บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 ผู้วิจัยได้จัดทำหัวข้อการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วิธีการวัดภาวะซึมเศร้า

การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

Hurlock ได้อธิบายว่า "วัยรุ่น" ตรงกับคำ "Adolescence" ในภาษาอังกฤษ และมีรากศัพท์เดิมมาจากภาษาลาตินว่า "Adocescere" ซึ่งมีความหมายว่าเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ (Maturity) ซึ่งการบรรลุถึงขั้นวุฒิภาวะจะรวมถึงทั้งการเจริญเติบโตทางร่างกายและการเจริญทางจิตใจด้วย กล่าวคือ จะต้องมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ไปพร้อม ๆ กัน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (พาสนา ผโลศิลป์, 2535)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการ คือ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายโดยมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนสภาวะทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องพึ่งพาครอบครัวมาเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพ หารายได้ด้วยตนเอง

วัยรุ่นมีอายุประมาณ 13-20 ปี นับเป็นวัยที่สำคัญที่สุดวัยหนึ่ง เพราะเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างวัยเด็กกับผู้ใหญ่ มีพัฒนาการอย่างมากทั้งทางร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ สติปัญญา

บทบาทและการปรับตัวทางสังคมวัยนี้เด็กแยกตัวออกห่างจากครอบครัวไปเป็นอิสระมากขึ้นถ้าพัฒนาการในวัยก่อนหน้านี้มีความบกพร่อง ปัญหาต่างๆ อาจรุนแรงมากขึ้นในวัยรุ่น นอกจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของร่างกายและจิตใจแล้ว ความคาดหวังจากครอบครัวและสภาพแวดล้อม ต่างก็ทำให้เกิดความสับสนแก่วัยรุ่นได้มาก

ในปัจจุบัน ช่วงอายุในวัยรุ่นมีระยะเวลานานขึ้น วิวัฒนาการของระบบการศึกษา วัฒนธรรม ประเพณี และสภาวะเศรษฐกิจ ทำให้วัยรุ่นใช้เวลาในการศึกษาวิชาชีพนานขึ้นโดยเฉพาะวัยรุ่นในเมืองใหญ่ วัยรุ่นที่ดำเนินชีวิตในช่วงนี้ไปได้ราบรื่นโดยมีปัญหาบ้างเพียงเล็กน้อยก็สามารถที่จะเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีปัญหา ปรับตัวและต่อสู้กับอุปสรรคในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ ถ้าวัยรุ่นมีปัญหามาก เกิดความขัดแย้งในการพัฒนาเกี่ยวกับความรับผิดชอบตนเองและการปรับตัวก็จะทำให้ก้าวไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ด้วยความสับสนและความไม่มั่นใจ วัยรุ่นนับเป็นวัยวิกฤติที่มนุษย์มีความสับสนทางจิตใจมากที่สุด

ปัญหาของนักเรียนวัยรุ่น

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2530) ได้ศึกษาปัญหาส่วนตัวของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ชั้น ม.1-ม.3 ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2526-2527 จำนวน 520 คน โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นเองร่วมกับแบบสอบถาม Mooney Check List (J-form) ผลการศึกษาพบว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีปัญหาที่สำคัญ 3 เรื่อง คือ ปัญหาลักษณะส่วนตัว ปัญหาการเรียนการเงินและอนาคตและปัญหาด้านโรงเรียน และพบว่าตัวแปรต้น ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา อุปนิสัยของบิดามารดา ผู้อบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก และระดับการศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับปัญหาของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการสำรวจทัศนคติต่อภาวะทางสังคมในเขตเมือง ต่อเนื่อง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 โดยกำหนดเมืองหลัก 5 แห่ง คือ กรุงเทพมหานคร เทศบาลนครเชียงใหม่ เทศบาลเมืองชลบุรี เทศบาลเมืองนครราชสีมา และเทศบาลเมืองหาดใหญ่ จำนวน 10,800 ตัวอย่าง พบว่าในด้านทัศนคติที่มีต่อครอบครัวนั้น ประชากรในเมืองหลักเห็นว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างพ่อแม่ลูกนับวันจะห่างเหินขึ้น ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าในปัจจุบันเน้นให้ความสะดวกสบายทางวัตถุมากกว่าความรักความอบอุ่น ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งของการทำให้ครอบครัวห่างเหินกันมากขึ้น

(พินิจ ลาภธนานนท์ และคณะ, 2536)

ในปัจจุบันครอบครัวเป็นจำนวนไม่น้อยต้องประสบปัญหาต่าง ๆ อาทิ สามีภรรยาทะเลาะวิวาทแตกแยกทำให้ลูกขาดความรักความอบอุ่น ขาดความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างบิดามารดาและบุตร เป็นเหตุให้เกิดความไม่มั่นคงของครอบครัว เป็นครอบครัวที่ขาดความสุขซึ่งครอบครัวที่ขาดความสุขมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ครอบครัวแตกแยก (broken family) ในรูปของการหย่าร้าง (divorce) แยกกันอยู่ (separation) การละทิ้ง (desertation)

2. ครอบครัวที่สมาชิกของครอบครัวไม่เข้าใจและความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ไม่ปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างเหมาะสม

3. ครอบครัวที่ประสบปัญหาในเรื่องการเงินและการครองชีพ เช่น มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ใช้จ่ายเกินฐานะ

4. ครอบครัวที่ประสบปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัย เช่น สมาชิกของครอบครัวติดยาเสพติด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2536)

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเครียดหลายอย่าง เมื่อเทียบกับวัยเด็ก และความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับวัยรุ่นก็มักมีความขัดแย้งกันมากกว่าวัยเด็ก เพราะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยนั่นเอง ซึ่งหมายถึงวัยของลูกวัยรุ่นและวัยของบิดามารดาด้วย ในเมื่อทั้งบิดามารดาและลูกวัยรุ่นต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและมีความเครียดเกิดขึ้น ก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้อยู่ดีที่จะเกิดการทะเลาะ ขัดใจกันบ้างเหมือนลิ้นกับฟัน ลูกวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทางเพศ มีความก้าวร้าวเพิ่มขึ้น มีการแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีความอยากเป็นอิสระ การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นของใหม่ทำให้วัยรุ่นปรับตัวไม่ถูก ในขณะที่บิดามารดาก็กำลังเข้าสู่วัยกลางคน ซึ่งวัยนี้มักมีปัญหาอาชีพการงาน หรือไม่ก็ชีวิตแต่งงาน ที่เรียกว่าวิกฤติการณ์ในวัยกลางคน (middel cerisis)

การวิจัยในต่างประเทศพบว่าความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างวัยรุ่นกับบิดามารดา มีลักษณะเป็นกราฟรูปตัวยูคว่ำ ( ) คือความขัดแย้งจะสูงสุดในวัยรุ่นตอนต้น ค่อย ๆ คงที่ในวัยรุ่นตอนกลาง และจะเริ่มลดลงในวัยรุ่นตอนปลายที่เป็นเช่นนี้ เพราะช่วงวัยรุ่นตอนต้นนั้น เด็กเริ่ม

เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น คิดเองทำเอง เริ่มมีจุดยืนของตนเอง ส่วนช่วงวัยรุ่นตอนปลายนั้น ความขัดแย้งน้อยลงเพราะเด็กเริ่มออกจากบ้านไปเรียนต่อในระดับอุดมศึกษา การห่างบ้านทำให้การที่จะกระทบกระทั่งกันทุกวันลดลง

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2536) กล่าวถึงการขัดแย้งกันระหว่างบิดามารดากับลูกวัยรุ่นว่ามีจุดน่าสนใจอยู่ 2 ประการ คือ

1. วัยรุ่นกับบิดามารดามักไม่ได้ขัดแย้งกันในเรื่องคอขาดบาดตาย เช่น ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเมือง ศาสนา หรือเสรีภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะเป็นเรื่องไกลตัวไม่ได้เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

2. วัยรุ่นกับบิดามารดายังขัดแย้งกันอยู่ในเรื่องที่คล้ายคลึงกับเมื่อสิบปีที่แล้ว การศึกษาเปรียบเทียบความขัดแย้งระหว่างวัยรุ่นกับบิดามารดาในปี ค.ศ.1929 กับปี ค.ศ.1982 พบว่าความขัดแย้งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เรื่องที่ขัดแย้งบ่อยที่สุด คือ ผลการเรียน การทำการบ้านที่ครูให้มา การคบเพื่อน การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร การที่ลูกกลับค่ำ งานบ้านที่มอบหมายให้ทำ การรักษาความสะอาดส่วนตัว รวมไปถึงการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างพี่ ๆ น้อง การบังคับให้ลูกกินอาหารที่เขาไม่ชอบ และการที่ลูกใช้เงินเปลือง ส่วนใหญ่มักเป็นแม่กับลูกสาวทะเลาะกัน การทะเลาะกันนี้เกิดขึ้นเฉลี่ย 1 เรื่องทุก ๆ 3 วัน และกินเวลา 11 นาที ที่กล่าวมานี้ดูเป็นเรื่องหยุมหยิมแต่บางครั้งเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็อาจกลายเป็นความขัดแย้งรุนแรง และนำไปสู่ปัญหาในวัยรุ่นที่พบได้มากมายในปัจจุบัน

สรวงเกษม ชื่นชูศิลป์ (2528, อ้างถึงในอัมพร โอตระกูล และคณะ, 2530) ได้ชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญด้านหนึ่งของสุขภาพจิต เป็นจุดเริ่มต้นของโรคจิตโรคประสาทได้และมีผู้เสนอแนะว่านักเรียนที่มีผลการเรียนไม่ดีควรได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษจากครู และผู้ปกครองในทางบวกเพื่อช่วยแก้ไขไม่ให้เกิดปัญหารุนแรงขึ้นต่อไป

