

ความซุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี



นางศิริอร ฤทธิไตรรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974 - 17 - 0019 - 9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE AND FACTORS OF DEPRESSION IN
HIGH SCHOOL STUDENTS IN PETCHABURI PROVINCE



Mrs. Siriorn Ridhitrairatana

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine
Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974 - 17 - 0019 - 9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี
โดย นางศิริอร ฤทธิไทรรัตน์
สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้มหาวิทยาลัยวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี)

.....กรรมการ
(นายแพทย์สุจิต สวรรณชีพ)

ตีพิมพ์ ฤทธิ์ไตรรัตน์ : ความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขต
จังหวัดเพชรบุรี (Prevalence and Factors of Depression in High School Students in Petchaburi
Province) อาจารย์ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, อาจารย์ ที่ปรึกษาร่วม
อาจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี ; 96 หน้า. ISBN 974 - 17 - 0019 - 9.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ.จุดเวลาใดเวลาหนึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและ
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนัก
เรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1,369 คน เป็นชาย 683 คน หญิง 686 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัว
อย่างแบบหลายชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามปัญหาสุขภาพแบบตอบด้วยตนเอง แบบสอบ
ถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านจิตสังคม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์
2545 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตร
ฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไครส์แควร์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขต
จังหวัดเพชรบุรี เท่ากับร้อยละ 14.4 โดยพบความชุกในโรงเรียน ก. ข. และ ค. เท่ากับร้อยละ 15.7, 14.8 และ
11.9 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) บุคคลที่นัก
เรียนอาศัยอยู่ด้วย โดยนักเรียนที่อาศัยกับบิดามารดา และมีญาติอาศัยอยู่ด้วย มีภาวะซึมเศร้าสูงสุด นัก
เรียนที่อาศัยเฉพาะกับบิดามารดา มีภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด 2) การมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนเพียงพอหรือไม่ นัก
เรียนที่มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่เพียงพอ มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับค่าใช้จ่ายเพียงพอ 3) สัมพันธ
ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว นักเรียนที่มีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่ มี
ภาวะซึมเศร้าสูงสุด 4) ลักษณะการเลี้ยงดู นักเรียนที่ถูกเลี้ยงดูแบบควบคุมอย่างเข้มงวด หรือปล่อยปละละ
เลย มีภาวะซึมเศร้าสูง 5) ความรู้สึกสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต นักเรียนที่เคยมีความสูญเสียครั้งสำคัญใน
ชีวิต มีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่ไม่เคยมีความสูญเสีย

การศึกษาวิจัยต่อไป ว่าปัจจัยใดบ้างที่ทำให้โรงเรียนทั้ง 3 โรงเรียน มีอัตราความชุกของภาวะ ซึมเศร้า
ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายแตกต่างกัน อาจช่วยให้เข้าใจธรรมชาติ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการเกิด
ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนได้ และสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้
ต่อไป โดยการเพิ่มปัจจัยป้องกัน การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดระบบรองรับและดำเนินการ ให้ความช่วยเหลือนักเรียน
ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2544	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

437 53700 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORDS : HEALTH -RELATED SELF-REPORT SCALE / PREVALENCE / DEPRESSION / ADOLESCENCE.

SIRIORN RIDHITRAIRATANA : PREVALENCE AND FACTORS OF DEPRESSION IN HIGH SCHOOL STUDENTS IN PETCHABURI PROVINCE. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. DR.PORNCHAI SITHISARANKUL, THESIS COADVISOR : DR.WIROJ JIAMJARASRANGSI, 96 pp. ISBN 974 - 17 - 0019 - 9.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to assess the prevalence of and to explore the factors related to depression among high school students in Petchaburi Province. Samples were 1,369 high school students : 683 male and 686 female, obtained by multi-stage cluster sampling. The study tools were The Health-Related Self-Report (HRSR) Scale and the questionnaire about personal factors and psychosocial factors, self-administered by the students. Data were collected during January and February, 2002. Statistical analyses consisted of percentage, mean, median, standard deviation, and chi-square test.

The result revealed that the prevalence of depression in high school students in Petchaburi Province was 14.4 percent, with different prevalence in School A (15.7 percent), B (14.8 percent), and C (11.9 percent). Factors significantly related to depression were : 1) the person with whom the student stay : the students who stayed with their parents and cousin had highest prevalence of depression, whereas the students who stay with only their parents had the lowest prevalence of depression, 2) the adequacy of monthly expense : the students with inadequate monthly expense had higher prevalence of depression than the students with adequate monthly expense, 3) relationship among family members : the students who had poor family relationship had highest prevalence of depression, 4) type of child bearing : the students who were strictly controlled or had unlimited freedom had high prevalence of depression, and 5) major loss of life : the students with major loss of life had higher prevalence of depression than the students with no loss.

Further study into exploration of factors determining the difference of depression among the 3 schools may help elucidate the nature, risk factors, and protective factors of depression among the students. This can also serve as basic information for mental health promotion and mental health problem prevention in the future by increasing protective factors, reducing risk factors, and setting a system to early detect and properly manage the students with mild depression before progression to severe depression.

Department Preventive and Social Medicine
Field of study Community Medicine
Academic year 2001

Student's signature.....
Advisor's signature.....
Co - advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและช่วยเหลืออย่างดีของรองศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งกรุณาตรวจแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล นายแพทย์สุจิต สุวรรณชีพ อาจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ ที่กรุณาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น แนะนำการหาจำนวนตัวอย่าง การใช้สถิติในการวิจัย และให้คำชี้แนะให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล ที่กรุณาอนุญาตให้นำแบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง มาใช้ในการวิจัยและกรุณา ให้ความรู้ คำชี้แนะ และสนับสนุนเอกสารเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า สอนเสริมให้ในทุกวิชาหลักของสาขาเวชศาสตร์ชุมชน ตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้อง และให้คำแนะนำในการแก้ไขแบบสอบถาม

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์วินัย วิริยกิจจา ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กรุณาเป็นอย่างยิ่ง ในการให้โอกาสสนับสนุนให้ข้าราชการของกรมสุขภาพจิต และข้าราชการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต ทั้งที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยแห่งอื่น ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิตินิจิตเวช ที่กรุณาอนุมัติให้ใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลเป็นค่าเล่าเรียน ค่าธรรมเนียมการเรียน รวมถึงการให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ อาจารย์ฝ่ายวิชาการ อาจารย์แนะแนว และขอบคุณนักเรียนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเพชรบุรี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

คุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขออุทิศแด่มารดา บิดา คณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ให้ด้วยความเมตตา ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน รุ่นพี่ รุ่นน้อง เพื่อนร่วมรุ่นเวชศาสตร์ชุมชน และอาชีพเวชศาสตร์ บุคลากรของภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมทุกท่าน สามี และบุตร ซึ่งเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ศิริอร ฤทธิไตรรัตน์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	3
วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	6
ปัญหาทางจริยธรรม.....	6
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความหมายของภาวะซึมเศร้า.....	8
แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า.....	11
สาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	11
อาการของภาวะซึมเศร้า.....	14
วิธีวัดความซึมเศร้า.....	17
แบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง.....	17
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น.....	18

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ปัญหาของนักเรียนวัยรุ่น.....	21
พัฒนาการของวัยรุ่น.....	23
ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.....	29
ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.....	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.....	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
รูปแบบการวิจัย.....	35
ประชากรและตัวอย่าง.....	35
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านจิตสังคม และข้อมูลภาวะซึมเศร้าของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี.....	41
ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี.....	54
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี.....	60
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	70
รายการอ้างอิง.....	78
ภาคผนวก.....	85
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	86
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	88
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	96

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1	จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตในส่วนของโรคซึมเศร้าต่อประชากร ปีงบประมาณ 2541 ถึง 2543 ในเขตสาธารณสุข 4.....	2
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม เพศ อายุ และโรงเรียนที่ศึกษาอยู่.....	42
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม- ผลการเรียน และจำนวนพี่น้อง.....	43
ตารางที่ 4.3	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม ลำดับที่ของการเป็นบุตร และค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือน.....	44
ตารางที่ 4.4	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยและค่าใช้จ่ายที่ได้รับ.....	45
ตารางที่ 4.5	จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม สถานภาพของบิดามารดา และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว.....	46
ตารางที่ 4.6	จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม อาชีพของบิดามารดา.....	47
ตารางที่ 4.7	จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม ลักษณะการเลี้ยงดู.....	48

สารบัญญัตราสาร (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.8	จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว และบุคคลในครอบครัวติดสุรา / สิ่งเสพติด.....	49
ตารางที่ 4.9	จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม การเคยมีหรือไม่มีความรู้สึกเสียครั้งสำคัญในชีวิต และประเภทของความรู้สึกสูญเสีย.....	50
ตารางที่ 4.10	จำนวนความถี่ ร้อยละของระดับความรู้สึกต่อภาวะซึมเศร้า จากแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี.....	51
ตารางที่ 4.11	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามภาวะซึมเศร้า.....	54
ตารางที่ 4.12	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ก. จำแนกตามภาวะซึมเศร้า.....	55
ตารางที่ 4.13	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ข. จำแนกตามภาวะซึมเศร้า.....	56
ตารางที่ 4.14	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ค. จำแนกตามภาวะซึมเศร้า.....	57
ตารางที่ 4.15	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามเพศ และอายุ.....	60
ตารางที่ 4.16	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามผลการเรียน.....	61
ตารางที่ 4.17	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามจำนวนพี่น้อง และลำดับที่ของการเป็นบุตร.....	62

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.18	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน เขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามบุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย.....	63
ตารางที่ 4.19	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน เขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน.....	64
ตารางที่ 4.20	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน เขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามสถานภาพของบิดามารดา และ สัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว.....	65
ตารางที่ 4.21	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน เขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามอาชีพของบิดามารดา.....	66
ตารางที่ 4.22	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน เขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามลักษณะการเลี้ยงดู และการติด สิ่งเสพติดของบุคคลในครอบครัว.....	67
ตารางที่ 4.23	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน เขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต.....	68
ตารางที่ 4.24	จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขต จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต.....	69

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอัตราการป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นและกำลังได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกทำนายว่า ในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้า จะเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม โดยมีค่าใช้จ่ายสูงใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยในประชากรทั่วไป รวมถึงการที่ผู้ป่วยโรคนี้มักมีโรคทางจิตเวชชนิดอื่นร่วมด้วย รวมทั้งมีอัตราเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสูง จากการศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นพบว่า อัตราของเด็กที่มีอาการซึมเศร้าได้เพิ่มมากขึ้น โดยมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุดในผู้หญิงอายุระหว่าง 15 - 19 ปี และในผู้ชายระหว่าง 25 - 29 ปี และมีข้อมูลของศูนย์สถิติเพื่อสุขภาพแห่งชาติของประเทศอเมริกาพบว่า การเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายของผู้ที่อยู่ในวัยระหว่าง 15 - 24 ปี เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ และการฆาตกรรมรวมกัน นอกจากนี้ยังพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กที่ฆ่าตัวตายเป็นโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า

ในประเทศไทย กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข³ ได้รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจของโรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 10 แห่ง ในปี พ.ศ.2540 พบว่ามีผู้บาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ จำนวน 2,301 คน (เสียชีวิต 263 คน) โดยมีอัตราส่วนชาย : หญิง ค่อนข้างใกล้เคียงกันประมาณ 1 : 1 และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดในทุกโรงพยาบาลคือ 15 - 29 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 19 - 28 ของในแต่ละโรงพยาบาล อาชีพที่พบมากที่สุดในเกือบทุกโรงพยาบาลคือ ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 20 - 55 ยกเว้นโรงพยาบาลยะลาพบในนักเรียน / นักศึกษาสูงที่สุดร้อยละ 32 ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อาชีพที่พบมากเป็นอันดับ 2 คือนักเรียน / นักศึกษา จากรายงานของหน่วยงานเดียวกัน ในปี พ.ศ.2541 จากโรงพยาบาลเครือข่าย พบว่าสัดส่วนของผู้บาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจเพิ่มขึ้นจากที่มีรายงานในปี 2540 เกือบทุกโรงพยาบาล โดยพบ ผู้บาดเจ็บรวม 3,693 คน (เสียชีวิต 353 คน) ซึ่งมีอัตราส่วนชาย : หญิง กลุ่มอายุและอาชีพ ที่พบมากที่สุด ใกล้เคียงกับรายงานในปี 2540

ในส่วนของกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁵ ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช จำแนกตามโรค ประจำปีงบประมาณ 2539 - 2543 ในส่วนของโรคซึมเศร้าคือ 24,415 คน 22,450 คน 19,302 คน 19,406 คน และ 19,193 คน ตามลำดับ และจาก รายงานของกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต⁶ เช่นเดียวกัน ในส่วนของจำนวนและอัตรา ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2541 - 2543 ในเขตสาธารณสุข 4 พบจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ในส่วนของโรคซึมเศร้าต่อประชากร ปีงบประมาณ 2541 - 2543 ในเขตสาธารณสุข 4

จังหวัด	ประชากร ปี 2541 (คน)	ปี 2541		ประชากร ปี 2542 (คน)	ปี 2542		ประชากร ปี 2543 (คน)	ปี 2543	
		จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน		จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน		จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน
ราชบุรี	819,360	185	22.58	817,793	196	23.97	817,539	289	35.35
นครปฐม	765,425	26	3.40	774,276	75	9.69	773,910	229	29.59
กาญจนบุรี	775,198	102	13.16	778,456	700	89.92	797,788	176	22.61
เพชรบุรี	456,527	323	70.75	456,233	*	*	446,904	218	48.78
ประจวบคีรีขันธ์	473,335	8	1.69	477,190	*	*	354,064	155	32.48
สมุทรสาคร	416,393	33	7.93	421,738	49	11.62	421,687	56	13.28
สมุทรสงคราม	208,408	144	69.10	205,696	15	7.29	205,761	25	12.15

* ไม่มีรายงาน

ที่มา : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
: จำนวนประชากรรายจังหวัด สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2541 และ 31 ธันวาคม 2542

จะเห็นได้ว่าในจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีความเจริญทั้งในด้านการคมนาคม เกษตรกรรม อุตสาหกรรม และมีประชาชนอาศัยอยู่กันอย่างหนาแน่นในเขตเมือง มีอัตราของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงที่สุดในปีที่มีรายงาน

ในส่วนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น จัดเป็นปัญหาที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะมีความชุกและอัตราตายสูง เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาจิตเวชอื่น ๆ ส่วนหนึ่งที่ทำให้การเกิดโรคนี้อันเพิ่มขึ้น ก็เพราะการปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน มากขึ้น โอกาสที่จะใช้เวลากระชับความสัมพันธ์ระหว่างกันลดลง ขาดการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม การที่ครอบครัวจะเป็นที่พึ่งพิงและสร้างความ

มั่นคงทางจิตใจให้แก่สมาชิกก็ลดลง วัยรุ่นขาดผู้ชี้แนะและเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดปัญหาความคับข้องใจในหลายด้าน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดปัญหาสุขภาพจิต และโรคซึมเศร้า โดยในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นจำนวนมากในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาชี้ว่าวัยรุ่นป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราที่ค่อนข้างสูง ความชุกมีตั้งแต่ร้อยละ 8 - 30 ขึ้นกับวิธีการและประชากรศึกษา ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นก็พบว่ามีความชุกสูงเช่นกัน เช่น ร้อยละ 50.4 ในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย และร้อยละ 49.8 ในนักเรียนวัยรุ่น เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นยังไม่กว้างขวางเท่าไรนัก ทั้งนี้เพราะขาดเครื่องมือประเมินผู้ป่วยที่มีมาตรฐานเพียงพอ

ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะนำแบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเองซึ่งสร้างขึ้นโดยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล และคณะ มาทำการศึกษาในนักเรียนวัยรุ่น โดยได้ขออนุญาตทำการศึกษาจากศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล แล้ว ผลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาช่วยในการ แก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในส่วนของงานเฝ้าระวังโรค การส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช อันมีผลสืบเนื่องจากโรคซึมเศร้าใน วัยรุ่นต่อไป

คำถามในการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรีเป็นเท่าไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี โดยแบบประเมินปัญหาสุขภาพแบบตอบด้วยตนเอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

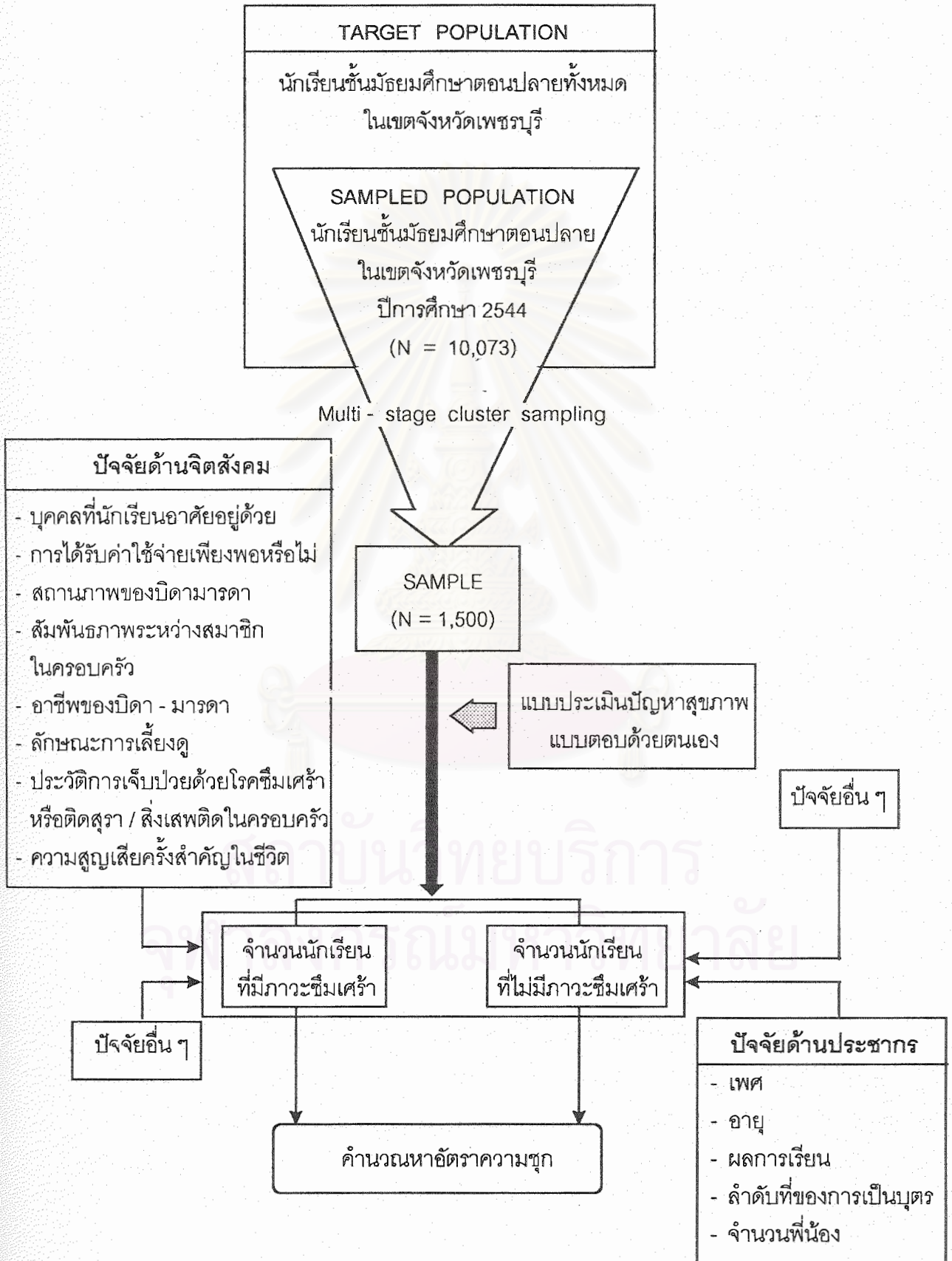
สมมติฐานการวิจัย

นักเรียนที่มีกับไม่มีภาวะซึมเศร้ามีปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านประชากร แตกต่างกัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า

หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงอารมณ์ทุกข์ (Dysphoric) โดยแยกเป็นอาการทางกาย (Vegetative) อาการทางความคิด (Cognitive) และความกระตือรือร้น (Motivation) ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง (Health - Related Self - Report Scale)

วัยรุ่น

หมายถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญทั้งชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2544 ที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี

อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า

หมายถึง จำนวนนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด ต่อหน่วยประชากรที่ศึกษาที่จุดเวลาที่กำหนด

$$\text{อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า} = \frac{\text{จำนวนนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดในช่วงที่ศึกษาวิจัย} \times 100}{\text{จำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ตอบแบบประเมินปัญหาสุขภาพ}}$$

ปัญหาทางจริยธรรม

คาดว่าอาจมีผลกระทบต่อนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และโรงเรียนที่นักเรียนศึกษาอยู่ เมื่อผลการศึกษาออกมาว่านักเรียนมีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้หลีกเลี่ยงการที่จะมีผลกระทบต่อนักเรียนโดยตรงโดยการลงรหัสในแบบสอบถามแทนการระบุชื่อ และหลีกเลี่ยงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับโรงเรียน โดยใช้ชื่อย่อซึ่งไม่เป็นชื่อย่อของชื่อโรงเรียน แทนการตีพิมพ์ชื่อโรงเรียนลงในรายงานการวิจัย และจะประสานงานกับผู้ประสานงานของโรงเรียนเพื่อดำเนินการในรายที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไปอย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของนักเรียนมัธยมปลายและวัยรุ่นทั่วประเทศได้ ผลการวิจัยจึงนำไปใช้ได้เฉพาะประชากรที่อยู่ในระบบการศึกษา และในท้องถิ่นที่มีลักษณะสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกันเท่านั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นักเรียนที่พบว่ามีความเครียด จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากโรงเรียน และบุคลากรสาธารณสุข
2. เป็นข้อมูลสนับสนุนให้นักเรียนเห็นความสำคัญของการรับทราบข่าวสารความรู้การป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
3. เป็นข้อมูลสนับสนุนแก่ผู้บริหารสถานศึกษา และผู้เกี่ยวข้องในการให้ความสนใจร่วมมือกันในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุก และปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไว้เป็นลำดับ ดังนี้

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า
3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น
4. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
5. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
- 7.

