



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

Prevalence and Factor Relating to Depression of Junior High School Students in Nam Phong District Khon Kaen Province

วิลาสินี สุราวรรณ*

Wilasinee Surawan*

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

* Medical Physician Senior Professional Level, Nam Phong District, Khon Kaen Province

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองขอนแก่น

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 357 ราย ได้มาจากการสุ่มแบบ systematic random sampling เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความเครียด (ST- 5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประเมินคุณภาพเครื่องมือจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (indexes of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติการถดถอยพหุแบบลอจิสติก นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วย odds ratio (OR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 13.94 ปี (S.D. 0.82 ปี) ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.73 เป็นเพศหญิง ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.74 (149 ราย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง (adjusted OR = 1.97, 95% CI = 1.09-3.57) รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ (adjusted OR = 2.15, 95% CI = 1.18-3.92) มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศ (adjusted OR = 6.65, 95% CI = 1.66-26.65) จำนวนเพื่อนสนิทน้อยกว่า 2 คน (adjusted OR = 3.98, 95% CI = 2.09-7.59) และความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป (adjusted OR = 7.70, 95% CI = 4.52-13.12)

สรุป นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.74 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ เคยมีประวัติถูกคุกคามทางเพศ จำนวนเพื่อนสนิทน้อยกว่า 2 คน และความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป ดังนั้นควรจัดระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน โดยมีความร่วมมือระหว่างครูผู้ปกครองและบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

คำสำคัญ ความชุก ภาวะซึมเศร้า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Corresponding author: วิลาสินี สุราวรรณ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(4): 403-416

ABSTRACT

Objective : To study the prevalence and related factors of depression among junior high school students in Nam Phong District Khon Kaen Province

Method : This was a cross-sectional descriptive study. The subjects were 357 junior high school students selected by a systematic random sampling. Data were collected using the Thai version of the Children's Depression Inventory (CDI), and Stress assessment (ST-5) of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, and questionnaires developed by the researcher from the literature review. The quality of instruments was assessed by Indexes of item-objective congruence (IOC) was 0.96. Factors associated with depression were analyzed by multiple logistic regression statistics and presented by adjusted odds ratio with a 95% confidence interval (95%CI)

Results : The subjects' mean age were 13.94 years (S.D. 0.82), 59.73% were female. The prevalence of depression was found to be 41.74% (149 students). The associated factors with statistical significance were not satisfied with their appearance (adjusted OR = 1.97, 95% CI = 1.09-3.57), family income insufficiency (adjusted OR = 2.15, 95% CI = 1.18-3.92), history of sexual abuse (adjusted OR = 6.65, 95% CI = 1.66-26.65), number of close friends less than 2 persons (adjusted OR = 3.98, 95% CI = 2.09-7.59), and moderate stress level or higher (adjusted OR = 7.70, 95% CI = 4.52-13.12)

Conclusion : Nearly half of high school students had depression and the associated factors were unsatisfied with their appearance, insufficiency parents family incomes, history of sexual abuse, having fewer close friends, and high stress. Therefore, collaboration among teachers, and mental health care providers is needed to establish depression surveillance system in the schools.

Keywords : Prevalence, Depression, Junior high school students

Corresponding author: Wilasinee Surawan

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(4): 403-416

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อย ส่งผลกระทบต่อบุคคลมากกว่า 264 ล้านคนทั่วโลก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศ ทุกวัย¹ ส่งผลให้บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องให้ความสนใจอย่างยิ่งในประชากรทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่ต้องปรับตัวอย่างมาก ทำให้เกิดความเครียด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและมีลักษณะทางคลินิกที่ยากต่อการวินิจฉัย² ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ทำให้รู้สึกหมดแรง และอ่อนล้า นอนไม่หลับ การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง หรืออาการอื่นๆ เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย เป็นต้น³ อีกทั้งยังส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา พฤติกรรมการเรียนรู้ ความเสี่ยงต่อเรื่องเพศและมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์สูง บางครั้งมองตนเองทางลบ คุณภาพชีวิตแยกลง⁴ นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของกลุ่มวัยรุ่น¹ ส่วนผลกระทบของครอบครัวพบว่า คนในครอบครัวจะมีความเครียด วิตกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องของสัมพันธภาพในครอบครัว เปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ส่วนผลกระทบด้านสังคมจะทำให้ไม่กล้าเข้าสังคม มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนในวัยเดียวกัน⁵

