



ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

Depression among Junior High School Students in Muang District, Chiang Mai Province

จรรยาพร เจียมเจริญกุล พบ.*, นิดา ลิ้มสุวรรณ พบ.**

Janyaporn Jiamjaroenkul M.D.*, Nida Limsuwan M.D.**

* จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลสวนปรุงกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

* Child and adolescent psychiatrist, Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai, Thailand

** อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive study โดยกระจายแบบสอบถามไปตามโรงเรียนมัธยมสังกัดต่างๆ 5 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบวัดภาวะซึมเศร้า children's depression inventory (CDI) ฉบับภาษาไทยใช้จุดตัดที่ 21 คะแนน 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษาและครอบครัว รวมถึงข้อมูลด้านจิตสังคมต่างๆ 3) แบบวัดระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg self-esteem scale) ฉบับภาษาไทย สถิติวิเคราะห์ใช้ร้อยละและ odds ratio (OR)

ผลการศึกษา กลุ่มประชากรที่ศึกษามีทั้งสิ้นจำนวน 1,107 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 47 หญิงร้อยละ 53 อายุเฉลี่ย 14 ปี ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 14.6 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีเกรดเฉลี่ยในปีการศึกษาที่ผ่านมาน้อยกว่า 2.0 (OR 1.8, 95% CI 1.1-3.1, $p < 0.05$) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย (OR 3.0, 95% CI 1.1-7.7, $p < 0.05$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (OR 14.1, 95% CI 8.0-25.0, $p < 0.001$)

สรุป ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบได้ร้อยละ 14.6 โดยสัมพันธ์กับผลการเรียนไม่ดี รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ หรือมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

corresponding author: จรรยาพร เจียมเจริญกุล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 60(4): 253-263

ABSTRACT

Objective : To determine the prevalence and associated factors of depression among junior high school students in Muang District, Chiang Mai Province.

Method : A cross-sectional descriptive study was conducted in 5 high schools at Muang District, Chiang Mai Province by using self-reported questionnaires. Measurement used 1) the Thai version of children's depression inventory (CDI-Thai) using cutoff point at 21 2) demographic, family and psychosocial data record form, and 3) the Thai version of Rosenberg self-esteem scale. Statistical analysis use percentage and odds ratio (OR)

Result : The study population was 1,107 students comprising 47% male and 53% female. The mean age of subjects was 14 years old and the prevalence of depression was 14.6% The associated factors of depression were poor academic achievement (grade point average lower than 2.0 in the previous fiscal year)(OR 1.8, 95% CI 1.1-3.1, $p < 0.05$), history of attempting suicide (OR 3.0, 95% CI 1.1-7.7, $p < 0.05$), and low self - esteem (OR 14.1, 95% CI 8.0-25.0, $p < 0.001$).

Conclusion : Depression in in the junior high school students was found 14.6% and associated factors were earn low grade point averages, have low self-esteem or suicidal thought. Consequently, raising self-esteem should be considered for the mental health promotion in order to reduce the depression rate in adolescents.

Keywords : depression, junior high school students, associated factors

corresponding author: Janyaporn Jiamjaroenkul

J Psychiatr Assoc Thailand 2015; 60(4): 253-263

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ อีกหลายประการ เช่น การฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการเรียน สังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้วัยรุ่นยังเป็นขั้นของพัฒนาการที่มีลักษณะเฉพาะหลายประการทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ การเริ่มมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ ความต้องการเป็นอิสระ คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความซับซ้อนและมีลักษณะทางคลินิกที่ยากต่อการวินิจฉัย^{1,2}

การศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี มีความชุกของโรคซึมเศร้าที่ระยะเวลา 12 เดือน และ 30 วัน เท่ากับร้อยละ 8.2 และ 2.6 ตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์ตาม DSM-IV³ ในประเทศสเปนมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 17-19 ปี ด้วยแบบประเมิน Reynolds adolescent depression scale (RADS) พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 2.5⁴ ในระหว่างปี ค.ศ. 2003-2004 ที่ประเทศฝรั่งเศสมีการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในนักเรียนเกรด 9 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 15.1 ปี ด้วยแบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจาก standardized composite international diagnosis interview - short form (CIDI-SF) พบว่าในระยะเวลา 12 เดือนมีความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 9.6⁵ ในประเทศนอร์เวย์ตอนกลางพบว่าวัยรุ่นอายุเฉลี่ย 14.9 ปีมีความชุกของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เท่ากับร้อยละ 2.6⁶ นอกจากนี้มีการศึกษาแบบ meta-analysis ซึ่งวิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยการ