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข ขาดสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลซึมเศร้าจะมีอารมณ์หม่นหมอง เศร้าสลดหดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย เนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิตใจจากการสูญเสีย หรือ มีการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวเคมีในร่างกาย ทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีความท้อแท้ใจ และเบื่อชีวิต ความรู้สึกนึกคิดในคุณค่าของตนเองน้อยลง และอาจทำลายตัวเองได้

Beck ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้คือ

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้าโศก เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เซื่องซึม
2. มีอึดทนในทัศนในแง่ลบกับตนเอง ต่ำหนืดตนเอง
3. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง
4. เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. กิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เซื่องช้า (Retardation) หรือ

กระวนกระวาย (Agitation)

Simon and Worden อ้างในวีระวรรณ อุประมาณ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ายังมีอีกหลายความหมาย ดังนี้

1. สภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงเวลาสั้น ๆ อาจจะเป็นช่วงขณะหนึ่งหรือยาวนานเป็นวัน โดยที่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน บางครั้งเราอาจรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุข เมื่อมีบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ถูกใจ เกิดขึ้น

2. ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะอาการหนึ่ง (Depression as a symptom) หมายถึง สภาวะของการสูญเสีย หรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง และระยะเวลาอาจยาวนาน เป็นสัปดาห์หรือเดือน

3. ภาวะซึมเศร้าที่มีกลุ่มอาการที่ผิดปกติทางคลินิก (Depression as a clinical syndrome) หมายถึง ภาวะที่อาการซึมเศร้าเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่องและยาวนาน ระยะเวลาเป็นเดือนขึ้นไป มีลักษณะรุนแรง และรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงส่วนอื่น ๆ ในการทำงานของ ร่างกาย จิตใจ และสังคมจนถือว่าเป็นอาการป่วยทางจิตเวช

Lazure A. ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า (Depression) ในปี 1989 ว่ามีความหมาย ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบที่เป็นปกติ เช่น ความรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุข
2. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการ

- เป็นสภาวะของความรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุขที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและยาวนานกว่ากรณีดังกล่าวข้างต้น ระยะเวลาอาจยาวนานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน

- จะเกิดตามหลังการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงในชีวิต หรือเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต

3. ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะของโรค

- เป็นภาวะที่อาการของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่องและยาวนานเป็นเดือนขึ้นไป

- ถือว่าเป็นการป่วยทางจิตเวช

- การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่เกิดพร้อมกัน คือ การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของร่างกาย งานและสังคม

นงพงา ลิ้มสุวรรณ อ้างในอังคณา ปรีชาเมตตา สรุปจากการศึกษาที่ผ่านมาว่า คำว่า Depression ใช้ใน 3 กรณีคือ

1. Normal depressive affect เป็นภาวะความรู้สึกปกติของมนุษย์ เช่น รู้สึกเศร้าเมื่อเกิดความผิดหวังในบางสิ่งบางอย่างที่หวังไว้ หรือรู้สึกหมดกำลังใจ ท้อแท้ใจในบางเรื่อง เป็นต้น

2. Symptomatic depression ภาวะซึมเศร้าในที่นี้เป็นอาการส่วนหนึ่งของโรคบางโรค เช่น โรคต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าหรือหลังการติดเชื้อไวรัสทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เป็นต้น

3. Depressive disorder คือ ภาวะซึมเศร้าในที่นี้เป็นอาการของความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood) โดยตรง เช่น พวก Major affective disorder ได้แก่ Major depressive disorder, Bipolar affective disorder และถ้าตามการแบ่งแบบเดิมก็รวม Involutional melancholia, Psychotic depressive reaction ไว้ด้วย

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้อีกมากมาย เช่น อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ได้ให้นิยามศัพท์ภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า (Dysphoric Mood) และมีความรู้สึก เบื่อหน่าย ไม่มีความรู้สึกสนุกสนาน (Loss of interest or pleasure) และอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด สามารถแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. มีเพียงอาการซึมเศร้า (Depressive Symptom) เท่านั้น ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค (Disorder) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าบางประการที่ไม่รุนแรง โดยยังไม่มี ความผิดปกติในกิจวัตรประจำวันหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีเพียงความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรือร้องไห้

2. โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงและรบกวนกิจวัตรประจำวัน แบ่งตามวิธีการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกาไว้ 3 ประเภทคือ

2.1 ภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติในการปรับตัว (Adjustment Disorder with Depressed Mood)

2.2 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia)

2.3 โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression)

ดวงใจ กสานติกุล ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบ ซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

สรุฒิ สังข์ศรี¹⁸ ได้ให้ความหมายของอารมณ์เศร้าว่า หมายถึง การที่ไม่สามารถจะรู้สึกถึงความพึงพอใจ ไม่ว่าจะในหนทางใด ๆ เช่น ไม่สามารถหัวเราะเมื่อมีเรื่องตลก ไม่สามารถยินดีเมื่อมีเรื่องโชคดี ไม่สามารถมีอารมณ์รื่นเริงเหมือนคนอื่น ๆ ในกลุ่มอารมณ์เศร้า เป็นประสบการณ์ปกติของมนุษย์ จะพบได้เมื่อสูญเสียสิ่งสำคัญหรือไม่ได้บางสิ่งที่คาดหวังเอาไว้

2. แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าอาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (Affect or State) ซึ่งใคร ๆ ก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือ คงนานและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (Mood or Trait) คือ คงนานและระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment Disorder) หรือเป็นผลจาก มีโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ (Secondary Depression)

3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (Primary Affect Disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกตินาน (Mood Disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้าหรือ hypomania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่

- อาการทางจิตสรีระ (Psychophysiology หรือ Vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

- อาการทางความคิด (Cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ซ้ำหวนซ้ำ คิดหาความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

- อาการทางพฤติกรรมเคลื่อนไหว (Psychomotor) เช่น ซึมเศร้า หรือ กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กสานติกุล ได้แบ่งสาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวนออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic Models)

นักจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์ดิบบั้นพื้นฐาน (Primitive) ที่สุดปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ที่ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุดที่จะเกิดขึ้น

2. สาเหตุจากความคิดแง่ลบ (Negative Cognitive)

Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไรก็รู้สึกอย่างนั้น และความคิดบิดเบือนเป็นผลจากการมีประสบการณ์ชีวิตที่เลวร้าย ผู้ป่วยซึมเศร้ามี Cognitive Triad คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบดังนี้

2.1 ผู้ป่วยมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

2.2 ผู้ป่วยมองโลกหรือสังคมในแง่ร้ายเห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมสิ่งแวดล้อม รู้สึก

ถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกหมดกำลังใจ

2.3 ผู้ป่วยมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลวและหมดทางแก้

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models) มีแนวคิด 2 แบบคือ โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ทอดอาลัย (Learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

สมภพ เรื่องตระกูล ได้อธิบายถึงสาเหตุที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. พันธุกรรม

การศึกษาพันธุกรรมของโรคซึมเศร้าพบลักษณะสำคัญดังนี้

1.1 ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5 - 3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) ในอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไป

1.2 ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า

1.3 จากการศึกษาคู่แฝดพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 54 และโอกาสที่คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วยมีร้อยละ 24

1.4 การศึกษาโรคนี้ในบุตรบุญธรรม ที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า ทั้ง 2 คน พบว่าบุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาซึ่งเป็นปกติ

2. ความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง

ในปัจจุบันพบว่าความผิดปกติของ monoamine metabolism ในระบบประสาทส่วนกลางเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอารมณ์แปรปรวน โดยในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจะมี functional deficit ของ norepinephrine และ / หรือ serotonin

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

3.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ มีผู้เสนอข้อสันนิษฐานว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีแนวความคิดเกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งชีวิตที่ผ่านมา และจะมีต่อไปในอนาคตทางด้านลบและไม่มีคุณค่า

3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจ พบว่า

3.2.1 โรคซึมเศร้านักเกิดภายหลังผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รัก หรือการหย่าร้าง

3.2.2 ปัจจัยทางจิตใจเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในครั้งแรก ๆ แต่จะมีผลเพียงเล็กน้อยในการป่วยครั้งต่อ ๆ ไป

4. โรคทางกายเรื้อรัง และสารเสพติด

โรคทางกายเรื้อรัง เช่น กลุ่มอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง (chronic fatigue syndrome) และการเสพติดสุราและโคเคน อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีอาการเกิดซ้ำได้

สุวัทนา อารีพรรค ได้อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. Biochemical Hypothesis

Neurotransmitters ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า เช่น Norepinephrine และ Serotonin เป็นต้น ในภาวะซึมเศร้าสารทั้งสองชนิดจะลดลงโดยมีผลต่ออารมณ์ การหลับ ตื่น และอารมณ์เพศเหมือนกันแต่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวไม่เหมือนกัน

2. Genetic Hypothesis

คนที่มีพ่อหรือแม่ป่วยเป็น Major depression จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ร้อยละ 16 ในพี่น้องฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนจะเป็นด้วย ร้อยละ 43 แต่ถ้าเป็นฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ อีกคนมีโอกาเป็นร้อยละ 19

3. Endocrinological Hypothesis

การเกิดโรคซึมเศร้าในระยะใกล้ประจำเดือน หลังการแท้ง และการคลอดใหม่ ๆ ทำให้เกิดข้อสงสัยว่าระดับฮอร์โมนเพศหญิงจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า

4. Psychodynamic Hypothesis

Abraham กล่าวว่า Normal grief จะกลายเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อมีความโกรธและความเกลียดชังเกิดขึ้นร่วมกับความรัก ในขณะที่ Mourning เป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียจริง แต่ Melancholy อาจเกิดจากความคิดฝันในจิตใจได้สำนึกกว่าตนได้สูญเสียสิ่งที่ตนรัก

5. Family and Social Hypothesis

นักพฤติกรรมศาสตร์กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็น learned form of helplessness ซึ่งรูปแบบของการขาดความช่วยเหลือ (models of helplessness) ในครอบครัวอาจได้แก่ การแตกแยกของครอบครัว หรือความแปรปรวนในสัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตร (mother - child relationship) ในช่วงต้น ๆ ของชีวิต ทำให้บุคคลนั้นมีจุดอ่อนต่อโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ทำให้เห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยหลายด้านที่ผสมกลมกลืนกัน เช่น ด้านพันธุกรรม ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท ระดับของฮอร์โมน ปัญหาทางจิตใจ ความคิดในด้านลบ ไม่ยกเว้นแม้แต่ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

อาการของภาวะซึมเศร้า

1. **อารมณ์เศร้า** เป็นอาการสำคัญของโรค ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วย ไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยเหตุนี้ควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกด้วยเสมอ

อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีเวลา เวลาที่ไม่เศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดเวลา บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ายาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ายากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าตามเวลาเช่นนี้เป็นลักษณะที่สำคัญของโรคซึมเศร้า

2. **อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย** อาการนี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นกัน เพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายบ่อย และต่างก็ไม่รู้สาเหตุ ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบาย และตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึก หงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

3. **ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ** ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและ ไม่สนใจดังเช่นเคย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ความรู้สึกทางเพศจะลดลงหรือไม่มีเลย

4. **อาการเบื่ออาหาร** ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู้สึกจะเปลี่ยนไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหาร แม้มันจะเคยชอบ แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2 - 5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

5. **นอนไม่หลับ** มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1 - 2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ ลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ตีหนึ่งตีสอง แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้แต่ยาก และมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อยหรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหยุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้น

ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1 - 2 ชั่วโมง เช่น ปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า

6. **อาการอ่อนเพลีย** ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขา ผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจเพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวล และถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกด้วยจะยิ่งกังวลมาก

7. **ความคิดเชิงซ้ำ** ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชิงซ้ำ แรก ๆ จะสังเกตว่าผู้ป่วยเงิบและซึมลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่าง ๆ จะเป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ทำไม่ได้

8. **สมาธิเสีย** ความจำไม่ดี และลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก เพราะทำงานไม่ได้ดี หรือทำไม่ได้และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ และยิ่งกังวลว่าจะต้องออกจากงาน จะสอบตก หรือสมองจะเสียตลอดไป บางรายเกิดอาการหลงผิดว่าเป็นโรคเนื่องอกในสมอง

9. ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกตัวเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกที่ตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สถิติปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง แม้บ้านคิดว่าตนทำงานบ้านบกพร่อง เลี้ยงลูกไม่ดี หรือสามีคิดว่าตนทำงานไม่ได้ จะเป็นที่พึงของครอบครัวไม่ได้

ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตาย และฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดี และไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ครุ่นคิดว่าตัวเป็นคนไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากให้ ถ้าไม่มีตนทุกคนก็จะสบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย

10. ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยเศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิด และตำหนิตนเองโดยที่ไม่มี ความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิมากเช่นนี้ ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุดของโรคนี้

11. ความคิดอยากตาย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามาก ๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่าอาการเศร้ามาก ๆ และความคิดอยากตายมีส่วนสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากความทรมานและความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นสิ่งแรก ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ปรากฏว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ ถ้าแพทย์ไม่ถาม จึงควรถือเป็นหลักว่าเมื่อพบผู้ป่วยเศร้าต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

12. ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัว และกังวลไปต่าง ๆ เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนั้นเช่นนั้น กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิกลจริต กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

13. อาการทางกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย เวลามารพบแพทย์ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย ลักษณะดังกล่าวพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป เรียกว่า masked depression

วิธีวัดความซึมเศร้า

ได้มีผู้พยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะศึกษาความซึมเศร้า ทั้งของบุคคลธรรมดาและผู้ป่วยทางจิตเวช โดยทั่วไปแบ่งวิธีการประเมินเป็น 3 วิธีคือ

1. การประเมินด้วยตนเอง (self - rating scale) ได้แก่ แบบทดสอบเอ็มเอ็มพีไอ (MMPI - The Minnesota Multiphasic Personality Inventory), แบบสำรวจความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory), แบบสอบถามสำหรับวัดอาการซึมเศร้า CES - D (Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale), แบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง Health - Related Self Report (HRSR) Scale

2. การประเมินโดยผู้รักษา (Physician - Rated Scale) ได้แก่ แบบสำรวจความซึมเศร้าของแฮมิลตัน (The Hamilton Rating Scale for Depression) แบบทดสอบรอสชาร์ค (Rorschach Inkblot Test)

3. การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย (Objective Behavioral Measures) เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอก ซึ่งสังเกตและวัดได้และมีการเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ และบันทึกไว้ ได้แก่ การพูด การยิ้ม กิจกรรมที่ใช้ในการเคลื่อนไหวและเวลาที่ผู้ถูกสังเกตไม่ได้อยู่ในห้องที่กำหนดให้

แบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง

ดวงใจ กสานติกุล และคณะ ได้ทำแบบสอบถามแบบวัดหรือตอบด้วยตนเอง เรียกว่า แบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง (Health - Related Self - Report) ไม่เรียกว่าแบบวัดโรคซึมเศร้า เพื่อหลีกเลี่ยงการชักนำหรือบิดบังอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นจริงของผู้ตอบ ให้ตรวจวัดหาความเครียดหรือโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ใช้สะดวกและแปลผลง่ายกับประชากรไทย โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามนำร่องเป็นเวลา 2 ปี เพื่อเลือกสรรรายการสำคัญที่พบบ่อยในคนไทย และใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายได้คำถาม 20 ข้อ แยกเป็นอาการทางกาย (Vegetative) ความกระตือรือร้น (Motivational) อาการทางความคิด (Cognitive) และทางอารมณ์ (Psychological) โดยมีอารมณ์ด้านบวก 3 ข้อ (รู้สึกสบายใจ, ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่มีความหมาย และรู้สึกตัวเองมีคุณค่า) คิดคะแนนตามความถี่จากไม่เลย (0) และบ่อย ๆ (3) ข้อด้านบวกจะคิดคะแนนกลับกัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนปกติในชุมชน 890 ราย และผู้ป่วย 405 ราย ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี (อายุเฉลี่ย 34 ปีเท่ากัน) และมีสถานภาพด้านอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยถูกแบ่งเป็น 4 กลุ่ม เพื่อดูความแตกต่างจากคะแนนคือ กลุ่มวิตกกังวล กลุ่มโรคประสาทซึมเศร้า กลุ่มโรคซึมเศร้ารุนแรง และกลุ่มโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IIIIR)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมีคะแนนมัชฌิมฐานสูงสุด (39.00 ± 11.58) กลุ่มวิตกกังวลมีคะแนนต่ำสุด (21.6 ± 9.82) กลุ่มโรคประสาทซึมเศร้าอยู่ระดับกลาง ๆ (28.8 ± 8.76) คะแนนของหญิงและชายไม่แตกต่างกันนัก ในขณะที่คะแนนของกลุ่มคนปกติอยู่ที่ 13.6 ± 7.33

ข้อความที่เป็น Objective Signs (คนอื่นทักว่าดูเครียด ซึม หมองคล้ำ และเคยพยายามฆ่าตัวตาย) ช่วยมากในการบ่งถึงภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อความด้านบวก 3 ข้อ ก็ช่วยมากในการแยกบุคคลทั่วไปจากผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ด้วยวิธีของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนี้เท่ากับ 0.91

จุดตัดของคะแนนที่ 30 บ่งว่าผู้ตอบน่าจะมีอารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรง Major depression (specificity 90.2%, sensitivity 85.3%) จุดตัดของคะแนนที่ 25 บ่งถึงผู้ป่วยที่น่าจะมีภาวะเครียด ซึมเศร้า หรือโรคทางจิตประเภทอื่น ๆ (specificity 93.4%, sensitivity 75.1%) ที่ควรได้รับการตรวจและรักษาตั้งแต่ป่วยระยะแรก ๆ โดยจำแนกคะแนนของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่มดังนี้

คะแนน	ภาวะซึมเศร้า
0 - 24	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
25 - 29	มีภาวะซึมเศร้าระยะแรก
ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