ปัญหาเด็กเรียนไม่ดีนั้น บิดามารดามักจะสงสัยว่าลูกคงจะสติปัญญาไม่ดี ทำให้อยากวัดไอคิว (IQ) ซึ่งค่าของไอคิวนั้นเป็นตัวเลขบอกระดับของสติปัญญาว่ามีระดับสติปัญญาสูงต่ำเพียงใด (อัมพล สูอำพัน, 2536)

$$\text{สูตร ไอคิว (IQ)} = \frac{\text{อายุสมอง}}{\text{อายุจริง}} \times 100$$

ค่าของ IQ	จำแนกระดับปัญญา
140 ขึ้นไป	จีเนียส
120-139	ฉลาดมาก
110-119	ฉลาด
90-109	ปกติ
71- 89	ปัญญาทึบ
ตั้งแต่ 70 ลงไป	ปัญญาอ่อน

การที่เด็กเรียนไม่ดีนั้นไม่ได้หมายความว่ามีปัญญาทึบ เพราะมีปัจจัยที่ทำให้เด็กเรียนไม่ดีอีกมาก ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1. ไอคิว ถ้ามีไอคิวต่ำกว่า 100 ลงไป เด็กจะมีผลการเรียนไม่ดี

2. สุขภาพทางกาย เด็กที่ป่วยบ่อย เป็นโรคเรื้อรัง หรืออาจมีสายตาสั้นมาก ๆ มีการได้ยินไม่ดี

3. สภาพอารมณ์ เด็กที่ขี้โมโห กังวล หงุดหงิด ซึมเศร้า ย่อมไม่มีกำลังใจเล่าเรียนหนังสือ ผลการเรียนจะตกลงทั้ง ๆ ที่เคยเรียนดีมาก่อน

4. สมาธิ เด็กที่มีสมาธิสั้น มีความสนใจน้อย จะไม่ค่อยตั้งใจเรียนตั้งใจทำงาน

5. ปัญหาการเรียน เด็กบางคนมีปัญหาการเรียนเฉพาะอย่าง เช่น ปัญหาการอ่าน ปัญหาการเขียน ปัญหาการคำนวณ ปัญหาการใช้กล้ามเนื้อเล็กในการทำงาน

6. แรงจูงใจที่จะเรียน บางวิชาหรือครูบางท่านเด็กชอบเรียนด้วย เด็กย่อมสนใจและเรียนรู้ได้ดี แต่บางวิชาที่เด็กไม่สนใจ ครูดุมากเด็กอาจกลัวและไม่อยากเรียน

7. การเรียนการสอนของครู สอนดี ชัดเจนและแจ่มแจ้งเพียงใด

8. เด็กสนใจกิจกรรมอย่างอื่นมากเกินไป ถ้าสนใจกิจกรรมอื่นมากไป เช่น เล่นดนตรี

มากไป เล่นกีฬามากไป สนใจแต่วาดรูปอย่างเดียว ผลการเรียนย่อมตกลง

การวัดไอคิวเด็กนั้น ควรกระทำเมื่อเด็กมีปัญหาการเรียนโดยมีประวัติว่าในวัยเด็กมีพัฒนาการช้า หรือตรวจสอบปัจจัยต่าง ๆ แล้วพบว่าดีพร้อมทุกอย่าง แต่เด็กยังมีปัญหาการเรียนอยู่ ซึ่งการวัดไอคิดนั้นมีปัจจุบอหลายอย่างที่ทำให้ค่าของไอคิวไม่ตรงกับความเป็นจริง ได้แก่ ลักษณะของเครื่องมือหรือแบบทดสอบ ซึ่งต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมของประเทศ ผู้ทำการทดสอบหรือนักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งผ่านการฝึกฝนจนชำนาญ รวมถึงอารมณ์และความพร้อมของนักจิตวิทยาคลินิกและผู้ถูกทดสอบหรือตัวเด็กเอง ถ้าสภาพร่างกายไม่พร้อมไม่สบาย หรือไม่อยู่ในอารมณ์ที่อยากทำการทดสอบย่อมได้ค่าที่ไม่ตรงกับความสามารถของเด็ก

ในรายที่มีข้อบ่งชี้ว่า ควรวัดไอคิวนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์ คือ สามารถพบข้อบกพร่องในรายละเอียดของแต่ละหัวข้อย่อยได้จะ ทำให้ครูหรือบิดามารดาวางแผนช่วยเสริมจุดอ่อนของเด็กได้

ปัญหาของวัยรุ่นนั้น อาจเกิดเฉพาะต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือต่อกลุ่มก็ได้ เช่น ปัญหาต่อระบบการปกครอง การเมือง การเรียน และอื่น ๆ ทำให้วัยรุ่นนั้นมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการ เรียกกันว่า Adolescent turmoil เมื่อมาถึงจุดหนึ่งอาการที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ก็จะหายไปเป็นปกติ หลังจากวัยรุ่น ผู้นั้นผ่านพ้น Adolescent turmoil แล้ว

Rutter และคณะ กล่าวถึง Adolescent turmoil ว่าเป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีอยู่จริง และปัญหาวัยรุ่นไม่ควรปล่อยผ่านไปโดยคิดว่า เมื่อเวลาผ่านไปจะหายได้เอง เพราะปัญหาของวัยรุ่นจะมีผลต่อชีวิตภายหน้าได้

ปัญหาของวัยรุ่นควรได้รับการรักษาอย่างจริงจัง ไม่ควรปล่อยไว้ โดยคิดว่าเมื่อเวลาผ่านไปปัญหาจะหายไปเองโดยขบวนการพัฒนาตามธรรมชาติ เพราะเมื่อได้ติดตามในระยะยาวพบว่าปัญหาไม่ได้หายไปเอง ผลของการไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจทำให้มีผลเสียต่อวัยรุ่นตลอดชีวิต การรักษาไม่ควรรักษาตามอาการที่ปรากฏเท่านั้น แต่ควรแก้ไขความบกพร่องของ Ego ด้วย

ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น คือ ปัญหาการปรับตัว แสดงออกเพื่อชดเชยในความคับข้องใจตลอดจนการแสดงออกในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2536) ได้กล่าวถึงปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่พบบ่อย ๆ คือ การปรับตัวที่ผิดปกติเมื่อเผชิญกับความเครียด โรคประสาทวิตกกังวล โรคซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย โรคจิต ความผิดปกติในการกิน เอกลักษณ์สับสน บุคลิกภาพผิดปกติ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเกเร พฤติกรรมผิดเพศ เช่น เป็นกระเทย ความสัมพันธ์ไม่ดีกับบิดา และปัญหาการเข้ากับเพื่อนฝูง

ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นเพียงปัญหาทางสุขภาพจิตที่ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค อาจสรุปได้ว่ามีสาเหตุมาจาก

1. ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการแห่งวัย ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย การพัฒนาเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และจิตใจ พัฒนาการทางด้านสติปัญญา และพัฒนาการทางด้านสังคม

2. การปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจ การเงิน การทำตามเพื่อน ความเป็นตัวของตัวเองและปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม

การพัฒนาทางด้านจิตใจและสังคมในช่วงวัยรุ่น

แบบแผนทางอารมณ์ (Emotional Pattern) ที่สำคัญในช่วงวัยรุ่น ได้แก่

1. โกรธ (Anger) ส่วนมากวัยรุ่นจะแสดงอารมณ์โกรธที่เฉยเดิดไป ลักษณะการตอบสนองอารมณ์โกรธที่พบได้บ่อยคือ การไม่พูดไม่จา เขาจะไม่ทำตามในสิ่งที่ผู้ใหญ่บอกให้เขาทำ บางครั้งจะใช้การพูดจาเยาะเย้ยทับถมกับคนที่เขาไม่ชอบ เดินออกจากห้องไปเฉย ๆ ปิดประตูดังปัง หรือขังตัวเองในห้องไม่พูดกับใคร จนกระทั่งความโกรธของเขาทุเลาลง

การที่วัยรุ่นจะแสดงปฏิกิริยาออกมาอย่างไรเมื่อเขาโกรธนั้นขึ้นอยู่กับ Social class ที่เขา identify มา ในกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะต่ำหรือใน Minority group มักจะแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม คือ แสดงความก้าวร้าวโดยตรงกับพ่อแม่

2. กลัว (Fear) ในช่วงวัยรุ่น Social situation มีความสำคัญกับวัยรุ่นมากกว่าในวัยเด็ก วัยรุ่นจะรู้สึกอายมากในการที่จะแสดงออกทุก ๆ อย่าง ยกเว้นแต่กับเพื่อนสนิทเขาต้องการที่จะทำในสิ่งที่ดีกับคนแปลกหน้าและสมาชิกที่เป็นเพศตรงข้าม แต่เขาขาดความเชื่อ

มั่นในตนเอง จึงมีความรู้สึกไม่สบายใจ กลัวคนอื่นวิพากษ์วิจารณ์ว่าตนเองไม่ดี และมักจะเคอะเขินเมื่อเขาต้องการแสดงท่าทางเหมือนผู้ใหญ่เพราะเขาไม่รู้ว่าเขาควรจะทำตัวอย่างไรในสังคม

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

4. ริษยา (Jealousy) วัยรุ่นมักจะริษยากลุ่มเพื่อนที่ได้รับสิทธิพิเศษ ผู้ที่ประสบผลสำเร็จมากกว่าเขาในการทำงานที่โรงเรียน หรือแข็งแรงกว่า หรือพวกที่ Independent มากกว่าเขา

5. อิจฉา (Envy) ในวัยรุ่นจะเป็นลักษณะของความปรารถนา โลภ อยากได้ ไม่เพียงแต่ต้องการสิ่งต่าง ๆ เหมือนกับที่เพื่อนของเขามี แต่เขายังต้องการของที่ดีเหมือนกับเพื่อน ๆ ของเขาด้วย

