

ปัจจัยทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Social Determinants and Depression among Senior High School Students

วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร^{1*}, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์², วรณัน อรรถแสงศรี³, ปรรารถนา สติติยวิภาวี⁴, ชฎาภา ประเสริฐทรง⁵
 Wisit Chaveepojnkamjorn^{1*}, Natchaporn Pichainarong², Voranan Adthasangsri³, Pratana Satitvipawee⁴,
 Chadapa Prasertsong⁵

Received: 21 November 2015; Accepted: 7 March 2016

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น 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 และส่วนที่ 3 แบบวัดปัจจัยทางสังคม โดยทำการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน จากโปรแกรมสำเร็จรูป ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า มีร้อยละ 14.19 การวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า สัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเพื่อน สัมพันธภาพภายในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง การอบรมเลี้ยงดู และเหตุการณ์ในชีวิตที่สร้างความยุ่งยากใจ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ฉะนั้นการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงทางสังคมของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มวัยรุ่น ร่วมกับการแก้ไขปัญหาการเรียน การให้ความรู้ในการให้คำปรึกษาแก่ครูอาจารย์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และวิธีการเบื้องต้นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จะช่วยป้องกันและลดปัญหาของภาวะซึมเศร้าลงได้ในระดับหนึ่ง

คำสำคัญ : วัยรุ่น, ภาวะซึมเศร้า, ปัจจัยทางสังคม, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Abstract

The objective of this research was to study depression and the relationship between social determinants and depression in young people. There were 479 senior high school students from six public high schools in Nonthaburi Province recruited by multistage random sampling. Data were collected by using questionnaire that comprised 3 parts: part 1 general characteristics, part 2 depressive evaluation by the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Thai version, and part 3 social determinants. The obtained data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with computerized statistical package. The results revealed that the percentage of depression

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: Wisit Chaveepojnkamjorn, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand. E-mail: wisitchar@yahoo.com

was 14.19. Social factors of peer group relationship, family relationships, self-esteems, parenting style, and negative life events were statistically significant associated with depression ($p < 0.05$). Therefore, the surveillance system of social determinants should be conducted and accompanied with academic problem solving, providing information and counseling technique of depression and basic treatment among teachers will reduce this problem.

Keywords : adolescents, depression, social determinants, senior high school students

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ¹ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของชีวิต วัยรุ่นมีเสรีภาพทางความคิด ต้องการความเป็นอิสระ พยายามสร้างเอกลักษณ์ของตัวเอง ต้องการการยอมรับ และต้องการเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มเพื่อน เป็นช่วงที่ต้องการพื้นที่ส่วนตัวเพิ่มขึ้น โดยเริ่มห่างจากครอบครัว มีความหุนหันพลันแล่น สับสนในบทบาท และมีความผันผวนทางด้านอารมณ์ เมื่อเปรียบเทียบกับวัยเด็ก วัยรุ่นเป็นวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า² ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและทวีความสำคัญอย่างมาก ในปี ค.ศ. 2015 องค์การอนามัยโลก ได้รายงานอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า ในเพศชายโดยรวม (ร้อยละ 5.8) และเพศหญิงโดยรวม (ร้อยละ 9.5) และได้คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะมีภาระโรคเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 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 จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาดังกล่าว ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ซึ่งพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยดังกล่าวไม่มากนัก จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ และเปรียบเทียบปัจจัยทางสังคมระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มปกติ โดยเลือกจังหวัดนนทบุรีเป็นพื้นที่ในการศึกษา ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดปริมณฑล มีลักษณะของประชากรของชุมชนเมือง และวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกับวัยรุ่นในกรุงเทพฯ-

