



ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี

แก้วตา ลีลาตระการกุล วท.บ.*, อุมพร ตรังคสมบัติ พท.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว
ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน
469 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้คือ
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย
และแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI)

ผลการศึกษา คะแนนเฉลี่ย CDI ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12.8 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ 6.2) และเมื่อใช้ค่าคะแนน CDI ที่ 21 คะแนน เป็นจุดตัด พบว่า นักเรียน 53 ราย
มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 11.3 กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนรวม CFI (Total score) ต่ำกว่า
กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (97.2 ± 12.5 และ 112.2 ± 10.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
ทั้งสองกลุ่มมีคะแนน CFI ทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ยกเว้น
ด้านการควบคุมพฤติกรรม ($p = 0.012$) การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's product moment
correlation coefficient พบว่า คะแนน CDI และ คะแนน CFI มีความสัมพันธ์เชิงลบกัน
($r = -0.482$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สรุป ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นการช่วย
ให้ครอบครัวเข้มแข็งขึ้นและช่วยให้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น มีบทบาทสำคัญ
ในการรักษาและป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็ก

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(1): 29-38

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



The Association Between Depression and Family Functioning in Seventh Grade Students in Ubonratchathani Province

Kaeota Leelatrakarnkun B.Sc.*, Umaporn Trangkasombat M.D.*

ABSTRACT

Objective: To study the association between depression and family functioning in seventh grade students in Ubonratchathani province.

Materials and Methods: The samples of this study consisted of 469 students in grade 7 in Ubonratchathani province. They were recruited by multi-stage random sampling. The Children's Depression Inventory (CDI) was used to determine depression and the Chulalongkorn Family Inventory (CFI) was used to examine patterns of family functioning.

Results: The mean score of CDI was 12.8 (SD = 6.3). When using the CDI cut off score of 21, there was 53 students having clinical depressed, thus the prevalence of depression was 11.3%. The total score of CFI in depression group was significantly lower than the non-depressed (97.2 (SD = 12.5) and 112.2 (SD = 10.7) respectively, $p < 0.05$). All subscale scores of CFI between 2 groups both groups differed significantly except for Behavior Control. By using Pearson's product moment correlation the CDI scores and CFI scores were found to have significantly negative correlation ($r = -0.482$, $p < 0.01$).

Conclusions: The results of this study suggest that family functioning and depression are related. Empowering families and helping them to function better play major roles in the treatment and prevention of depression in adolescents.

Keywords: depression, family functioning, adolescents

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(1): 29-38

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย¹ โดยพบอัตราการสูญเสียสูงถึง 850 ล้านคนทั่วโลกต่อปี องค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะหรือ Disability Adjusted Life Years (DALYs) เป็นอันดับที่ 2² จากข้อมูลการศึกษาในเด็กไทยพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในเด็กนักเรียน เพราะเป็นอาการที่พบได้บ่อยและต่อเนื่องไปในวัยผู้ใหญ่³ ในเด็กที่มีอาการซึมเศร้าบางรายอาจมีความคิดรุนแรงถึงอยากตาย หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย⁴ และเด็กที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยสูงกว่าเด็กที่ไม่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย⁵

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของครอบครัวว่าสามารถดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขหรือไม่ ครอบครัวเป็นระบบที่มีความสำคัญทั้งในแง่การเลี้ยงดู การช่วยเหลือ สนับสนุนให้สมาชิกสามารถที่จะพัฒนาไปในทางที่ดีทั้งกายและใจ หรือมีการพัฒนาที่บกพร่องและเกิดเป็นปัญหาสังคม⁶ เช่นในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกัน จะทำให้เด็กมีภาวะซึมเศร้า⁷ และทำให้เด็กมีความคิดหรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย^{3, 8} ส่วนในครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ไม่ดี จะส่งผลให้เด็กติดสารเสพติด^{7, 9} และเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน^{10, 11} หากครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่ดี วัยรุ่นจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตลดลง มีผลการเรียนที่ดี และมีปัญหาพฤติกรรมลดลง⁹

การศึกษาอุบัติการณ์และความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว^{1, 6, 12} การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีการซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกจิตเวช¹³ พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีบทบาท

สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก เนื่องจากยังไม่มี การศึกษาดังกล่าวในเด็กทั่วไป ผู้วิจัยจึงอยากศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในประชากรกลุ่มนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะใช้เป็นแนวทางในการทำงานป้องกันและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในเด็ก ต่อไป

วิธีการศึกษา

ประชากรในการศึกษานี้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่ศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2553 จำนวน 469 ราย สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองได้ ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยสุ่มโรงเรียนจาก 5 เขตพื้นที่การศึกษาของจังหวัดอุบลราชธานี 7 โรงเรียน แล้วทำการสุ่มห้องเรียนโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก ฉบับภาษาไทย ซึ่งศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล¹⁴ แปลจากแบบสอบถาม Children's Depression Inventory หรือ CDI ของ Maria Kovacs เครื่องมือนี้มีลักษณะเป็นคำถามที่ให้ตอบด้วยตัวเอง (self-report instrument) ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในเด็ก แต่ละคำถามจะประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนตามความรุนแรงของอาการ (0 = ไม่มีอาการเศร้าเลย, 1 = มีอาการบ่อยๆ, 2 = มีอาการตลอดเวลา) คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0 - 54 คะแนน การศึกษาคุณสมบัติทางสถิติในเด็กไทย พบว่า

CDI มีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง จาก receiver operating characteristic curve (ROC-curve) พบว่า ในเด็กไทยจุดตัด (cut off point) ที่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ ค่าคะแนนที่ 15 ที่คะแนนนี้ CDI มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 78.7 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 91.3 และมีความแม่นยำ (accuracy) ร้อยละ 87 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) = 0.83 สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ในชุมชนจึงใช้ คะแนนที่ 21 เป็นจุดตัด 3) แบบวัด การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) สร้างโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ^๑ ตามแนวคิดของ McMaster (McMaster model) ประกอบด้วยข้อความ 36 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 6 ด้าน และ ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป โดยมีตัวเลือก คือ ตรงมากที่สุด ตรงปานกลาง ตรงเล็กน้อย และไม่ตรงเลย การให้ คะแนนจะแบ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายบวก (คะแนนจาก 4 ไป 1) และข้อคำถามที่มีความหมาย ทางลบ (คะแนนจาก 1 ไป 4) คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 36 - 144 คะแนน เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) = 0.88 โดยคะแนน CFI สูง แสดงว่า ครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่ดี

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์ SPSS for Windows version 16 เพื่อหา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง โดยการ นำเสนอเป็นค่าความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบ ความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ ของครอบครัว โดยใช้ independent sample t-test หาความสัมพันธ์ โดยการ ใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient และหาปัจจัยทำนาย

ภาวะซึมเศร้า โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยแบบ ลอจิสติก (logistic regression) กำหนดนัยสำคัญ ทางสถิติไว้ที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 จำนวน 469 ราย อายุตั้งแต่ 11-13 ปี อายุเฉลี่ย เท่ากับ 12.9 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.4) ส่วนใหญ่มีระดับผลการเรียนระหว่าง 3.01 - 4.00 ปีตามารดาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ด้วยกันทั้งหมด (ตารางที่ 1)

2. ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

การวัดภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด CDI พบว่า คะแนนเฉลี่ย CDI ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12.8 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.2) และเมื่อใช้ค่า คะแนน CDI ที่ 21 คะแนน เป็นจุดตัด พบว่ามีนักเรียน ที่มี CDI สูงกว่า 21 มีจำนวน 53 ราย คิดเป็นความชุก ของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.3 โดยคะแนนเฉลี่ยของ กลุ่มที่ซึมเศร้า คือ 24.3 คะแนน และกลุ่มที่ไม่ซึมเศร้า คือ 11.3 คะแนน

3. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

โดยการใช้ Chulalongkorn Family inventory (CFI) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน CFI รวม (Total score) เท่ากับ 110.5 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.9) มีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 67-137 เมื่อพิจารณา คะแนนเฉพาะด้าน พบว่าการทำหน้าที่ทั่วไป มีคะแนน เฉลี่ยสูงสุด 3.4 คะแนน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการควบคุมพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนน CFI ของกลุ่มที่ซึมเศร้า (CDI \geq 21) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (CDI $<$ 21) พบว่าคะแนนรวมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (CFI Total score) ในกลุ่มแรกต่ำกว่ากลุ่มหลัง (97.2 และ 112.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แสดงว่ากลุ่มที่ซึมเศร้ามีการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่ดี และเมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนน CFI น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ยกเว้นการควบคุมพฤติกรรม (ตารางที่ 2)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

จากการศึกษาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.482$) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ คะแนน CFI เพิ่มขึ้น คะแนน CDI จะลดลง (ตารางที่ 3)

5. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน จึงนำการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละด้านมาศึกษาปัจจัยทำนายโดยการวิเคราะห์ด้วยวิธี binary logistic regression พบว่า ปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความผูกพันทางอารมณ์ ($p < 0.05$) และการทำหน้าที่ทั่วไป ($p < 0.01$) จากค่า odds ratio ที่ 0.85 และ 0.79 แปลว่า คะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านความผูกพันทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไปที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามลดลงร้อยละ 15 และ 21 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	ปัจจัย	จำนวน (469 คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	188	40.1
	หญิง	281	59.9
อายุ (ปี) mean = 12.95, S.D. = 0.43, max = 13.92, min = 11.17	11	3	0.6
	12	224	47.8
	13	242	51.6
	สุขภาพในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
	แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเลย	216	46.1
	เจ็บป่วยบ้าง แต่ไม่รุนแรง	251	53.5
	เจ็บป่วยรุนแรง	2	0.4
ผลการเรียน mean = 3.34, S.D. = 0.59, max = 4.00, min = 0.35	ไม่ดี (น้อยกว่าเกรด 2)	15	3.2
	ปานกลาง (เกรด 2-3)	118	25.2
	ดี (มากกว่าเกรด 3)	336	71.6
	ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	335
ครอบครัวขยาย		134	28.6

ตารางที่ 2 คะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า (CDI≥21) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (CDI<21) และคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

	กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (CDI≥21)		กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (CDI<21)		คะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว		p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
	คะแนนรวม	97.21	12.47	112.22	10.68	110.52	
การแก้ปัญหา	2.72	0.60	3.19	0.50	3.13	0.53	<0.001**
การสื่อสาร	2.58	0.51	2.84	0.48	2.81	0.49	<0.001**
การตอบสนองทางอารมณ์	2.63	0.49	2.97	0.43	2.93	0.45	<0.001**
ความผูกพันทางอารมณ์	2.67	0.53	3.16	0.50	3.11	0.52	<0.001**
บทบาท	2.78	0.54	3.21	0.46	3.16	0.49	<0.001**
การควบคุมพฤติกรรม	2.64	0.48	2.79	0.55	2.77	0.54	0.058
การทำหน้าที่ทั่วไป	2.81	0.54	3.43	0.42	3.36	0.47	<0.001**

** p < 0.01

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

	r	p-value
คะแนนรวม	-0.482	<0.001**
การแก้ปัญหา	-0.365	<0.001**
การสื่อสาร	-0.217	<0.001**
การตอบสนองทางอารมณ์	-0.263	<0.001**
ความผูกพันทางอารมณ์	-0.383	<0.001**
บทบาท	-0.327	<0.001**
การควบคุมพฤติกรรม	-0.106	0.012*
การทำหน้าที่ทั่วไป	-0.463	<0.001**

* p < 0.05, ** p < 0.01

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI of OR		p-value
		Lower	Upper	
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว				
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	0.86	0.74	1.00	0.064
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	0.85	0.74	0.98	0.023*
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	0.79	0.72	0.87	<0.001**

* P < 0.05, ** p < 0.01

วิจารณ์

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาของวัยรุ่น¹² ครอบครัวที่มีการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม การอยู่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้งและขาดการสนับสนุน¹⁵ จะส่งผลให้เด็กรู้สึกขาดความมั่นคง ไร้คุณค่า ขาดความรักความอบอุ่น⁹ และมีภาวะซึมเศร้าได้⁶ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบประเมิน CDI และ CFI ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.3 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนนเฉลี่ย CFI เท่ากับ 110.5 คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ และมานิดา ธรรมตารีย์ ที่ศึกษามุมมองของวัยรุ่นไทยเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า คะแนนเฉลี่ยของ CFI เท่ากับ 108.9 คะแนน¹⁶ จะเห็นว่าค่าคะแนน CFI นั้นค่อนข้างสูง แปลว่ามุมมองของเด็กต่อครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการเลี้ยงดูตามลักษณะของสังคมไทยที่เหมือนกัน ทำให้มุมมองต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใกล้เคียงกันแม้จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาคะแนน CFI รวมและคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน พบว่าคะแนนของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีในทุกด้าน โดยด้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ บทบาท และการทำหน้าที่ทั่วไป การศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ ที่ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของ

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเปรียบเทียบกับครอบครัวทั่วไป พบว่าคะแนน CFI ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่ำกว่าครอบครัวทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านการสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไป¹⁷ จากการศึกษาของ Stein และคณะ ที่ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยมีความบกพร่องมากกว่า โดยแยกเป็นการทำหน้าที่ของพ่อจะพบในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ส่วนการทำหน้าที่ของแม่จะพบในด้านการสื่อสาร ความผูกพันทางอารมณ์ บทบาท และการทำหน้าที่ทั่วไป¹⁸ จากการศึกษาของ Dancyger และคณะ ที่ศึกษามุมมองของเด็กและพ่อแม่ในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการกิน (eating disorder) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยสูงกว่าพ่อและแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดีกว่าพ่อและแม่ ในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป¹⁹ โดยมุมมองที่แตกต่างอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว สถานการณ์ในครอบครัวที่กำลังเผชิญอยู่ จากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีมีรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจสัมพันธ์กับภาวะและความรุนแรงของโรค ลักษณะการดำเนินชีวิตและปฏิสัมพันธ์ของแต่ละครอบครัว และปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวพบว่าปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงลบ กล่าวคือเมื่อการปฏิบัติหน้าที่

ของครอบครัวดีขึ้นคะแนน CFI เพิ่มขึ้น คะแนน CDI จะลดลง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Crane และคณะ ที่พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในระดับสูง ($r = 0.63$) และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดียังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการเป็นอันธพาลด้วย⁹ จากการศึกษาของ Leung และคณะ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ($r = 0.40$) โดยสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ทั้งความสามัคคีปรองดองในครอบครัว การให้ความรักความอบอุ่น และการควบคุมดูแล จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในเด็ก นอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจะส่งเสริมให้สุขภาพจิตของเด็กและพ่อแม่ดีขึ้น¹⁰ สำหรับการศึกษาในประเทศไทย วิระวรรณ อุปมาณ ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ($r = 0.29$)¹³

การศึกษานี้พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านบทบาท และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับกลาง ($r = 0.46 - 0.33$) ส่วนด้านการสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = 0.26 - 0.11$) ถึงแม้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละด้านจะมีระดับความสัมพันธ์ที่ต่างกัน แต่ทุกด้านก็สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Crane และคณะ ที่พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบความสัมพันธ์ในระดับกลาง ($r = 0.54 - 0.33$)⁹ ผลที่แตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรม และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

จากผลวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ดังนั้นงานป้องกันภาวะซึมเศร้าในเยาวชน ควรจะได้มีการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ควรส่งเสริมระดับความผูกพัน ความห่วงใยที่ครอบครัวมีต่อกัน เข้าใจความต้องการของอีกฝ่าย รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน การส่งเสริมการทำหน้าที่ทั่วไป เช่น ความไว้วางใจกัน การมีข้อตกลงร่วมกัน การยอมรับความเป็นตัวตน การให้ความรัก การสนับสนุนหรือการช่วยเหลือ จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษาของ Weinstock และคณะ ที่พบว่า ในครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ดีผู้ปกครองที่ซึมเศร้าจะมีการฟื้นตัวเร็ว¹¹ การศึกษาของ Hughes และคณะ พบว่า การที่เด็กมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว แต่พ่อแม่ที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวแย่ลง¹⁰ ดังนั้นพ่อแม่จึงเป็นตัวแปรที่สำคัญของครอบครัว ที่จะบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว หากพ่อแม่ทำหน้าที่ของครอบครัวได้ไม่ดี ก็ส่งผลให้เด็กมีภาวะซึมเศร้าได้

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ก็คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานีเท่านั้น การศึกษานี้จึงอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นหรือจังหวัดอื่นๆ ได้ ดังนั้น ผู้ที่จะนำข้อมูลนี้ไปอ้างอิง ต้องพิจารณาลักษณะสังคม ประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วย นอกจากนี้การศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่วิเคราะห์เฉพาะความสัมพันธ์ของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ไม่ได้วิเคราะห์ว่าอะไรเป็นเหตุอะไรเป็นผล

แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าวแต่ผลการศึกษาค้างนี้
ชี้อย่างชัดเจนว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ดังนั้นควรให้ความสำคัญ
ในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ทั้งการให้ความรัก
ความผูกพัน การมีปฏิสัมพันธ์ การช่วยเหลือและ
การสนับสนุนในด้านต่างๆ กับเด็ก เพื่อให้มีศักยภาพ
ในการเผชิญปัญหาต่างๆ และเป็นการป้องกันการเกิด
ภาวะซึมเศร้าได้

สรุป

การศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัด
อุบลราชธานี จำนวน 469 ราย พบความชุกของภาวะ
ซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 11.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ
ซึมเศร้ามีค่าคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว
ไม่ดีเท่ากลุ่มเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า การวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์
เชิงลบกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระดับกลาง
โดยคะแนน CFI ที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้คะแนน CDI
ลดลง และปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนาย
การเกิดภาวะซึมเศร้า คือ ความผูกพันทางอารมณ์ และ
การทำหน้าที่ทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์โรงเรียนทั้ง 7 แห่งใน
จังหวัดอุบลราชธานีที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ
ประสานงาน และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล
การศึกษานี้ ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต
จากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. Moeller TG. Youth aggression and violence:
a psychological approach. Lawrence Erlbaum
Associates 2001; 98-125.

2. who.int [homepage on the internet]. c2010
Available from: [http://www.who.int/mental_ health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/) [cited. 2010 Jan 6].
3. Cumsille PE, Epstein N. Family cohesion, family adaptability, social support, and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. J Fam Psychol 1994; 8:202-14.
4. Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46:40-9.
5. Steinberg L. Adolescence. 5th ed. Hawkins, TN, 1999; 398-427.
6. Leung SS, Stewart SM, Wong JP, Ho DS, Fong DY, Lam TH. The association between adolescents' depressive symptoms, maternal negative affect, and family Relationships in Hong Kong: cross-sectional and longitudinal findings. J Fam Psychol 2009; 23:636-45.
7. Scheer SD, Unger DG. Russian adolescents in the era of emergent democracy: the role of family environment in substance use and depression. Fam Relat 1998; 47:279-303.
8. Essau CA. The association between family factors and depressive disorders in adolescents. J Youth Adolesc 2004; 33:365-72.
9. Crane DR, Ngai SW, Larson JH, Hr MH. The Influence of family functioning and parent-adolescent acculturation in north American Chinese adolescent outcomes. Fam Relat 2005; 54:400-10.

10. Hughes AA, Hedtke KA, Kendall PC. Family functioning in families of children with anxiety disorders. *J Fam Psychol* 2008; 22:325-8.
11. Weinstock LM, Keitner GI, Ryan CE, Miller IW. Family functioning and mood disorders: a comparison between patients with major depressive disorder and bipolar I disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74:1192-202.
12. Reeb BT, Conger KJ. The unique effect of paternal depressive symptoms on adolescent functioning: associations with gender and father-adolescent relationship closeness. *J Fam Psychol* 2009; 23:758-61.
13. Oupraman W. Family functioning in the family of depressed and non-depressed children. [Thesis]. Chulalongkorn University; 1994.
14. Trangkasombat U, Likapichitkul D. The children's depression inventory as a screen for depression in Thai children. *J Med Assoc Thai* 1997; 80:491-9.
15. Park IJ, Graber J, Ciesla JA, Ellis BJ. Convergence among multiple methods of measuring positivity and negativity in the family environment: relation to depression in mothers and their children. *J Fam Psychol* 2008; 22:123-34.
16. Trangkasombat U, Dhammataree M. Thai adolescents' perceptions of family functioning.
17. Trangkasombat U. Family Functioning in the families of psychiatric patients: a comparison with nonclinical families. *J Med Assoc Thai* 2006; 89:1946-53.
18. Stein D, Williamson DE, Birmaher B, Brent DA, Kaufman J, Danl RE, et al. Parent-child bonding and family functioning in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(11): 1387-95.
19. Dancyger I, Fornari V, Scionti L, Wisotsky W, Sunday S. Do daughters with eating disorder agree with their parents' perception of family functioning? *Compr Psychiatry* 2005; 46:135-9.