6. ความรัก (Affection) วัยรุ่นจะให้ความสนใจต่อบุคคลที่เขารักและทำให้เขารู้สึกมั่นคง เขาจะพยายามทำสิ่งที่เขาสามารถทำได้เพื่อให้บุคคลที่เขารักมีความสุข เขามักจะแสดงความพอใจโดยการเฝ้ามองและคอยฟังคนที่เขารักด้วยความสนใจอย่างจริงจัง และชื่นชมยินดีอยู่เสมอเมื่ออยู่กับคนที่เขารัก

7. รื่นเริง (Joy) ความสนุกสนานของวัยรุ่นจะมาจากการปรับตัวที่ดีของวัยรุ่นต่อการงานและสภาพสังคมของเขา จากความสามารถในการที่จะได้รับความสนุกสนานในสภาพการณ์ต่าง ๆ การปล่อยอารมณ์ที่อัดอั้นอยู่ภายในจากความกังวล ความโกรธ ความอิจฉา และจากความรู้สึกว่าตนเองเหนือคนอื่น

8. อยากรู้อยากเห็น (Curiousity) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็นในสิ่งใหม่ ๆ ทุกอย่าง อยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับเพศตรงข้าม เกี่ยวกับเรื่องเพศ ความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งวัยนี้จะเรียนรู้สิ่งเหล่านี้จากโรงเรียน เพื่อน ครู สังคมนอกบ้าน และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวเขา

การเรียนรู้ที่จะควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่น

ปกติวัยรุ่นไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ได้ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่มีความสุขหรืออารมณ์ที่ไม่พอใจ ดังนั้นการเรียนรู้ที่จะควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นจึงมีหลายรูปแบบ บางคนจะใช้วิธีลองผิดลองถูก บางคนก็ปรึกษาผู้ปกครองหรือครู และวัยรุ่นก็พบว่า วิธีที่จะทำให้

ภาพพจน์แห่งตน (Self-concept)

ภาพพจน์แห่งตนประกอบด้วย ความนับถือตนเอง (Self-esteem) มองเห็นความงามมีเสน่ห์ของตน ความมั่นคงในจิตใจอันเนื่องมาจากรู้ความต้องการของตนเอง รู้นิสัยใจคอ ข้อดี-ข้อบกพร่องของตน มีค่านิยมที่เป็นไปตามครรลองของสังคม รู้บทบาททางเพศและมีเป้าหมายชีวิตอนาคตค่อนข้างแน่นอน ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวนี้ สิ่งสำคัญที่สุด คือ ความนับถือตนเอง ซึ่งความนับถือตนเอง คือ การยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง

ครอบครัวกับวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตที่ค่อนข้างยุ่งยากสำหรับตัววัยรุ่นเอง ทั้งยังเป็นที่ยุ่งยากลำบากใจสำหรับผู้เป็นบิดามารดาอีกด้วย การพัฒนาการผ่านวัยนี้มีลักษณะเฉพาะ (Unique) ที่แตกต่างกันไปตามยุคสมัย ปัญหาระหว่างวัยมักจะเกิดขึ้นเมื่อบิดามารดายึดมั่นกับรูปแบบและประสบการณ์ของตนเองมากเกินไป โดยใช้ทัศนคติวิธีการสมัยตนเป็นวัยรุ่นมาปฏิบัติกับบุตรวัยรุ่น เป็นวิธีการที่ล้าสมัยใช้ไม่ได้กับวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน บิดามารดาจำเป็นต้องเปลี่ยนทัศนคติหรือท่าทีต่อบุตรเสียใหม่ ให้แตกต่างไปจากที่เคยปฏิบัติเมื่อบุตรยังเป็นเด็กเล็ก และต้องคาดการณ์ เรียนรู้ไปกับบุตรวัยรุ่นของตนเองด้วยว่า ความแข็งแกร่ง (Strength) ทัศนคติ (Attitude) และทักษะ (Skills) ด้านใดที่บุตรจำเป็นต้องมีในการเตรียมการณ์เพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่ดูแลรับผิดชอบตนเองได้ นอกจากนี้บิดามารดายังควรไวต่อความรู้สึก ความต้องการของบุตรวัยรุ่น ควรปรับความเข้าใจให้สอดคล้องไปกับการเจริญพัฒนาของบุตร การห้ามปรามจำกัดขอบเขตวัยรุ่นควรมีในระดับพอเหมาะพอควร หากจำกัดมากเกินไปเขาก็จะคิดว่า บิดามารดาไม่เข้าใจหรือไม่ไว้วางใจเขา หากน้อยเกินไปเขาก็จะคิดอีกว่า บิดามารดาไม่สนใจเขา บิดามารดาควรให้โอกาสบุตรวัยรุ่นดูแลรับผิดชอบตนเองบ้าง ไม่ควรตีกรอบให้เขาอยู่ในโลกแคบเฉพาะในแวดวงครอบครัวเกินไป

เพราะเขาจะรู้สึกอึดอัดใจมาก วัยรุ่นต้องการเรียนรู้และสัมผัสโลกภายนอกด้วยตัวของเขาเอง บิดามารดาจะช่วยส่งเสริมและให้โอกาสบุตรวัยรุ่นได้ โดยการอนุญาตให้เขาคลุกคลีกับเพื่อนสนิท พยายามทำตัวคุ้นเคยกับเพื่อน ๆ ของเขา สนับสนุนให้บุตรวัยรุ่นได้เห็นโลกกว้างโดยอนุญาตให้เขาพักค้างคืนที่บ้านญาติต่างจังหวัดหรือเพื่อนสนิทเป็นครั้งคราว ไปทัศนาจรตามสถานที่ต่าง ๆ กับหมู่เพื่อนที่ไว้ใจได้หรือเข้าค่ายเยาวชน

บิดามารดาควรพยายามเข้าใจใกล้ชิดบุตรของตนตั้งแต่เมื่อเขายังเป็นเด็ก เพราะบุตรจะมีความผูกพันเกรงใจและรับฟังผู้ใหญ่อยู่มาก มิฉะนั้นแล้วบิดามารดาจะควบคุมบุตรวัยรุ่นได้ยากเมื่อเขามีปัญหา การเสียสละเวลา 5-10 ปี เพื่อให้มีโอกาสคลุกคลีใกล้ชิดกับบุตรเมื่อเขายังเล็กจะช่วยให้เข้าใจนิสัยใจคอและความต้องการของเขาเป็นรากฐานของความรักความอบอุ่นพื้นฐาน

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนกับวัยรุ่น

เวลาส่วนใหญ่ของวัยรุ่นใช้ไปกับการอยู่นอกบ้านกับกลุ่มเพื่อน ซึ่งกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมของวัยรุ่น มากกว่าครอบครัว แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าอิทธิพลของครอบครัวถูกช่วงชิงโดยกลุ่มเพื่อน การที่กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลมากกว่าเพราะบางเรื่องวัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ปัญหาในเรื่องชีวิตทั่ว ๆ ไปสำหรับวัยรุ่นเขาจะถือว่าผู้ปกครองของเขามีความสามารถมากกว่า บางเรื่องเพื่อน ๆ ของเขาก็สามารถเป็นที่ปรึกษาและแนะนำเขาได้ พบว่าวัยรุ่นในเมืองกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลมากกว่าวัยรุ่นชนบท เขาจะต้องพยายามทำทุกทางที่จะให้กลุ่มยอมรับ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญอื่น ๆ ทำให้มีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย เกิดความรู้สึกล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วครู่หรือคงอยู่นาน ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม (Priest, 1983)

Beck (1973) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้ คือ

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้าโศรกเสียใจ อ้างว้างโดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม

2. มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบกับตนเอง ตำหนิตนเอง

3. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนี หรืออยากตาย

4. มีความเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ

5. กิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เชื่องช้า (Retardation) หรือ กระวนกระวาย (Agitation)

Saligman (1974, อ้างถึงในวารีรัตน์ หอมโกศล, 2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะที่แสดงว่าบุคคลหมดหวัง มีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ หรือขัดต่อความหวังที่ตั้งใจไว้ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ต้อยต่ำ บุคคลมักจะมุ่งไปแต่ความสูญเสียที่ทำให้ตนเองไม่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิต

Burgess and Lazare (1976) ได้รวบรวมความหมายของภาวะซึมเศร้า ได้ดังนี้ คือ

1. เป็นภาวะปกติหรือผิดปกติของอารมณ์ที่เกิดร่วมกับความผิดปกติทางจิต (Psychiatric Disorder)

2. มีอาการหรืออาการแสดงที่ซับซ้อน

3. เป็นกลไกที่ซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

Jasmin และ Trystad กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า ในปี 1979 ว่า เป็นการสะสมความคิด ความรู้สึก ปฏิกิริยา ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย แยกตัวเอง ไม่ปรารถนาจะเข้าสังคม

Weiner (1980) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีหลายความหมาย แตกต่างกัน จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) พอจะสรุปได้ 3 แนวคิด คือ

1. ภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การเกิดความคิดในแง่ลบ เกี่ยวกับตนเอง โลกและอนาคต

2. ภาวะซึมเศร้า คือภาวะของการใคร่ครวญถึงความผิดหวัง สิ้นหวังเกี่ยวกับความ

รู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตของตนได้

3. ภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลไม่สามารถมีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่แรงเสริมทางบวก

Lazure A. ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า (Depression) ในปี 1989 ว่ามีความหมายดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบที่เป็นปกติ เช่น ความรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุข

2. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการ

- เป็นสภาวะของความรู้สึกเศร้า หรือ ไม่มีความสุขที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและยาวนานกว่ากรณีดังกล่าวข้างต้น ระยะเวลาอาจยาวนานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน

- จะเกิดตามหลังการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงในชีวิต หรือเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต

3. ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะของโรค

- เป็นภาวะที่อาการของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่องและยาวนานเป็นเดือนขึ้นไป

- ถือว่าเป็นการป่วยทางจิตเวช

- การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่เกิดพร้อมกัน คือ การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของร่างกาย งานและสังคม