รวบรวมข้อมูลจาก 26 การศึกษาที่มีการสัมภาษณ์ทางจิตวิทยาแบบ structured พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 13 ปีเท่ากับร้อยละ 2.8 และในผู้ที่มีอายุ 13-18 ปีเท่ากับร้อยละ 5.6⁷

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 จิตวิธ แก้วพรสวรรค์ และ เบญจพร ตันตสุทธิ⁸ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,267 ราย โดยใช้ children's depression inventory ฉบับภาษาไทย (CDI-Thai) พบว่านักเรียนร้อยละ 3.8 มีภาวะซึมเศร้า และในปี พ.ศ. 2552 นิชาภัทร รุจิราพร และ อุมาพร ตรังคสมบัติ⁹ ได้ทำการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,700 คน โดยใช้ center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 17.4 นอกจากนี้ในปีพ.ศ. 2552 ศุภชัย ตู้กลาง และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 426 ราย โดยใช้ RADS พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 11.03

การศึกษาทั้งในและต่างประเทศบ่งชี้ว่ามีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น ประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิต^{1,9} ปัญหาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว^{8,9,11} ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน⁹ ผลการเรียนต่ำหรือไม่พอใจในผลการเรียน^{8,9} ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว^{8,9} เคยประสบความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต⁹ เคยมีประวัติถูกทารุณกรรมหรือทอดทิ้ง¹ การมีมุมมองต่อตนเองไม่ดี^{8,11} และภาวะอ้วน¹² เป็นต้น

อย่างไรก็ตามเป็นที่แน่ชัดว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ซึ่งอาจเกิดจากการใช้เครื่องมือประเมินสภาพทางสังคมและวัฒนธรรม และปัจจัยทางพันธุกรรมของประชากรที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive study มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

คำนวณขนาดประชากรที่ศึกษาโดยใช้สูตร

$$n = DEFF \times \frac{Np(1-p)}{\frac{d^2}{z_{1-\alpha}^2}(N-1) + p(1-p)}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

DEFF = design effect 1

N = ประชากรนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ประมาณ 25,000

d = desired absolute precision 1%

p = prevalence ของภาวะซึมเศร้าโดยจากการคาดการณ์ความชุกได้จากการศึกษาก่อนหน้านี้เท่ากับ 3.8⁸

Z = ค่า Z statistic สำหรับ confidence interval ที่ต้องการในที่นี้คือ 1.96

ขนาดประชากรที่คำนวณได้ 1330 ราย แต่ได้มีการแจกแบบสอบถามไปทั้งสิ้น 1,500 ฉบับ โดยกระจายแบบสอบถามไปตามโรงเรียนมัธยมสังกัดต่างๆ จำนวน 5 แห่ง แห่งละ 300 ฉบับ ได้แก่ โรงเรียนในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 2 แห่ง โรงเรียนเอกชน 2 แห่ง และโรงเรียนในสังกัดมหาวิทยาลัย 1 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** คือแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษาและครอบครัว รวมถึงข้อมูลด้านจิตสังคมต่างๆ **ส่วนที่ 2** คือแบบวัดภาวะซึมเศร้า children's depression inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือกระดับถึงความรุนแรงของอาการ (คะแนน 0 = ไม่มีอาการเศร้าเลย, คะแนน 1 = มีอาการซึมเศร้าบ่อย, คะแนน 2 = มีอาการซึมเศร้าตลอดเวลา) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-54 คะแนน โดยให้เด็กหรือวัยรุ่นเป็นผู้ตอบคำถามเอง จากการศึกษาในประชากรเด็กและวัยรุ่นไทยพบว่า การใช้จุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่สำคัญทางคลินิกที่ระดับ 15 คะแนนขึ้นไป จะมีสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) = 0.83 และมีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูงนอกจากนี้พบว่าที่คะแนนนี้มี sensitivity = 79%, specificity = 91% และ accuracy = 87%^{13,14} อย่างไรก็ตาม การคัดกรองทางระบาดวิทยาควรใช้จุดตัดที่ 21 คะแนน¹⁵ ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงใช้จุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่ 21 คะแนน **ส่วนที่ 3** คือแบบวัดระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg self-esteem scale) ฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามด้านบวกให้คะแนน 3 ถึง 0