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้เกณฑ์ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (DSM-IV) พบว่าวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-17 ปี มีความชุกของโรคซึมเศร้าที่ระยะ 12 เดือน และ 30 วัน เท่ากับร้อยละ 8.2 และ 2.6 ตามลำดับ⁶ ในกลุ่มประเทศ

ที่มีรายรับอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ พบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 2010-2015^{7,8} และจากสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทยประจำปี 2560 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าวัยรุ่นไทยอายุ 10-19 ปีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 44 มีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 18 และพบว่าวัยรุ่นฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า ประมาณปีละ 4,000 ราย ถือเป็นอันดับ 3 ของโลก⁹ วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ¹⁰ สสำรวจนักเรียนอายุ 11-19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และโรงเรียนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปี 3 และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ปี 1 ใน 13 เขตสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (Thai version of Patient Health Questionnaire for Adolescents; PHQ-A) พบวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน PHQ-A \geq 10) ร้อยละ 17.5 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน) ร้อยละ 49.8 โดยเขตสุขภาพที่พบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 (ร้อยละ 25.0) เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 24.0) และเขตสุขภาพที่ 13 (ร้อยละ 23.9) พบวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 จากวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายทั้งหมด ร้อยละ 22.5 มีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 2.2 ทั้งนี้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า (OR = 9.8; 95% CI. 8.4-11.5)

จังหวัดขอนแก่น ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 เมื่อศึกษาสถิติย้อนหลัง 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 4,373, 4,449, และ 6,674 รายตามลำดับ¹¹ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้น และมีความพยายามฆ่าตัวตาย (การตั้งใจทำร้าย

ตนเอง) พบว่ามีจำนวน 623, 570, และ 485 ราย ตามลำดับ โรงพยาบาลป่าพอง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง (M2) ในจังหวัดขอนแก่น จากการสืบค้นข้อมูลเวชระเบียน พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2560-2562 จำนวน 657, 819 และ 1,205 ราย ในจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษา พบเป็นกลุ่มวัยรุ่น จำนวน 9, 12 และ 14 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและจากรายงานการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยฆ่าตัวตาย สำเร็จ 4 ราย (อายุระหว่าง 40-52 ปี) ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 9 ราย (อายุระหว่าง 17-68 ปี) และปี พ.ศ. 2562 จำนวน 11 ราย (อายุระหว่าง 22-73 ปี) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่กำลังประสบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จากการดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลในเรื่องของการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะเน้นการคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง และโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น งานอนามัยโรงเรียนส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายและ พัฒนาการมากกว่าการประเมินด้านสุขภาพจิต และ ยังไม่มีแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน ทั้งที่พบว่าแนวโน้มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นเป็นสิ่งที่สังคมควรให้ความสนใจ และศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า รวมถึงการพัฒนาระบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะแรกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเขตพื้นที่อำเภอป่าพอง

จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้ารวมถึงการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 - 31 มกราคม 2564 ณ โรงเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา เขตพื้นที่อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-15 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3,218 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่ตัวแปรผลเป็นตัวแปรแจกแจงนัยกรณิทราบ จำนวนประชากร¹² ตามสูตร

$$\text{สูตรที่ใช้ในการคำนวณ}$$
$$n = \frac{Np(1-p)z^2 1-\alpha/2}{d^2 (N-1) + p(1-p) z^2 1-\alpha/2}$$

โดยที่

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร = 3,218 คน

α = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง = 0.05

Z = Z (0.975) = 1.959964

P = สัดส่วน (ความครอบคลุมหรืออุบัติการณ์โรค)
ได้จากการศึกษาของสุพิศรา สุขาวห และคณะ¹² ได้ = 0.25

d = ความกระชับของการประมาณค่า (precision of estimation) เท่ากับ 0.043

ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ มีจำนวนเท่ากับ 340 ราย และเมื่อการสุ่มหายของข้อมูลร้อยละ 5 ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 357 ราย สุ่มตัวอย่างโรงเรียน