จำลอง ดิษยะวนิช (2522) ได้ให้ความหมายของอาการซึมเศร้าว่าเป็นอารมณ์เสียใจ เศร้าโศก ผิดหวัง ทอดอาลัยในชีวิต (Normal grief and mourning) จะถือว่าผิดปกติก็ต่อเมื่ออารมณ์เช่นนั้นเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและไม่สมส่วนกับการสูญเสียที่ผู้ป่วยประสบ ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ ที่เกิดจากความผิดหวังฉับพลัน หรือสูญเสีย ซึ่งการสูญเสียนั้นอาจจะเกิดในชีวิตจริงหรือเป็นเพียงการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ อาจเป็นอารมณ์เศร้าธรรมดา (Sadness) ที่ทุกคนประสบเป็นครั้งคราว หรืออารมณ์เศร้าหมองแท้ ๆ (Blue mood) ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในความผิดปกติอื่น ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาการของอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ ได้รวบรวมเอาความคิด ความรู้สึกการตอบสนองทางร่างกาย และการแสดงออกที่จำเพาะซึ่งเป็นแกนกลางของลักษณะกลุ่มอาการเศร้าที่เกิดจากความภาคภูมิใจ

ตนเองลดลง รู้สึกเศร้าโศก เสียใจเป็นทุกข์ หมดหวังไร้ค่า การทำงานของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและหน้าที่ลดน้อยลง

นงพงา ลิ้มสุวรรณ (2535) สรุปจากการศึกษาที่ผ่านมาว่า คำว่า Depression ใช้ใน 3 กรณี คือ

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, Bipola affective disorder และถ้าตามการแบ่งแบบเดิมก็รวม Involutional malancholia, Psychotic depressive reaction ไว้ด้วย

อุมาพร ตรังคสมบัติ และคุสิต ลิขนะนิชิตกุล (2535) ได้ให้นิยามศัพท์ภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า (Dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (Loss of interest or pleasure) และอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด สามารถแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. มีเพียงอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) เท่านั้นยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค (disorder) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเพียงบางประการที่ไม่รุนแรง โดยยังไม่มีความผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีเพียงความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรือร้องไห้

2. โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรง และรบกวนกิจวัตรประจำวัน แบ่งตามวิธีการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้เป็น 3 ประเภท คือ

2.1 ภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติในการปรับตัว (Adjusment disorder

with Depressed mood)

2.2 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia)

2.3 โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression)

แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า

มีหลายแนวคิดที่อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ในที่นี้จะกล่าวถึง 3 แนวคิด คือ แนวคิดด้านจิตใจ แนวคิดด้านพฤติกรรม และแนวคิดทางชีววิทยา (เรไร ทีวะทัศน์, 2535)

แนวคิดด้านจิตใจ (Intrapsychic Models of Depression)

เน้นเรื่องประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สิ่งสำคัญก็คือ กลไกการป้องกันตนเองซึ่งใช้ในการปรับตัว และจัดว่าเป็นกุญแจสำคัญของแนวคิดนี้ ได้แก่

1. ภาวะซึมเศร้าคือการย้อนกลับของความโกรธ (Depression as Retroflexed Anger)

Abraham เป็นคนแรกที่ตั้งสมมุติฐานในปี 1984 ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากความก้าวร้าวที่หันกลับมาสู่ตนเอง การย้อนกลับของความโกรธเป็นปฏิกิริยาโดยตรงต่อด้านบุคคลที่ตนรักที่ขัดขวางความต้องการของผู้ป่วยที่จะรักและพึ่งพา ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ทำให้สะเทือนจิตใจมาก ดังนั้นตัวเขาเองจึงกลายเป็นเป้าหมายของความก้าวร้าวที่จะทำลาย ซึ่งอาจทำให้เกิดการทำร้ายตัวเอง หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายขึ้นได้

2. ภาวะซึมเศร้า เป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่ตนรัก (Depression as a Response to Object Loss)

ในทางทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การสูญเสียสิ่งที่รัก (Object loss) เป็นความสะเทือนใจอย่างรุนแรงเนื่องจากการพลัดพรากจากสิ่งที่ตนรัก ภาวะการสูญเสียนี้ก่อให้เกิดปฏิกริยาความซึมเศร้าได้ เช่น การถูกแยกจา การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย รวมทั้งการสูญเสียความรัก ซึ่ง Bowlby กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ ลูก ซึ่งความสัมพันธ์นี้จะนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์ กับผู้อื่น เขาเชื่อว่าการพลัดพรากจากสิ่งที่ตนรักและมีความสำคัญกับตนเองจะนำไปสู่รูป

แบบต่าง ๆ ของพยาธิสภาพทางจิตใจซึ่งรวมทั้งความซึมเศร้าด้วย ส่วน Hence กล่าวว่า บุคคลใกล้ชิดและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยป้องกันความซึมเศร้าไม่ให้พัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าได้

นอกจากความซึมเศร้าจะมีสาเหตุมาจากการสูญเสียและการย้อนกลับของความโกรธและก้าวร้าวแล้วยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้า ได้แก่อิทธิพลด้านพันธุกรรม โครงสร้างของบุคลิกภาพและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

3. ภาวะซึมเศร้าเป็นการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Depression as Loss of Self-Esteem)

Bibring ได้กล่าวถึงกลไกทางจิตใจของความซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่อีโก้ขัดแย้งกับแรงขับของความก้าวร้าว กล่าวคือ ความซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่ออีโก้รับรู้ถึงจุดมุ่งหมายขณะเดียวกันก็รู้ว่าไม่สามารถที่จะไปถึงจุดมุ่งหมายได้ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตัวเองไร้คุณค่า เพราะมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะมีคุณค่า เป็นที่รัก ต้องการความมั่นคงปลอดภัย และเหนือกว่าคนอื่น รวมทั้งปรารถนาที่จะเป็นคนดี มีเมตตากรุณาและความรัก

นอกจากการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้าแล้ว ยังรวมไปถึงการสูญเสียสิ่งที่รัก การสูญเสียอำนาจ สถานภาพ บทบาททางสังคม เอกลักษณ์ คุณค่าและเป้าหมายในชีวิตของตน เพราะแนวคิดของไบบริง เน้นการเชื่อมโยงชีวิตของมนุษย์กับสังคมและวัฒนธรรมของโลก

4. ภาวะซึมเศร้า คือการคิดในแง่ลบ (Depression as Negative Cognition)

Beck เป็นผู้ให้แนวคิดนี้ ซึ่งคล้ายกับ Bibring โดยกล่าวว่าภาวะอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากประสบการณ์ของบุคคลที่ทำให้เขารู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และยังเสริมอีกว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีความคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต ดังนั้นทฤษฎีของ Beck ได้กล่าวถึงการรักษาภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิธีการเปลี่ยนความคิดในทางลบให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล เรียกว่าการรักษาแบบ RET (Rational Emotive Therapy)

แนวคิดด้านพฤติกรรมของความซึมเศร้า (Behavioral Models of Depression)

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเป็นสาเหตุของความซึมเศร้า กล่าวคือ

1. ภาวะซึมเศร้า เป็นการเรียนรู้ถึงการใช้ความสามารถ (Depression as

Learned Helplessness)

Seligman อธิบายว่า รูปแบบของพฤติกรรมภาวะซึมเศร้า เกิดจากการที่ต้องเผชิญเหตุการณ์บางอย่างซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ เช่น สูญเสียคนที่คนรัก หรือหน้าที่การงาน ทำให้เขาเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ซึ่งประสบการณ์ของเหตุการณ์นี้จะมีผลทำให้เขาขาดความสามารถในการเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริม (Depression as Noncontin get Reinforcement)

Lewinson กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับแรงเสริมน้อย ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า อันนำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ผิดปกติ และถ้าหากมีความบกพร่องของทักษะทางสังคมด้วยแล้วก็จะทำให้เสียโอกาสในการได้รับแรงเสริมที่จะช่วยเป็นกำลังใจ ทำให้บุคคลนั้นมีความภาคภูมิใจในตนเองลดน้อยลง และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมา

แนวคิดทางชีววิทยาของความซึมเศร้า (Biological Models of Affective Disorder)

ในปี 1930 มีการได้เริ่มศึกษาถึงหน้าที่ของสมอง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ของมนุษย์ ได้แก่ ระบบลิมบิค (Limbic system) ซึ่งมีการทำงานที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกับส่วนของพฤติกรรมที่เป็นแรงขับ (Drive) ตลอดจนระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous systems) รวมทั้งเรื่องของสารเคมีในร่างกาย ซึ่งแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงสาเหตุของความซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลย์ของ Biogenic amine (Depression as Biogenic Amine Imbalance) ซึ่งอาจเกิดจากการใช้ยา เช่น เรเซอร์บีน (Reserpine) ทำให้สารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ลดน้อยลง ทำให้เกิดความซึมเศร้า และการลดลงของ ซีโรโทนิน (Serotonin) ก็ก่อให้เกิดความซึมเศร้าเช่นกัน นอกจากนั้นยังมีการศึกษาถึงสารเคมีในสมอง ที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า เช่น โดพามีน (Dopamine) อเซ็ทติลโคลีน (Acetylcholine) นอร์อีพีเนฟริน (Norepinephrine) อีกด้วย

2. การทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrine) มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมนต่าง ๆ เช่น ฮอร์โมนไทรอยด์ หรือ Growth hormone

สุวัทนา อารีพรรค (2535) ได้อธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในอีกลักษณะหนึ่ง ดังนี้

1. Biochemical Hypothesis

Neurotransmitters ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า เช่น Norepinephrine และ Serotonin เป็นต้น ในภาวะซึมเศร้า สารทั้งสองจะลดลงโดยมีผลต่ออารมณ์ การหลับ-ตื่น และอารมณ์เพศเหมือนกันแต่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวไม่เหมือนกัน

