุเฉลี่ย 16.47 ± 0.95 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 39.88 สถานภาพสมรสของบิดามารดา ส่วนมากอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 72.23) รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,000-30,000 บาท ร้อยละ 44.05 เกรตเฉลี่ยส่วนมาก อยู่ระหว่าง 3.0-3.4 (ร้อยละ 36.53) ส่วนมากไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 86.85) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 95.19) และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 89.35) เป็นต้น ดัง (Table 1)

Table 1 Baseline and socio-demographic characteristics of high school students (n= 479)

Characteristics	No. (%)
Gender	
Female	284 (59.29)
Male	195 (40.71)
Age (yrs)	
< 16	78 (16.28)
16 – 17	322 (67.22)
> 17	79 (16.50)
Mean (SD)	16.47 (0.95)
Min - Max	14 - 19
Education level (Grade)	
10	191 (39.88)
11	151 (31.52)
12	137 (28.60)
Parental marital status	
Married	377 (78.71)
Widowed, divorced, separated	102 (21.29)
Family members	
Father and mother	346 (72.23)
Father or mother only	21 (4.39)
Others	112 (23.38)

Table 1 Baseline and socio-demographic characteristics of high school students (n= 479) Cont.

Characteristics	No. (%)
Monthly family income (baht)	
< 15,000	90 (18.79)
15,000 - 30,000	211 (44.05)
> 30,000	178 (37.16)
Median	25,000
Min-Max	2,000-500,000
Grade point average	
< 2.0	12 (2.51)
2.0 – 2.9	142 (29.65)
3.0 – 3.4	175 (36.53)
≥ 3.5	150 (31.31)
Mean (SD)	3.17 (0.48)
Median	3.23
Min-Max	1.1 – 4.0
Debt	
No	416 (86.85)
Yes	63 (13.15)
Smoking	
No	456 (95.19)
Yes	23 (4.81)
Alcohol drinking	
No	428 (89.35)
Yes	51 (10.65)
Substance abuse	
No	471 (98.33)
Yes	8 (1.67)
Family psychiatric history	
No	456 (95.19)
Yes	23 (4.81)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.19 ผลการศึกษาโดยรวม เมื่อพิจารณาข้อความเชิงลบ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อ 1, 5 และข้อ 14 ขณะที่ข้อความเชิงบวก พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อ 4, 16 และ ข้อ 8 ส่วนในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณาข้อความเชิงลบ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อ 1, 6 และข้อ 3 ขณะที่ข้อความเชิงบวก พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อ 4, 16 และ ข้อ 12 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มปกติ พบว่า ทั้งยี่สิบข้อ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดัง (Table 2)

Table 2 Mean comparison of CES-D of study subjects by item.

Item	Overall		Depression		No depression		p-value*
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	1.03	0.66	1.54	0.70	0.95	0.62	<0.001
2. I did not feel like eating; my appetite was poor.	0.72	0.68	1.10	0.63	0.65	0.66	<0.001
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family.	0.70	0.77	1.50	0.87	0.56	0.66	<0.001
4. I felt that I was just as good as other people.	1.34	0.93	1.85	0.76	1.26	0.93	<0.001
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	0.99	0.76	1.49	0.72	0.91	0.73	<0.001
6. I felt depressed.	0.66	0.68	1.51	0.70	0.52	0.57	<0.001
7. I felt that everything I did was an effort.	0.58	0.67	1.25	0.85	0.43	0.55	<0.001
8. I felt hopeful about the future.	0.82	0.93	1.13	0.98	0.77	0.92	0.003
9. I thought my life had been a failure.	0.46	0.64	1.19	0.65	0.33	0.54	<0.001
10. I felt fearful.	0.50	0.63	1.06	0.79	0.40	0.55	<0.001
11. My sleep was restless.	0.68	0.77	1.31	0.94	0.57	0.68	<0.001
12. I was happy.	0.67	0.81	1.19	0.79	0.58	0.78	<0.001
13. I talked less than usual.	0.58	0.67	1.25	0.79	0.47	0.57	<0.001
14. I felt lonely.	0.80	0.71	1.47	0.86	0.69	0.62	<0.001
15. People were unfriendly.	0.40	0.62	1.18	0.79	0.27	0.48	<0.001
16. I enjoyed life.	0.86	0.89	1.60	0.79	0.73	0.84	<0.001
17. I had crying spells.	0.68	0.67	1.32	0.78	0.57	0.58	<0.001
18. I felt sad.	0.71	0.66	1.44	0.79	0.59	0.55	<0.001
19. I felt that people disliked me.	0.43	0.63	1.21	0.80	0.30	0.49	<0.001
20. I could not "get going."	0.53	0.67	1.36	0.81	0.40	0.53	<0.001