Hurlock (อ้างในพาสนา พลิลลีย์) ได้อธิบายว่า “วัยรุ่น” ตรงกับคำว่า “Adolescence” ในภาษาอังกฤษ และมีรากศัพท์เดิมมาจากภาษาละตินว่า “Adocescere” ซึ่งมีความหมายว่า เจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ (maturity) ซึ่งการบรรลุถึงขั้นวุฒิภาวะจะรวมถึงทั้งการเจริญเติบโตทางร่างกายและการเจริญทางจิตใจด้วย กล่าวคือ จะต้องมีการพัฒนาทั้ง 4 ด้านไปพร้อม ๆ กัน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา

ดวงใจ กษานติกุล ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า หมายถึง ช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตามด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ซึ่งขบวนการนี้จะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ โดยได้แบ่งวัยรุ่นตามพัฒนาการและช่วงอายุ ดังนี้

1. วัยรุ่นตอนต้น (Pubertal Phase) เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมาก ซึ่งมีช่วงเวลายาวนานประมาณ 2 ปี ส่วนใหญ่อายุ 11 - 13 ปี มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทำให้อารมณ์แปรปรวน

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Transitional Phase) อายุ 14 - 16 ปี เป็นวัยที่ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดลึกซึ้ง (Abstract) จึงหันมาใฝ่หาอุดมการณ์และเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อความเป็นส่วนตัวของตนเอง และพยายามเอาชนะความผูกพันเพราะยึดพึ่งพิงบิดามารดา

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Adolescence Proper) อายุ 17 - 19 ปี เริ่มจากการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยหนุ่มสาว (Puberty) ประมาณ 4 ปี เป็นเวลาของการฝึกอาชีพ ตัดสินใจเลือกอาชีพที่เหมาะสมและมีความสัมพันธ์แบบผูกพันแน่นแฟ้น (Intimacy) ลักษณะดังกล่าวอาจคาบเกี่ยวกันได้ในแต่ละช่วง

Kosky, Eshkevari & Carr กล่าวว่า วัยรุ่นตามความหมายพจนานุกรมอังกฤษ คือ ระยะเวลาของการพัฒนามนุษย์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเริ่มต้นของวัยรุ่นหนุ่มสาว และวัยผู้ใหญ่

สุชา จันทรเฒ ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่นคือ วัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เป็นวัยที่เป็นสะพานเชื่อมไปหาวัยผู้ใหญ่ กำหนดเอาความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นสำคัญ โดยถือเอาตอนที่เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือน และเด็กชายมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์เป็น ครั้งแรก

Roger ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น โดยพิจารณาจากเกณฑ์ทางด้านร่างกาย ช่วงอายุและเกณฑ์ทางสังคม ซึ่งเกณฑ์ทางด้านร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 2 อย่างคือ เสียงเปลี่ยนโดยเด็กชายจะเสียงแตกห้าว เด็กหญิงจะเสียงแหลมขึ้น มีขนขึ้นตามที่แตกต่างกัน สัดส่วนของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือน และเด็กชายมีการหลั่งน้ำกามครั้งแรก ส่วนเกณฑ์ตามช่วงอายุนี้อาจจะไม่ตรงกับสภาพความจริง เพราะการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายของเด็กแต่ละคนเจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นไม่พร้อมกัน

วัยรุ่นโดยทั่วไป หมายถึง บุคคลที่อายุระหว่าง 13 - 19 ปี บางครั้งเรียกว่า วัยทีนเอจ (teenage) เพราะถ้าสังเกตจะพบว่าตัวเลขในภาษาอังกฤษลงท้ายด้วยทีน (teen) ทั้งนี้ และวัยนี้ยังเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างเห็นได้ชัด เปลี่ยนจากเด็กมาเป็นหนุ่มสาวโดยถือเอาความพร้อมและวุฒิภาวะทางเพศเป็นจุดเริ่มต้น และสิ้นสุดลงเมื่อมีความพร้อมและวุฒิภาวะทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

วัยรุ่นในช่วงอายุประมาณ 13 - 19 ปี นับเป็นวัยที่สำคัญที่สุดวัยหนึ่ง เพราะเป็น หัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างวัยเด็กกับผู้ใหญ่ มีพัฒนาการอย่างมากทั้งทางร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ สติปัญญา บทบาทและการปรับตัวทางสังคม วัยนี้เด็กแยกตัวออกจากครอบครัวไปเป็นอิสระมากขึ้น ถ้าพัฒนาการในวัยก่อนหน้ามีความบกพร่อง ปัญหาต่าง ๆ อาจรุนแรงมากขึ้นในวัยรุ่น นอกจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของร่างกายและจิตใจแล้ว ความคาดหวังจากครอบครัวและสภาพแวดล้อมต่างก็ทำให้เกิดความสับสนแก่วัยรุ่นได้มาก

การเปลี่ยนแปลงในวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของมนุษย์ ทำให้วัยรุ่นในระยะหลังต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ มากกว่าวัยรุ่นในอดีต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้แก่

1. ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพทำให้เด็กหญิงมีประจำเดือนเร็วขึ้นกว่าในอดีต ในเด็กชายมีแนวโน้มในทิศทางเดียว แม้ว่าจะไม่ชัดเจนเท่าในเด็กหญิง ขณะเดียวกันด้วยระบบการศึกษาทำให้วัยรุ่นต้องพึ่งพาผู้ปกครองยาวนานขึ้น การที่ระยะเวลาเริ่มต้นเร็วแต่สิ้นสุดช้าลง สร้างแรงกดดันที่ทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัวมากขึ้น

2. ความขัดแย้งระหว่างพัฒนาการด้านชีวภาพ และสังคม เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นร่างกาย มีความพร้อมทางชีวภาพในการสืบพันธุ์ แต่วุฒิภาวะด้านสังคมยังต้องอาศัยเวลาอีกหลายปี จึง เป็นระยะที่อาจตัดสินใจผิดพลาดส่งผลเสียต่อชีวิตทั้งชีวิต

3. ความสับสนในบทบาทของผู้ใหญ่และบทบาทในอนาคต ในอดีตเด็กมีโอกาสเรียนรู้บทบาทของผู้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง ใกล้ชิด มีการเตรียมการจากการสังเกตผู้ใหญ่ที่ใกล้ชิด ทักษะที่จำเป็นสำหรับการเป็นผู้ใหญ่จะค่อย ๆ เรียนรู้ ปัจจุบันมีความซับซ้อนและกำกวมของบทบาทผู้ใหญ่มากขึ้น โอกาสสังเกตเรียนรู้จากความใกล้ชิดน้อยลง และเด็กยังเรียนรู้ชีวิตผู้ใหญ่จากสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะทีวี ซึ่งเป็นเรื่องราวของจินตนาการมากกว่าความเป็นจริง จึงเป็นการยากที่จะเข้าใจบทบาทของผู้ใหญ่ที่วัยรุ่นจะต้องแสดงเมื่อถึงวัยของเขา

4. ความเสื่อมลงของสถาบันครอบครัวและการเกื้อหนุนทางสังคม การโยกย้ายถิ่นฐาน การเปลี่ยนโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว การมีครอบครัวที่มีแม่ หรือพ่อเพียงคนเดียวจากปัญหาหย่าร้าง ทำให้เครือข่ายที่เคยเกื้อหนุนวัยรุ่นให้มีโอกาสค่อย ๆ ปรับตัวขาดหายไป

5. สิ่งยั่วยุและสารเสพติดเพิ่มมากขึ้น ไม่เพียงสิ่งยั่วยุทางเพศ ปัญหาบุหรี่ เหล้า และสารเสพติดอื่น ๆ ก็มีมากขึ้น การมียานพาหนะให้ใช้ อาวุธ และสิ่งยั่วยุอื่น ๆ ที่อาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพล้วนเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาของนักเรียนวัยรุ่น

ปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมถือได้ว่า เป็นปัญหาใหญ่สำหรับเด็กและเยาวชนวัยนี้ ในปี 2531 การสำรวจเยาวชนอายุ 13 - 20 ปี โดยการสอบถามแม่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของเด็ก พบว่า เยาวชนในเมืองมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเยาวชนในชนบท อาทิการแสดงออกที่รุนแรงร้อยละ 12.7 หวาดกลัวอยู่เสมอร้อยละ 7.3 ผิดปกติทางเพศร้อยละ 2.7 นอกจากนี้การฆ่าตัวตายก็เป็นปัญหาฉุกเฉิน ซึ่งพบสูงในเยาวชนชายหญิงอายุ 15 - 24 ปี ซึ่งมักพยายามฆ่าตัวตายด้วยการกินยาพิษ ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าหญิง แรงจูงใจของการพยายามฆ่าตัวตาย คือ ต้องการแก้แค้น ต้องการกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรู้สึกผิดหรือบาป ต้องการเกิดใหม่ หนีความสิ้นหวัง และหนีอาการประสาทหลอนที่น่ากลัว เยาวชนรายงานว่าตนเองมีปัญหาสำคัญ ๆ 5 ประการคือ การเรียน การเงิน สุขภาพ ครอบครัว และบุคลิกภาพ

อัมพร ไชยตระกูล และคณะ ได้ศึกษาปัญหาส่วนตัวของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ชั้น ม.1 - ม.3 ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2526 - 2527 จำนวน 520 คน ชาย 309 คน หญิง 211 คน โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นเองร่วมกับแบบสอบถาม Mooney Check List (J - form) ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีปัญหาและปัญหาในระดับปานกลางอยู่ 2 เรื่องคือ ปัญหาลักษณะส่วนตัว ปัญหาทางการเงิน การงานและอนาคต และปัญหาด้านโรงเรียน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดปัญหากับเพศ พบว่า นักเรียนหญิงมีปัญหาส่วนตัวมากกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะด้านสุขภาพ การเรียน เรื่องบ้านและครอบครัว ส่วนความสัมพันธ์ของภูมิหลังครอบครัวกับปัญหาของนักเรียน พบว่า ตัวแปรด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา อุปนิสัยของบิดามารดา ผู้อบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กเล็กและระดับการศึกษาของบิดา มีความสัมพันธ์กับปัญหาเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ปัญหาของวัยรุ่นนั้นอาจเกิดเฉพาะต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือต่อกลุ่มก็ได้ เช่น ปัญหาต่อระบบการปกครอง การเมือง การเรียน และอื่น ๆ ทำให้วัยรุ่นนั้นมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการ เรียกว่า Adolescent turmoil เมื่อมาถึงจุดหนึ่งอาการที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ก็จะหายไปเป็นปกติ หลังจากวัยรุ่นผู้นั้นผ่านพ้น Adolescent turmoil เมื่อมาถึงจุดหนึ่งอาการที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ก็จะหายไปเป็นปกติ หลังจากนั้นวัยรุ่นผู้นั้นผ่านพ้น Adolescent turmoil แล้ว

Rutter กล่าวว่า Adolescent turmoil เป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีอยู่จริงและปัญหาวัยรุ่นไม่ควรปล่อยผ่านไปโดยคิดว่า เมื่อเวลาผ่านไปจะหายได้เอง เพราะปัญหาของวัยรุ่นจะมีผลต่อชีวิตภายหน้าได้

ปัญหาของวัยรุ่นควรได้รับการรักษาอย่างจริงจังไม่ควรปล่อยไว้ โดยคิดว่าเมื่อเวลาผ่านไปปัญหาจะหายไปเองโดยขบวนการพัฒนาตามธรรมชาติ เพราะเมื่อได้ติดตามในระยะยาว พบว่า ปัญหาไม่ได้หายไปเอง ผลของการไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจทำให้มีผลเสียต่อวัยรุ่นตลอดชีวิต การรักษาไม่ควรรักษาตามอาการที่ปรากฏเท่านั้น แต่ควรแก้ไขความบกพร่องของ Ego ด้วย

ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น คือ ปัญหาการปรับตัว แสดงออกเพื่อชดเชยในความคับข้องใจตลอดจนการแสดงออกในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

อุมาพร ตรังคสมบัติ ได้กล่าวถึงปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่พบบ่อย ๆ คือ การปรับตัวที่ผิดปกติเมื่อเผชิญกับความเครียด โรคประสาทวิตกกังวล โรคซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย โรคจิต ความผิดปกติในการกิน เอกลักษณะนิสัยสับสน บุคลิกภาพผิดปกติ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเกเร พฤติกรรมผิดเพศ เช่น เป็นกระเทย ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา และปัญหาการเข้ากับเพื่อนฝูง

ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นเพียงปัญหาทางสุขภาพจิตที่ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค อาจสรุปได้ว่ามีสาเหตุมาจาก

1. ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการแห่งวัย ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย การพัฒนาเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ พัฒนาการทางด้านสติปัญญาและพัฒนาการทางด้านสังคม

2. การปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจ การเงิน การทำตามเพื่อน ความเป็นตัวของตัวเอง และปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เป็นผู้ที่กำลังอยู่ในวัยรุ่น (Adolescence) ซึ่งนับว่าเป็นช่วงวิกฤติ (Critical Period) ช่วงหนึ่งของชีวิต เพราะเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ทำให้นักเรียนต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อกระบวนการการเรียนรู้และต่อสังคมได้มากกว่าวัยอื่น ๆ ถ้าคนรอบข้างไม่ทำการศึกษาและเข้าใจในการพัฒนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอย่างถ่องแท้ อาจทำให้เกิดผลเสียอื่น ๆ ตามมา ทั้งนี้เพราะความสำเร็จหรือความล้มเหลวในพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของนักเรียนเป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในชีวิตได้หรือไม่

พัฒนาการของวัยรุ่น

พัฒนาการของวัยรุ่นประกอบด้วยพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดังนี้

พัฒนาการทางด้านร่างกาย

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นแรกเริ่มเด็กหญิงอายุประมาณ 11 - 13 ปี เด็กชายอายุประมาณ 13 - 15 ปี จะมีความเจริญเติบโตทางด้านร่างกายรวดเร็วมาก ทั้งในด้านความสูง น้ำหนัก รูปร่าง หน้าตา และลักษณะเฉพาะเพศ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและอวัยวะสืบพันธุ์ภายในและภายนอก ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) จะทำให้รังไข่ของเพศหญิงผลิตไข่สุกและอวัยวะเพศชายเริ่มผลิตเชื้ออสุจิ มีขนาดและสัดส่วนของร่างกายเปลี่ยนไป ต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) หลังฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และแอนโดรเจน (Androgen) ทั้งใน วัยรุ่นชายและหญิง ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองกระตุ้นให้ต่อมเพศผลิตเอสโตรเจนในเพศหญิง และผลิตแอนโดรเจนในเพศชาย จากการศึกษาที่ฮอร์โมนต่างกันเพศหญิงและเพศชาย ทำให้ลักษณะเพศมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เพศหญิงมีทรวงอกและสะโพกผาย เริ่มมีประจำเดือน ส่วนเพศชายมีเสียงแตก มีหนวดเครา มีขนตามแขนขาและหน้าอก ผิวหนังมีต่อมขับไขมันที่หน้ามากขึ้นทำให้มีสิ่ว กล้ามเนื้อและกระดูกจะเพิ่มขนาดและแข็งแรงขึ้น รูปร่างจะเปลี่ยนไปบ้าง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มีผลต่อจิตใจ และการปรับตัวในสังคมของเด็กวัยรุ่น³⁴

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) พัฒนาการทางด้านร่างกายจะเริ่มช้าลงเรื่อย ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงวัยรุ่นตอนต้นรูปร่างจะมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ พันแท่จะขึ้นครบ 32 ซี่ ในช่วงวัยนี้ในเด็กหญิงจะมีการเจริญเติบโตทั้งในด้านน้ำหนักและส่วนสูง รังไข่เจริญอย่างรวดเร็ว ทรวงอกมีขนาดใกล้เคียงผู้ใหญ่ ขณะที่อวัยวะเพศเพิ่มมากขึ้น น้ำหนักและส่วนสูงคงตัวเมื่ออายุ 18 ปี ส่วนในเด็กชายเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตสูงสุดเป็นไปอย่างรวดเร็ว จะสูงทันเด็กหญิงและจะหยุดการเจริญทางส่วนสูงเมื่ออายุ 25 ปี มีกล้ามเนื้อมากขึ้น มีขนตามแขนหน้าแข้ง ใบหน้าดูเล็กเมื่อเทียบกับร่างกาย อวัยวะเพศมีขนาดเทียบได้กับผู้ใหญ่ และเสียงจะห้าวเมื่ออายุ 16 - 18 ปี³⁵

เนื่องจากร่างกายเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เด็กวัยรุ่นจึงต้องการอาหารมาก พร้อมกับนั้นก็ต้องการการออกกำลังกาย เพื่อใช้พลังงานที่เพิ่มขึ้น และต้องการการพักผ่อนอย่างมากด้วย วัยรุ่นจึงอาจ "กินจุและง่วงเก่ง" เรียกว่าเป็นวัยที่ "กำลังกิน กำลังนอน" ซึ่งทำให้ผู้ใหญ่ไม่เข้าใจ ตำหนิเขาว่าตะกละและเกียจคร้าน แต่ถ้าผู้ใหญ่เข้าใจจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการ โดยการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการใช้พลังงานในทางที่ถูกและเกิดประโยชน์ เป็นการช่วยระบายพลังงานและความต้องการทางเพศที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติได้เป็นอย่างดี³⁶

พัฒนาการทางอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็วนั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้อารมณ์ของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว มีความเข้มของอารมณ์สูง ไม่มั่นคง มักเกิดอารมณ์กลัว วิตกกังวลและอารมณ์โกรธ ริษยา ฯลฯ ซึ่งอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะและการเรียนรู้ ซึ่งภาวะการควบคุมต่าง ๆ นั้นยังไม่มีประสิทธิภาพที่ดีเท่าเทียบกับผู้ใหญ่ และเนื่องจากวัยรุ่นที่มีอารมณ์รุนแรง ฉะนั้นเมื่อมีเหตุการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดมากระทบเป็นเหตุให้มีสภาพอารมณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น ความโกรธที่เกิดขึ้นจากการถูกล้อเลียน การถูกลงโทษที่ไม่เป็นธรรม การถูกขัดขวางจากบุคคลอื่น ฯลฯ เด็กวัยรุ่นก็จะแสดงพฤติกรรมออกมามากกว่าปกติ เช่น ชั่งตัวอยู่คนเดียว เดินกระที่บเท้า หนีออกจากบ้าน ฯลฯ ซึ่งพฤติกรรมนี้แตกต่างไปจากพฤติกรรมในวัยเด็กที่แสดงออกโดยการตะโกน กรีดร้อง ขว้างปาข้าวของ อันเป็นพฤติกรรมที่ระบายออกโดยตรง ส่วนสภาพอารมณ์ที่พบเห็นได้บ่อย ๆ ในวัยรุ่นทั่วไป คือความวิตกกังวล และความกลัวโดยจะแปรสภาพเป็นความอายน่ากลัวไม่กล้าเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ ๆ ขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลของวัยรุ่น มักมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเรียน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว รวมถึงความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ ซึ่งความกลัวของวัยรุ่นนี้แตกต่างกันไปตามสภาพของสังคมที่มีความคาดหวังต่าง ๆ กันออกไป

แบบแผนทางอารมณ์ (Emotional Pattern) ที่สำคัญในช่วงวัยรุ่น ได้แก่

1. โกรธ (Anger) ส่วนมากจะแสดงอารมณ์โกรธที่เลยเถิดไป ลักษณะการตอบสนองของอารมณ์โกรธที่พบบ่อยคือ การไม่พูดไม่จา เขาจะไม่ทำตามในสิ่งที่ผู้ใหญ่บอกให้เขาทำ บางครั้งจะใช้การพูดจาเยาะเย้ยทับถมกับคนที่เขาไม่ชอบ เดินออกจากห้องไปเฉย ๆ ปิดประตูดั่งบัง หรือชั่งตัวเองในห้องไม่พูดกับใคร จนกระทั่งความโกรธของเขาทุเลาลง

การที่วัยรุ่นจะแสดงปฏิกิริยาออกมาอย่างไรเมื่อเขาโกรธนั้นขึ้นอยู่กับ Social class ที่เขา identify มาในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำหรือใน Minority group มักจะแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม คือ แสดงความก้าวร้าวโดยตรงกับพ่อแม่

2. กลัว (Fear) ในช่วงวัยรุ่น Social situation มีความสำคัญกับวัยรุ่นมากกว่าในวัยเด็ก วัยรุ่นจะรู้สึกอายมากในการที่จะแสดงออกทุก ๆ อย่าง ยกเว้นแต่กับเพื่อนสนิทเขาต้องการที่จะทำในสิ่งที่ดีกับคนแปลกหน้า และสมาชิกที่เป็นเพศตรงข้าม แต่เขาขาดความเชื่อมั่นในตนเองจึงมีความรู้สึกไม่สบายใจ