2. Genetic Hypothesis

คนที่มีพ่อหรือแม่ป่วยเป็น Major Depression จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ร้อยละ 16 ในพี่น้องฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 43 แต่ถ้าเป็นแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบอีกคนมีโอกาสเป็นเพียงร้อยละ 19

3. Endocrinological hypothesis

การเกิดโรคซึมเศร้าในระยะใกล้ประจำเดือน หลังการแท้ง และการคลอดใหม่ ๆ ทำให้เกิดข้อสงสัยว่า ระดับฮอร์โมนเพศหญิงจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า

4. Psychodynamic hypothesis

Abraham กล่าวว่า ความเสียใจธรรมดา (Normal grief) จะกลายเป็นโรคซึมเศร้า (Melancholy หรือ Depression) เมื่อมีความโกรธและความเกลียดชังเกิดร่วมกับความรักใน Love object ในขณะที่ Mourning (ความเสียใจธรรมดา) เป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียจริง แต่ Melancholy (โรคซึมเศร้า) อาจจะเกิดจากความคิดฝันในจิตใต้สำนึกว่าตนได้สูญเสียสิ่งที่ตนรัก

5. Family and social hypothesis

นักพฤติกรรมศาสตร์กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็น Learned form of helplessness ซึ่ง Models of helplessress ในครอบครัว อาจได้แก่ การแตกแยกของครอบครัวหรือความแปรปรวนใน Mother-child relationship ในช่วงต้น ๆ ของชีวิต ทำให้บุคคลนั้นมีจุดอ่อนต่อโรคซึมเศร้า

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depressive symptoms) (สมภพ เรืองตระกูล, 2533)

1. อารมณ์เศร้า เป็นความรู้ที่แสดงอาการหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบานหรือใจคอเศร้าหมอง ลักษณะอารมณ์เศร้านั้นบางเวลาเศร้าน้อยบางเวลาเศร้ามาก หรืออาจจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว

3. ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง

4. อาการเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่ของที่ตนเคยชอบ

5. อาการนอนไม่หลับ อาจจะนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อย

6. อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลียไม่ได้ออกแรง และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขน ขา

7. ความคิดเชื่องช้า การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชื่องช้า ความสนใจต่าง ๆ ลดลง เงียบและซึมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่าง ๆ เป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว หรือการอ่านหนังสือ

8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดี ลืมง่าย อ่านหนังสือแล้วไม่จำ

9. ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา รู้สึกตนเองไม่มีค่า หมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น

10. ความรู้สึกมีความผิด หากความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากยิ่งรุนแรง คิดว่าเป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้อยากตายและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุด

11. ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานมีมาก ความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น

12. ความกลัว ความกลัวจะวนเวียนในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียว

13. อาการทางกาย มักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและปวดเมื่อยตามตัว

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ และ โกวิท นนพร, 2527)

1. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย อาศัยหลักว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ต้องมีซุปเปอร์อีโก้ (Superego) เสียก่อน แต่เด็กนั้นยังไม่มีการพัฒนาซุปเปอร์อีโก้ ดังนั้นเด็กจึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

2. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าได้ แต่จะมีลักษณะพิเศษเฉพาะตัวซึ่งผู้ศึกษาแต่ละคนจะพบลักษณะพิเศษที่แตกต่างกัน

3. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าแฝง (Masked depression) หมายความว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าได้ แต่การแสดงออกของอาการนั้นไม่ได้เป็นรูปแบบของอารมณ์ แต่จะเป็นอาการอะไรก็ได้ เช่น ปวดศรีษะ ความผิดปกติด้านพฤติกรรม เป็นต้น

4. กลุ่มที่คิดว่าเด็กมีอารมณ์เศร้าได้แบบผู้ใหญ่ทุกอย่าง โดยการแสดงออกไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ แต่จะมีข้อบ่งชี้ชัดเจนในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เท่านั้น

ภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ วัยเด็กตอนปลาย (อายุประมาณ 6-11 ปี) และวัยรุ่น (อายุ 12 ปีขึ้นไป)

ในช่วงวัยเด็กตอนปลาย เด็กที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีแนวโน้มของการมองตัวเองที่แย่ลง มีความรู้สึกผิด มีความรู้สึกละอาย เด็กอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตาย อาจจะร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุได้บ่อยครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กจะมีปัญหาการนอน อาจจะนอนหลับยากฝันร้าย ทางด้านการเรียนพบว่าเด็กจะขาดความสนใจด้านการเรียน ผลการเรียนต่ำลง ถ้ามีความวิตกกังวลเด็กก็มักจะมีอาการหงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเด็กอาจหนีออกจากบ้าน ทำอะไรอย่างไร้จุดหมาย ไม่มีสมาธิ หากพ่อแม่ไม่ค่อยให้ความสนใจ หรือสังเกตดูเด็กแล้วภาวะซึมเศร้าของเด็กจะเห็นเป็นเพียงแต่ว่าเขาเป็นคนเงียบขรึม แต่เมื่อไรก็ตามที่เด็กได้รับความกดดันทางอารมณ์อย่างเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้าของเด็กก็จะแย่ลงกลายเป็น"ภาวะซึมเศร้าแฝง" ซึ่งอาจเกิดในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ หรือหลายเดือนซึ่งอาการที่แสดงออกจะเป็นลักษณะการปรับตัวทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนแย่ลง เขาอาจจะแอบร้องไห้ในห้องโดยไม่สามารถบอกถึงสาเหตุได้ มีปัญหาเรื่องการรับประทาน การนอน คือจะนอนหลับ ยากและตื่นเช้ากว่าปกติหลายชั่วโมง

โดยไม่สามารถกลับไปนอนได้ รู้สึกว้าเหว่

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

แบ่งความซึมเศร้าออกเป็น 2 รูปแบบ (เรไร ทีวะทัศน์, 2535) คือ

1. ความรู้สึกเศร้า (Depressive feeling)

เป็นความรู้สึกไม่มีความสุข อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของตัวบุคคล หรือความบกพร่องของหน้าที่ทางด้านชีววิทยา มีการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของวัยรุ่น มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ หรือร้องไห้ ซึ่งถือว่าเป็นธรรมดา ไม่จัดว่าเป็นอาการของโรค แต่จะไม่มีความคิดในแง่ลบกับตัวเอง ตำหนิตัวเองหรือคิดว่าตัวเองไร้ค่า ซึ่งแตกต่างจากโรคซึมเศร้า

2. โรคซึมเศร้า (Depressive Syndrome)

ในวัยรุ่น บางครั้งความซึมเศร้าอาจแสดงออกทางความผิดปกติอื่น ๆ แทนที่จะมีอาการเหมือนผู้ใหญ่ เช่น ปัสสาวะรดที่นอน (Enuresis) โรคซึมเศร้า จะมีอารมณ์เศร้ามากกว่าความรู้สึกเศร้าธรรมดา คือจะมีความรู้สึกต่อต้าน ฉุนเฉียวง่าย มีความรู้สึกผิด วิตกกังวล ทดแทนกับความรู้สึกที่ไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจ อาจมีความเครียดที่เป็นสาเหตุของอาการทางกาย เช่น เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ มีความคิดประเมินตัวเองทางลบ มองโลกในแง่ร้าย สิ้นหวังและนอกจากนั้นยังพบว่าความประพฤติผิดปกติ (Conduct disorder) มีความเกี่ยวโยงกับความซึมเศร้าในเด็กชายก่อนวัยรุ่นในอัตราสูง ตัวอย่างเช่นพฤติกรรมต่อต้านสังคมซึ่งอาจทำให้แพทย์ละความสนใจด้านปัญหาทางอารมณ์ ไปสนใจแก้ไขปัญหาพฤติกรรมมากกว่า

วัยรุ่นที่มีความซึมเศร้าจะไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง แต่จะแสดงออกมาทางพฤติกรรม และอาการทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจเกิดความซึมเศร้าแฝง (Masked Depression) โดยจะแสดงอาการในลักษณะต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่นั้นหันมาสนใจเขา และพบว่าวัยรุ่นบางคนอาจเกิดความเบื่อหน่ายทางเพศได้เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบความมั่นใจในตนเอง จะทำให้เกิดปัญหารักร่วมเพศ หรือความสำส่อนทางเพศได้ บางคนอาจบ่นถึงสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกาย ทำให้พ่อแม่คิดว่าเด็กป่วยทางร่างกายอย่างรุนแรง โดยที่ตัวเด็กเองก็หวังว่า การเข้าอยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นทางหลีกหนีจากความขัดแย้งที่เขากำลังเผชิญอยู่ ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร (2533) ได้พบในเด็กไทยว่าโรคซึมเศร้าในเด็กและ

วัยรุ่นสามารถพบอาการบางอย่างของผู้ป่วยซึ่งแตกต่างจากโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ เช่น มีความผูกพันธ์กับผู้เลี้ยงดูมากเกินไป กลัวโรงเรียน ผลการเรียนไม่ดี ใช้ยาบางอย่างไม่เหมาะสม พฤติกรรมต่อต้านสังคม สำส่อนทางเพศ หนีโรงเรียน และหนีออกจากบ้าน ดังนั้น เด็กที่มีสภาวะเจ็บป่วยทางกาย ควรได้รับการตรวจว่ามีอารมณ์เศร้าด้วยหรือไม่