ส่วนข้อคำถามด้านลบให้คะแนน 0 ถึง 3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน ถ้าระดับคะแนนต่ำกว่า 15 ถือว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.67¹⁶

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 18.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและนำเสนอเป็นค่าร้อยละ การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่ศึกษาที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้าใช้การวิเคราะห์แบบ Pearson's chi-square และการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าใช้การวิเคราะห์แบบ logistic regression โดยมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนได้รับคำชี้แจงกระบวนการ และบิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมเป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการศึกษา

ผลการศึกษา

จากแบบสอบถามที่มีการกระจายไปยังโรงเรียนต่างๆ ทั้งสิ้น 1,500 ฉบับ ได้รับการตอบกลับคืน จำนวน 1,317 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 87.80 แต่พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 206 ราย และตอบแบบสอบถามในสวน children's depression inventory (CDI) ไม่ครบทุกข้อจำนวน 4 ราย จึงเหลือกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งสิ้น

จำนวน 1,107 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.05 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.0) มีอายุเฉลี่ย 14 ปี (ร้อยละ 99) มีเชื้อชาติและสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.5) อาศัยอยู่กับบิดามารดาหรือพี่น้อง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 88.7 จำนวนสมาชิกในบ้านเฉลี่ย 4.4 ราย สถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 81.4 ระดับการศึกษาของบิดาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 44.7) ส่วนระดับการศึกษาของมารดาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.8)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าเมื่อใช้แบบวัด CDI ฉบับภาษาไทยและใช้จุดตัดที่ 21 คะแนนพบว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 162 ราย มีคะแนน CDI มากกว่า 21 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 14.6 จากการวิเคราะห์ทางสถิติแบบ Pearson's chi-square พบว่าปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มประชากรที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้าได้แก่อายุ ผลการเรียนในปีการศึกษาที่ผ่านมา ความพอใจในผลการเรียน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวสถานภาพสมรสของบิดามารดา ระหว่างบิดามารดากับนักเรียน ระหว่างพี่น้องกับนักเรียน และระหว่างนักเรียนกับเพื่อน ประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจาก Rosenberg self-esteem scale (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากรการศึกษาที่มีกับไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า		กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า		X ²	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
อายุ					12.883	0.002**
≤13 ปี	312	33.0	76	46.9		
14 ปี	300	31.7	35	21.6		
≥15 ปี	333	35.2	51	31.5		
เพศ					0.003	0.959
ชาย	444	47.0	76	47.2		
หญิง	501	53.0	85	52.8		
ผลการเรียนในปีการศึกษาที่ผ่านมา (เกรดเฉลี่ย)					10.975	0.001**
<2.0	55	5.8	21	13.0		
≥2.0	888	94.2	141	87.0		
ความพอใจในผลการเรียน					27.916	<0.001**
พอใจ	689	73.4	85	52.8		
ไม่พอใจ	250	26.6	76	47.2		
สถานภาพสมรสของบิดาและมารดา					10.533	0.001**
อยู่ด้วยกัน	784	83.0	117	72.2		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/ถึงแก่กรรม	161	17.0	45	27.8		
ระดับการศึกษาของบิดา					0.634	0.426
ไม่ได้เรียน-มัธยมศึกษา	190	20.1	37	22.8		
อนุปริญญาขึ้นไป	755	79.9	125	77.2		
ระดับการศึกษาของมารดา					1.294	0.255
ไม่ได้เรียน-มัธยมศึกษา	185	19.6	38	23.5		
อนุปริญญาขึ้นไป	760	80.4	124	76.5		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					9.398	0.024*
< 5,000 บาท	32	3.4	11	6.8		
5,000 - 10,000 บาท	84	8.9	23	14.2		
10,000 - 50,000 บาท	450	47.7	68	42.0		
> 50,000 บาท	378	40.0	60	37.0		
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว					4.288	0.038*
เพียงพอ	846	89.5	136	84.0		
ไม่เพียงพอ	99	10.5	26	16.0		
ประวัติโรคทางจิตเวชของญาติสายตรง					0.730	0.393
มี	29	3.1	3	1.9		
ไม่มี	916	96.9	159	98.1		
ประวัติโรคซึมเศร้าของญาติสายตรง					0.002	0.964
มี	18	1.9	3	1.9		
ไม่มี	927	98.1	159	98.1		
ประวัติการฆ่าตัวตายของญาติสายตรง					0.554	0.457
มี	20	2.1	2	1.2		
ไม่มี	924	97.9	162	98.8		
คนที่ปัจจุบันอาศัยอยู่ด้วย					3.307	0.191
พ่อแม่/พี่น้อง	845	89.4	137	84.6		
ญาติอื่นๆ	78	8.3	19	11.7		
คนเดียว	22	2.3	6	3.7		