ขนาดใหญ่และขนาดเล็กจาก 12 ตำบล ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลม่วงหวาน และตำบลน้ำพอง ซึ่งมีจำนวนนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 185 และ 335 ราย ตามลำดับ รวมจำนวนนักเรียนเท่ากับ 520 ราย หลังจากนั้นได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบ systematic random sampling คำนวณหาช่วงของการสุ่ม (sampling interval) โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

$$I = N/n$$

เมื่อ I = ช่วงของการสุ่ม

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

แทนค่าในสูตร

$I = 520/357 = 1.46$ ปรับช่วงของการสุ่มที่คำนวณได้เท่ากับ 2

สุ่มหาตำแหน่งเริ่มต้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นคนแรก จากนั้นสุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นคนถัดไปโดยบวกด้วยค่าของช่วงการสุ่ม (2) เรียงตามเลขที่ในแต่ละชั้นเรียน ดังนี้คือ นักเรียนคนที่ 1, 3, 5, 7,357

2. เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นไม่อยู่ระหว่างการรักษาภาวะซึมเศร้า หรือไม่มีภาวะโรคทางจิตเวช ขณะทำการศึกษามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถมองเห็น รับฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจและได้รับความยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษร

3. เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ได้แก่ นักเรียนที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือ ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

4. เครื่องมือการวิจัย ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ตัวแปรอิสระจำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัย

ส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอยู่อาศัย ผลการเรียนรู้ ความพึงพอใจในผลการเรียน ดัชนีมวลกาย ความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง การใช้สารเสพติด ระดับการศึกษาของบิดา/มารดา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ ประกอบด้วย มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีญาติสายตรงมีประวัติเคยฆ่าตัวตาย 3) ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วย ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิตหรือมีเหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต เคยถูกคุกคามทางเพศ เคยถูกทำร้ายร่างกาย เคยคิดทำร้ายตัวเองหรือเคยคิดพยายามฆ่าตัวตาย 4) ปัจจัยด้านครอบครัว/สังคม ประกอบด้วย สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องกับนักเรียนหรือญาติพี่น้อง จำนวนเพื่อนสนิท ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน 5) การประเมินระดับความเครียด และตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จัดทำเป็นแบบสอบถาม ดังนี้

4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 ข้อ

4.2 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ การแปลผล คะแนนรวม 0-4 คะแนน มีความเครียดระดับน้อย 5-7 คะแนน ความเครียดระดับปานกลาง 8-9 คะแนน ความเครียดระดับมาก และ 10 - 15 คะแนน ความเครียดระดับมากที่สุด

4.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก children's depression inventory (CDI) ฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 27 ข้อ การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ปกติ คะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน นักจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน คุณภาพเครื่องมือการวิจัย คำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (indexes of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.96

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC63089/2563

6.2 นักวิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จากนั้นจึงขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อเก็บข้อมูลงานวิจัย โดยประสานงานกับครูแนะแนวและครูประจำชั้น ชี้แจงโครงการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการสุ่มตัวอย่างตามเลขที่ของนักเรียน

6.3 นักวิจัยจัดประชุมกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ชี้แจงโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

6.4 นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งผลการคัดกรองให้ครูประจำชั้นทราบทันที ในกรณีที่นักเรียนมีภาวะซึมเศร้า และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการดูแลที่โรงพยาบาลทันที กรณีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะได้รับเอกสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และความชุก ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ และนำเสนอด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าและขนาดของความสัมพันธ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi square test) และสถิติการถดถอยพหุแบบลอจิสติก (multiple logistic regression) แบบ backward elimination นำเสนอระดับความสัมพันธ์ด้วย adjusted odds ratio ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 357 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.66 เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.34 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 13.94 ปี (S.D. 0.82 ปี) กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ร้อยละ 33.33 32.77 และ 33.89 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.95 มีผลการเรียนเฉลี่ยสูงกว่า 2.00 นักเรียนร้อยละ 6.16 มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 3.92 ญาติสายตรงเคยมีประวัติฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.96 ครอบครัวทะเลาะ แยกแยก มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ร้อยละ 3.92 เคยถูกลวนลามทางเพศ และร้อยละ 12.32 เคยถูกทำร้ายร่างกาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัว/สังคม และผลการตรวจคัดกรอง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n=357)