กลัวคนอื่นวิพากษ์วิจารณ์ว่าตนเองไม่ดี และมักจะเคอะเขินเมื่อเขาต้องการแสดงท่าทางเหมือนผู้ใหญ่ เพราะเขาไม่รู้ว่าเขาควรจะทำตัวอย่างไรในสังคม

3. กังวล (Worry) ในวัยรุ่นมักพบว่า ความกังวลที่พบได้บ่อยคือ เรื่องการเรียน การขาดสอบ การสอบ โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงจะกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเอง การขาดความเข้าใจระหว่างพวกเขา กับพ่อแม่ กังวลเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนชายและหญิง การยากลำบากในการคบเพื่อน สถานที่ที่เหมาะสมกับวัยรุ่นที่จะหาความบันเทิง และขาดการควบคุมอารมณ์

4. ริษยา (Jealousy) วัยรุ่นมักจะริษยากลุ่มเพื่อนที่ได้รับสิทธิพิเศษ ผู้ที่ประสบผลสำเร็จมากกว่า เขาในการทำงานที่โรงเรียน หรือแข็งแรงกว่า หรือพวกที่ Independent มากกว่าเขา

5. อิจฉา (Envy) ในวัยรุ่นจะเป็นลักษณะของความปรารถนา โลก อยากรู้ได้ ไม่เพียงแต่ต้องการสิ่งต่าง ๆ เหมือนกับที่เพื่อนของเขามี แต่เขายังต้องการที่ดีเหมือนกับเพื่อน ๆ ของเขาด้วย

6. ความรัก (Affection) วัยรุ่นจะให้ความสนใจต่อบุคคลที่เขารักและทำให้เขารู้สึกมั่นคง เขาจะพยายามทำสิ่งที่เขาสามารถทำได้เพื่อให้บุคคลที่เขารักมีความสุข เขามักจะแสดงความพอใจโดยการเฝ้า มอง และคอยฟังคนที่เขารักด้วยความสนใจอย่างจริงจัง และยิ้มแย้มอยู่เสมอเมื่ออยู่กับคนที่เขารัก

7. รื่นเริง (Joy) ความสนุกสนานของวัยรุ่นจะมาจากการปรับตัวที่ดีของวัยรุ่นต่อภาระงานและสภาพสังคมของเขา จากความสามารถในการที่จะได้รับความสนุกสนานในสภาพการณ์ต่าง ๆ การปล่อย อารมณ์ที่อัดอั้นอยู่ภายในจากความกังวล ความโกรธ ความอิจฉา และจากความรู้สึกว่าตนเองเหนือคนอื่น

8. อยากรู้อยากเห็น (Curiosity) วัยรุ่นที่มีความอยากรู้อยากเห็นในสิ่งใหม่ ๆ ทุกอย่าง อยากรู้ อยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับเพศตรงข้าม เกี่ยวกับเรื่องเพศ ความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งวัยนี้จะเรียนรู้สิ่งเหล่านี้จากโรงเรียน เพื่อน ครู สังคมนอกบ้าน และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวเขา

ปกติวัยรุ่นไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ได้ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่มีความสุข หรืออารมณ์ที่ไม่พอใจ ดังนั้นการเรียนรู้ที่จะควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นจึงมีหลาย รูปแบบ บางคนจะใช้วิธีลองผิดลองถูก บางคนก็ปรึกษาผู้ปกครองหรือครู และวัยรุ่นก็พบว่าวิธีที่จะทำให้พวกเขาสามารถควบคุม อารมณ์ได้ดีที่สุด คือ การทำงานอย่างหนัก การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การได้พูดระบายความกังวลกับคนที่ สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ อาจเป็นเพื่อนหรือผู้ปกครองที่เขาไว้ใจ

อารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเหมือนพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น แต่อาจเพิ่มความรุนแรงและแข็งแกร่งขึ้น พัฒนาการทางด้านอารมณ์ เป็นผลมาจากการดูแลเอาใจใส่ของพ่อแม่ตั้งแต่แรกเกิดและวัยเด็กเป็นสำคัญ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็ว ทำให้รู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ ทำให้มีอารมณ์สะเทือนใจ ได้ง่าย มีอารมณ์อ่อนไหว เชื่อง่าย หลงง่าย ไม่มั่นคง เหมือนผู้ใหญ่ อารมณ์แปรปรวนได้ง่าย จึงได้ชื่อว่าเป็นวัย “พายุบุแคม” ทำให้เกิดปัญหาความยุ่งยาก

ทางอารมณ์ขึ้นเสมอ ชอบเพื่อนเกี่ยวกับอนาคต มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความสูง ความเตี้ย ความอ้วน ความผอม การมีกลิ่นตัว การเป็นสิว และความไม่ได้สัดส่วนของร่างกาย ทำให้ขาดความเชื่อมั่น ระวังสงสัย เมื่อถูกตำหนิเพียงเล็กน้อยอาจเห็นเป็นเรื่องใหญ่ เพราะจะผนวกเอาความระแวงสงสัยที่มีอยู่กับการถูกตำหนิมาเป็นต้นเหตุของพฤติกรรม บางครั้งอาจทำให้คิดสั้น ทำลายตัวเองได้

พัฒนาการทางสังคม

ในวัยรุ่นตอนต้นนี้จะไม่ชอบรวมกลุ่มกับสมาชิกในครอบครัวเพราะต้องการอิสระ เชื่อในความคิดของตนเอง รู้จักเลือกคบเพื่อน กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่น การพัฒนาทางสังคม จะเริ่มจากภายในครอบครัวก่อน แล้วจึงไปมีความสัมพันธ์ภายนอกครอบครัว ซึ่งการคบเพื่อนจะช่วยให้เด็กรู้จักปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ สำหรับความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างประเทศของวัยรุ่นตอนต้นเกือบทุกคนมักมีความลำบากใจอย่างยิ่งในการปรับตัว เพื่อให้เข้ากับเพื่อนต่างประเทศ เพราะเกรงว่าจะไม่เป็นที่ถูกใจกันและกัน อันเป็นสาเหตุที่วัยรุ่นกังวลและหมกมุ่นอยู่กับปัญหานี้มาก แต่เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะคิดได้ว่าความคิดหรือการกระทำที่แล้วมานั้นเป็นเรื่องเหลวไหล

ลักษณะการคบเพื่อนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จะแตกต่างกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนต้น กล่าวคือ ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะมีความคิดว่าการมีเพื่อนมาก ๆ คือเครื่องหมายของการได้รับความนิยมชมชอบจากผู้อื่น แต่เมื่ออยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เด็กจะมีความคิดเปลี่ยนแปลงไป โดยจะคิดว่าจำนวนเพื่อนมาก ๆ ไม่มีความสำคัญเท่ากับการมีเพื่อนที่ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่แต่ละคนตั้งไว้ เช่น บางคนอาจยึดความร่ำรวย ความมีเกียรติมีชื่อเสียง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความต้องการทำงานร่วมกันกับเพศตรงข้ามมากขึ้น อาจมีเพื่อนสนิทที่เป็นเพศตรงข้าม บางคนเริ่มมีนัดเด็กหญิงและเด็กชาย ระยะเวลาจะติดต่อกันมากขึ้นกว่าเดิม ความสัมพันธ์แบบคู่รักเริ่มเกิดขึ้น นอกจากนี้วัยนี้ยังเป็นวัยที่ต้องการแสวงหาความเป็นอิสระ จึงมักทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ใหญ่ การถูกขัดขวางทำให้เกิดความคับข้องใจ การถูกปฏิเสธจะทำให้ตัดความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่เพื่อพิสูจน์ว่าสามารถพึ่งตนเองได้ ความขัดแย้งระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่จะมีมากในช่วงวัยนี้³⁵

เด็กวัยรุ่นนอกจากจะอยากเข้าร่วมเป็นกลุ่มเป็นหมู่่มากแล้ว ยังเริ่มรู้จักคบเพื่อนที่ ถูกใจที่มีทัศนคติและความสนใจคล้ายคลึงกับเขา มีความรู้สึกพยายามเกื้อกูลเป็นทั้งผู้ให้และผู้ได้รับซึ่งแสดงถึงวุฒิภาวะทางสังคม

วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังแสวงหาความเป็นอิสระให้กับตนเองเพื่อต้องการแสดงให้คนอื่นรู้ว่าตนเป็นผู้ใหญ่แล้ว แต่ขณะเดียวกันก็ยังไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เต็มที่ ลักษณะพฤติกรรมทางสังคมของวัยรุ่นสามารถสรุปได้ดังนี้³⁴

- วัยรุ่นมีความสนใจ มีความสุขที่จะได้อยู่ร่วมกับเพื่อนที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน ค่านิยม ทศนคติ ความเชื่อ ความสามารถ พื้นฐานทางนิสัย ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ ใกล้เคียงกัน ซึ่งการตัดสินใจต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตมักอยู่ใต้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ ผู้ปกครอง

- วัยรุ่นมีความสนใจในการคบเพื่อนต่างเพศ เนื่องจากพัฒนาการทางหุติยภูมิทางเพศทำให้เด็กวัยรุ่นมีความปรารถนาที่จะมีเพื่อนต่างเพศมากกว่าในช่วงวัยเด็ก การที่เด็กวัยรุ่นได้มีการคบหากับเพื่อนต่างเพศ เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการตามวัยของเขาและเป็นการฝึกให้เด็กได้เรียนรู้บทบาทอย่างหญิงและชาย ในเรื่องของอาชีพ และเรื่องของชีวิตคู่ในภายภาคหน้า

- วัยรุ่นจะมีการพัฒนาความรู้สึกในการนับถือคนเก่ง (Heroic Worship) ซึ่งการพัฒนาด้านความรู้สึกนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นในแง่มุมต่าง ๆ เช่น การยอมทำตามผู้นำ การถูกชักจูงโดยผู้นำที่ตนนับถืออย่างปราศจากเหตุผลที่แท้จริง การรวมกลุ่มกับเพื่อนเพื่ออุดมการณ์บางอย่าง เป็นต้น

พัฒนาการทางด้านความคิดและสติปัญญา

ในเด็กอายุประมาณ 11 - 12 ปี จะมีการเจริญเติบโตของสมอง และระบบประสาท ส่วนที่ทำหน้าที่คิดมีความคิดอย่างเป็นระบบและคิดแบบนามธรรม (Abstract) ได้มีการพัฒนาความคิดให้เป็นไปในรูปแบบความคิดของผู้ใหญ่ เมื่ออายุประมาณ 20 ปี ความคิดจะมีความสมบูรณ์เต็มที่ แม้ว่าจะยังด้อยในประสบการณ์และความชำนาญในการใช้ความคิดน้อยกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งในบางครั้งบางครั้งแม้ว่าวัยรุ่นจะสามารถคิดหาเหตุผลได้ในทุก ๆ ระดับ แต่เนื่องจากขาดประสบการณ์ที่เอื้อให้ความคิดนั้นลึกซึ้ง ทำให้ความคิดของวัยรุ่นอาจไม่เหมาะสมเท่าที่ควร และสิ่งที่ตามมาคือความยึดมั่นในความคิดที่ตนเห็นว่าถูกต้องสมเหตุสมผลกลับกลายเป็นข้อขัดแย้งของวัยรุ่นกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์มากกว่าเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นจะสามารถแยกแยะความแตกต่างในด้านความจริงและความคิดของบุคคลต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้งเมื่อประสบการณ์เพิ่มขึ้น เป็นเหตุทำให้ช่องว่างระหว่างความคิดของวัยรุ่นกับบุคคลอื่น ๆ ลดลง ซึ่งถือว่ามีวุฒิภาวะทางการคิดโดยสมบูรณ์ วัยรุ่นมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่พัฒนาอย่างเต็มที่ที่เป็นผลมาจากการดูแลเอาใจใส่ต่อเนื่องจากบิดามารดา อีกทั้งเพียเจย์ อธิบายไว้ว่า วัยรุ่นเป็นช่วงที่ระดับสติปัญญาพัฒนาสูงสุด มีความสามารถที่คิดได้เป็นระบบ มีเหตุผลทั้งในสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม (Formal Operations) สามารถที่จะตั้งกฎเกณฑ์และการแก้ปัญหา นอกจากนี้วัยรุ่นยังสามารถมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง พยายามรู้จักตนเอง มีความเข้าใจที่ได้พบเห็นจากภายนอก และพยายามหาข้อบกพร่องเพื่อแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น

สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งอยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนกลาง พัฒนาการช่วงนี้จะเป็นผลต่อเนื่องมาจากการพัฒนาการของวัยรุ่นตอนต้น วัยนี้มีพัฒนาการทางสมองสูงเกือบเท่าผู้ใหญ่ สถิติปัญญาจะพัฒนาได้ดีแล้วประมาณ 90 % มีความสามารถในการเรียนรู้ สามารถคิดในสิ่งที่ป็นนามธรรมได้ดี สามารถคิดแก้ปัญหาได้หลายแง่มุม บางคนชอบเสนอความคิด เมื่อพบปัญหาอยากจะคิด สามารถคิดหาเหตุผลนอกเหนือจากข้อมูลที่มีอยู่ และพอใจ ที่คิดพิจารณาเกี่ยวกับสิ่งที่ป็นนามธรรม แม้ว่าพัฒนาการทางสถิติปัญญาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายอยู่ในขั้นคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่ป็นนามธรรมได้เหมือนกัน แต่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีประสบการณ์มากกว่า จึงสามารถใช้เหตุผลหรือแนวคิดได้ลึกซึ้งกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พลังความคิดนี้มีส่วนให้วัยรุ่นมองตนเองและโลกรอบตัวเขาผิดไปจากเดิม ศักยภาพนี้เองที่จะกระตุ้นให้เขามีความคิดสร้างสรรค์ได้อย่างมากมาย เป็นครั้งแรกในชีวิตที่เขาเริ่มเขียนโครงกลอน บทความ นิยาย ฯลฯ ทุ่มเทให้ความสนใจอย่างจริงจังในสิ่งที่เขาชอบ เช่น ดนตรี กีฬา วิทยาศาสตร์

กล่าวโดยสรุปแล้ว พัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาของวัยรุ่นมีลักษณะดังนี้คือ ⁴⁰ สามารถมีความคิดแก้ปัญหาได้อย่างมีระบบ ความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างมีระบบจะเกิดขึ้นในวัยรุ่น จากการศึกษาของพ็อร์เจ และอินเฮลเดอร์ โดยให้เด็กทดลองผสมของเหลวในหลอดทดลอง 5 หลอด เพื่อให้ได้สารสีเหลืองพบว่า เด็กวัยรุ่นจะรู้จักจัดระบบในการทดลองซึ่งการจัดระบบในการแก้ปัญหาทำให้เด็กวัยรุ่นสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้

ความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็กวัยรุ่นจะประสบความสำเร็จมากกว่าวัยเด็กอย่างเห็นได้ชัด ความสามารถในการจำ เด็กวัยรุ่นจะมีความจำป็นที่มีประสิทธิภาพมาก ทั้งนี้เพราะเมื่อเด็กอยู่ในวัยรุ่นเด็กจะสามารถคิดถึงเทคนิคต่าง ๆ เพื่อใช้ในการจำ เช่น เทคนิคของการเชื่อมโยง สิ่งที่ต้องจำกับความหมายของคำ เทคนิคการพูดทวนซ้ำ ตลอดจนเทคนิคของการจัดระบบความจำ เพราะฉะนั้นเด็กวัยรุ่นจึงสามารถมีความจำได้มากกว่าวัยเด็ก

ความจำได้ในระยะวัยรุ่นนำมาซึ่งความสามารถใหม่ ๆ ที่จะเอื้ออำนวยให้เด็กเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ความสามารถในการจดจำคำบรรยายจากครู การจับประเด็นสำคัญของบทเรียน ฯลฯ

ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม ในวัยรุ่นเด็กสามารถจะคิดถึงสิ่งที่ไม่เห็นได้ ความสามารถนี้นำมาซึ่งความสามารถในการคิดหาสมมติฐาน และตั้งสมมติฐานที่เป็นไปได้เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา ความสามารถในการแก้ปัญหาที่แยกย่อยจากคำพูด ความมีเหตุผลสามารถหาข้อสรุปจากข้อมูลที่มีอยู่เพื่อช่วยในการหาเหตุผลมาอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะฉะนั้นเด็กวัยรุ่นจะมีความสามารถใหม่ ๆ เพื่อช่วยให้เรียนรู้สภาพแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ

วัยรุ่นมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ก้าวหน้าอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งความสามารถทางสติปัญญานี้นำมาซึ่งความสามารถในการเรียนรู้ ความมีเหตุผล การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

4. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จะมีอาการคล้ายคลึงในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยรุ่นสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกเหมือนหมดเรี่ยวแรงไม่อยากจะทำอะไร พบปัญหาการกิน บางรายเบื่ออาหาร บางรายกินจุมากขึ้น ปัญหาการนอนอาจเป็นได้ตั้งแต่ตื่นนอนไม่หลับ ตื่นกลางดึกหรือตื่นช้ากว่าปกติ ซึ่งจะทำให้รู้สึกเหนื่อยในตอนกลางวัน วัยรุ่นที่ซึมเศร้าบางรายจะหมกมุ่นคิดมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและรูปร่างหน้าตา รู้สึกว่า ตัวเองไม่มีคุณค่าและท้อแท้ในชีวิต ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่า ตัวตาย

อุมาพร ตรังคสมบัติ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในวัยรุ่นคือภาวะซึมเศร้าจากการปรับตัวต่อความเครียด (adjustment disorder with depressed mood) ในโรคนี้เด็กจะมีอาการซึมเศร้าหลังจากมีภาวะเครียดทางสังคม (psychosocial stresses) เช่น การเจ็บป่วยของตัวเอง หรือสมาชิกในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งของบิดามารดา เป็นต้น อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่ไม่นาน เมื่อความเครียดหายไปหรือมีการปรับตัวที่ดีขึ้นอาการก็จะหายไป อาการแสดงออกด้าน ต่าง ๆ ของ depressive symptoms มีดังนี้ คือ ด้านอารมณ์ เด็กจะมีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ร้องไห้ง่าย รู้สึกหงุดหงิด บางรายอาจมีลักษณะฉุนเฉียว โหม่งง่าย นอกจากนั้นจะไม่รู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยสนุก ด้านอาการทางกาย อาจมีอาการเบื่ออาหารหรือกินจุ นอนไม่หลับ ด้านความรู้สึกนึกคิด มีความคิดอ่านช้า สมาธิไม่ดี ด้านการมองตนเองและชีวิต จะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ดี ไม่น่ารัก รู้สึกผิด (guilt) รู้สึกชีวิตหมดหวัง บางรายอาจรู้สึกท้อแท้จนถึงขนาดรู้สึกอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตาย

เรไร ทีวะทัศน์ แบ่งความซึมเศร้าในวัยรุ่นออกเป็น 2 รูปแบบคือ

1. ความรู้สึกเศร้า (depressive feeling)

เป็นความรู้สึกไม่มีความสุข อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของตัวบุคคลหรือความบกพร่องของหน้าที่ทางด้านชีววิทยา มีการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของวัยรุ่นมีความรู้สึกเศร้าเสียใจหรือร้องไห้ ซึ่งถือว่าเป็นธรรมดา ไม่จัดว่าเป็นอาการของโรค แต่จะไม่มีความคิดในแง่ลบกับตนเอง ต่ำหนิตนเองหรือคิดว่าตนเองไร้ค่าซึ่งแตกต่างจากโรคซึมเศร้า

2. กลุ่มอาการซึมเศร้า (depressive syndrome)

ในวัยรุ่น บางครั้งความซึมเศร้าอาจแสดงออกทางความผิดปกติอื่น ๆ แทนที่จะมีอาการเหมือนผู้ใหญ่ เช่น ปัสสาวะรดที่นอน (enuresis) โรคซึมเศร้าจะมีอาการเศร้ามากกว่าความรู้สึกเศร้าธรรมดา คือ จะมีความรู้สึกต่อต้าน ขุ่นเคืองง่าย มีความรู้สึกผิด วิตกกังวล อาจมีความเครียดที่เป็นสาเหตุของอาการทางกาย เช่น เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ มีความคิดประหม่น ตนเองทางลบ มองโลกในแง่ร้าย สิ้นหวังและนอกจากนี้ยังพบว่าความประพฤติผิดปกติ (conduct disorders) มีความเกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าในเด็กชายก่อนวัยรุ่นในอัตราสูง ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมต่อต้านสังคม ซึ่งอาจทำให้ผู้รักษาละความสนใจด้านปัญหาทางอารมณ์ ไปสนใจแก้ไขปัญหาพฤติกรรมมากกว่า