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากรศึกษาที่มีกับไม่มีภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า		กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า		X ²	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความสัมพันธ์ของบิดามารดา					9.372	0.025*
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	815	86.4	126	77.8		
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง	14	1.5	6	3.7		
เฉยชาห่างเหินต่อกัน	37	3.9	10	6.2		
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับนักเรียน					31.996	<0.001**
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	900	95.2	140	86.4		
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง	6	0.6	7	4.3		
เฉยชาห่างเหินต่อกัน	9	1.0	8	4.9		
ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องกับนักเรียน					17.550	0.001**
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	801	84.9	122	75.8		
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง	30	3.2	10	6.2		
เฉยชาห่างเหินต่อกัน	21	2.2	12	7.5		
จำนวนเพื่อนสนิท					5.912	0.052
ไม่มี	4	0.4	2	1.2		
1 - 2 คน	91	9.7	24	14.9		
มากกว่า 2 คน	848	89.9	135	83.9		
ความสัมพันธ์ของนักเรียนกับเพื่อน					13.535	0.004**
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	914	96.8	149	92.0		
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง	12	1.3	4	2.5		
เฉยชาห่างเหินต่อกัน	3	0.3	4	2.5		
ประวัติการถูกลวนลามทางเพศ					0.671	0.413
มี	39	4.1	9	5.6		
ไม่มี	904	95.9	153	94.4		
ประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย					21.465	<0.001**
มี	241	25.5	70	43.2		
ไม่มี	704	74.5	92	56.8		
ประวัติการใช้สารเสพติด					6.412	0.011*
มี	20	2.1	9	5.6		
ไม่มี	925	97.9	153	94.4		
ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย					41.957	<0.001**
มี	16	1.9	17	13.1		
ไม่มี	812	98.1	113	86.9		
body mass index (BMI)					1.992	0.574
< 18.5 kg/m ² น้อยกว่าเกณฑ์	376	39.8	62	38.3		
18.5 - 24.9 kg/m ² ตามเกณฑ์	488	51.6	81	50.0		
25 - 29.9 kg/m ² มากกว่าเกณฑ์	64	6.8	14	8.6		
≥ 30 kg/m ² ภาวะอ้วน	17	1.8	5	3.1		
ความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง					10.064	0.002**
พอใจ	656	69.4	92	56.8		
ไม่พอใจ	289	30.6	70	43.2		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจาก Rosenberg self-esteem scale					211.034	<0.001**
ต่ำ (< 15 คะแนน)	32	3.4	61	37.7		
สูง (≥ 15 คะแนน)	913	96.6	101	62.3		

* p < 0.05, ** p < 0.01

เมื่อนำปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากรที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้ามาทำการวิเคราะห์ทางสถิติแบบ logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ

ซึมเศร้า ได้แก่ การมีเกรดเฉลี่ยในปีการศึกษาที่ผ่านมาน้อยกว่า 2.0 (OR 1.8, 95% CI 1.1-3.1, $p < 0.05$) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย (OR 3.0, 95% CI 1.1-7.7, $p < 0.05$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (OR 14.1, 95% CI 8.0-25.0, $p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ปัจจัย	adjusted OR (95% CI)	p - value
อายุ \leq 13 ปี vs. 14 ปี	0.7 (0.4-1.2)	0.180
อายุ \leq 13 ปี vs. \geq 15 ปี	0.8 (0.5-1.4)	0.401
เกรดเฉลี่ยในปีการศึกษาที่ผ่านมา $<$ 2.0	1.8 (1.1-3.1)	0.025*
ไม่พอใจในผลการเรียน	1.3 (0.8-2.1)	0.361
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน $<$ 10,000 บาท	1.3 (0.7-2.4)	0.352
รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ	1.5 (0.8-2.7)	0.230
ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย	3.0 (1.1-7.7)	0.025*
สถานภาพสมรสของบิดาและมารดาที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	1.4 (0.7-2.6)	0.352
ความสัมพันธ์ของบิดามารดา	0.6 (0.3-1.2)	0.159
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับนักเรียนไม่ราบรื่น	2.2 (1.0-5.0)	0.053
ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องกับนักเรียนไม่ราบรื่น	1.0 (0.6-1.9)	0.883
ความสัมพันธ์ของนักเรียนกับเพื่อนไม่ราบรื่น	2.0 (0.8-5.3)	0.142
มีประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย	1.3 (0.8-2.1)	0.219
มีประวัติการใช้สารเสพติด	1.3 (0.4-4.1)	0.607
ไม่พอใจในรูปร่างของตนเอง	1.4 (0.9-2.2)	0.181
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ	14.1 (8.0-25.0)	$< 0.001^{**}$

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อใช้แบบวัด CDI ฉบับภาษาไทยโดยใช้จุดตัดที่ 21 คะแนน คือร้อยละ 14.6 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีเกรดเฉลี่ยในปีการศึกษาที่ผ่านมาน้อยกว่า 2.0

ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศหลายการศึกษาเช่น การศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมของ Lewandowski และคณะ² พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 12 ถึง 25 แตกต่างกันตามกลุ่มประชากรและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานอกจากนี้ Costello และคณะ¹⁷ ได้รวบรวม

การศึกษาที่มีการตีพิมพ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็ก และวัยรุ่นทั้งหมด 26 การศึกษา โดยแต่ละการศึกษาจะต้องมีการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการศึกษาแบบ structured psychiatric interview อย่างน้อย 1 แบบ ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีอายุ 13-18 ปีมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.6 ต่างจากผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 13 ปีที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 2.8 ผลการศึกษาของ Costello และคณะ¹⁷ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการศึกษาในครั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันและกลุ่มประชากรของ Costello ครอบคลุมช่วงอายุทั้งนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย

ในประเทศไทยจากการศึกษาของฐิติวิ แก้วพรสวรรค์ และ เบญจพร ดันตสูติ⁹ ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานครสัมพันธ์กับการมองตนเองไม่ดี ความไม่พอใจในผลการเรียน ความคิดฆ่าตัวตาย รายได้ครอบครัวที่ต่ำ และความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบิดามารดากับนักเรียน โดยมีความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 3.8 แต่ในการศึกษานี้พบว่ามีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 14.6 ทั้งนี้แม้ทั้ง 2 การศึกษาจะใช้เครื่องมือเดียวกัน แต่กระบวนการวิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยจุดตัดที่ต่างกันอาจส่งผลให้ความชุกแตกต่างกัน รวมถึงกลุ่มประชากรที่ศึกษาที่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีแนวโน้มสอดคล้องกันนอกจากนี้มีการศึกษาของแก้วดา ลีลาตระการกุล และ อุมพร ตรังคสมบัติ¹⁸ ในปีพ.ศ. 2555 เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กันและพบว่ามีภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 11.3 เมื่อใช้ค่าจุดตัด CDI ที่ 21

คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในครั้งนี้อาจเห็นได้ว่าเมื่อมีการใช้เครื่องมือและจุดตัดแบบเดียวกันผลการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันมากขึ้น การเลือกใช้เครื่องมือประเมินและการแปลผลอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความชุกของภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้อาจเลือกใช้จุดตัดที่ 21 คะแนนเนื่องจากมีวัตถุประสงค์เพื่อการคัดกรอง นำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์และเน้นการนำผลการศึกษาไปใช้ในการดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้า

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการดูแลรักษาและกำหนดนโยบายสุขภาพของพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ นอกจากนั้นการใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าที่เป็นแบบสอบถามสามารถใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้นแต่การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าต้องใช้ในการสัมภาษณ์ทางคลินิกจึงจะเป็นการวินิจฉัยที่ได้มาตรฐานนอกจากนี้การศึกษานี้ใช้กลุ่มประชากรโดยการเลือกตัวอย่างพบไม่มีการสุ่ม แต่ผู้ทำการศึกษาได้พยายามกระจายกลุ่มประชากรให้มีความหลากหลายโดยครอบคลุมทั้งโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียนเอกชน และ โรงเรียนสังกัดมหาวิทยาลัย ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือ กลุ่มประชากรที่เข้าเกณฑ์การศึกษามีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มประชากรที่ได้คำนวณไว้ส่งผลให้ power of detection ลดลง เพื่อยืนยันความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอนาคต

จากผลการศึกษาในครั้งนี้อาจพบว่ามีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นของเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่พบร้อยละ 14.6 นับเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญ จึงควรมีกระบวนการดูแลช่วยเหลือให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและ

รักษาทางจิตเวชที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป รวมถึงการส่งเสริมป้องกันก่อนเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ การดูแลป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าอาจมีผลต่อเนื่องเชื่อมโยงไปถึงการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ด้วย

สรุป

การศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่เมื่อใช้แบบวัด CDI ฉบับภาษาไทยโดยใช้จุดตัดที่ 21 คะแนนคือร้อยละ 14.6 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่การมีเกรดเฉลี่ยในปีการศึกษาที่ผ่านมาน้อยกว่า 2.0 ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถือเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญควรได้รับการส่งเสริมป้องกันและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมกับวัยรุ่นที่มีภาวะนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนางสาวภัทธร วิสาจันทร์ นักวิจัย และนางสาวสุดาวรรณ จุลเกตุ เจ้าหน้าที่วิจัยประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำหรับคำแนะนำและการวิเคราะห์ทางสถิติ ส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Birmaher B, Brent D. AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc 2007; 46:1503-26.

2. Lewandowski RE, Aciri MC, Hoagwood KE, Olfson M, Clarke G, Gardner W, et al. Evidence for the management of adolescent depression. Pediatrics 2013; 132:e996-e1009.
3. 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; 69:372-80.
4. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giraldez S, Muniz J. Prevalence and characteristics of depressive symptomatology in non-clinical adolescents. Actas Esp Psiquiatr 2011; 39: 217-25.
5. Chan CC, Guignon N, Delmas MC, Herbet JB, Gonzalez L. Estimation of prevalence of depressive episodes in French adolescents. Rev Epidemiol Sante Publique 2012; 60:31-9.
6. Sund AM, Larsson B, Wichstrom L. Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2011; 5:28.
7. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? J Child Psychol Psychiatry 2006; 47:1263-71.
8. Kaewpornawan T, Tuntasood B. The Prevalence of depression in 2nd year high school students in Bangkok. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2012; 57:395-402.

9. Rujiradarporn N, Trangkasombat U. Depression in senior high school students in Bangkok Metropolis. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2009; 54:337-46.
10. Tuklang S, Thongtang O, Satra T, Phattharayuttawat. S. Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samutsakhon Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57:283-94.
11. Charoensuk S. Negative thinking: a key factor in depressive symptoms in Thai adolescents. *Issues Ment Health Nurs* 2007; 28:55-74.
12. Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychol* 2010; 29:293-8.
13. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. The Children's Depression Inventory as a screen for depression in Thai children. *J Med Assoc Thai* 1997; 80:491-9.
14. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Depressive symptoms in children : A study using the Children's Depression Inventory (CDI). *J Psychiatr Assoc Thai* 1996; 41:222-34.
15. Department of Mental Health [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health [cited 2014 Aug 22]. Available from: <http://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=19>.
16. Thangjitpukdeesakul T. Rosenberg self-esteem scale. In: Phattharayuttawat S, editor. *Manual of psychological testing*. 4th ed. Bangkok: Medical Media, 2008; 484-5.
17. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47:1263-71.
18. Leelatrakarnkun K, Trangkasombat U. The association between depression and family functioning in seventh grade students in Ubonratchathani province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57: 29-38.