การศึกษาของ Strober, Green และ Carlson เมื่อปี 1981 และ Friedman และคณะ เมื่อปี 1983 ได้เปรียบเทียบอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น การประเมินค่าของตนเองในด้านลบ Anhedonia และขาดความสนใจในกิจกรรมประจำวัน อารมณ์เศร้าและแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายจะพบได้เสมอทั้งในวัยรุ่นและในวัยผู้ใหญ่ และจะมีอาการแสดงออกทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Insomnia) และพลังงานลดลง อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Kutcher และ Maton ในปี 1989 พบว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีอาการบางอย่างที่แตกต่างจากที่พบในผู้ใหญ่ เช่น การนอนน้อยลง (Hyposomnia) ซึ่งเป็นลักษณะของการนอนผิดปกติในผู้ใหญ่ แต่การนอนหลับที่มากเกินไปจะเป็นอาการแสดงที่พบได้ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้วัยรุ่นจะมีอาการแสดงออกทางร่างกายน้อยกว่าอาการแสดงออกทางด้านความรู้สึกนึกคิด (Cognitive symptoms) เช่น ขาดความกล้า หมดหวัง และการประเมินค่าของตนเองต่ำ มากไปกว่านั้นความรู้สึกเศร้าจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึก อ้างว้าง กระสับกระส่าย หรือเบื่อ Innar Simopoulos และ Osborn รายงานเมื่อปี 1979 ว่า 70% ของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จะแสดงออกมาทางความรู้สึกนึกคิดในทางลบ (Negative Cognitive Sets) มีเพียง 40% เท่านั้นมีอาการแสดงออกทางด้านประสาท (Neurovegetative Sysptoms) ของการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปี 1979 Rutter ได้ทำการศึกษาเด็กวัยรุ่นอายุ 14-15 ปี ใน Isle of wight พบว่า 2 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างมีบางครั้งที่เขารู้สึกมีความทุกข์มากจนกระทั่งร้องไห้หรืออยากจะหนีไปจากทุกคน และ 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตัวเองด้อยค่าลง และ 1 ใน 12 ของกลุ่มตัวอย่าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความคิดที่จะฆ่าตัวตาย จากการตอบแบบสอบถามของวัยรุ่น แสดงให้เห็นความรู้สึกเศร้าหรือทุกข์ และตื่นเช้าผิดปกติมากกว่าที่มารดาของเด็กวัยรุ่นจะสังเกตเห็น

อาการแสดงทางคลินิก (Clinical Presentation)

อาการแสดงออกของความซึมเศร้าในวัยรุ่น มีหลายลักษณะ (Hill, 1989) คือ

1. การปฏิเสธโรงเรียน (School refusal) ซึ่งเกิดจากความวิตกกังวลต่อการพลัดพรากซึ่งมาปรากฏในวัยรุ่น เป็นกลไกที่แสดงออกของความรู้สึกโดดเดี่ยว เศร้าหมอง (Acute adolescent despair)

2. พฤติกรรมต่อต้านสังคม ต่อต้านกฎเกณฑ์ ซึ่งจัดว่าเป็นความประพฤติที่ผิดปกติ (Conductdisorder) แสดงถึงว่าบุคคลนั้นมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ(Low self-esteem) พบว่าการให้ยาต้านเศร้าในเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมได้ผลดีเท่ากับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า

3. ผลการเรียนต่ำ ซึ่งพบว่าเกิดจากการขาดสมาธิ (Poor concentration) มากกว่าเกิดจากปัญหาด้านสติปัญญา

4. พฤติกรรมเฉยเมย เบื่อหน่าย ไม่ยินดียินร้าย ละทิ้งกิจกรรมที่เคยทำ

5. อาจมีอาการประสาทหลอน

6. หนีออกจากบ้าน

7. มีความเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สาเหตุจริง ๆ ยังไม่ทราบชัดเจนแต่ก็มีหลายแนวคิด (Model) ที่อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า Rutter ได้เสนอแนวคิดในปี 1986 เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เขาพบจากประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยในคลินิคว่า เป็นแนวคิดเกี่ยวกับกลไก ของการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

ในปี 1976 Dweck เสนอแนวคิดที่เป็นสาเหตุของความซึมเศร้าในวัยรุ่น คล้ายกับ Rutter คือการรับรู้ถึงความไร้ความสามารถ ทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะตำหนิตัวเองมากกว่าเพศชาย และเขากล่าวว่า การที่ครูตำหนินักเรียนซ้ำ ๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกไร้ความสามารถและต้อยต่ำ ส่วนวิธีการปรับตัวนั้นต้องอาศัยกระบวนการรับรู้ (Cognitive process) รวมทั้งด้านชีววิทยา และต่อมไร้ท่อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนในร่างกายของแต่ละบุคคล

วิธีการวัดภาวะซึมเศร้า

วิธีการวัดความซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยทางจิตเวชและบุคคลธรรมดา สามารถประเมินได้หลายวิธี ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึง 3 วิธีคือ

1. การประเมินด้วยตนเอง (Self-rating scale) ได้แก่แบบทดสอบ SCL-90 (Symptom DistressChecklist-90) แบบทดสอบ MMPI (TheMinnesotaMultiphasic PersonalityInventory) แบบสำรวจความซึมเศร้าของเบค (BeckDepression Inventory) แบบทดสอบความซึมเศร้าของเด็ก CDI (Children's Depression Inventory) แบบทดสอบวัดความซึมเศร้าในวัยรุ่น RADS (Reynolds Adolescent Depression Scale)

2. การประเมินโดยผู้รักษา (Physician - rated scale) เช่นใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-III R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd Revised) การใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา (PsychologicalTests) หรือใช้แบบสำรวจ ความซึมเศร้าของแฮมิลตัน (The Hamilton Rating Scale for Depression)

3. การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย (Objective behavioral measures) เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอก ซึ่งสังเกตและวัดได้ โดยมีการเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ แล้วบันทึกไว้ เช่น การพูด การยิ้ม กิจกรรมที่เคลื่อนไหว

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้า คือ แบบสอบวัด

ภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI (Children's Depression Inventory) ซึ่งสร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยพัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck แบบสอบวัด CDI ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ ให้เด็กตอบด้วยตัวเอง (Self-Report) ซึ่งจะครอบคลุมอาการซึมเศร้าด้านต่าง ๆ คือ ด้านอารมณ์เศร้า อาการทางกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้สึกนึกคิดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คำตอบของ CDI จะมีข้อให้เลือกตอบ 3 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-2 เครื่องมือ นี้ใช้ได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 7-17 ปี และจากการศึกษาพบว่า แบบสอบวัด CDI เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ตรวจวัดภาวะซึมเศร้าใน เด็กมีความเชื่อมั่นสูง และสามารถแยกเด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์ออกจากเด็กปกติได้

การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกดีขึ้นหากได้รับการบริการปรึกษา (Counselling) ซึ่งช่วยให้เขาได้พูดถึงปัญหาของตัวเอง เพื่อแสวงหาความอบอุ่นใจ และค้นพบทางออกของปัญหาการรักษาทางยาสามารถช่วยผู้ป่วยได้ดี แต่อาจต้องใช้เวลาบ้าง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ควรหยุดยาเอง เพียงเพราะรู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้นจึงคิดว่ายาไม่ได้ผล เมื่อพบผู้มีภาวะซึมเศร้า สามารถช่วยเหลือได้เบื้องต้น ดังนี้

1. ช่วยปลอบใจ และให้กำลังใจ
2. ช่วยชี้แนะให้เขาเข้าใจความคิดที่ผิดเพี้ยน หรือความคิดในทางลบของเขา
3. ให้คำแนะนำที่สร้างสรรค์ เมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจ
4. ช่วยเขาให้สามารถตั้งเป้าหมายได้ตรงกับความเป็นจริง
5. อย่าดูว่า ติเตียน ที่เขามีภาวะซึมเศร้า
6. อย่าปล่อยให้เขาหันไปดื่มเหล้า เพื่อดับความเศร้า
7. ถ้าเขาเริ่มพูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย อย่านิ่งดูดาย ควรรีบแจ้งให้ญาติ หรือแพทย์ ที่ตรวจทราบโดยเร็ว
8. พาไปพบแพทย์

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

บุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะซึมเศร้าได้จนมีสภาพเรื้อรังจัดว่าเป็นผู้ป่วย ซึ่งมีการรักษาหลายแนวดังนี้

1. Somatic treatment

เป็นการรักษาโดยตัวยา และวิธีทางการแพทย์ เช่น ECT การเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับ side effect ของยาเป็นสำคัญ เนื่องจาก Antidehressant effect ของยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพพอ ๆ กัน หลักในการจัดการรับ side effects ของ antidepressant ควรเริ่มด้วยการอธิบายถึงผลข้างเคียงที่เป็นไปได้ และเมื่อมีการตอบสนองต่อการรักษาดีแล้ว ควรพยายามรักษาระดับยาให้ต่ำที่สุด รวมทั้งควร extend ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาขนาดที่ tote-rate ได้ ซึ่งการ extend เวลาช่วงนี้ออกไป ผลข้างเคียงของยาก็จะลดลงไปเองได้ การรักษาโดยวิธีนี้จะอยู่ในดุลย์พินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2. Psychological Treatment

เป็นการรักษาโดยวิธีการจัดการกับสภาพจิต โดยวิธีการจัดการสภาพแวดล้อมแทน ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่

2.1 Miliecu management

หลักสำคัญในการ Management สำหรับ depression มีอยู่ 3 ประการ ได้แก่

1. Safety ต้องประเมิน suicidality และสร้างมาตรการป้องกันที่เหมาะสม เครื่องมือต่าง ๆ ที่สามารถใช้ในการฆ่าตัวตายได้ต้อง remove ออกไป สำหรับผู้ป่วยบางคนสามารถมี verbal หรือ Written contract ในการที่จะให้ข้อมูลแก่สมาชิกในกลุ่มหรือแพทย์พยาบาลเมื่อมีแรงผลักดันให้ทำร้ายตนเอง แต่ผู้ป่วยบางคนก็ไม่สามารถบอกได้ ซึ่งต้องอาศัยการเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ เมื่อผู้ป่วยอาการ depressed ดีขึ้น suicidal impulse ก็จะลดลงเอง

2. Remoralization เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยอีกครั้ง ผู้ป่วยซึมเศร้าจะสูญเสียกำลังใจและผู้รักษาต้องเตรียมสิ่งนี้ไว้ให้ ผู้รักษาต้องเป็นผู้ฟังที่เข้าใจและทำให้ผู้ป่วยทนต่อ