วัยรุ่นที่มีความซึมเศร้าจะไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง แต่จะแสดงออกมาทางพฤติกรรมและอาการทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจเกิดความซึมเศร้าแฝง (masked depression) โดยจะแสดงอาการในลักษณะต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่หันมาสนใจเขา และพบว่าวัยรุ่นบางคนอาจเกิดความเบี่ยงเบนทางเพศได้เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบความมั่นใจในตนเอง จะทำให้เกิดปัญหาการร่วมเพศ หรือความสับสนทางเพศได้ บางคนอาจบ่นถึงสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกาย ทำให้พ่อแม่คิดว่าเด็กป่วยทางร่างกายอย่างรุนแรง โดยที่ตัวเด็กเองก็หวังว่า การเข้าอยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นทางหลีกเลี่ยงจากความขัดแย้งที่กำลังเผชิญอยู่

5. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นที่พบแตกต่างกัน เนื่องจากการใช้เครื่องมือในการวัดต่างกัน หรืออาจแตกต่างกันโดยการให้คำจำกัดความของภาวะซึมเศร้า เช่น

Frerichs และคณะ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ใน Los Angeles โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1,003 คน ใช้แบบสอบถาม CES - D พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในช่วงอายุ 18 - 24 ปี สูงสุดร้อยละ 27.4 สำหรับเพศหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.5 ซึ่งมากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีการได้น้อยกว่า 8,500 เหรียญ จะมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.3 ซึ่งมากกว่าผู้ที่มีการได้สูง

เรไร ทิวะทัศน์ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 871 คน โดยแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า Reynold 's Adolescent Depression Scale (RADS) พบว่านักเรียนวัยรุ่นร้อยละ 22.04 มีความซึมเศร้า นักเรียนที่มีผลการเรียนและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีความซึมเศร้าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพสมรสของบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา การอบรมเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง มีผลต่อความซึมเศร้า

วรพร อินทบุหรั่น ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ทำผิดกฎหมายที่อยู่ในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กกลาง 4 แห่ง จำนวน 300 คน โดยแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า Center for Epidemiology Studies - Scale (CES - D Scale) พบว่ามีความชุกร้อยละ 66.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ สถานภาพทางการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับบิดามารดาและพี่น้อง การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของวัยรุ่น การคาดหวังต่ออนาคตในภายภาคหน้า

ช่อเพชร เป้าเงิน ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน โดยแบบสำรวจภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 49.8 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 22.5 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผลการเรียนของนักเรียน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว

ลัดดา แสนสีหา ได้ศึกษาความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของ วัยรุ่นตอนปลาย ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดย BDI พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 69.11 มีความซึมเศร้าเบี่ยงเบนไปจากปกติ โดยร้อยละ 31.03 มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 14.81 มีความซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 20.03 มีความซึมเศร้าระดับมาก และร้อยละ 3.24 มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง วัยรุ่นตอนปลายที่มีความซึมเศร้ามากขึ้นจะมีจำนวนของความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้น จะมีจำนวนข้อของความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้นและ มีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ

ดวงใจ กสานติกุล และคณะ ได้ศึกษาผลการฝึกสมาธิปฏิบัติธรรมของเยาวชนอายุ 15 - 25 ปี จำนวน 136 คน ณ ศูนย์พุทธจักรปฏิบัติธรรมจังหวัดปทุมธานี โดยใช้แบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า CES - D Scale พบว่าธรรมทายาทก่อนฝึกสมาธิมีอารมณ์เศร้าร้อยละ 38.42

สงศรี จัยสิน และคณะ ได้สำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดชลบุรี โดยแบบสอบถาม Health Opinion Survey เมื่อได้กลุ่มที่มีความเครียด นำกลุ่มนี้ไปทดสอบด้วย SCL - 90 พบปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 28.65 และพบอาการซึมเศร้าร้อยละ 15.52

ภัทรีนาฏ บุญชู ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,700 คน โดย CES - D Scale พบความชุกร้อยละ 28.8 นักเรียนหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนชาย ปัจจัยด้าน

ผลการเรียน เศรษฐฐานะของครอบครัว จำนวนพี่น้อง การอยู่ร่วมกับบิดามารดาจริง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

อังคณา ปรีชาเมตตา ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา และโรงเรียนพุทธจักรวิทยา โดยแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง พบว่ามีอัตราความชุกของนักเรียนเท่ากับร้อยละ 19.8

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

Garrison ได้ศึกษาระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 677 คน พบว่าร้อยละ 4.4 มีระดับความซึมเศร้าสูง ซึ่งเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคตาม DSM - III จัดว่าเป็นโรคซึมเศร้า นักเรียนหญิงมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่านักเรียนชาย ระดับความซึมเศร้าสูงพบได้บ่อยในนักเรียนหญิงผิวดำที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำและข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่า ระดับความซึมเศร้าสูง มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านพฤติกรรมและปัญหาการขาดเรียนอีกด้วย

Larson & Meliz ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นสวีเดน กลุ่มตัวอย่างเป็น นักเรียนอายุ 13 - 18 ปี จำนวน 547 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนหญิงมีอาการเศร้ามากกว่านักเรียนชาย โดยเฉพาะอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง

Carlson และคณะ ได้สำรวจกลุ่มอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยทางจิตเวช โดยศึกษาระบาดวิทยาของอารมณ์เศร้า (depression mood) ในเด็กวัยรุ่นอายุ 14 - 18 ปี ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่ New York State จำนวน 18 โรงเรียน มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8,205 คน ใช้แบบสอบถาม SCL - 90 (Symptom Checklist 90 items) ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีอาการเศร้ามากกว่าเพศชาย ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับบิดา - มารดา (parental factors) หากขาดความใกล้ชิดกับบิดา - มารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กหญิงที่มีความใกล้ชิดกับบิดา - มารดาน้อยมากและการพลัดพรากจากบิดา - มารดา จะพบว่า มีภาวะซึมเศร้าสูง

Hammen & Padesky ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ความแตกต่างทางเพศกับการตอบแบบสำรวจความซึมเศร้าของเบค” โดย Beck Depression Inventory (BDI) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาวิทยาลัย 2,272 คน เป็นชาย 972 คน หญิง 1,300 คน พบว่าไม่มีความแตกต่างด้านระดับความซึมเศร้าระหว่างเพศหญิงและเพศชาย

อรุณญา จันทรตั้ง ได้ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 268 คน โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพจิต SCL - 90 ผลการวิจัยพบว่าสุขภาพจิตของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สุขภาพจิตของนักเรียนที่ผู้ปกครองมีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน พบว่ามีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ อ่างถึงในชุมชน หนองน้อย ได้ศึกษาสภาวะ สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และทักษะการปรับตัวของเยาวชน มีกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ปีที่ 3 ปีที่ 6 และนักศึกษามหาวิทยาลัยปีที่ 1 จำนวน 3,143 คน อายุระหว่าง 14 - 21 ปี จาก 4 ภาคของประเทศ รวมกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยสรุปว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน สุขภาพจิตแสดงถึงแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ไม่ดี ได้แก่ อายุ (อายุมากมีสุขภาพจิตไม่ดีมากกว่าอายุน้อย) นักศึกษามหาวิทยาลัยมีสุขภาพจิตไม่ดีมากกว่านักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษา เพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะมีสุขภาพจิตไม่ดีมากกว่าเพศชาย ฐานะปัจจัยทางเศรษฐกิจ ครอบครัวมีรายได้ต่ำ มีสุขภาพจิตไม่ดีมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และมารดาที่มีการศึกษาต่ำ เรียนไม่จบประถมศึกษา มีส่วนทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตที่ไม่ดี

Friedrich และคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความแตกต่างทางเพศเกี่ยวกับความซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 369 คนเครื่องมือที่ใช้คือ แบบสำรวจความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ดัชนีวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Index) และแบบสำรวจความเครียดในชีวิต (Life Stress Inventory) ผลการวิจัยไม่พบความแตกต่างในค่าเฉลี่ยของคะแนนความซึมเศร้ากับตัวแปรด้านครอบครัวและบุคคล ความซึมเศร้าของเด็กชายเกี่ยวข้องกับความเครียดในชีวิต และสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนเนื่องจากบรรยากาศในครอบครัวจะเน้นสัมฤทธิ์ผลของเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง อย่างไรก็ตามความซึมเศร้าของเด็กหญิงมีสหสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม

อรพรรณ เมฆสุภา และคณะ ได้รายงานผลงานวิจัยในประชากร 5 เขตของ กรุงเทพมหานคร จำนวน 7,731 ราย จำแนกตามอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 7 - 15 ปี มีปัญหาจิตเวชสูงถึงร้อยละ 37.9 ปัญหาจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการเรียน รองลงมาคือ ปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์และนิสัย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาจิตเวชของกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับรายได้ของบิดาและจำนวนบุตรของบิดามารดา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งหมดในเขตจังหวัดเพชรบุรี

ประชากรตัวอย่าง (Sampled population) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี ในปีการศึกษา 2544 จำนวนทั้งสิ้น 10,073 คน

ตัวอย่าง (Samples) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี ในห้องเรียนที่สุ่มเลือกได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้จากการพิจารณาขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive studies) โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = จำนวนตัวอย่าง

Z = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางแจกแจงค่าปกติ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

p = ค่าสัดส่วนความชุกของภาวะซีมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่น ซึ่งได้จากผลการศึกษาภาวะซีมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2535 โดย เรวไร ทีวะทัศน์ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่คล้ายคลึงกัน พบอัตราความชุกของภาวะซีมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นร้อยละ 22.04

p = 0.22

q = 1 - p = 0.78

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (Maximum error)

$$\begin{aligned}
 &= 0.1 \times p = 0.022 \\
 n &= \frac{1.96^2 \times 0.22 \times 0.78}{0.022^2} \\
 &= 1,362 \text{ คน}
 \end{aligned}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ควรใช้ตัวอย่างไม่น้อยกว่า 1,362 คน แต่เพื่อป้องกันการผิดพลาด ในการเก็บข้อมูลหรือไม่ได้รับความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้น ประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นจึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 1,500 คน

เทคนิคการเลือกตัวอย่าง (Sampling techniques)

สุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability samples) แบบหลายชั้น (Multi stage cluster sampling) โดย

1. สุ่มเลือกพื้นที่ระดับอำเภอที่มีทั้งหมด 8 อำเภอโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอที่ 1 อำเภอที่ 2 และอำเภอที่ 3

2. สุ่มเลือกโรงเรียนในแต่ละอำเภอโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

2.1 อำเภอที่ 1 มี 9 โรงเรียน

สุ่มได้โรงเรียน ก. มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 1,517 คน

2.2 อำเภอที่ 2 มี 2 โรงเรียน

สุ่มได้โรงเรียน ข. มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 347 คน

2.3 อำเภอที่ 3 มี 1 โรงเรียน

คือโรงเรียน ค. มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 889 คน

3. สุ่มเลือก 50 - 65 % ของจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนที่สุ่มเลือกได้ เนื่องจากแต่ละโรงเรียนมีจำนวนห้องเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายแตกต่างกัน เพื่อให้ได้จำนวนนักเรียนตามขนาดตัวอย่าง ดังนี้

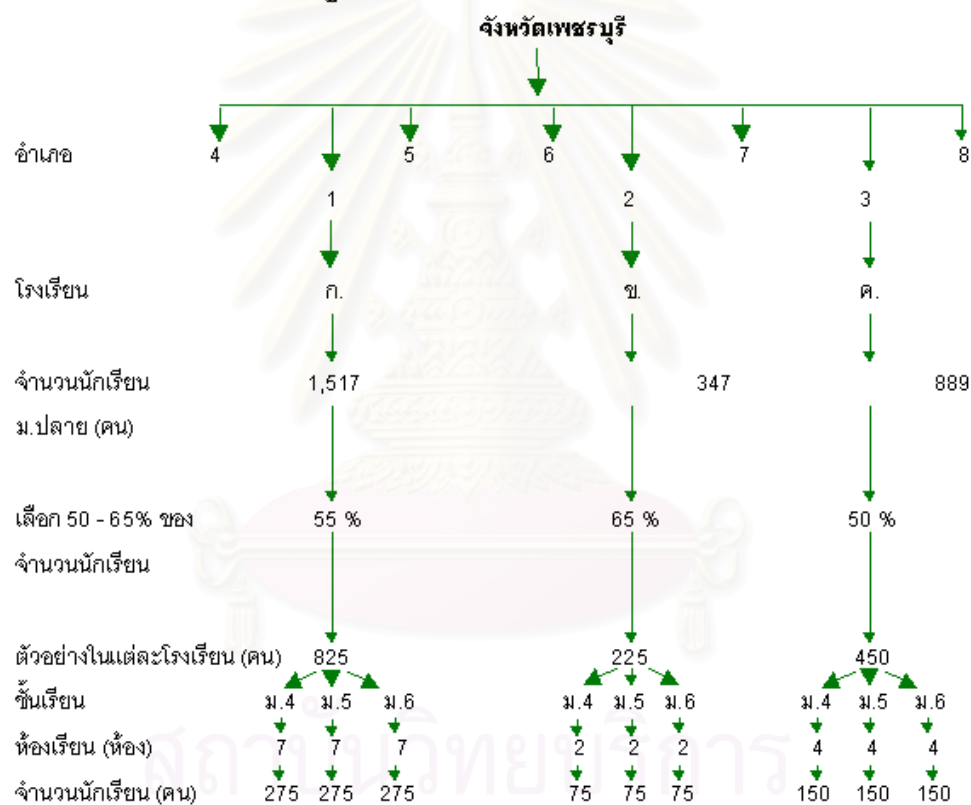
โรงเรียน ก. 55 %

โรงเรียน ข. 65 %

โรงเรียน ค. 50 %

4. สุ่มเลือกห้องเรียน โดยที่ทุกโรงเรียนมีนักเรียนห้องละประมาณ 35 - 40 คน ได้ดังนี้
 โรงเรียน ก. ชั้นละ 7 ห้องเรียน
 โรงเรียน ข. ชั้นละ 2 ห้องเรียน
 โรงเรียน ค. ชั้นละ 4 ห้องเรียน
5. จะได้ตัวอย่างในแต่ละโรงเรียน ดังนี้
 โรงเรียน ก. 825 คน
 โรงเรียน ข. 225 คน
 โรงเรียน ค. 450 คน

แผนภูมิเทคนิคการเลือกตัวอย่าง (Sampling Techniques)



หน่วยตัวอย่าง (Sampling unit) หมายถึง ห้องเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี ที่สุ่มเลือกได้

หน่วยศึกษา (Study unit) หมายถึง นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี ในห้องเรียนที่สุ่มเลือกได้

การสังเกตและการวัด (Observations and measurement)

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา และข้อมูลด้านจิตสังคม เช่น อาชีพของบิดามารดา ลักษณะการอบรมเลี้ยงดู
2. ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ การพบว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ จากแบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Instrument)

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลด้านประชากร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนพี่น้อง ลำดับที่ของการเป็นบุตร

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ได้รับ สถานภาพของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการถูกอบรมเลี้ยงดู ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง ซึ่งศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล และคณะเป็นผู้สร้างขึ้น โดยได้รับอนุญาตจากศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล เพื่อนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับคือ บ่อย ๆ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย ยกเว้นข้อ สุดท้าย (ข้อ 20) ถามถึงการพยายามฆ่า ตัวตาย มีคำตอบให้เลือกว่า เคย และ ไม่เคย ทุกข้อให้เลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในทางลบและทางบวก กำหนดน้ำหนักของคะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในทางลบคือ ข้อ 1 - 4, 6 - 9, 11 - 14, 16 - 19 กำหนดคะแนนไว้ดังนี้

บ่อย ๆ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
ค่อนข้างบ่อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
บางครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1
ไม่เลย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	0

ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในทางบวกคือ ข้อ 5, 10 และ 15 กำหนดคะแนนไว้ ดังนี้

บ่อย ๆ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	0
ค่อนข้างบ่อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1
บางครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
ไม่เลย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3

ข้อคำถามข้อสุดท้าย ซึ่งถามถึงการพยายามฆ่าตัวตายกำหนดคะแนนไว้ดังนี้

เคย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
ไม่เคย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	0

โดยจุดตัดของคะแนนที่ 30 ของแบบสอบถามนี้บ่งถึงนักเรียนมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และจุดตัดของคะแนนที่ 25 บ่งถึงนักเรียนมีภาวะซึมเศร้าระยะแรก

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

1. ความถูกต้องตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบรายละเอียด และความถูกต้องของข้อคำถาม พร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้ถูกต้องเหมาะสม โดยปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 ท่านขึ้นไป

2. ความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแล้วไปทดสอบ (Pre - test questionnaire) กับตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 40 ราย และนำไปแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ขั้นเตรียมการ นำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปประสานงานกับโรงเรียน กรม กอง ที่เกี่ยวข้องในกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยและขอทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถาบันการศึกษาและจำนวนนักเรียน

ขั้นตอนการ

1. ทำหนังสือจากภาควิชาฯ ถึงศึกษาธิการจังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ทำหนังสือจากภาควิชาฯ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการแต่ละโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล และขออนุญาตให้อาจารย์แนะนำเป็นผู้ประสานงาน
4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับครูประจำชั้น เพื่อขอเก็บข้อมูลจากนักเรียน
5. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับนักเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
6. ตรวจสอบเช็คความครบถ้วนสมบูรณ์ รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล
7. ส่งหนังสือแสดงความขอบคุณผู้บริหารการศึกษา อาจารย์ผู้ประสานงาน และผู้เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลตามปัจจัยด้านประชากร และด้านจิตสังคม โดยใช้ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร และด้านจิตสังคมกับผลที่ได้จากการคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาสุขภาพ โดยใช้การทดสอบไคว์สแควร์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้า และปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี ครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านจิตสังคมที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นและแบบประเมินปัญหาสุขภาพแบบตอบด้วยตนเอง (Health - Related Self - Report) ซึ่งสร้างขึ้นโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล และคณะ ซึ่งใช้ประเมินหาข้อมูลภาวะซึมเศร้ามาใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักเรียนในโรงเรียน 3 โรงเรียนคือ โรงเรียน ก. โรงเรียน ข. และโรงเรียน ค. จำนวนทั้งสิ้น 1,500 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างตามหลักความน่าจะเป็น (Probability samples) แบบหลายขั้น (Multi - stage cluster sampling) ได้แบบสอบถามที่นักเรียนให้ความร่วมมือในการตอบ และตอบอย่างครบถ้วน จำนวน 1,369 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.3

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในลักษณะตารางประกอบความเรียง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านจิตสังคม และข้อมูลภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

ผลการวิเคราะห์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านจิตสังคม และข้อมูลภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละเป็นรายข้อ ดังแสดงในตารางที่ 4.1 - 4.14

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม เพศ อายุ และโรงเรียนที่ศึกษาอยู่

ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 1,369)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	683	49.9
หญิง	686	50.1
รวม	1,369	100.0
อายุ		
15 ปี	71	5.2
16 ปี	407	29.7
17 ปี	444	32.4
18 ปี	408	29.8
19 ปี	39	2.8
รวม	1,369	100.0
ศึกษาอยู่ในโรงเรียน		
โรงเรียน ก.	743	54.3
โรงเรียน ข.	196	14.3
โรงเรียน ค.	430	31.4
รวม	1,369	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่าเมื่อนำจำนวนนักเรียนมาคิดเป็นร้อยละ และแยกตามเพศจะมีค่าใกล้เคียงกันมาคือ เพศชายคิดเป็นร้อยละ 49.9 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50.1 ในส่วนของอายุ นักเรียนอายุ 17 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมาคืออายุ 18 ปี และ 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.8 และ 29.7 ตามลำดับ และเป็นนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียน ก. จำนวนมากกว่า ครึ่งหนึ่งของนักเรียนทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 54.3