*p-value of independent-samples t test

ปัจจัยด้านประชากร กับ ภาวะซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละแต่ละปัจจัย พบว่า เพศชาย (ร้อยละ 17.44) มีสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 11.97) กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสูง คือ อายุ >17 ปี (ร้อยละ 16.46) มีผลการเรียน GPA < 2.0 (ร้อยละ 50) สถานภาพสมรสของบิดามารดาหม้าย หย่าร้างและแยก (ร้อยละ 15.69)

สูบบุหรี่ (ร้อยละ 34.78) มีภาวะหนี้สิน (ร้อยละ 25.39) ติดสารเสพติด (ร้อยละ 37.50) และดื่มสุรา (ร้อยละ 21.57) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผลการเรียน (GPA) สูบบุหรี่ และ มีภาวะหนี้สิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดัง (Table 3)

Table 3: Socio-demographic factors associated with depression among senior high school students

Variables	Depression/total	%	OR _c	95%CI	p-value
Age group (yrs)					
< 16	8/78	10.26	1		
16-17	47/322	14.59	1.50	0.64 – 3.60	0.415 ^a
> 17	13/79	16.46	1.72	0.62 – 4.90	0.365 ^a
Mean (SD)	16.47 (0.95)				
Min-Max	14-19				
Gender					
Female	34/284	11.97	1		
Male	34/195	17.44	1.55	0.90 – 2.68	0.121 ^a
Education level (Grade)					
10	24/191	12.57	1		
11	24/151	15.89	1.31	0.68 – 2.53	0.449 ^a
12	20/137	14.59	1.19	0.60 – 2.36	0.712 ^a
Parental marital status					
Married	52/377	13.79	1		
Widowed, divorced, separated	16/102	15.69	1.16	0.60 – 2.22	0.627 ^a
Family members					
Father and mother	48/346	13.87	1		
Father or mother only	4/21	19.05	1.46	0.40 – 4.89	0.517 ^b
Others	16/112	14.29	1.03	0.54 – 1.98	0.962 ^a
Monthly family income (baht)					
<15,000	15/90	16.67	1		
15,000 – 30,000	29/211	13.74	0.80	0.39 – 1.66	0.632 ^a
> 30,000	24/178	13.48	0.78	0.37 – 1.67	0.607 ^a
Median	25,000				
Min-Max	2,000-500,000				
Grade point average					
≥3.5	10/150	6.67	1		
3.0-3.4	25/175	14.29	2.33	1.03 – 5.41	0.042 ^a
2.0-2.9	27/142	19.01	3.29	1.45 – 7.61	0.003 ^a
<2.0	6/12	50.00	14.00	3.23 – 62.52	0.002 ^b
Mean (SD)	3.18 (0.48)				
Min-Max	1.12-4.00				
Debt					
No	52/416	12.50	1		
Yes	16/63	25.39	2.38	1.20 – 4.70	0.011 ^a
Smoking					
No	60/456	13.16	1		
Yes	8/23	34.78	3.52	1.30 – 9.32	0.009 ^b
Alcohol drinking					
No	57/428	13.31	1		
Yes	11/51	21.57	1.79	0.81 – 3.87	0.166 ^a
Substance abuse					
No	65/471	13.80	1		
Yes	3/8	37.50	3.75	0.69 – 18.54	0.090 ^b
Family psychiatric history					
No	66/462	14.29	1		
Yes	2/17	11.76	0.80	0.12 – 3.78	0.557 ^b

^aYates corrected's chi-square test, ^bFisher exact chi-square test, OR_c = crude odds ratio, CI= confidence interval

วิจารณ์และสรุปผล

ประชากรที่ศึกษา เป็นวัยรุ่นที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่มีอายุ 16-17 ปี (ร้อยละ 67.22) การประเมินภาวะซึมเศร้า พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.19 และเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{5,9} พบว่ามีค่าใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประชากร พบว่า ผลการเรียนรู้เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และแปรผันตามระดับของปัจจัยดังกล่าว กล่าวคือ ระดับของผลการเรียนไม่ดี จะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยระดับเกรดเฉลี่ย < 2 เสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงถึง 14 เท่า เมื่อเทียบกับเกรดเฉลี่ย ≥ 3.5 และจะเสี่ยงลดลงเมื่อเกรดเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา^{5,8,10,11} โดยมีเหตุผลหลายประการ มุมมองแรก การมีผลการเรียนไม่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกมองเห็นคุณค่าของตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และทำให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ขณะที่อีกมุมมองหนึ่ง เด็กที่มีภาวะซึมเศร้า มีสมาธิในการเรียนไม่ดี ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้อาจลดลงไปด้วย จึงส่งผลให้ผลการเรียนไม่ดีตามมา⁵ นอกจากนี้ ปัจจัยเชิงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าถึง 3.52 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ มีหลายงานวิจัยที่สนับสนุนผลการศึกษานี้¹²⁻¹⁵ เหตุผลน่าจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่า การสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยมีรายงานว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ และถ้าเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น จะส่งผลให้เพิ่มปริมาณ และความถี่ของการสูบบุหรี่¹⁵ และการมีภาวะหนี้สินส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{5,16-18} โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งอยู่ในวัยเรียน ยังไม่มีรายได้จากการทำงาน ต้องพึ่งพาพ่อแม่ ผู้ปกครอง และถ้าใช้จ่ายเกินตัว ไม่มีความสามารถในการชำระหนี้ตามกำหนด ส่งผลให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา ฉะนั้นควรมีมาตรการในการเฝ้าระวังปัจจัยดังกล่าว และดำเนินการได้แก่ การร่วมกันแก้ไขปัญหาค่าเรียนทั้งเด็ก ผู้ปกครอง และอาจารย์ การให้ความรู้ในการให้คำปรึกษาแก่ครูอาจารย์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และวิธีการเบื้องต้นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จะช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้ในระดับหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณนักเรียนที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. McDermott B, Baigent M, Chanen A, Graetz B, Hayman N, Newman N, et al. Clinical practice guidelines: depression in adolescents and young adults. Melbourne (Australia): beyondblue: the national depression initiative; 2011.
2. Angold A. Childhood and adolescent depression. 1. epidemiological and etiological aspects. Br J Psychiatry 1988; 152: 601-17.
3. World Health Organization. The world health report. chapter 2: burden of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO; Date of First Publication [21 Nov 2015]. Available from <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2554.
5. นิชาภัทร รุจิรดาพร, อุมภาพร ตรังคสมบัติ. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54: 337-46.
6. Levy PS, Lemeshow S. Sampling for Health Professionals: Lifetime Learning Publications; 1980.
7. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas 1977; 1: 385-401.
8. อุมภาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42: 2-13.
9. Kim M-D, Hong S-C, Lee C-I, Kwak Y-S, Shin T-K, Jang Y-H, et al. Prevalence of Depression and Correlates of Depressive Symptoms for Residents in The Urban Part of Jeju Island, Korea. Int J Soc Psychiatry 2007; 53: 123-34.
10. Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MUI, Marttunen MJ, Koivisto A-M, Kaltiala-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. J Adolesc 2008; 31: 485-98.
11. Jonsson U, Goodman A, von Knorring AL, von Knorring L, Koupil I. School performance and hospital admission due to unipolar depression: a three-

- generational study of social causation and social selection. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012; 47: 1695-706.
12. Byeon H. Association among smoking, depression, and anxiety: findings from a representative sample of Korean adolescents. *Peer J* 2015; 3: e1288.
 13. Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Depression among Brazilian adolescents: a cross-sectional population-based study. *J Affect Disord.* 2015; 175: 281-6.
 14. Mangerud WL, Bjerkeset O, Holmen TL, Lydersen S, Indredavik MS. Smoking, alcohol consumption, and drug use among adolescents with psychiatric disorders compared with a population based sample. *J Adolesc* 2014; 37: 1189-99.
 15. Goodman E, Capitman J, Depressive Symptoms and Cigarette Smoking among Teens. *Pediatrics* 2000; 106: 748-55.
 16. Richardson T, Elliott P, Roberts R. The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 1148-62.
 17. Bridges S, Disney R. Debt and depression. *J Health Econ* 2010; 29: 388-403.
 18. Reading R, Reynolds S. Debt, social disadvantage and maternal depression. *Soc Sci Med* 2001; 53: 441-53.