สภาวะท้อแท้สิ้นหวังให้ได้ ผู้รักษาต้องขจัดความว้าเหว่ ความรู้สึกผิดชั่งพร้อมที่จะทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองออกไป โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจออกมาให้มากเท่าที่จะทำได้

องค์ประกอบในติกผู้ป่วยก็ช่วยผู้ป่วย ผู้รักษาต้องเตรียมผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเอง การแต่งกาย การรับประทานอาหารในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยอาจเคยบกพร่องต่อการดูแลตนเองไปขณะก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล Socialization ก็จะถูกกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมแต่ต้องไม่ใช่การบีบบังคับ กิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองได้กลับคืนมาสภาพของติกผู้ป่วยต้องมีบรรยากาศที่ทำให้ผู้ป่วย เชื่อมั่นได้ว่าอาการของเขาจะดีขึ้น ในทางเดียวกันก็ต้องพยายามสอดใส่ความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในติกผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยจะค่อย ๆ ถอนตัวออกจากการหมกมุ่นอยู่กับตนเองอย่างเดิม และกลับเข้าหาโลกตามความเป็นจริงรวมทั้งมีขวัญกำลังใจคืนมา

3. Education ควรให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นความผิดปกติที่หายได้ และพบได้ในคนทั่ว ๆ ไป (sense of universality & treatability) คำติชมที่ก่อให้เกิดการพัฒนาในสิ่งที่ดีขึ้นจากกลุ่มและผู้รักษาจะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความคิดลบเกี่ยวกับตนเอง การใช้กลไกทางจิตแบบผิด ๆ และวิธีการติดต่อที่สับสนกับผู้อื่น มากไปกว่านั้น ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ว่าเขาคือคนที่เอาใจใส่ต่อผู้อื่น และรับการเอาใจใส่จากผู้อื่นได้

2.2 Group therapy

ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสนใจใน current stresses และวิธีการจัดการกับ stresses นั้น วิธีการสัมพันธ์กับผู้อื่น การติดต่อกับผู้อื่นจะได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยวิธีการของกลุ่ม ผู้ป่วยสามารถได้รับการช่วยเหลือในด้านทักษะทางสังคมและแก้ไขความยุ่งยากในความสัมพันธ์กับผู้อื่นในบรรยากาศของการยอมรับและการ ช่วยเหลือจากกลุ่ม

2.3 Individual Pyschotherapy

การใช้ยา และ ECT ช่วยในการรักษา neurovegetative symptom ในขณะที่ Psychotherapy รักษาในด้าน interpersonal และ social disturbances ที่พบใน depression

ในระยะแรก Psychotherapy ควรทำทุกวัน วันละเพียง 20-30 นาที พอที่ผู้ป่วยจะ tolerate ได้ และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น เวลาที่ใช้จะเพิ่มขึ้นเป็น 30-50 นาที ซึ่งอาจย่อยเท่าเดิมหรือลดลงเป็น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ก็ได้

Exploratory Reconstruetive psychotherapy ไม่ควรจะทำ เพราะเป็นการเพิ่ม stress ใน depressive pt มากขึ้น รวมทั้งจะเป็นการกระตุ้น unconscious view ของ unavailabe และ uncaring จากผู้ที่เคยปฏิเสธเขา ดังนั้นจุดมุ่งหมายควรอยู่ในรูปของ Supportive และ Restitutive ผู้รักษาควรจะ active สม่ำเสมอ แต่ก็ flexible ในเรื่องของการนัด มีท่าทีเป็นมิตร สนใจที่จะติดต่อกับญาติผู้ป่วย จะต้องพยายามจัดการกับ defense ที่ผู้ป่วยใช้ซึ่งควรจะสนับสนุนในส่วนที่ adaptive

เพราะว่าพวก depression ต้องการ share ความเศร้าของตน ดังนั้น ผู้รักษาจำเป็นต้องฟังอย่างเข้าใจ ต้องทนความไม่สบายใจของผู้ป่วยที่เล่าให้ฟัง และอาจต้องให้เวลามากกว่าที่กำหนดไว้ ผู้รักษาไม่ควรมีลักษณะ too warm หรือ too funny ซึ่งในกรณีแรกผู้ป่วยจะรู้สึกถึงภาวะ unworthy, withdraw แต่ถ้าเป็นอย่างหลังผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการปฏิเสธความโศกเศร้าของเขา และรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่มีความหมาย

ผู้รักษาควรแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า มีความหวังในการรักษา ความเข้าใจและการพยายามค้นหา underlying fear & anxiety เพื่อนำไป reassure แก่คนไข้ และให้ความหวังแก่คนไข้ ส่วนการให้ความช่วยเหลือที่มากเกินไปจะกระตุ้น ภาวะช่วยตัวเองไม่ได้แบบเด็ก ๆ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธ autonomy ของตน โดยทั่วไปใน acute depression ซึ่งต้องการ dependency gratification ในระยะนี้ ผู้รักษาควรให้ผู้ป่วยได้ และก็ควรแสดงความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะต้องช่วยตัวเองให้มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น การที่ผู้ป่วยได้รับ dependency มาก ๆ นี้จะเป็นภาวะชั่วคราวเท่านั้น

นอกเหนือเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว ผู้รักษาไม่ควรเข้าไปรับผิดชอบในการตัดสินใจของผู้ป่วย ส่วนการตัดสินใจที่สำคัญของผู้ป่วย ควร delayed ไปก่อนจนกว่าอาการดีขึ้น จนแสดงความรับผิดชอบได้

โดยทั่วไปผู้ป่วยมักคาดการณ์ถึง dependent needs ของตนจะไม่ได้รับการตอบสนอง Anger ก็อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อ dependent need จริง ๆ Deprivation, intense & ferbidden dependent needs and angers over deprivation การถูก rejected จะถูก transference ไปสู่ผู้รักษาซึ่งไม่มีทางที่ผู้รักษาจะตอบสนองต่อ dependent needs ของผู้ป่วยได้หมด anger ต่อผู้รักษาจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก การตรวจ

I16183290

สอบอย่างระมัดระวังในเรื่องเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รักษา promote autonomy ของผู้ป่วยได้ ซึ่งจุดประสงค์เพื่อความมั่นคงทางจิตใจของผู้ป่วยจะได้เกิดขึ้น

Countertransference เป็นสิ่งที่ต้องระวังเมื่อผู้รักษารู้สึก guilt หรือ anger นั้นให้สงสัยว่า กำลังกลบเกลื่อน aggression ต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วย demand มากชนิดที่เป็นไปไม่ได้ผู้รักษาจะรู้สึก helpless ดังนั้นจึงมีภาระ guilty หรือ anger, ความรู้สึกเบื่อหน่าย และขาดความอดทนก็อาจเกิดขึ้นด้วย ดังนั้น ผู้รักษาควรมี self inspection รวมทั้งได้รับความช่วยเหลือจาก supervistion หรือ consultation

ในการติดตามการรักษา Psychotherapy ต้องใช้ร่วมกับ Family work และ Psychopharmacological Px ถึงจะได้ผลดี ส่วนใน terminal phase อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึก loses และ frerstrations จากการที่ต้องจากโรงพยาบาล และสูญเสียความสัมพันธ์ต่อผู้รักษาการใช้เวลาใน Termination ควรใช้ 1-3 wk เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความรู้สึกเหล่านี้ และมีความพร้อมที่จะออกจาก โรงพยบาล

2.4 Family evaluation & Therapy ส่วนมากญาติของผู้ป่วยมักจะยินดีติดต่อกับผู้รักษา การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีเป็นสิ่งจำเป็น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยนำไปสู่การวินิจฉัย การค้นหา stress ซึ่งอาจไม่ได้จากประวัติที่ผู้ป่วยเป็นคนเล่าเองใน 1 สัปดาห์ควรพบกับ family 1-2 ครั้ง และอาจกระตุ้นให้เข้า family group ถ้าโรงพยาบาลจัดกิจกรรมนี้ได้

ผู้รักษาควรตั้งใจฟัง สงบ และก็ให้ความรู้แก่ญาติไปด้วย ครอบครัวของผู้ป่วยมักได้รับอิทธิพลจากผู้ป่วยทั้งทางด้านอารมณ์และทางด้านการเงิน ครอบครัวหลาย ๆ ครอบครัวไม่เข้าใจคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นการจงใจของผู้ป่วยเอง การตอบสนองของผู้รักษาอย่างเข้าอกเข้าใจจะมีผลทำให้ family ฟังและรับการอธิบายเกี่ยวกับโรคของคนไข้ได้ และเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการทำMarital หรือ family therapy ก็ควรทำเช่นในกรณีของ marital distress หรือ family psychopathology

2.5 Genetic Counceling ควรอธิบายให้ฟังถึง genetic factors ในการกะประมาณ risk เช่น ใน 1st generation มี risk ประมาณร้อยละ 16% ถ้ามีใครคนหนึ่งเป็น ถ้าพ่อแม่คนใดคนหนึ่งเป็น ลูกมีโอกาสเป็นร้อยละ 26% ถ้าทั้งพ่อและแม่เป็น ลูกมีโอกาส

ร้อยละ 43 ใน Monozygotic twins โอกาสเป็นเมื่อคนหนึ่งเป็นจะประมาณร้อยละ 43%

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

มีผู้ทำการศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไว้หลายท่านด้วยกัน แต่ผลที่ได้ออกมาแตกต่างกันมากตั้งแต่ 2% จนกระทั่งมากกว่า 50% ความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับการใช้หลักเกณฑ์วินิจฉัยหรือคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าประชากรยุโรปและสหรัฐ อเมริกา ร้อยละ 15 เกิดภาวะซึมเศร้า อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต และผู้หญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18-23 ผู้ชายร้อยละ 8-11 (สุวัทนา อารีพรรค, 2535)