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขต
จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม ผลการเรียนรู้ และจำนวนพี่น้อง

ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 1,369)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย)		
ไม่เกิน 2.00	336	24.5
2.01 - 3.00	661	48.3
3.01 - 4.00	372	27.2
รวม	1,369	100.0
จำนวนพี่น้องทั้งหมดรวมทั้งตัวนักเรียน		
เป็นบุตรคนเดียว	135	9.9
2 คน	631	46.1
3 คน	391	28.6
4 คนขึ้นไป	212	15.5
รวม	1,369	100.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่านักเรียนส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 48.3 มีผลการเรียนอยู่ระหว่าง 2.01 - 3.00 รองลงมาคือร้อยละ 27.2 มีผลการเรียนอยู่ระหว่าง 3.01 - 4.00 และเป็นนักเรียนที่มีจำนวนพี่น้องซึ่งนับรวมตัวนักเรียนด้วยเป็น 2 คน มากที่สุดคือ คิดเป็นร้อยละ 46.1 รองลงมาคือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม ลำดับที่ของการเป็นบุตร และค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 1,369)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลำดับที่ของการเป็นบุตร		
เป็นบุตรคนที่ 1	626	45.7
เป็นบุตรคนที่ 2	440	32.1
เป็นบุตรคนที่ 3	180	13.1
เป็นบุตรคนที่ 4 ขึ้นไป	123	9.0
รวม	1,369	100.0
ค่าใช้จ่ายที่นักเรียนได้รับต่อเดือน		
ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด = 200 บาท		
ค่าใช้จ่ายมากที่สุด = 4,500 บาท		
ค่าเฉลี่ย (x) = 1,170 บาท		
ค่ามัธยฐาน (Median) = 940 บาท		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 845 บาท		

จากตารางที่ 4.3 พบว่านักเรียนเป็นบุตรคนแรกมากที่สุดคือ คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาคือเป็นบุตรคนที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 32.1 และเป็นบุตรคนที่ 4 ขึ้นไป น้อยที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 9.0 ในส่วนของค่าใช้จ่ายต่อเดือน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนน้อยที่สุดคือ 200 บาท มากที่สุดคือ 4,500 บาท โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,170 บาท ค่ามัธยฐานเท่ากับ 940 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 845 บาท

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย และค่าใช้จ่ายที่ได้รับ

ข้อมูลด้านจิตสังคม (n = 1,369)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย		
บิดามารดา	945	69.0
บิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว	150	11.0
ญาติ / อยู่กับเพื่อน	152	11.1
บิดา มารดา และญาติ	122	8.9
รวม	1,369	100.0
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ		
เพียงพอ	1,196	87.4
ไม่เพียงพอ	173	12.6
รวม	1,369	100.0

จากตารางที่ 4.4 พบว่านักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 69.0 อาศัยอยู่กับญาติ / อยู่กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 11.1 และอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 11.0 ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่ได้รับ นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับค่าใช้จ่ายเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 87.4

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม สถานภาพของบิดามารดา และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ข้อมูลด้านจิตสังคม (n = 1,369)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	1,103	80.6
แยกกันอยู่		
แยกกันอย่างถาวร	216	15.8
แยกกันชั่วคราว	50	3.7
รวม	1,369	100.0
สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว		
รักและกลมเกลียวกันดี	1,235	90.2
ต่างคนต่างอยู่	47	3.4
ทะเลาะกันบ่อย	52	3.8
รักกันและทะเลาะกันบ้าง	35	2.6
รวม	1,369	100.0

จากตารางที่ 4.5 พบว่าสถานภาพของบิดามารดาของนักเรียนอยู่ด้วยกัน คิดเป็น ร้อยละ 80.6 แยกกันอยู่อย่างถาวร คิดเป็นร้อยละ 15.8 สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว รักใคร่กลมเกลียวกันดี คิดเป็นร้อยละ 90.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม อาชีพของบิดา มารดา

ข้อมูลด้านจิตสังคม (n = 1,369)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพของบิดา		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	402	29.4
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	248	18.1
เกษตรกร / ชาวประมง	352	25.7
รับจ้าง	237	17.3
ว่างงาน / บิดาเสียชีวิต / ไม่ทราบอาชีพ	130	9.5
รวม	1,369	100.0
อาชีพของมารดา		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	273	19.9
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	348	25.4
เกษตรกร / ชาวประมง	295	21.5
รับจ้าง	253	18.5
แม่บ้าน / มารดาเสียชีวิต / ไม่ทราบอาชีพ	200	14.6
รวม	1,369	100.0

จากตารางที่ 4.6 พบว่าอาชีพของบิดาคือ รับราชการ หรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.4 รองลงมาคือเป็นเกษตรกรหรือชาวประมง คิดเป็นร้อยละ 25.7 อาชีพของมารดา คือ ค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ เป็นเกษตรกรหรือชาวประมง คิดเป็นร้อยละ 21.5

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม ลักษณะการเลี้ยงดู

ข้อมูลด้านจิตสังคม (n = 1,369)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะการเลี้ยงดู		
ปล่อยปละละเลย	39	2.8
ประชาธิปไตย (มีเหตุผล)	1,058	77.3
เอาใจใส่ปกป้องมากเกินไป	115	8.4
ควบคุมอย่างเข้มงวด	116	8.5
หลายลักษณะรวมกัน	41	3.0
รวม	1,369	100.0

จากตารางที่ 4.7 พบว่านักเรียนถูกอบรมเลี้ยงดูแบบเป็นประชาธิปไตยอย่างมีเหตุผล มากที่สุด คิด เป็นร้อยละ 77.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว และบุคคลในครอบครัวติดสุรา / สิ่งเสพติด

ข้อมูลด้านจิตสังคม (n = 1,369)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว		
ไม่มี	1,346	98.2
มี	23	1.8
รวม	1,369	100.0
บุคคลในครอบครัวติดสุรา / สิ่งเสพติด		
ไม่มี	1,078	78.7
มี		
บิดา, มารดา	203	14.8
ญาติ	88	6.5
รวม	1,369	100.0

จากตารางที่ 4.8 พบว่าบุคคลในครอบครัวของนักเรียน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 98.2 และไม่มีบุคคลในครอบครัวติดสุราหรือสิ่งเสพติด คิดเป็นร้อยละ 78.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม การเคยมีหรือไม่มีความรู้สึกสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต และ ประเภทของความรู้สึกสูญเสีย

ข้อมูลด้านจิตสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้สึกสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต (n = 1,369)		
มี	805	58.8
ไม่มี	564	41.2
รวม	1,369	100.0
ประเภทความรู้สึกสูญเสีย (n = 805)		
บิดาเสียชีวิต	93	11.6
มารดาเสียชีวิต	12	1.5
ทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต	4	0.5
ญาติใกล้ชิดเจ็บป่วยรุนแรง / เรื้อรัง	391	48.6
บุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยรุนแรง / เรื้อรัง	82	10.2
ครอบครัวประสบอุบัติเหตุร้ายแรง	24	3.0
นักเรียนเจ็บป่วยร้ายแรง	19	2.4
นักเรียนย้ายที่อยู่อาศัยหรือที่เรียนแล้วรู้สึก	51	6.3
ไม่พึงพอใจ / ปรับตัวไม่ได้		
สอบตก / เรียนซ้ำชั้น	44	5.5
สัตว์เลี้ยงเสียชีวิต	8	1.0
บิดามารดาแยกทาง	5	0.6
อกหัก	8	1.0
ไม่บอกสาเหตุ	64	7.9
รวม	805	100.0

จากตารางที่ 4.9 พบว่านักเรียนมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยมีความรู้สึกสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต คิดเป็นร้อยละ 58.8 โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการที่ญาติใกล้ชิดเจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 48.6

ตารางที่ 4.10 จำนวนความถี่ และร้อยละของระดับความรู้สึกต่อภาวะซึมเศร้า จากแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ	ระดับความรู้สึก (n = 1,369)			
	บ่อย ๆ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	ไม่เลย
1. รู้สึกเบื่ออาหาร	40 (2.9%)	165 (12.1%)	887 (64.8%)	277 (20.2%)
2. นอนไม่หลับหรือต้องใช้ยาช่วย	10 (0.7%)	49 (3.6%)	255 (18.6%)	1,055 (77.1%)
3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	49 (3.6%)	279 (20.4%)	888 (64.9%)	153 (11.2%)
4. คิดมาก กังวล	130 (9.5%)	372 (27.2%)	748 (54.6%)	119 (8.7%)
5. รู้สึกสบายใจ	263 (19.2%)	541 (39.5%)	565 (41.3%)	-
6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย	54 (3.9%)	179 (13.1%)	942 (68.8%)	194 (14.2%)
7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ	73 (5.3%)	211 (15.4%)	906 (66.2%)	179 (9.06%)
8. อยากอยู่เฉย ไม่อยากทำอะไร	144 (10.5%)	320 (23.4%)	747 (54.6%)	158 (11.5%)
9. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ	39 (2.8%)	118 (8.6%)	804 (58.7%)	408 (29.8%)
10. ชีวิต อนาคตยังน่าอยู่มีความหมาย	788 (57.6%)	436 (31.8%)	-	145 (10.6%)
11. ร้องไห้ หรืออยากร้องไห้	57 (4.2%)	107 (7.8%)	726 (53.0%)	479 (35.0%)

ตารางที่ 4.10 จำนวนความถี่ และร้อยละของระดับความรู้สึกต่อภาวะซึมเศร้า จากแบบสอบถาม ปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี (ต่อ)

แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ	ระดับความรู้สึก (n = 1,369)			
	บ่อย ๆ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	ไม่เลย
12. ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ	35 (2.6%)	89 (6.5%)	741 (54.1%)	504 (36.8%)
13. ชีวิตไม่มีความสุข	25 (1.8%)	72 (5.3%)	620 (45.3%)	652 (47.6%)
14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อนอนตอนเช้า	60 (4.4%)	107 (7.8%)	616 (45.0%)	586 (42.8%)
15. รู้สึกตัวเองมีคุณค่า	448 (32.7%)	530 (38.7%)	-	391 (28.6%)
16. ตำหนิหรือกล่าวโทษตนเอง	57 (4.2%)	251 (18.3%)	870 (63.6%)	191 (14.0%)
17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง	45 (3.3%)	102 (7.5%)	628 (45.9%)	594 (43.4%)
18. คิดอยากตาย	12 (0.9%)	28 (2.0%)	241 (17.6%)	1,088 (79.5%)
19. คนอื่นทักว่าคุณดูเครียด ซึม หรือหมองคล้ำ	42 (3.1%)	128 (9.3%)	752 (54.9%)	447 (32.7%)
20. พยายามฆ่าตัวตาย	52 (3.8%)	-	-	1,317 (96.2%)
รวม				

ค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) = 16.94

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 7.70

จากตารางที่ 4.10 พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ย (x) ของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16.94 ซึ่งเมื่อจัดกลุ่มแล้วคะแนนเฉลี่ยของภาวะ ซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จัดอยู่ในกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 24 คะแนน)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซีมเศร้า

2.1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลภาวะซีมเศร้าจากแบบประเมินปัญหาสุขภาพแบบตอบด้วยตนเองมาแจกแจงความถี่หาผลรวมของคะแนน หาค่าร้อยละ และจำแนกภาวะซีมเศร้าออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

คะแนน	ภาวะซีมเศร้า
0 - 24	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซีมเศร้า
25 - 29	นักเรียนที่มีภาวะซีมเศร้าระยะแรก
ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป	นักเรียนที่มีภาวะซีมเศรารุนแรง

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามภาวะซีมเศร้า

ภาวะซีมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(n = 1,369)		
นักเรียนที่ไม่มีภาวะซีมเศร้า	1,172	85.6
นักเรียนที่มีภาวะซีมเศร้า	197	14.4
- นักเรียนที่มีภาวะซีมเศร้าระยะแรก	100	50.7
- นักเรียนที่มีภาวะซีมเศรารุนแรง	97	49.3

จากตารางที่ 4.11 พบว่าเมื่อจัดกลุ่มภาวะซีมเศร้าตามเกณฑ์ของคะแนนรวมที่รวบรวมได้จากแบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง ปรากฏผลของการจัดกลุ่มภาวะซีมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี ว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 85.6 ไม่มีภาวะซีมเศร้า และร้อยละ 14.4 มีภาวะซีมเศร้า โดยเมื่อแยกคำนวณเฉพาะนักเรียนที่มีภาวะซีมเศร้าจะแบ่งเป็นนักเรียนที่มีภาวะซีมเศราระยะแรกร้อยละ 50.7 และนักเรียนที่มีภาวะซีมเศรารุนแรงร้อยละ 49.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ก. จำแนกตามภาวะซีมีเศร้า

ภาวะซีมีเศร้า	จำนวน (คน) (n = 743)	ร้อยละ
นักเรียนที่ไม่มีภาวะซีมีเศร้า	626	84.3
นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้า	117	15.7
- นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้าระยะแรก	59	50.4
- นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้ารุนแรง	58	49.6

จากตารางที่ 4.12 พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ก. ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซีมีเศร้า คิดเป็นร้อยละ 84.3 โดยเมื่อแยกคำนวณเฉพาะนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้า นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้าระยะแรก และนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้ารุนแรงมีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 50.4 และ 49.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ข. จำแนกตามภาวะซีมีเศร้า

ภาวะซีมีเศร้า	จำนวน (คน) (n = 196)	ร้อยละ
นักเรียนที่ไม่มีภาวะซีมีเศร้า	167	85.2
นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้า	29	14.8
- นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้าระยะแรก	14	48.3
- นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้ารุนแรง	15	51.7

จากตารางที่ 4.13 พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ข. ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซีมีเศร้า คิดเป็นร้อยละ 85.2 โดยเมื่อแยกคำนวณเฉพาะนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้า นักเรียน ที่มีภาวะซีมีเศร้าระยะแรก และนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้ารุนแรงมีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 48.3 และ 51.7 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ค. จำแนกตามภาวะซีมีเศร้า

ภาวะซีมีเศร้า	จำนวน (คน) (n = 430)	ร้อยละ
นักเรียนที่ไม่มีภาวะซีมีเศร้า	379	88.1
นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้า	51	11.9
- นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้าระยะแรก	27	52.9
- นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้ารุนแรง	24	47.1

จากตารางที่ 4.14 พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ค. ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซีมีเศร้า คิดเป็นร้อยละ 88.1 โดยเมื่อแยกคำนวณเฉพาะนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้า นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้าระยะแรก และนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้ารุนแรงมีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 52.9 และ 47.1 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 การหาอัตราความชุกของภาวะซีมีเศร้า

2.2.1 อัตราความชุกของภาวะซีมีเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

$$\begin{aligned}
 & \text{อัตราความชุกของภาวะซีมีเศร้าของนักเรียนตัวอย่างทั้งหมด} \\
 \text{อัตราความชุก} &= \frac{\text{จำนวนนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้าทั้งหมด}}{\text{จำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ตอบแบบประเมินปัญหาสุขภาพ}} \times 100 \\
 &= \frac{197 \times 100}{1,369} \\
 &= 14.39
 \end{aligned}$$

เมื่อนำจำนวนนักเรียนที่พบภาวะซีมีเศร้า มาคำนวณหาอัตราความชุกของภาวะซีมีเศร้า ดังที่แสดงข้างต้น พบว่าอัตราความชุกของภาวะซีมีเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน เขตจังหวัดเพชรบุรีเท่ากับร้อยละ 14.39

2.2.2 อัตราความชุกของภาวะซีมีเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามโรงเรียน

อัตราความชุกของภาวะซีมีเศร้าของนักเรียนโรงเรียน ก.

$$\begin{aligned}
 \text{อัตราความชุก} &= \frac{\text{จำนวนนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้าในโรงเรียน ก.}}{\text{จำนวนนักเรียนโรงเรียน ก. ทั้งหมดที่ตอบแบบประเมินปัญหาสุขภาพ}} \times 100 \\
 &= \frac{117 \times 100}{743} \\
 &= 15.75
 \end{aligned}$$

อัตราความชุกของภาวะซีมีเศร้าของนักเรียนโรงเรียน ข.

$$\begin{aligned}
 \text{อัตราความชุก} &= \frac{\text{จำนวนนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้าในโรงเรียน ข.}}{\text{จำนวนนักเรียนโรงเรียน ข. ทั้งหมดที่ตอบแบบประเมินปัญหาสุขภาพ}} \times 100 \\
 &= \frac{29 \times 100}{196} \\
 &= 14.79
 \end{aligned}$$

อัตราความชุกของภาวะซีมีเศร้าของนักเรียนโรงเรียน ค.

$$\begin{aligned}
 \text{อัตราความชุก} &= \frac{\text{จำนวนนักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้าในโรงเรียน ค.}}{\text{จำนวนนักเรียนโรงเรียน ค. ทั้งหมดที่ตอบแบบประเมินปัญหาสุขภาพ}} \times 100 \\
 &= \frac{51 \times 100}{430} \\
 &= 11.86
 \end{aligned}$$

เมื่อนำจำนวนนักเรียนแยกคำนวณหาอัตราความชุกของภาวะซีมเศร้า ตามโรงเรียนที่นักเรียนศึกษาอยู่ พบอัตราความชุกของภาวะซีมเศร้าในนักเรียนโรงเรียน ก. สูงที่สุด เท่ากับร้อยละ 15.75 รองลงมาคือโรงเรียน ข. พบอัตราความชุกของภาวะซีมเศร้าเท่ากับร้อยละ 14.79 และโรงเรียนที่พบอัตราความชุกของภาวะซีมเศร้าต่ำที่สุดคือ โรงเรียน ค. ซึ่งพบอัตราความชุกของภาวะซีมเศร้าเท่ากับ 11.86



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินปัญหาสุขภาพแบบตอบด้วยตนเอง นำมาทดสอบความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคม โดยใช้สถิติ Chi - Square ดังตารางที่ 4.15 - 4.24

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามเพศ และอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,369)	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 1,172)		นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า (n = 197)		p - value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	588	86.1	95	13.9	0.668
หญิง	584	85.1	102	14.9	
อายุ					
15 - 16 ปี	400	83.7	78	16.3	0.159
17 - 19 ปี	772	86.6	119	13.4	

จากตารางที่ 4.15 พบว่าปัจจัยด้านเพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามผลการเรียน

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,369)	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 1,172)		นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า (n = 197)		p - value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ผลการเรียน					
ไม่เกิน 2.00	277	82.4	59	17.6	0.148
2.01 - 3.00	575	87.0	86	13.0	
3.01 - 4.00	320	86.0	52	14.0	

จากตารางที่ 4.16 พบว่าผลการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่านักเรียนที่มีผลการเรียนไม่เกิน 2.00 มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดคือ คิดเป็นร้อยละ 17.6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามจำนวนพี่น้อง และลำดับที่ของการเป็นบุตร

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,369)	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซีม เศร้า		นักเรียนที่มีภาวะซีม เศร้า		p - value
	(n = 1,172)		(n = 197)		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
จำนวนพี่น้องทั้งหมดรวม					
ทั้งตัวนักเรียน					
เป็นบุตรคนเดียว	114	84.4	21	15.6	0.977
2 คน	541	85.7	90	14.3	
3 คน	336	85.9	55	14.1	
4 คนขึ้นไป	181	85.4	31	14.6	
ลำดับที่ของการเป็นบุตร					
ลำดับที่ 1	531	84.8	95	15.2	0.059
ลำดับที่ 2	372	84.5	68	15.5	
ลำดับที่ 3	166	92.2	14	7.8	
ลำดับที่ 4 ขึ้นไป	103	83.7	20	16.3	

จากตารางที่ 4.17 พบว่าจำนวนพี่น้องทั้งหมดรวมทั้งตัวนักเรียน และลำดับที่ของการเป็นบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่านักเรียนที่เป็นบุตรลำดับที่ 4 ขึ้นไป มีภาวะซีมเศร้าสูงที่สุดคือ คิดเป็นร้อยละ 16.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามบุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,369)	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 1,172)		นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า (n = 197)		p - value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย					
บิดามารดา	829	87.7	116	12.3	0.004 **
บิดาหรือมารดาเพียงผู้เดียว	124	82.7	26	17.3	
ญาติ / เพื่อน / อยู่คนเดียว	125	82.2	27	17.8	
บิดามารดาและญาติ	94	77.0	28	23.0	