ลักษณะ	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	P-value
	(n=149) จำนวน (ร้อยละ)	(n=208) จำนวน (ร้อยละ)	
1. ปัจจัยส่วนบุคคล			
1.1 เพศ			0.001*
ชาย	60(31.91)	128(68.09)	
หญิง	89(52.66)	80(47.34)	
1.2 อายุ (ปี)			0.926
Mean, Min-Max	13.95, 13-15	13.92, 13-15	
1.3 ระดับการศึกษา			0.841
มัธยมศึกษาปีที่ 1	49(41.18)	70(58.82)	
มัธยมศึกษาปีที่ 2	47(40.17)	70(59.83)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3	53(43.80)	68(56.20)	
1.4 การอยู่อาศัย			0.002*
พ่อกับบิดา/มารดา	94(36.58)	163(63.42)	
พ่อกับญาติ/คนเดียว	55(55.00)	45(45.00)	
1.5 ผลการเรียนในปีที่ผ่านมา			0.207
> 2.0	116(40.14)	173(59.86)	
< 2.0	33(48.53)	35(51.47)	
1.6 ความพึงพอใจในผลการเรียน			0.007*
พึงพอใจ	129(39.57)	197(60.43)	
ไม่พึงพอใจ	20(64.52)	11(35.48)	
1.7 ความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง			0.002*
พอใจ	100(37.17)	169(62.83)	
ไม่พอใจ	49(55.68)	39(44.32)	
1.8 การใช้สารเสพติด			0.367
ไม่เคย	142(41.28)	202(58.72)	
เคย	7(53.85)	6(46.15)	
1.9 ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว			0.001*
เพียงพอ	98(36.57)	170(63.43)	
ไม่เพียงพอ	51(57.30)	38(42.70)	
2. ปัจจัยด้านชีวภาพ			
2.1 มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช			0.598
ไม่มี	141(42.09)	194(57.91)	
มี	8(36.36)	14(63.64)	
2.2 มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า			0.742
ไม่มี	143(41.57)	201(58.43)	
มี	6(46.15)	7(53.85)	
2.3 มีญาติสายตรงมีประวัติเคยฆ่าตัวตาย			0.233
ไม่มี	141(41.11)	202(58.89)	
มี	8(57.14)	6(42.86)	
3. ปัจจัยด้านจิตใจ			
3.1 ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิตหรือมีเหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต			0.349
ไม่มี	130(40.88)	188(59.12)	
มี	19(48.72)	20(51.28)	

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัว/สังคม และผลการตรวจคัดกรอง ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n=357) (ต่อ)

ลักษณะ	มีภาวะซึมเศร้า		P-value
	(n=149) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=208) จำนวน (ร้อยละ)	
3.2 เหตุการณ์ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิตหรือมีเหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต			Fisher's exact 0.386
ไม่มี	127(40.58)	186(59.42)	
สูญเสียญาติ	4(33.33)	8(66.67)	
สูญเสียบิดา/มารดา	5(41.67)	7(58.33)	
บิดา/มารดาแยกทางกัน	5(71.43)	2(28.57)	
สูญเสียของมีค่า	4(66.67)	2(33.33)	
ครอบครัวทะเลาะ/แตกแยก	4(57.14)	3(42.86)	
3.3 เคยถูกกลั่นแกล้งทางเพศ			0.022*
ไม่มี	139(40.52)	204(59.48)	
มี	10(71.43)	4(28.57)	
3.4 เคยถูกทำร้ายร่างกาย			0.013*
ไม่มี	123(39.30)	190(60.70)	
มี	26(59.09)	18(40.91)	
3.5 เคยคิดทำร้ายตัวเองหรือเคยคิดพยายามฆ่าตัวตาย			0.007*
ไม่มี	136(40.12)	203(59.88)	
มี	13(72.22)	5(27.78)	
4. ปัจจัยด้านครอบครัว/สังคม			
4.1 สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา			0.076
อยู่ด้วยกัน	74(37.56)	123(62.44)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/ถึงแก่กรรม	75(46.88)	85(53.13)	
4.2 ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา			0.003*
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	85(36.32)	149(63.68)	
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง	17(68.00)	8(32.00)	
เฉยชาห่างเหินต่อกัน	47(47.96)	51(52.04)	
4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องกับนักเรียนหรือญาติพี่น้องของนักเรียน			0.006*
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	123(38.80)	194(61.20)	
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง	12(70.59)	5(29.41)	
เฉยชาห่างเหินต่อกัน	14(60.87)	9(39.13)	
4.4 จำนวนเพื่อนสนิท			0.001*
มีมากกว่า 2 คน	95(34.30)	182(65.70)	
ไม่มี/มีน้อยกว่า 2 คน	54(67.50)	26(32.50)	
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน			0.009*
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	131(39.58)	200(60.42)	
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง	10(62.50)	6(37.50)	
เฉยชาห่างเหินต่อกัน	8(80.00)	2(20.00)	
5. การคัดกรอง			
5.1 ประเมินความเครียด			0.000*
0-4 คะแนน	43(21.50)	157(78.50)	
5-7 คะแนน	58(56.86)	44(43.14)	
8-9 คะแนน	34(82.93)	7(17.07)	
10-15 คะแนน	14(100)	0(0.00)	
Median Min-Max	6.25, 0-15	3.22, 0-9	

2. ผลการคัดกรองระดับความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.02 มีความเครียดระดับน้อย รองลงมาร้อยละ 28.57 มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 11.48 มีความเครียดระดับมาก และร้อยละ 3.92 มีความเครียดระดับมากที่สุด ตามลำดับ

3. ความชุกภาวะซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 41.74 (149 ราย) ร้อยละ 59.73 (89 ราย) เป็นเพศหญิง และ ร้อยละ 40.27 (60 ราย) เป็นเพศชาย

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

4.1 ผลการวิเคราะห์ทีละตัวแปร (univariate analysis) พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ

ซึมเศร้า จำนวน 14 ตัวแปร ได้แก่ เป็นเพศหญิง พักอาศัยอยู่กับญาติ/พักอาศัยอยู่คนเดียว ไม่พึงพอใจในผลการเรียน ไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศ มีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกาย มีประวัติเคยคิดทำร้ายตัวเองหรือเคยคิดพยายามฆ่าตัวตาย อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ที่ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง มีความเฉชาห่างเหินต่อกัน ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้งกับพี่น้องหรือญาติพี่น้อง มีเพื่อนสนิทน้อยกว่า 2 คน ทะเลาะกับเพื่อนรุนแรงบ่อยครั้ง และ ความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนน > 5 ขึ้นไป) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (n=357 ราย) วิเคราะห์ทีละตัวแปร (univariate analysis)

ปัจจัย	จำนวน 357 ราย	ภาวะซึมเศร้า		OR 95% CI	P-value
		มี	ไม่มี		
เพศ					
หญิง	169	89(52.66)	80(47.34)	2.34(1.54-3.64)	0.001*
การพักอาศัย					
พักอาศัยกับญาติ/คนเดียว	100	55(55.00)	45(45.00)	2.11(1.32-3.38)	0.002*
ความพึงพอใจในผลการเรียน					
ไม่พึงพอใจ	31	20(64.52)	11(35.48)	2.77(1.28-5.98)	0.009*
ความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง					
ไม่พึงพอใจ	88	49(55.68)	39(44.32)	2.12(1.30-3.45)	0.002*
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว					
ไม่เพียงพอ	89	51(57.30)	38(42.70)	2.32(1.42-3.79)	0.001*
ประวัติเคยถูกลวนลามทางเพศ					
มี	14	10(71.43)	4(28.57)	3.66(1.12-11.93)	0.031*
ประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกาย					
มี	44	26(59.09)	18(40.91)	2.23(1.17-4.24)	0.014*
ประวัติเคยคิดทำร้ายตัวเองหรือเคยคิดพยายามฆ่าตัวตาย					
มี	18	13(72.22)	5(27.78)	3.88(1.35-11.13)	0.012*
ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา					
ทะเลาะกันอย่างรุนแรงบ่อยครั้ง/เฉชาห่างเหินต่อกัน	123	64(52.03)	59(47.97)	1.90(1.22-2.96)	0.004*
ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องกับนักเรียนหรือญาติพี่น้อง					
ทะเลาะกันอย่างรุนแรงบ่อยครั้ง/เฉชาห่างเหินต่อกัน	40	26(65.00)	14(35.00)	2.92(1.47-5.82)	0.002*
จำนวนเพื่อนสนิท					
ไม่มีหรือมี < 2 คน	80	54(67.50)	26(32.50)	3.97(2.34-6.75)	0.001*
ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน					
ทะเลาะกันอย่างรุนแรงบ่อยครั้ง/เฉชาห่างเหินต่อกัน	26	18(69.23)	8(30.77)	3.43(1.45-8.12)	0.005*
ระดับความเครียด					
ระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป (คะแนน > 5 ขึ้นไป)	157	106(67.52)	51(32.48)	7.58(4.72-12.19)	0.001*

*Significant p-value < 0.05

4.2 ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariable analysis) พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ นักเรียนที่ไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.97 เท่า (95%CI = 1.09 - 3.57, $p < 0.025$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 2.15 เท่า (95%CI = 1.18 - 3.92, $p < 0.012$) เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ นักเรียนที่มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศ มีโอกาสเกิด

ภาวะซึมเศร้า เป็น 6.65 เท่า (95%CI = 1.66 - 26.65, $p < 0.007$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศ นักเรียนที่มีเพื่อนสนิทน้อยกว่า 2 คน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 3.98 เท่า (95%CI = 2.09 - 7.59, $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีเพื่อนสนิทมากกว่า 2 คน และ นักเรียนที่มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป (คะแนน > 5 ขึ้นไป) มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 7.70 เท่า (95%CI = 4.52 - 13.12, $p < 0.000$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีระดับความเครียดน้อย/ไม่มีความเครียด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (n=357 ราย) วิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariable analysis)

ปัจจัย	จำนวน 357 ราย	ภาวะซึมเศร้า		AOR 95% CI	P-value
		มี	ไม่มี		
ความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง					
ไม่มีความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง	88	49(55.68)	39(44.32)	1.97(1.09-3.57)	0.025*
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว					
ไม่เพียงพอ	89	51(57.30)	38(42.70)	2.15(1.18-3.92)	0.012*
ประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศ					
มี	14	10(71.43)	4(28.57)	6.65(1.66-26.65)	0.007*
จำนวนเพื่อนสนิท					
ไม่มีหรือมี < 2 คน	80	54(67.50)	26(32.50)	3.98(2.09-7.59)	0.001*
ระดับความเครียด					
ระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป (คะแนน > 5 ขึ้นไป)	157	106(67.52)	51(32.48)	7.70(4.52-13.12)	0.001*

*Significant p-value < 0.05

วิจารณ์

1. ความชุกภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

จากการศึกษาค้นคว้า พบความชุกภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41.74 มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Srijan และคณะ¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ อายุระหว่าง 10-19 ปี โดยใช้แบบสอบถาม children's depression inventory (CDI) ใช้จุดตัดคะแนนที่ 15 พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.00 และการศึกษาของ Nyagwencha และคณะ¹⁵

พบว่าวัยรุ่นที่มีประวัติถูกทารุณกรรมมีอาการซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.4 สูงกว่าการศึกษาของวิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ (2563)¹⁰ สำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (Thai version of patient health questionnaire for adolescents; PHQ-A) พบว่าความชุกของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถ่วงน้ำหนักประชากรวัยรุ่นอายุ 11-19 ปี ทั่วประเทศ เท่ากับร้อยละ 17.5 (คะแนน PHQ-A ≥ 10) Sangon และคณะ¹⁶ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง โดยแบบวัด

สุขภาพจิตคนไทย (เฉพาะส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้า) (Thai mental health questionnaire: TMHQ) พบภาวะซึมเศร้าวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างโอกาส ร้อยละ 27.10 Boonprathum และคณะ⁵ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา โดยใช้แบบสอบถาม children's depression inventory (CDI) ใช้จุดตัดคะแนนที่ 15 พบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ร้อยละ 28.7 และการศึกษาของ Jiamjaroenkul และ Limsuwan¹⁷ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถาม children's depression inventory (CDI) ใช้จุดตัดคะแนนที่ 21 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.6 จะเห็นได้ว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากบริบทที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และเกณฑ์การตัดสิน ประกอบกับเป็นการศึกษาในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID 19 มีการปิดสถานประกอบการเป็นจำนวนมาก ผู้ปกครองนักเรียนที่ต้องออกจากงาน กลับมาอยู่บ้านมากขึ้น และขาดรายได้จากการทำงาน อาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะซึมเศร้าจากความเครียดและรายได้ที่ลดลง อย่างไรก็ตาม จะเห็นแนวโน้มความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนที่เป็นวัยรุ่นมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จึงต้องค้นหาเหตุปัจจัยเพื่อวางแผนป้องกันตั้งแต่ต้น ก่อนที่จะเกิดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายตามมาในภายหลัง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 ตัวแปรอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ตัวแปรด้านความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง โดยพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่

ไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 1.97 เท่า (95%CI = 1.09-3.57, P<0.025) เมื่อเทียบกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boutelle และคณะ¹⁸ พบว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหญิง เช่นเดียวกับกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hoare และคณะ¹⁹ พบว่าโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และการศึกษาของ Kongsomboon และคณะ²⁰ พบว่านักเรียนเพศชายที่มีน้ำหนักเกินมีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการเป็นที่สนใจของผู้อื่น จึงใส่ใจกับภาพลักษณ์ของตนเองมาก การรับรู้ตัวตนมีภาพลักษณ์ที่ไม่สวยงามทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ส่งผลให้วัยรุ่นรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง สิ้นหวังและล้มเหลว อันเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด²¹

2.2 ตัวแปรด้านความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว จากการศึกษพบว่าครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 2.15 เท่า (95%CI = 1.18 - 3.92, p<0.012) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangkool และ Mosikanon²² พบว่านักเรียนที่ครอบครัวมีปัญหาทางการเงินมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น 3.1 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ครอบครัวไม่มีปัญหาทางการเงิน และการศึกษาของ Pandii²³ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบด้วยฐานะทางเศรษฐกิจ และ ความเพียงพอของรายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือน อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จึงเป็นวัยที่เปราะบางต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่อาจก่อให้เกิดความเครียดใน โดยเฉพาะวัยรุ่นกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่ดีมีโอกาสที่จะเผชิญความเครียดสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า²⁴

2.3 ตัวแปรด้านประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศ พบว่านักเรียนที่มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 6.65 เท่า (95%CI = 1.66-26.65, $P < 0.007$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Srijan และคณะ¹⁴ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การถูกทารุณกรรมทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิด biopsychosocial model²⁵ การถูกคุกคามทางเพศเป็น ประสบการณ์ด้านลบในชีวิตส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมน cortisol ที่มากเกินไป ทำให้สารสื่อประสาทในสมองเสียสมดุล ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ความคิด และ พฤติกรรม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.4 ตัวแปรด้านจำนวนเพื่อนสนิท พบว่านักเรียนที่มีเพื่อนสนิทน้อยกว่า 2 คน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 3.98 เท่า (95%CI = 2.09-7.59, $P < 0.001$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีเพื่อนสนิทมากกว่า 2 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของ Jiamjaroenkul และคณะ¹⁷ พบว่าจำนวนเพื่อนสนิทไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อธิบายได้ว่า ในช่วงวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนมีความสำคัญมากที่จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม รู้สึกเป็นที่รัก มีความรู้สึกภูมิใจ และสามารถพูดระบายความในใจที่บางครั้งไม่อาจพูดคุยกับครอบครัวได้²⁶ ดังนั้น วัยรุ่นที่มีความสามารถในการสร้างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนดีจึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ¹⁶

2.5 ตัวแปรด้านระดับความเครียด พบว่านักเรียนที่มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป (คะแนน > 5 ขึ้นไป) มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 7.70 เท่า (95%CI = 4.52-13.12, $p < 0.000$) เมื่อเทียบกับนักเรียน

ที่มีระดับความเครียดน้อย/ ไม่มีความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangon และคณะ¹⁶ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .342$, $p < .01$) อธิบายตามทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (social theory) ได้ว่า บุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามได้จะเกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้²⁷

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง ผลการคัดกรองอาจแตกต่างจากการให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมิน การอ้างอิงผลการวิจัยไปยังนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งประเทศจึงเป็นข้อจำกัด

สรุป

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่ อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น พบความชุกภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41.74 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ เคยมีประวัติถูกคุกคามทางเพศ จำนวนเพื่อนสนิทน้อยกว่า 2 คน และความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป

ข้อเสนอแนะ

1. โรงเรียน โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลควรจัดระบบการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนให้กับนักเรียนทุกคน ปีการศึกษาละ 1-2 ครั้ง และแนะนำบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อให้คำแนะนําและส่งต่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