Ontario Child Health Study รายงานว่าความชุกของอาการเศร้า (Symptoms of Depression) มีมากในเด็กระหว่างอายุ 12-16 ปีเป็นเด็กผู้ชายร้อยละ 36.9 และ เด็กผู้หญิงร้อยละ 55

Giel และเพื่อน (1981, อ้างถึงในอรพรรณ เมฆสุภะ และคณะ, 2530)ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนา 4 ประเทศ คือ โคลัมเบีย อินเดีย ซูดาน และฟิลิปปินส์ พบว่ามีปัญหาจิตเวชในเด็ก ร้อยละ 12-29 ส่วนการศึกษาทางด้านคลินิกพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่พบได้เสมอในระหว่างวัยรุ่น โดยจะพบได้ทั้งผู้ป่วยนอกละผู้ป่วยในการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกโดยใช้วิธีสัมภาษณ์โดยตรงในเด็ก และวัยรุ่นพบความผิดปกติ ของภาวะซึมเศร้า 30% สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่ามีผู้ป่วยวัยรุ่นเข้ารับ การรักษาตัวด้วยความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า

สำหรับในประเทศไทย วาสนา ศรมณี และพิศมัย คู่นิทักษ์ (2515) ได้ศึกษาอุบัติการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชเด็กในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ผลที่ได้แปรตามกลุ่มอายุ พบว่าร้อยละ 67.84 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในช่วงอายุ 15-24 ปี ถึงร้อยละ 25.46 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในช่วงอายุ 15-24 ปี ถึง ร้อยละ 25.46 ของจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 716 คน

ดวงใจ กสานติกุล (2527) ได้รายงานการศึกษาการใช้บริการของศูนย์สุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยแวนเดอร์บิลช่วงปีการศึกษา 2519-2521 พบว่ามีนักศึกษาจำนวน 218 คน มาขอใช้บริการมีอาการนำมาด้วยอารมณ์เศร้าถึงร้อยละ 43.1 มีนักศึกษาที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวชร้อยละ 10.4 และมีนักศึกษา 7 คนที่ต้องหยุดการเรียนด้วยเหตุผลทางจิตเวช

นงพงา ลิ้มสุวรรณ และ โกวิท นพนร (2527) ได้ศึกษาอุบัติการของโรคอารมณ์เศร้าในเด็ก พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มารักษาที่หน่วยจิตเวชโรงพยาบาลรามาธิบดีอยู่ในช่วงอายุ 12-15 ปี และมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 27 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 ต่อ 1

ส่งศรี จันสิน และคณะ (2528) ได้สำรวจที่จังหวัดชลบุรีในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถาม HOS Screen ครั้งแรกแล้วนำกลุ่มที่มีความเครียดไปทดสอบด้วย SCL - 90 พบว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 28.65 และมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 15.52

ดวงใจ กสานติกุล และคณะ (2529) ได้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิปฏิบัติธรรม ของเยาวชนอายุ 15-25 ปี จำนวน 136 คน ณ ศูนย์พุทธจักรปฏิบัติธรรม จังหวัดปทุมธานี โดยใช้แบบวัดอารมณ์เศร้า Center for Epidemiology Studies-Depression Scale (CES-D) พบว่า ธรรมทายาท ก่อนฝึกสมาธิมีอารมณ์เศร้า ร้อยละ 38.42

อรพรรณ เมฆสุภะ และคณะ (2530) ได้รายงานผลงานวิจัยในประชากร 5 เขต ของกรุงเทพมหานคร จำนวน 7,731 ราย จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 7-15 ปี มีปัญหาจิตเวชสูงถึงร้อยละ 37.9 ซึ่งปัญหาจิตเวชที่พบมากที่สุดคือปัญหาการเรียน ปัญหารองลงมาคือปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์และนิสัย นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาจิตเวชของกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับรายได้ของบิดาและจำนวนบุตรของบิดามารดา

วรพร อินทบุหรั่น (2534) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ทำผิดกฎหมายที่อยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง 4 แห่ง พบว่ามีความชุกร้อยละ 66.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ สถานภาพทางการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับบิดามารดาและพี่น้อง การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของวัยรุ่น การคาดหวังต่ออนาคตในภายภาคหน้า

อุมาพร ตรังสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) ได้พัฒนา Children's

Depression Inventory(CDI) ฉบับภาษาไทยเพื่อตรวจหาภาวะซึมเศร้าในเด็กพบว่า เด็กที่ซึมเศร้าต้องเผชิญกับความเครียดทางจิตสังคมสูงกว่าเด็กที่ไม่ซึมเศร้า ความเครียดดังกล่าวได้แก่ ความเจ็บป่วยทางจิตของบิดามารดา ปัญหาทางเศรษฐกิจ บิดามารดาทะเลาะเบาะแว้งกัน ปัญหาครอบครัวแตกแยก การต้องแยกจากครอบครัว บิดามารดาว่างงาน และการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

กิติยา จำรัสเลิศสัมฤทธิ์ (2535) รายงานผลการวิจัยปัญหาสุขภาพและปัญหาการเรียนในนิสิตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 296 คน โดยใช้เครื่องมือ SCL-90 (Symptom chicklist-90) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตด้านความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับบรรยากาศในครอบครัว และความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับสภาพครอบครัว

อรวรรณ หนูแก้ว (2536)ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดสระแก้ว จำนวน 268 คน เปรียบเทียบกับเด็กครอบครัวปกติ จำนวน 360 คน พบว่า เด็กจากวัดสระแก้มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.9 ซึ่งสูงกว่าเด็กในครอบครัวปกติ ที่พบเพียงร้อยละ 20.8 และ พบว่าเด็กในครอบครัวปกติที่เรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่า มัธยมปีที่ 1 และ 2

วารีรัตน์ หอมโกสล (2536)ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 115 คน โดยเครื่องมือ CDI พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 34.4 และพบว่าเพศ ผลการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในบ้าน สภาพสมรส เศรษฐานะ และระดับการศึกษาของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

อุมาพร ตรังสมบัติ และ ลิขิต ลิขนะนิชิตกุล (2535) ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้ตัวอย่าง จำนวน 1,264 ราย โดยเครื่องมือ CDI พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ40.8 และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็ก คือ ภาวะครอบครัวที่แตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข และปัญหาสุขภาพจิตใจบิดามารดา

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2536) ได้ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่ถูกส่งมาประเมินและรับการรักษาทางจิตเวชจากหน่วยจิตเวชเด็ก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ พ.ศ.2528-2534 รวม 7 ปี พบว่ามีผู้ป่วยถูกส่งมาด้วยปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.08 มีอายุตั้งแต่ 9-14.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนกลางหรือคนสุดท้อง มาจากครอบครัวเศรษฐานะต่ำ ครอบครัวมีลูก 3 คนหรือน้อยกว่า เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ การถูกอบรมสั่งสอนและลงโทษทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียหน้า นอกจากนี้ได้พบอารมณ์เศร้าถึง ร้อยละ 87.5

Albert และ Beck ได้รายงานผลการศึกษาเมื่อปี 1975 โดยทำการศึกษาในวัยรุ่น 11-15 ปี ใช้แบบสอบถาม BDI(Beck Depression Inventory) พบค่าเฉลี่ยที่ได้ในกลุ่มสูงกว่าค่าปกติที่พบในผู้ใหญ่เล็กน้อย 1ใน 3 ของวัยรุ่นที่ศึกษา มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงปานกลาง จนกระทั่งรุนแรงมาก เด็กที่โตกว่าจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า และผู้หญิงจะมีคะแนนสูงกว่าเด็กผู้ชายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่อายุมากขึ้น

Carlsonและคณะ(1982)ได้สำรวจกลุ่มอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นในผู้ป่วยทางจิตเวช โดยศึกษาระบาดวิทยาของอารมณ์เศร้า (depressive mood) ในเด็กวัยรุ่นอายุ 14-18 ปี ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่ New York State จำนวน 18 โรงเรียน มีกลุ่มตัวอย่าง 8,206 คน ใช้แบบสอบถาม SCL-90 (Symtom Checklist 90 item) ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีอารมณ์เศร้ามากกว่าเพศชาย ในเด็กวัยรุ่นจะมีอารมณ์เศร้าสูงกว่าผู้ใหญ่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และพยากรณ์อารมณ์เศร้าในเด็กได้ คือ ปัจจัยเกี่ยวกับบิดา มารดา (perental factors) หากขาดความใกล้ชิดกับบิดามารดาโดยเฉพาะเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูง ปัจจัยเกี่ยวกับเรื่องกลุ่มเพื่อน (peer factors) หากมีความสัมพันธ์กับเพื่อนสูงจะพบภาวะซึมเศร้าต่ำ

Kashani และคณะ (1987) ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้ากลุ่มอาการซึมเศร้า อารมณ์ของวัยรุ่นในชุมชนโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน ในโรงเรียนที่ (Columbia) โดยการสัมภาษณ์และเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III พบว่ามีโรคซึมเศร้า (Major depression) ร้อยละ 4.7 มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) ร้อยละ 3.3 และเด็กที่มีอาการซึมเศร้าจะพบว่ามีตัวแปรในเรื่อง อายุ เพศ เชื้อชาติ เศรษฐานะ และสถานภาพสมรสของบิดา มารดา ที่แตกต่างกันเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

Levent Kuey และ Cengiz Guler (1989) ได้ศึกษารายงานภาวะซึมเศร้าใน

ประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ความชุกในชุมชน พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไปประมาณร้อยละ 20 และภาวะซึมเศร้าจนเป็นโรคพบประมาณร้อยละ 10

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าทางด้าน Sociodemographic risk factors พบว่า ปัจจัยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง คือ เพศหญิง อายุที่เพิ่มมากขึ้น สถานภาพสมรสที่เป็นโสดรูปแบบครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) และเศรษฐานะต่ำ (lower socio-economic status)