จากตารางที่ 4.18 พบว่าบุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งนักเรียนที่อาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดาและญาติมีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.0 ในขณะที่นักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดามารดามีภาวะซึมเศร้าต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.3

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี
จำแนกตามค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,369)	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซีมีเศร้า (n = 1,172)		นักเรียนที่มีภาวะซีมีเศร้า (n = 197)		p - value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน					
เพียงพอ	1,043	87.2	153	12.8	0.000 **
ไม่เพียงพอ	129	74.6	44	25.4	

จากตารางที่ 4.19 พบว่าปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยนักเรียนที่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ มีภาวะซีมีเศร้า คิดเป็นร้อยละ 12.8 ต่ำกว่านักเรียนที่มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอซึ่งมีภาวะซีมีเศร้า คิดเป็นร้อยละ 25.4

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามสถานภาพของบิดามารดา และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,369)	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 1,172)		นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า (n = 197)		p - value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
สถานภาพของบิดามารดา					
อยู่ด้วยกัน	954	86.5	149	13.5	0.072
แยกกันอยู่	218	82.0	48	18.0	
สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว					
รักและกลมเกลียวกันดี	1,088	88.1	147	11.9	0.000 **
ต่างคนต่างอยู่	27	57.4	20	42.6	
ทะเลาะกันบ่อย	33	63.5	19	36.5	
รักกันและทะเลาะกันบ้าง	24	68.6	11	31.4	

จากตารางที่ 4.20 พบว่าสถานภาพของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 13.5 ต่ำกว่านักเรียนที่บิดามารดาแยกกันอยู่ที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.0 และพบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ และทะเลาะกันบ่อยมีโอกาสทำให้นักเรียนมีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวรักกันและทะเลาะกันบ้าง และรักและกลมเกลียวกันดี

ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามอาชีพของบิดามารดา

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,369)	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 1,172)		นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า (n = 197)		p - value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อาชีพของบิดา					
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	336	83.6	66	16.4	0.467
ค้าขาย / ธุรกิจ	220	88.7	28	11.3	
เกษตรกร / ชาวประมง	304	86.4	48	13.6	
รับจ้าง / ลูกจ้าง	202	85.2	35	14.8	
ว่างงาน / บิดาเสียชีวิต / ไม่ทราบ	110	84.6	20	15.4	
อาชีพของมารดา					
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	222	81.3	51	18.7	0.079
ค้าขาย / ธุรกิจ	301	86.5	47	13.5	
เกษตรกร / ชาวประมง	264	89.5	31	10.5	
รับจ้าง / ลูกจ้าง	213	84.2	40	15.8	
แม่บ้าน / มารดาเสียชีวิต / ไม่ทราบ	172	86.0	28	14.0	

จากตารางที่ 4.21 พบว่าปัจจัยด้านอาชีพของบิดาและมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามในส่วนของผู้เรียนที่บิดา มารดามีอาชีพ รับราชการ หรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดคือ คิดเป็นร้อยละ 16.4 และ 18.7 ตามลำดับ ในส่วนของผู้เรียนที่บิดา มารดามีอาชีพค้าขาย หรือทำธุรกิจส่วนตัว และเป็นเกษตรกร หรือชาวประมง มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้เรียนที่บิดา มารดาประกอบอาชีพอื่น

ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามลักษณะการเลี้ยงดู และการติดสิ่งเสพติดของบุคคลในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,369)	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 1,172)		นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า (n = 197)		p - value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ลักษณะการเลี้ยงดู					
ปล่อยปละละเลย	27	69.2	12	30.8	0.000 **
ประชาธิปไตย	951	89.9	107	10.1	
เอาใจใส่ปกป้องมากเกินไป	84	73.0	31	27.0	
ควบคุมอย่างเข้มงวด	78	67.2	38	32.8	
ผสมหลายลักษณะ	32	78.0	9	22.0	
** p < 0.01					
บุคคลในครอบครัวติดสุรา/ สิ่งเสพติด					
ไม่มี	927	86.0	151	14.0	0.495
มี	245	84.2	46	15.8	

จากตารางที่ 4.22 พบว่าลักษณะการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งนักเรียนที่ถูกเลี้ยงดูแบบควบคุมอย่างเข้มงวดและปล่อยปละละเลย และเอาใจใส่ปกป้องมากเกินไป มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย ปัจจัยด้านการมีประวัติครอบครัวมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือติดสุรา / สิ่งเสพติดในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต

ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 1,369)	นักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 1,172)		นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า (n = 197)		p - value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต					
ไม่มี	711	88.3	94	11.7	0.000 **
มี	461	81.7	103	18.3	

** p < 0.01

จากตารางที่ 4.23 พบว่าปัจจัยด้านความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิตที่นักเรียนเคยพบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งนักเรียนที่เคยมีความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต มีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่ไม่เคยมีความรู้สึกละอายใจครั้งสำคัญในชีวิต

ตารางที่ 4.24 จำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต

ความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต (n = 805)	ไม่มีภาวะเศร้า (n = 642)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 163)		p - value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต					
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต / ทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต	91	83.5	18	16.5	.003 **
ญาติใกล้ชิดหรือบุคคลใกล้ชิด	392	82.9	81	17.1	
เจ็บป่วยรุนแรง / เรื้อรัง					
ครอบครัวประสบอุบัติเหตุร้ายแรง / นักเรียนเจ็บป่วยร้ายแรง	28	65.1	15	34.9	
นักเรียนย้ายที่อยู่ / ที่เรียน ปรับตัวไม่ได้	34	66.7	17	33.3	
สอบตก / เรียนซ้ำชั้น	47	72.3	18	27.7	
สัตว์เลี้ยงเสียชีวิต / ออกจากบ้าน					
บิดามารดาแยกทางกัน					
ไม่บอกสาเหตุ	50	78.1	14	21.9	

** p < 0.01

จากตารางที่ 4.24 พบว่านักเรียนที่เคยมีความรู้สึกสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต เมื่อจำแนกประเภทตามความรู้สึกสูญเสียแล้ว พบว่าความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่านักเรียนที่ครอบครัวเคยประสบอุบัติเหตุร้ายแรงหรือตัวนักเรียนเจ็บป่วยร้ายแรง และปรับตัวไม่ได้เมื่อนักเรียนย้ายที่อยู่หรือที่เรียน มีโอกาสที่นักเรียนจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จากโรงเรียน ก. จำนวน 743 คน โรงเรียน ข. จำนวน 196 คน และโรงเรียน ค. จำนวน 430 คน รวมทั้งสิ้น 1,369 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi - stage cluster sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านจิตสังคม และข้อมูลภาวะซึมเศร้าที่ได้จากแบบสอบถามปัญหาสุขภาพแบบตอบด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2545 นำผลมาวิเคราะห์และประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้า แล้วนำเสนอด้วยตารางประกอบความเรียง สรุปผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านจิตสังคม และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายร้อยละ 49.9 นักเรียนหญิงร้อยละ 50.1 อายุส่วนใหญ่ 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.4 มีผลการเรียนอยู่ในระดับ 2.01 - 3.00 คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ ระดับ 3.01 - 4.00 คิดเป็นร้อยละ 27.2 มีจำนวนพี่น้องรวมทั้งตัวนักเรียนด้วยอยู่ในระหว่าง 2 - 3 คน คิดเป็นร้อยละ 74.7 นักเรียนส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาเป็นบุตรคนที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 32.1 ค่าใช้จ่ายที่นักเรียนได้รับต่อเดือนเป็นเงินน้อยที่สุดคือ 200 บาท มากที่สุดคือ 4,500 บาท

1.2 ข้อมูลด้านจิตสังคม

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 69.0 ในส่วนค่าใช้จ่ายที่ได้รับร้อยละ 87.4 ตอบว่าเพียงพอ บิดามารดาของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 80.6 สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวของนักเรียนส่วนใหญ่รักและกลมเกลียวกันดี คิดเป็นร้อยละ 90.2 บิดาของนักเรียนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 29.4 รองลงมาเกษตรกร / ชาวประมง คิดเป็นร้อยละ 25.7 ส่วนมารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 25.4 รองลงมาเกษตรกร / ชาวประมง คิดเป็นร้อยละ

21.5 นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย คิดเป็นร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่ในครอบครัวของนักเรียนไม่มีประวัติว่ามีบุคคลป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 98.2 และไม่มีบุคคลในครอบครัวติดสุรา / สิ่งเสพติด คิดเป็นร้อยละ 78.7 นักเรียนส่วนใหญ่เคยพบกับความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต คิดเป็นร้อยละ 58.8

1.3 ข้อมูลภาวะซึมเศร้า

ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ของคะแนนความรู้สึกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16.94 ซึ่งเมื่อจัดกลุ่มแล้วนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 25 คะแนน

2. ความซุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 85.6 และเมื่อคำนวณหาอัตราความซุกของภาวะซึมเศร้าแล้ว พบว่าอัตราความซุกของภาวะซึมเศร้าของ นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.39

3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยในส่วนของคุณค่าที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงดู และความรู้สึกที่นักเรียนเคยพบกับความสูญเสียครั้งสำคัญของชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนพี่น้อง ลำดับที่ของการเป็นบุตร สถานภาพของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา การมีบุคคลในครอบครัวติดสุรา สิ่งเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความซุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ความซุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรีเท่ากับร้อยละ 14.39 ซึ่งต่ำกว่าที่ อังคณา ปรีชาเมตตา⁵⁰

เคยศึกษาไว้ในปี พ.ศ.2541 โดยแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเองเช่นกัน พบอัตราความซุกในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เท่ากับร้อยละ 19.8 เรวไร ทีวะทัศน์⁴³ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ.2537 ด้วย Reynold's Adolescent Depression Scale (RADS) พบความซุกเท่ากับร้อยละ 22.04 ช่อเพชร เบ้าเงิน¹¹ ศึกษาในนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ ในปี พ.ศ.2538 โดยแบบสำรวจ Children's

Depression Inventory (CDI) พบความชุกเท่ากับร้อยละ 49.8 และ ภัทรีนาฏ บุญชู⁴⁹ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2543 โดย Center for Epidemiology Studies - Scale (CES - D Scale) พบความชุกร้อยละ 28.8 อัตราความชุกที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าที่การศึกษาอื่น อาจเนื่องมาจากความแตกต่างกันในพื้นที่ที่อยู่อาศัย และวัฒนธรรมท้องถิ่น ผลกระทบทางจิตสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ช่วงระยะเวลาที่ศึกษาต่างกัน โดยเฉพาะการใช้แบบวัดภาวะ ซึมเศร้าต่างชนิดกัน และหรืออาจเกิดจากการขาดเครื่องมือประเมินผู้ป่วยที่มีมาตรฐานเพียงพอ¹² เมื่อแยกตามเพศจะพบว่า เพศหญิงมีความชุกในอัตราที่มากกว่าเพศชายคือ ร้อยละ 14.9 และ 13.9 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Frerichs และคณะ⁴⁴ ภัทรีนาฏ บุญชู⁴⁹ และอุมาพร ตวังคสมบัติ¹² Garrison⁵¹, Larson & Meliz⁵² และ Carlson และคณะ⁵³ ที่ได้ศึกษาไว้

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี

2.1 เพศ

ภาวะซึมเศร้าที่พบในครั้งนี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งอยู่ในอัตราที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ร้อยละ 14.9 และร้อยละ 13.9 ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นได้จากในสังคมปัจจุบัน นักเรียนวัยรุ่นเริ่มมีการพบปะกัน มีสังคมที่ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้รวมทั้งโอกาสในการได้รับข่าวสารความรู้สุขภาพจิตจากสื่อต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน

2.2 อายุ

อายุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วงระหว่าง 15 - 19 ปี พบว่าอายุของนักเรียนที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีอายุใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาใกล้เคียงกันและอยู่ในช่วงพัฒนาการเดียวกัน ซึ่งทำให้ไม่มีผลใด ๆ ต่อภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับที่ภัทรีนาฏ บุญชู⁴⁹ ที่ได้เคยศึกษาไว้

2.3 ผลการเรียน

ผลการเรียนพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี แต่มีแนวโน้มว่าคนที่มีการเฉลี่ย 2.00 และต่ำกว่า มีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยมากกว่า 2.00 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรีนาฏ บุญชู⁴⁹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของช่อเพชร เบ้าเงิน¹¹ ที่ศึกษาไว้ในปี 2534 และเวโร ทิวทัศน์⁴³ ที่ศึกษาไว้ในปี 2528 ที่พบว่าผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนวัยรุ่น ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย โดยกลุ่มผู้ที่มีผลการเรียนต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

2.4 จำนวนพี่น้อง

จำนวนพี่น้องพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษายังพบว่า นักเรียนที่เป็นลูกคนเดียวของพ่อแม่จะมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($x = 18.77$) สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

2.5 ลำดับที่ของการเป็นบุตร

ลำดับที่ของการเป็นบุตรของนักเรียน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้พบว่านักเรียนที่เป็นบุตรลำดับที่ 4 ขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดคือร้อยละ 16.3

2.6 บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย

บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยนักเรียนที่อยู่รวมกันทั้งบิดามารดาและญาติ ซึ่งเป็นครอบครัวแบบขยายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากความเครียด ขาดความเป็นส่วนตัว ขาดบรรยากาศของครอบครัวระหว่างพ่อ - แม่ - ลูก และจากผลการศึกษาพบว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับทั้งบิดามารดามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carlson และคณะ⁵³ ที่พบว่าหากขาดความใกล้ชิดกับบิดา มารดา และพลัดพรากจากบิดา - มารดาจะพบว่ามีภาวะซึมเศร้าสูง

2.7 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายที่นักเรียนได้รับต่อเดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยนักเรียนที่ได้รับค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มนักเรียนที่ได้รับค่าใช้จ่ายเพียงพอ การที่นักเรียนได้รับค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอนั้นมักเกิดจากภาวะที่ขาดสนใจของผู้ปกครองในด้านการเงิน ภาวะเช่นนี้อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลและมีปมด้อยไม่เท่าเทียมเพื่อนฝูง ซึ่งอาจจะนำมาสู่ความรู้สึกไม่ภูมิใจในตนเอง ต่ำหนิตนเองหรือรู้สึกว่าตนเองนั้นไร้คุณค่าอาจจะนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรีนาฏ บุญชู⁴⁹ และอรพรรณ เมฆสุภา และคณะ⁵⁸ ที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2.8 สถานภาพของบิดามารดา

สถานภาพของบิดามารดาของนักเรียน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเรไร ทิวะทัศน์⁴³ ที่พบว่าสถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้แล้วพบว่า กลุ่มเด็กที่บิดามารดาแยกกันอยู่มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเด็กที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ทั้งนี้อาจ เนื่องจาก

เด็กสามารถมีคนที่คอยรับคำปรึกษา คอยให้กำลังใจ และให้ความอบอุ่น ดูแลคุ้มครองเขา จึงมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของเด็ก และช่วยทำให้ผ่อนคลายความกดดันที่มีอยู่ในจิตใจของเด็กได้

2.9 สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเรไร ทิวะทัศน์⁴³ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องมีผลต่อความซึมเศร้า และสอดคล้องกับภัทรินาฏ บุญชู⁴⁹ ที่พบว่าความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้อย่างเด่นชัดว่าถ้าภายในครอบครัวสมาชิกมีสัมพันธภาพแบบต่างคนต่างอยู่ไม่สนใจกัน ไม่เอื้ออาทรต่อกัน ทะเลาะกันบ่อย ขาดความสามัคคีปรองดองกัน อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าจะสูงกว่ากลุ่มที่สมาชิกภายในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน

2.10 อาชีพของบิดามารดา

อาชีพของบิดามารดา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มนักเรียนมีบิดามารดาประกอบอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของการทำงานในกลุ่มอาชีพอื่น เช่น เกษตรกร / ชาวประมง ค้าขาย บิดามารดาอาจจะประกอบอาชีพอยู่ภายในบ้านของตนเอง (ทำให้มีเวลาใกล้ชิดกับบุตรของตนเองหรือในละแวกใกล้เคียง) มากกว่าอาชีพอื่นที่ต้องออกจากบ้านไปทำงานในสถานที่ราชการซึ่งอยู่ไกลจากบ้านของตนเอง บางครั้งบุตรกับบิดามารดาอาจไม่มีโอกาสพบปะกันเลยในแต่ละวันก็ได้ ซึ่งมีอยู่มากในสังคมปัจจุบันนี้

2.11 ลักษณะการเลี้ยงดู

พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรไร ทิวะทัศน์⁴³ ที่พบว่ากรอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองมีผลต่อความซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มนักเรียนที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองที่มีการเลี้ยงดู แบบปล่อยปละละเลย มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรู้สึกลึกซึ้ง ความรัก ความสนใจ ความเอาใจใส่จากบิดามารดา ไม่มีใครคอยช่วยแก้ปัญหา ขจัดข้อสงสัย ช่วยลดภาวะเครียด ภาวะกดดันทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสังคม อาทิ การแข่งขันกันเข้าเรียนต่อในสถาบันการศึกษาของรัฐ (เอ็นทรานซ์) ความรู้สึกสนใจเพศตรงข้ามที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากภาวะของพัฒนาการด้านอารมณ์ ความรู้สึกและพัฒนาการทางด้านร่างกาย รวมถึงความขัดแย้งสับสนในบทบาทของตนเองที่จะก้าวขึ้นไปเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต อีกกลุ่มหนึ่งที่พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงเช่นกัน ได้แก่ กลุ่มที่ถูกเลี้ยงดูแบบควบคุมอย่างเข้มงวด ซึ่งเด็กจะเกิดภาวะคับข้องใจว่าทำไมเพื่อน ๆ ทำได้ มีได้ รู้สึกได้ แต่เราทำไม่ได้ มีไม่ได้ และต้องเก็บกดความรู้สึกไว้ เด็กอาจจะหาทาง

ออกโดยการทำให้ตนเองรู้สึกเป็นสุขสนุก คือหันมาเสพยาเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ ยาบ้า เพื่อผ่อนคลายความรู้สึกกดดันในจิตใจ ซึ่งจะทำให้เกิดเป็นปัญหาของสังคมต่อไป

2.12 บุคคลในครอบครัวติดสุรา / ยาเสพติด

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าบุคคลในครอบครัวของนักเรียนติดสุรา / ยาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเนื่องมาจากเมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้มาจากการดำเนินการวิจัยนั้นมีจำนวนสูงอย่างแตกต่างกันมากระหว่างจำนวนที่มีบุคคลในครอบครัวติดสุรา / ยาเสพติด กับไม่มีบุคคลในครอบครัวติดสุรา / ยาเสพติด ประมาณ 1 ใน 4 จึงทำให้ปัจจัยด้านการที่มีบุคคลในครอบครัวติดสุรา / ยาเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า หรือนักเรียนที่ได้อยู่ในระบบการศึกษาได้ก็เป็นเพราะมีบุคคลในครอบครัวติดสุรา / ยาเสพติดน้อย

2.13 ความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต

ความสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิตของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มนักเรียนที่เคยมีความรู้สึกสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต อาทิเช่น บิดามารดาเสียชีวิต การเรียนตกต่ำ ญาติสนิทหรือพี่น้องเจ็บป่วยโดยโรคที่รุนแรง สัตว์เลี้ยงที่รักตาย หรือออกหัก มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีภาวะของการสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต ซึ่งในที่นี้เป็นความรู้สึกที่เป็นมุมมองของตัวนักเรียนเอง ซึ่งบางครั้ง ผู้ปกครอง บิดามารดา ครู อาจจะเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่นักเรียนคิดว่านั้นคือสิ่งสำคัญเท่าชีวิตเลยทีเดียวที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ โดดเดี่ยว รู้สึกตำหนิตนเอง และเห็นว่า ตนเองไร้ค่า ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่านักเรียนที่ยังไม่เคยประสบกับความสูญเสียมาเลย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของนักเรียนมัธยมปลายและวัยรุ่นทั่วประเทศได้ ทำให้ผลการวิจัยจะนำไปใช้ได้เฉพาะประชากรที่อยู่ในระบบการศึกษา และในท้องถิ่นที่มีลักษณะ สิ่งแวดล้อมใกล้เคียงคล้ายคลึงกันเท่านั้น และจากที่การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) ผลการวิจัยควรนำมาพิจารณาแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าในส่วนของ การเฝ้าระวังโรค การส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช อันสืบเนื่องจากโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยในส่วนของความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรี ถึงแม้จะมีอัตราความชุกต่ำกว่าที่ได้ทำการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ แต่ก็ยังพบนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรก และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เมื่อคิดเป็นร้อยละแล้วค่อนข้างใกล้เคียงกัน และพบความชุกใน นักเรียน 3 โรงเรียนมีความแตกต่างกัน การศึกษาวิจัยต่อไป ว่า