2. จัดโครงการสร้างทักษะชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับนักเรียนและครอบครัว เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและเห็นคุณค่าของตนเอง ลดความรุนแรงในครอบครัวและการคุกคามทางเพศ โดยเป็นการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสมาชิกในครอบครัว เน้นศักยภาพของครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว สังคมหรือชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก นายแพทย์อูรลสิงห์งาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ด้านวิชาการ นายแพทย์ทัศนะ หงส์กาญจนกุล แพทย์หญิงพิกุล กลิ่นหอม และนางสาวศรียุญา สิทธิธาดา ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้เครื่องมือในการวิจัยมีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ ดร.ตัม บุญรอด ที่ให้คำแนะนำปรึกษาด้านสถิติ ขอขอบคุณคณะผู้บริหารโรงเรียน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน้ำพอง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงหวาน และตำบลน้ำพอง ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและเป็นกำลังใจในการทำวิจัย ขอขอบคุณนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ช่วยกรุณาตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression. [Internet]. 2020 [cited April 14, 2021]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>

- Lewandowski RE, Acri MC, Hoagwood KE, Olfson M, Clarke G, Gardner W, et al. Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics* 2013; 132(4): e996-e1009.
- Mahon NE, Yarcheski A. Outcomes of depression in early adolescents. *West J Nurs Res* 2001; 23(4): 360-75.
- Essau CA. Course and outcome of major depressive disorder in non-referred adolescents. *J Affect Disord* 2007; 99(1-3): 191-201.
- Boonprathum P, Hengudomsub P, Vatanasin D. Factors influencing depression among adolescents in extended opportunity schools. *NJPH* 2017; 31(2): 43-58.
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(4): 372-80.
- Erskine H, Baxter A, Patton G, Moffitt T, Patel V, Whiteford H, et al. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017; 26(4): 395-402.
- Kempfer SS, Fernandes GCM, Reisdorfer E, Girondi JBR, Sebold LF, Porporatti AL, et al. Epidemiology of depression in low income and low education adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Grant Med J* 2017; 2(04): 067-77.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report 2019. Bangkok: Lamon; 2020.

10. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *J Ment Health Thai* 2020; 28(2): 136-149.
11. Khon Kaen Provincial Public Health Office. Annual report 2019. Khon Kaen Provincial Public Health Office; 2020.
12. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies: Chichester: Wiley; 1990.
13. Sukhawaha S, Kenbubpha K, Saganrum K, Pianthong K, Thongbenjamas S, Hasook P. Prevalence of depression and its association with suicide risk in junior high school students of Ubon Ratchathani province. *J Psychiatr Assoc Thai* 2020; 65(1): 15-24.
14. Srijan P, Kaesornsamut P, Thanoi W. Factors correlated with depression among adolescents in foster homes. *Nurs Sci J Thai* 2020; 38(1): 86-98.
15. Nyagwencha SK, Munene A, James N, Mewes R, Barke A. Prevalence of symptoms of post-traumatic stress, depression and anxiety among abused and neglected adolescents in charitable children's institutions in Nairobi. *Am J Applied Psychol* 2018; 7(2): 37-43.
16. Sangon S, Nintachan P, Kingkaew J. Factor influencing depression in Thai disadvantaged adolescents in a province in the central region. *J Psychia Nurs Mental Health* 2018; 32(2): 13-38.
17. Jiamjaroenkul J, Limsuwan N. Depression among junior high school students in Muang district, Chiang Mai province. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 2015; 60(4): 253-63.
18. Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychol* 2010; 29(3): 293.
19. Hoare E, Skouteris H, Fuller Tyszkiewicz M, Millar L, Allender S. Associations between obesogenic risk factors and depression among adolescents: a systematic review. *Obes Rev* 2014; 15(1): 40-51.
20. Kongsomboon K, Chansakulporn S, Hutspardol S, Wongjitrat N. Depression of secondary school students in Ongkharak district, Nakhon Nayok province according to nutritional status, age groups and gender: Cross sectional study. *J Med Health Sci* 2006; 13(2): 207-16.
21. Beck J. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York: Guilford press; 2011.
22. Sangkool J, Mosikanon K. Depression in hearing impaired high school students in Sodsuksasongkhla school, Thailand. *Songklanagarind Med J* 2016; 34(5): 281-88.
23. Wongdyan P. Prevalence of depression and its association in late adolescence: a case study in Sisaket technical college. *J Public Health* 2015; 45(3): 298-309.
24. Byrne DG, Davenport SC, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: the development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *J Adolesc* 2007; 30: 393-416.
25. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004; 2(6): 576-82.
26. Sriruen K. *Developmental psychology: Life at every age*. Bangkok: Thammasat University Press; 2010.
27. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 293-319.