มหานคร โดยผลที่ได้จากการศึกษา จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้รับความทราบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในพื้นที่ และปัจจัยทางสังคม รวมถึงการวางมาตรการในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหา ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป และทันที่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง **ประชากร ขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ทำการศึกษา เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียน เขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดนนทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 6 โรงเรียน โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาระดับภาคตัดขวาง⁶ โดยกำหนดให้ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ที่ $\alpha = 0.05$ $p = 0.174$ ⁵ $d = 0.05$ และ Design effect = 2 จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 442 ราย และมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลที่ขาดหายไป (data missing) ในการศึกษานี้ได้เก็บตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 479 ราย โดยขั้นตอนการเลือกตัวอย่าง จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ในการเลือกโรงเรียนในพื้นที่ที่ทำการศึกษา และใช้วิธีการสุ่มเลือกนักเรียนในแต่ละระดับชั้นโดยวิธีคำนวณสัดส่วนที่เหมาะสมตามขนาดของนักเรียนในแต่ละระดับชั้น (Proportional allocation) จนครบถ้วน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการโดยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม จากนั้นทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะทำการวิจัย เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ซึ่งแจ้งรายละเอียดในการเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมผู้ช่วยวิจัย ในชั้นลงมือเก็บข้อมูล ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2555 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือบอกเลิกในการตอบแบบสอบถาม การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง

กรอกรายละเอียดด้วยตนเอง อธิบายถึงการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจอย่างละเอียด โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

สถานที่ทำการวิจัย

พื้นที่ดำเนินการวิจัย โดยทำการสุ่มเลือกพื้นที่ในการศึกษาอย่างง่ายได้ 6 โรงเรียนในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

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

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

วิธีดำเนินการศึกษา

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

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 ตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เพื่อวัดความถี่ของอาการ แบ่งออกเป็น 4 ระดับคือ ไม่เลย บางครั้ง บ่อยๆ และตลอดเวลา การให้คะแนนในข้อความด้านลบ กำหนดให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย (คะแนน 0) บางครั้ง (คะแนน 1) บ่อยๆ (คะแนน 2) และตลอดเวลา (คะแนน 3) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 ถึง 60 เครื่องมือนี้ได้ใช้เกณฑ์ที่กำหนดให้ใช้คะแนน ≥ 22 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ 0.86 ค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 72 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 85 และค่าความถูกต้องของเครื่องมือ (accuracy) ร้อยละ 82⁸

ส่วนที่ 3 แบบวัดปัจจัยทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเพื่อน สัมพันธภาพภายในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง การอบรมเลี้ยงดู และเหตุการณ์ในชีวิตที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะของเครื่องมือในแบบสอบถามใน 4 ส่วนแรกเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่าแบบเรียงอันดับ แบบ 4 มาตรา ส่วนแบบสอบถามที่ 5 นั้นเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่าแบบเรียงอันดับ แบบ 5 มาตรา โดยแต่ละแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเพื่อน พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อน เพื่อวัดความคิดเห็น คะแนนรวมมีตั้งแต่ 7-28 เครื่องมือนี้ได้ใช้เกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนน ≥ 18 ถือว่ามีสัมพันธภาพที่ดี และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ 0.79

3.2 แบบวัดสัมพันธภาพภายในครอบครัว พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อวัดความคิดเห็น คะแนนรวมมีตั้งแต่ 10-40 เครื่องมือนี้ได้ใช้เกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนน ≥ 25 ถือว่ามีสัมพันธภาพที่ดี มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

3.3 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพัฒนาจากแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self Esteem Scale)⁹ ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านการปรับตัวทางสังคมของบุคคลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความด้านบวก และข้อความด้านลบ อย่างละ 5 ข้อ โดยข้อความด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 7 และ 10 คะแนนรวมมีตั้งแต่ 10 ถึง 40 เครื่องมือนี้ได้ใช้เกณฑ์ที่กำหนดให้ใช้คะแนน ≥ 31 ถือว่าสูง และมีค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือนี้ เท่ากับ 0.85

3.4 แบบสอบถามการอบรมเลี้ยงดู ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 46 ข้อ เกี่ยวกับลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อ

แม่หรือผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อความด้านรูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (Permissive style) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดกวดขัน (Authoritarian style) และข้อความด้านรูปแบบประชาธิปไตย (Authoritative style) เครื่องมือนี้พัฒนาจาก Fletcher และคณะ¹⁰ เครื่องมือนี้ได้ใช้คะแนนรวมสูงสุดของรูปแบบการเลี้ยงดูเป็นเกณฑ์พิจารณาตัดสิน เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71

3.5 แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตที่สร้างความยุ่งยากใจในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (Negative life events) ได้แก่ เพื่อน/คนรัก การเงิน การศึกษา อาจารย์ พ่อแม่ ญาติ และปัญหาสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาจาก the Negative Event Scale¹¹ ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 31 ข้อ เกี่ยวกับความถี่ของเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เพื่อวัดความถี่ของเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เคยเกิดขึ้น เกิดขึ้นแต่ไม่มีความยุ่งยากใจ เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจเล็กน้อยมาก เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจบ้าง และเกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมาก เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ความครบถ้วนของข้อมูล และประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา บรรยายลักษณะของประชากรที่ศึกษา และอาการซึมเศร้า ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (Yates' corrected chi-square test, Fisher's exact chi-square test) สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multivariable logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางสังคม กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

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 เกรดเฉลี่ยส่วนมาก 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 Demographic characteristics of senior high school students

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)
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)

ปัจจัยด้านประชากร กับ ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผลการเรียน (GPA) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.19 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง สิบบุหรี และมีภาระหนี้สิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดัง (Table 2)

Table 2 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

Table 2 Demographic factors associated with depression among senior high school students Cont.

Variables	Depression/total	%	OR _c	95%CI	p-value
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 chi-square test, ^bFisher's exact chi-square test, OR_c = crude odds ratio, CI = confidence interval

ปัจจัยด้านสังคม กับ ภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (crude analysis) ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่าความสัมพันธ์ของกลุ่มเพื่อน มีขนาดความสัมพันธ์สูงสุด รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความนับถือตนเอง รูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ โดย

ทั้ง 5 ปัจจัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก โดยควบคุมปัจจัยด้านผลการเรียน (GPA) สุนัขบุหรี และ มีภาระหนี้สิน พบว่า ปัจจัยดังกล่าว ทั้ง 5 ยังคงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดัง (Table 3)

Table 3 Multivariable logistic regression analysis of factors associated with depression among senior high school students

Variables	OR _c	95%CI	OR _{adj}	95%CI	p-value
Peer group relationships					
Good	1		1		
Poor	17.40	5.42 – 59.13	17.60	5.46 – 56.73	< 0.001
Family relationships					
Good	1		1		
Poor	4.85	1.70 – 13.66	5.92	1.88 – 18.56	0.002
Self esteem					
High	1		1		
Middle	4.35	2.39 – 7.98	4.51	2.36 – 8.63	< 0.001
Parenting style					
Authoritative	1		1		
Permissive	3.26	0.94 – 10.68	3.81	1.15 – 12.58	0.029
Authoritarian	3.58	1.47 – 8.60	4.02	1.58 – 10.24	0.004
Negative life events					
No	1		1		
Yes	3.40	1.74 – 6.75	2.85	1.40 – 5.79	< 0.001

OR_c = Crude OR

OR_{adj} = Adjusted OR for GPA, debt, and smoking

วิจารณ์และสรุปผล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยรุ่นที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่มีอายุ 16-17 ปี (ร้อยละ 67.22) พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.19 และเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{5,12} พบว่ามีค่าใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประชากร พบว่า ผลการเรียนเกรดเฉลี่ย (GPA) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และแปรผันตามระดับของปัจจัยดังกล่าว กล่าวคือ ผลการเรียนระดับต่ำจะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยระดับเกรดเฉลี่ย < 2 เสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงถึง 14 เท่า เมื่อเทียบกับเกรดเฉลี่ย ≥ 3.5 และจะเสี่ยงลดลงเมื่อเกรดเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา^{5,8,13,14} โดยมีเหตุผลหลายประการ มุมมองแรก การมีผลการเรียนไม่ดี ส่งผลให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ขณะที่อีกมุมมองหนึ่ง เด็กที่มีภาวะซึมเศร้า มีสมาธิในการเรียนไม่ดี ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้อลดลงไปด้วย จึงส่งผลให้ผลการเรียนไม่ดีตามมา นอกจากนั้น ปัจจัยเชิงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าถึง 3.52 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ โดยมีหลายงานวิจัยที่สนับสนุนผลการศึกษานี้¹⁵⁻¹⁸ เหตุผลน่าจะเกี่ยวข้องกับความคิดว่า การสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยมักพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ และถ้าเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น จะส่งผลให้เพิ่มปริมาณ และความถี่ของการสูบบุหรี่¹⁸ และการมีภาวะหนี้สินส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{5,19-21} โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งอยู่ในวัยเรียน ยังไม่มีรายได้จากการทำงาน ต้องพึ่งพาพ่อแม่ผู้ปกครอง และถ้าใช้จ่ายเกินตัว ไม่มีความสามารถในการชำระหนี้ตามกำหนด ส่งผลให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา

เมื่อพิจารณาปัจจัยทางสังคม พบว่า ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนไม่ดี จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่มีการศึกษาก่อนหน้า^{5,22-24} โดยกลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่วัยรุ่นกล้าที่จะพูดคุยได้เกือบทุกเรื่องรวมถึงปัญหาที่วัยรุ่นเผชิญ ในกรณีที่วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีในกลุ่มเพื่อน เมื่อเกิดปัญหาขึ้น วัยรุ่นไม่สามารถถ่ายทอดปัญหา หรือบอกกล่าวให้กับกลุ่มเพื่อนเพื่อช่วยแก้ไขหรือหาทางออก ทำให้เกิดความอึดอัดใจ และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด ปัจจัยในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีการศึกษาก่อนหน้า²⁵ โดยผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ย่อมจะส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับวัยรุ่น เมื่อเกิด

ปัญหาได้ขึ้น วัยรุ่นไม่สามารถถ่ายทอดปัญหา หรือบอกกล่าวให้ครอบครัวช่วยแก้ไข ทำให้วัยรุ่นเกิดความอึดอัดใจ และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไปได้ ปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ผลที่ได้พบว่ามีผลสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา²⁶⁻²⁹ โดยพบว่า ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำนั้น จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสำคัญ จะมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ ตรงข้ามกับผู้ที่ไม่เห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ จะรู้สึกมีปมด้อย เก็บตัวและไม่แสดงตนซึ่งจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา ปัจจัยด้านรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดกวดขันเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เหตุผลที่เป็นไปได้ก็คือ การเลี้ยงดูแบบเข้มงวดกวดขัน ทำให้วัยรุ่นขาดความเป็นอิสระ ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองได้ สิ่งเหล่านี้ นำไปสู่แรงกดดัน วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ก็เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเช่นกัน เหตุผลที่เป็นไปได้น่าจะเกิดจาก ขาดการเอาใจใส่ของพ่อแม่ และผู้ปกครอง ไม่มีใครให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า^{30,31} ขณะที่ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตที่สร้างความยุ่งยากใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³²⁻³⁴ โดยผู้ที่เผชิญภาวะความเครียดในด้านต่างๆ ย่อมมีผลกระทบโดยตรงต่อสภาพจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งภาวะเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นและไม่สามารถหาทางออก หรือผ่อนคลายไปได้ ก็อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ฉะนั้นควรมีมาตรการในการเฝ้าระวังปัจจัยดังกล่าว และดำเนินการ ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การร่วมกันแก้ไขปัญหาค่าเรียนทั้งเด็ก ผู้ปกครอง และอาจารย์ การให้ความรู้ในการให้คำปรึกษาแก่ครูอาจารย์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และวิธีการเบื้องต้นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ (healthy lifestyle)³⁵ การให้คำปรึกษาโดยมุ่งเน้นสร้างสัมพันธภาพที่ปลอดภัยระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า³⁶ เป็นต้น จะช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้ามารลงได้ในระดับหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณนักเรียนที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- McDermott B, Baigent M, Chanen A, Graetz B, Hayman N, Newman N, et al. Clinical practice guidelines: depression in adolescents and young adults. Melbourne: Beyondblue, 2011.
- Angold A. Childhood and adolescent depression: 1. epidemiological and etiological aspects. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 601-17.
- 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>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2554.
- ณิชภัทร รุจิรดาพร, อุมาพร ตรังคสมบัติ. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2552; 54: 337-46.
- Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540; 42: 2-13.
- Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- Fletcher A, Steinberg L, Sellers E. Adolescent's well-being as a function of perceived inter-parent inconsistency. *J Marriage Fam* 1999; 61: 300-310
- Mayberry DJ. Including interpersonal events on hassle and uplift scales: verification employing global and molecular events. *Stress Health* 2003; 19: 289-96.
- 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.
- 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.
- 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.
- Byeon H. Association among smoking, depression, and anxiety: findings from a representative sample of Korean adolescents. *Peer J* 2015; 3: e1288.
- Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Depression among Brazilian adolescents: a cross-sectional population-based study. *J Affect Disord.* 2015; 175: 281-6.
- 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.
- Goodman E, Capitman J. Depressive Symptoms and Cigarette Smoking among Teens. *Pediatrics* 2000; 106: 748-55.
- 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.
- Bridges S, Disney R. Debt and depression. *J Health Econ* 2010; 29: 388-403.
- Reading R, Reynolds S. Debt, social disadvantage and maternal depression. *Soc Sci Med* 2001; 53: 441-53.
- Dolphin L, Hennessy E. Adolescents perceptions of peers with depression: An attributional analysis. *Psychiat Res* 2014; 218: 295-302.
- Iosue M, Carli V, D'Aulerio M, Basilico F, Recchia L, Apter A, et al. 1857 – Peer relationships and adoles-

- cents mental health: finding from the seyle project in italy. *Eur Psychiat* 2013; 28: Supplement 1:1.
24. Millings A, Buck R, Montgomery A, Spears M, Stallard P. School connectedness, peer attachment, and self-esteem as predictors of adolescent depression. *J Adolescence* 2012; 35:1061-7.
25. Welsh P, Tiffin PA. Adolescent family perceptions in the At-Risk Mental State for psychosis. *Early Interv Psychia* 2015; 9: 316-23.
26. Li J-B, Delvecchio E, Di Riso D, Salcuni S, Mazzeschi C. Self-esteem and its association with depression among Chinese, Italian, and Costa Rican adolescents: A cross-cultural study. *Pers Individ Differ* 2015; 82: 20-5.
27. Lee J-I, Yen C-F. Associations between body weight and depression, social phobia, insomnia, and self-esteem among Taiwanese adolescents. *Kaohsiung J Med Sci* 2014; 30: 625-30.
28. van Tuijl LA, de Jong PJ, Sportel BE, de Hullu E, Nauta MH. Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: A longitudinal study in adolescents. *J Behav Ther Exp Psy* 2014; 45: 113-21.
29. Rawana JS. The relative importance of body change strategies, weight perception, perceived social support, and self-esteem on adolescent depressive symptoms: Longitudinal findings from a national sample. *J Psychosom Res* 2013; 75: 49-54.
30. Sharma M, Sharma N, Yadava A. Parental styles and depression among adolescents. *JIAAP* 2011; 37: 60-68.
31. Anli I, Karlı TA. Perceived parenting style, depression and anxiety levels in a Turkish late-adolescent population. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010; 2: 724-7.
32. Zhang W, Li H, Gong Y, Ungar M. Stressful events and depression among Chinese adolescents: The mitigating role of protective factors. *School Psychol Int* 2013; 34: 501-13.
33. Meiser-Stedman R, Dalgleish T, Yule W, Smith P. Intrusive memories and depression following recent non-traumatic negative life events in adolescents. *J Affect Disorders* 2012; 137: 70-8.
34. Sawyer MG, Pfeiffer S, Spence SH. Life events, coping and depressive symptoms among young adolescents: A one-year prospective study. *J Affect Disorders* 2009; 117: 48-54.
35. Skrove M, Romundstad P, Indredavik MS. Resilience, lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: the Young-HUNT study. *Soc Psych Psych Epid* 2013; 48: 407-16.
36. สายฝน เอกวรางกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.