ปัจจัยใดบ้างที่ทำให้โรงเรียนทั้ง 3 โรงเรียน มีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายแตกต่างกัน อาจช่วยให้เข้าใจธรรมชาติ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนได้ และสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ต่อไป โดยการเพิ่มปัจจัยป้องกัน การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดระบบรองรับและดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า ในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานของรัฐควรจะมีมือกับโรงเรียน และครอบครัวของนักเรียน ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงขึ้นแก่นักเรียนวัยรุ่น ดังนี้

1. บทบาทของโรงเรียน

โรงเรียนเป็นสถาบันที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสถาบันครอบครัว นอกจากนี้จะมีหน้าที่ให้ความรู้ด้านวิชาการแล้ว ยังมีหน้าที่ฝึกอบรมนักเรียนให้เป็นคนดี ชี้นำทางที่ถูกต้อง ดูแลความประพฤติของนักเรียนและควรจัดให้มีแผนในการป้องกันและช่วยเหลือนักเรียนในรูปแบบโครงการระยะยาว คือ

โครงการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โครงการพัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติด

โครงการฝึกอบรมทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

โครงการดูแลทางจิตสังคมและการให้คำปรึกษา

โครงการพัฒนาระบบเรียนรู้เพื่อสร้างสุขภาพและจริยธรรม

โครงการให้ความรู้สุขภาพจิต

โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน

2. บทบาทครอบครัว

ครอบครัวเป็นสังคมแรกที่เด็กมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุด ความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมในครอบครัวจะก่อให้เกิดพัฒนาทางจิตใจทางลบในเด็ก บิดามารดาควรทำให้ครอบครัวมีความสำคัญต่อชีวิตของวัยรุ่น โดยสอนให้ลูกรู้จักระเบียบวินัย ควบคุมตัวเอง มีความคงเส้นคงวาในการเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างเหมาะสม และมีเหตุผล บิดามารดาต้องเข้าใจวัยรุ่น ให้อิสระในขอบเขตอันสมควร ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาเมื่อลูกมีปัญหา หมั่นหาความรู้สุขภาพจิตมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

3. บทบาทองค์กรของรัฐ

องค์กรของรัฐควรเป็นผู้ส่งเสริมและประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและบ้านในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดย

1. ประสานงานระหว่างบ้านและโรงเรียนให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น
2. ให้ความรู้ครู บิดามารดา ญาติ เพื่อนบ้าน ให้เข้าใจสภาพปัญหาของวัยรุ่น เพื่อช่วยแก้ไขในเบื้องต้น
3. จัดทำและเผยแพร่เอกสารความรู้สุขภาพจิต
4. จัดให้มีแหล่งปรึกษาปัญหาครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างของอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าใน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
2. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในด้านความชุก อุบัติการณ์ การเฝ้าระวัง แนวทางการ ส่งเสริมและป้องกันที่เหมาะสม ในวัยรุ่นทั้งที่อยู่ในและนอกระบบการศึกษาทุกภูมิภาคของประเทศ
3. การศึกษาด้านปัจจัยของภาวะซึมเศร้า ควรมีการศึกษาในด้านอื่นเพิ่มเติมจากที่ยังไม่มีผู้ทำการศึกษาได้ เช่น ความสามารถทางเชาวน์ปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ รวมถึงวัฒนธรรมหรือการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ทุกด้าน
4. ศึกษาวิธีการดำเนินชีวิตและการแก้ปัญหาของนักเรียนที่มีปัจจัยด้านต่าง ๆ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่นักเรียนไม่มีภาวะซึมเศร้า
5. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น หนีโรงเรียน ใช้สารเสพติด แต่งกายด้วยเสื้อผ้าสกปรก หรือใช้สีในการแต่งกายผิดจากปกติมากเกินไป รวมทั้งการเจาะอวัยวะต่าง ๆ เช่น ลิ้น เพื่อใส่เครื่องประดับ
6. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นทั่วไปกับวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย
7. การศึกษาการรับรู้ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนและความรู้ในการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้า ในครูและผู้ปกครอง
8. การศึกษาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

รายการอ้างอิง

1. WHO. The Global Burden of Disease. Edited by Christopher J, Murry CJ, Lopez AD. Harvard School of Public Health, World Bank, WHO 1996.
2. สมภพ เรืองตระกูล. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์. 2542 ; 92 - 113.
3. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ. 2540 : 1 - 3.
4. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ. 2541 : 1 - 3.
5. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช จำแนกตามโรค ปีงบประมาณ 2539 - 2543. เอกสารอัดสำเนา
6. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตในเขตสาธารณสุข 4 ปี พ.ศ.2541 - 2543. เอกสารอัดสำเนา
7. Angold A. Childhood and adolescent depression: I. Epidemiological and etiological aspects. Br J Psychiatry 1988 ; 152 : 601 - 17.
8. Kashani J, et al. Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. Am J Psychiatry 1987 ; 144 : 584 - 9.
9. Kaplan L, Hong G, Weinhold C. Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. J Amer Acad Child Psychiatry 1984 ; 23 (1) : 91 - 8.
10. Trangkasombat U, Larbboonsarp V. Psychopathology of incarcerated delinquents. Paper presented at the 10th World Congress of Psychiatry, Madrid, Spain, August 23 - 8, 1996.
11. ช่อเพชร เบ้าเงิน. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538 : 71.
12. อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ. การใช้ CES - D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540 : 42 (1) : 2 - 13.
13. Beck AT. The diagnosis and management of depression. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1973.

14. วีระวรรณ อุประมาณ. การทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538 : 30 - 1.
15. Lazure A. Adolescent Psychiatry. New York : Churchill Livington INC., 1989 : 41 - 5.
16. อุมภาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในเด็กอายุ 10 - 15 ปี ด้วย Children's Depression Inventory (CDI). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540 ; 80 : 493 - 9.
17. ดวงใจ กษานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน : เกษม ตันติพลาชีวะ บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. เล่มที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ; โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536 : 348 - 411.
18. สรวุฒิ สังข์ศรีศรี. เศร้าแบบไหนจึงควรไปหาหมอ. นครราชสีมา ; โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา, 2542. เอกสารอัดสำเนา
19. สุวิทนา อารีพรอค. ภาวะซึมเศร้า. เอกสารประกอบการสอน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
20. ดวงใจ กษานติกุล. โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์แปรปรวนรักษาหายได้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์, 2542 : 43 - 4.
21. Kasantikul D, Limsuwan N, Karnjanathanalers N, et. al. Health - Related Self Report (HRSR) scale. The diagnostic screening test for depression in Thai population. J Med Assoc Thai 1997 : 647 - 57.
22. พาสณา ฝโลศิลป์. การสำรวจปัญหาการปรับตัวในเด็กวัยรุ่น กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
23. ดวงใจ กษานติกุล. วัยรุ่น. ใน : ตำราจิตเวชศาสตร์. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
24. Kosky R, Eshkevari HS, Carr V. Mental Health and Illness. Australia : Butterworths Pty Limited, 1991 : 49 - 56.
25. สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2521.
26. Roger, Dorothy. The Psychology of Adolescent. Australia : Butterworths Pty Limited, 1991 : 49 - 56.

27. ประเวศ ตันติพิพัฒน์สกุล, อำไพ ทองเงิน, สุรีย์ โกลากุล, ภาวรรณ ชีพัฒน์. รายงานผลการวิจัยเรื่องการศึกษากลไกการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมต้น อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ : โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 5.
28. อุมพร ตรังคสมบัติ. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2536 ; (2) : 87 - 96.
29. อุมพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็กซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่มารักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539 ; 41 : 174 - 83.
30. อมรา พงศาพิชญ์, กอบกุล ภูธรวารณ, นิตยา กัทลীরตะพันธ์, รัตนา จารุเบญจ, วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์. 40 ปีของการพัฒนาเด็กและเยาวชน. กรุงเทพมหานคร : สมาคมสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย 2531 : 21 - 23.
31. อัมพร โอตระกูล, ลาวัณย์ ผลสมภพ, จำไพ สุขสวัสดิ์ ณ.อยุธยา. ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อปัญหาส่วนตัวนักเรียนมัธยมศึกษาต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2530 ; 32 : 65 - 71.
32. Rutter M. Psychosocial Disturbance in Young People Challenges for Prevention. Cambridge : University of Cambridge, 1995 : 131 - 43, 220 - 1.
33. อุมพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539 ; 41 : 162 - 173.
34. ศรีธรรม ธนะภูมิ. พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2535.
35. ซอลัดดา ขวัญเมือง. กิจกรรมแนะแนวในชั้นเรียน. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว ครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม, 2542.
36. สุพัตรา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. วัยรุ่น. ใน : ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์นันทพันธ์, 2542 : 105 - 10.
37. Paxan JM., Zucherman RJ. Laws and Policies Adolescent Health. Geneva : word Health Organization, 1987 : 4 - 5.
38. Studemire A. Human Behavior. Second edition : United States of America : J.B. Lippincott Company, 1994 : 244 - 8.
39. พรณี เจนจิต. จิตวิทยาการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 3 ; มปท : 2528 : 63 - 98.

40. โยธิน ศันสนยุท และคณะ. จิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2533 : 194 - 5.
41. อลิสา วัชรสินธุ์. ปัญหาและความผิดปกติทางจิตเวชที่แสดงออกโดยอาการทางกาย. ใน : วันเพ็ญ บุญประกอบ อัมพล สุอำพัน และนางพางา ลี้มสุวรรณ (บรรณาธิการ). จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์. 2538, 226 - 7.
42. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. วัยเรียน พัฒนาการทางจิต - สังคม ปัญหาและแนวทางแก้ไข. ใน : จันทรีทิพา พุกษานนท์ และประสพศรี อึ้งถาวร (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพเด็ก. (พิมพ์ครั้งแรก). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2536, 184.
43. เรไร ทิวะทัศน์. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
44. Frerichs, Ralph R. Aneshensel, Carol S. and Clark, Virginia. Prevalence of depression in Los Angeles county. American Journal of Epidemiology. 113 (1981) : 691 - 699.
45. วรพร อินทบุหรั่น. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2534.
46. ลัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
47. ดวงใจ กสานติกุล จิระภา สุทธิพันธ์ และพวงสร้อย วรกุล. ผลการฝึกสมาธิต่อสุขภาพจิตโดยการวัดเปรียบเทียบกับระดับอารมณ์เศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์. ปีที่ 31 ฉบับที่ 4 (ธันวาคม 2529) : 177.
48. ส่งศรี จัยสิน และคณะ. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชน จังหวัดชลบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 33 (กรกฎาคม - กันยายน 2531) : 109 - 25.
49. ภัทรีนาฏ บุญชู. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
50. อังคณา ปรีชาเมตตา. การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา และโรงเรียนพุทธจักรวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
51. Garrison CZ. Epidemiology of depressive symptoms in young adolescent. J Am Child Ado Psychiatry 1989 ; 28 : 343 - 51.

52. Larson HJ, Meliz L. Depressive Symptoms in Swedish adolescents. J Ab Child Ado Psychiatry 1990 ; 32 : 644 - 5.
53. Carlson GA, Cantwell DP. A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population : interview data. J Am Acad Child Psychiatry 1979 ; 18 - 587 - 99.
54. Hammen CL, Padesky CS. Sex different in the expression of depression responses on the Beck Depression Inventory. Psychology 1997;86 : 609 - 14.
55. อรัญญา จันทร์ดู่. สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2536.
56. ชมภูงุช หนูน้อย. การศึกษาสุขภาพจิต และความต้องการบริการสุขภาพจิตในโรงเรียนของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
57. Friedrich WN, Reams R, Jacobs JH. Sex difference in depression in early adolescent. Psychol Rep 1988 ; 52 : 475 - 81.
58. อรพรรณ เมฆสุภะ, อัมพร ไอตระกูล และสุวัฒน์ ศรีสรจักร. ความชุกของปัญหาจิตเวชในประชาชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2530 ; 31 : 97 - 102.
59. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติทบทวน. ใน : ทัสสนี นุชประยูร และเต็มศรี ชำนิจารกิจ (บรรณาธิการ). สถิติในการวิจัยทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541 : 91.
60. ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2540 ; 366 - 7.
61. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies. A - Practice Manual. Geneva : World Health Organization, 1991 : 1 - 3.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ




สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพฑูถย์	ได้ห์สุนทร
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปดี	ธนะมัน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์	เลิศมหาฤทธิ
แพทย์หญิงรัชนีกร	เอี่ยมผ่อง
นางชนิษฐา	บำเพ็ญผล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง **ความชุก และปัจจัยของภาวะซีมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยของภาวะซีมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดเพชรบุรีและนำข้อมูลจากผลการวิจัยนี้ไปวางแผนในการส่งเสริมและป้องกันภาวะซีมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และยินดีที่จะตอบแบบสอบถาม จึงได้ลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ยินยอมไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้
อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วย

กฎหมาย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

คำแนะนำสำหรับนักเรียนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
เรื่อง ความซุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
ในเขตจังหวัดเพชรบุรี

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความซุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี นี้ นางศิริอร ฤทธิไตรรัตน์ นิสิตปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวช ศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ:-

1. เพื่อศึกษาอัตราความซุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขต จังหวัดเพชรบุรี โดยแบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขต จังหวัดเพชรบุรี

โดยคำตอบทุกข้อในแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะรักษาไว้เป็นความลับ โดยจะนำเสนอ ในภาพรวม และจะไม่กระทบต่อนักเรียนแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ของ ผู้ วิจัยเท่านั้น การให้ข้อมูลของนักเรียนมีความสำคัญต่อการศึกษาอย่างมาก ผู้วิจัยจึงขอความกรุณาตอบ แบบสอบถามที่มีอยู่ทุกข้อให้ครบถ้วน ตามที่นักเรียนทราบและเป็นความจริงมากที่สุด

ผู้วิจัยหวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากนักเรียน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางศิริอร ฤทธิไตรรัตน์)

นิสิตปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และเติมค่าลงในช่องว่างที่กำหนด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	[] 4
2. อายุ.....ปี (วัน เดือน ปีเกิด))	[] 5
3. ศึกษาอยู่ในโรงเรียน..... ชั้น...../.....	[] [] [] 6-8
4. ผลการเรียนในภาคเรียนที่ผ่านมาได้เกรด.....	[] 9
5. จำนวนพี่น้องทั้งหมดรวมทั้งตัวนักเรียนด้วย.....คน	[] 10
6. นักเรียนเป็นบุตรคนที่.....	[] 11
7. นักเรียนได้รับค่าใช้จ่ายส่วนตัว.....บาท / เดือน	[] 12

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านจิตสังคม

8. ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับใคร <input type="checkbox"/> 1. บิดามารดา <input type="checkbox"/> 2. บิดาเพียงผู้เดียว <input type="checkbox"/> 3. มารดาเพียงผู้เดียว <input type="checkbox"/> 4. ญาติ <input type="checkbox"/> 5. บิดา และ / หรือมารดา และญาติ <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	[] 13
9. ส่วนใหญ่แล้ว ค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เพียงพอ	[] 14
10. สถานภาพของบิดามารดา <input type="checkbox"/> 1. อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> 2. แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> แยกกันอย่างถาวร <input type="checkbox"/> แยกกันชั่วคราวเพราะความจำเป็นบางประการ	[] 15

11. สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว [] 16
1. รักและกลมเกลียวกันดี
2. ต่างคนต่างอยู่
3. ทะเลาะกันบ่อย
4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
12. อาชีพของบิดา [] 17
1. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ 2. ค้าขาย
3. เกษตรกร / ชาวประมง 4. รับจ้าง
5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
13. อาชีพของมารดา [] 18
1. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ 2. ค้าขาย
3. เกษตรกร / ชาวประมง 4. รับจ้าง
5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
14. นักเรียนถูกอบรมเลี้ยงดูในลักษณะใดเป็นส่วนใหญ่ (ตอบเพียงข้อเดียว) [] 19
1. ปล่อยปละละเลย
2. ประชาธิปไตย (มีเหตุผล)
3. เอาจใจใส่ปกป้องมากเกินไป
4. ควบคุมอย่างเข้มงวด
15. บิดา มารดา หรือญาติของนักเรียนมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า [] 20
1. ไม่มี
2. มี โปรดระบุ.....
16. บิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัวติดสุรา / สิ่งเสพติด [] 21
1. ไม่มี
2. มี โปรดระบุ.....

17. นักเรียนเคยมีความรู้สึกสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิตหรือไม่

[]

22

1. ไม่มี
2. มี ได้แก่..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- บิดาเสียชีวิต
 - มารดาเสียชีวิต
 - ทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต
 - ญาติใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิทเสียชีวิต
 - บุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยรุนแรง / เรื้อรัง
 - ครอบครัวประสบอุบัติเหตุร้ายแรง
 - นักเรียนเจ็บป่วยร้ายแรง / เรื้อรัง
 - นักเรียนย้ายที่อยู่อาศัยหรือที่เรียนแล้วรู้สึกไม่พึงพอใจ / ปรับตัวไม่ได้
 - สอบตก / เรียนซ้ำชั้น
 - อื่น ๆ โปรดระบุ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ

คำชี้แจง ชี้ด ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนในช่วง 1 เดือนนี้
 บ่อย ๆ หมายถึง เกือบทุกวัน
 ค่อนข้างบ่อย หมายถึง 2 - 3 วัน / สัปดาห์
 บางครั้ง หมายถึง น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง

			สำหรับผู้วิจัย	
1.	รู้สึกเบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D1
2.	นอนไม่หลับหรือต้องใช้ยาช่วยให้หลับ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D2
3.	รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D3
4.	คิดมาก กังวล	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D4
5.	รู้สึกสบายใจ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D5
6.	รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D6
7.	ใจลอย ไม่มีสมาธิ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D7
8.	อยากอยู่เฉย ๆ ไม่อยากทำอะไร	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D8
9.	รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D9
10.	ชีวิต อนาคตยังไม่มีความหมาย	<input type="checkbox"/> บ่อย ๆ <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เลย	[]	D10

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|-----|-----|
| 11. ร้องไห้ หรืออยากร้องไห้ | <input type="checkbox"/> บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย | [] | D11 |
| | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เลย | | |
| 12. ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ | <input type="checkbox"/> บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย | [] | D12 |
| | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เลย | | |
| 13. ชีวิตไม่มีความสุข | <input type="checkbox"/> บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย | [] | D13 |
| | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เลย | | |
| 14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า | <input type="checkbox"/> บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย | [] | D14 |
| | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เลย | | |
| 15. รู้สึกตัวเองมีคุณค่า | <input type="checkbox"/> บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย | [] | D15 |
| | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เลย | | |
| 16. ดำหนิหรือกล่าวโทษตนเอง | <input type="checkbox"/> บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย | [] | D16 |
| | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เลย | | |
| 17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง | <input type="checkbox"/> บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย | [] | D17 |
| | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เลย | | |
| 18. คิดอยากตาย | <input type="checkbox"/> บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย | [] | D18 |
| | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เลย | | |
| 19. คนอื่นหักว่าคุณดูเครียด ซึม หรือหมองคล้ำ | <input type="checkbox"/> บ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย | [] | D19 |
| | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เลย | | |
| 20. พยายามฆ่าตัวตาย | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | [] | D20 |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางศิริอร ฤทธิไตรรัตน์ เกิดเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2504 ที่บ้านเลขที่ 5 ตำบลธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนหอวัง เมื่อปีการศึกษา 2522 สำเร็จ การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อปีการศึกษา 2526 เข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 โรงพยาบาลนิติจิตเวช เมื่อปีพุทธศักราช 2527 ในปีการศึกษา 2543 เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวช ศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันรับ ราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต โรงพยาบาล นิติจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย