

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ธนชัย รินโสง*, สุริยพร พลชุมแสง*, คมเคียว จันทรราช*

*โรงพยาบาลเบรบือ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบตัดขวาง (cross-sectional analytic study) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นแบบประเมินตนเอง self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ มีความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88) ในกลุ่มนักเรียนชายและหญิง อายุ 15 - 18 ปีบริบูรณ์ ที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2567 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตพื้นที่อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 7 แห่ง ทั้งหมด 960 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 220 คน และสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) สุ่มเลือกโรงเรียน ห้องเรียน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนต่อประชากรของแต่ละโรงเรียน และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ตามเลขประจำตัวนักเรียน ให้ได้ตามจำนวนขนาดตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product - moment correlation coefficient) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 15.45 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ($r = 0.224$) ความพึงพอใจรูปร่าง ($r = -0.439$) รายได้ครอบครัว ($r = -0.226$) การใช้สารเสพติด ($r = -1.460$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ปัจจัยด้านจิตใจคือ ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิต ($r = -0.303$) เหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต ($r = -0.277$) เคยถูกลวนลามทางเพศ ($r = -0.233$) เคยถูกทำร้ายร่างกาย ($r = -0.288$) พยายามฆ่าตัวตาย ($r = -0.223$) เคยคิดทำร้ายตัวเอง ($r = -0.404$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมากกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 39.60, $p < .001$ ด้านจิตใจทุกตัวแปร ($\beta = -0.427$, $p < 0.01$) รองลงมาคือความพึงพอใจรูปร่าง ($\beta = -0.340$, $p < 0.01$) และเพศ ($\beta = 0.125$, $p < 0.05$) ตามลำดับ โดยสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ Z (ภาวะซึมเศร้า) $= 0.427$ (ปัจจัยด้านจิตใจ) $- 0.340$ (พึงพอใจรูปร่าง) $+ 0.125$ (เพศ)

สรุป ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม แสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในบริบทโรงเรียนมัธยมปลาย และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ซึ่งควรให้ความสำคัญกับระบบคัดกรองด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนอย่างจริงจัง เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียง

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า แบบประเมินวัยรุ่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Corresponding author: ธนชัย รินโสง

โรงพยาบาลเบรบือ

E-mail: Tanachai1707@gmail.com

วันรับ : 5 สิงหาคม 2567 วันแก้ไข : 8 ตุลาคม 2567 วันตอบรับ : 19 ตุลาคม 2567

Prevalence and Associated Factors to Depression of Junior High School Students in Borabue District, Mahasarakham Province

Tanachai Rinthaisong*, Sureepon Polchumsang*, Komkiew Chanrat*

*Borabue Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the prevalence of depression, related factors, and predictors of depression in Grade 4 students, Borabue District, Mahasarakham Province.

Methods: This research is descriptive study (cross-sectional analytic study) using the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), a self-report consisting of 9 questions with a satisfactory level of internal consistency accuracy (Cronbach's alpha coefficient = 0.88). The sample size was determined to be 220 students using cluster sampling among the group of male and female students aged 15 - 18 years and older who studied at the 4th grade level in the 2024 academic year of 7 secondary schools in the district of Borabue District, Mahasarakham Province. The sample size was determined according to the population of each school. Simple random sampling was carried out by random drawing in accordance with the number of sample sizes. The data were collected manually, and the data were analyzed using basic statistics such as percentage, mean, and standard deviation and Inferential statistics include Pearson Product - moment correlation coefficient, Multiple Regression Analysis

Results: The prevalence of depression among Grade 4 students in Borabue District, Mahasarakham Province was 15.45 percent, and personal factors affecting the level of depression were gender ($r = 0.224$), body preference ($r = -0.439$), Family income ($r = -0.226$), Substance use ($r = -1.460$) were statistically significant at the level of 0.01 physical assault factors were loss of valuable things in life ($r = -0.303$), major events affecting life ($r = -0.277$), sexual harassment ($r = -0.233$), physical assault ($r = -0.288$), suicide attempts ($r = -0.223$), self-harm thoughts ($r = -0.404$) were significantly associated with depression $p < 0.001$ and family and social factors, sibling or relative relationships, parent relationship. There is a very low correlation with significant depression $p < 0.05$ depression predicted 39.60 percent, $p < .001$ in all psychological variables ($\beta = -0.427$, $p < 0.01$), followed by body shape satisfaction ($\beta = -0.340$, $p < 0.01$) and gender ($\beta = 0.125$, $p < 0.05$), respectively. The equation for predicting depression in the form of a standard score is $Z(\text{depression}) = 0.427(\text{psychological factors}) - 0.340(\text{body satisfaction}) + 0.125(\text{gender})$.

Conclusion: Prevalence of depression among Grade 4 students in Borabue District, Mahasarakham Province. It shows the magnitude of depression problems and adolescent suicidality in high school contexts and found factors related to the level of depression, including personal factors. Mental health screening systems in schools should be given serious attention to provide urgent care and referral to public health facilities in nearby areas.

Keywords: depression, PHQ-A, associated factors

Corresponding author: Tanachai Rinthaisong

E-mail: Tanachai1707@gmail.com

Received 5 August 2024 Revised 8 October 2024 Accepted 19 October 2024

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศทุกวัย ส่งผลกระทบต่อนักคนมากกว่า 280 ล้านคนทั่วโลก ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต¹ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO)² ประมาณการว่าโรคจิตเวชกว่าครึ่งเริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุ 14 ปี และเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพลำดับสองในเด็กและวัยรุ่นตอนต้นอายุ 5 - 14 ปีทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงไทยร้อยละ 12.60 และชายไทย ร้อยละ 5.90³ ช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2565 จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าในไทยเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า จาก 5 แสน เป็น 1.5 ล้านคน⁴ ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายถึง 700,000 รายต่อปี ซึ่งเป็นสาเหตุการตายหลักหนึ่งในสี่ในกลุ่มประชากร อายุ 15 - 29 ปี อีกด้วย⁵ โดยการมีความคิดฆ่าตัวตายเริ่มตั้งแต่ในวัยรุ่นตอนต้น อายุ 11 - 14 ปี มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 9.30 ซึ่งสูงกว่าวัยรุ่นตอนปลาย อายุ 15 - 19 ปี ที่เสี่ยง ร้อยละ 5.90 และมีงานวิจัยชี้ว่าเด็กที่มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วงวัยรุ่นตอนต้น มีแนวโน้มจะลงมือจริงในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย⁶ ตัวเลขความพยายามฆ่าตัวตายที่สูงมากส่งผลกระทบในระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอันดับสองในวัย 15 - 19 ปี จึงอาจไม่ใช่การ “คิดสั้น” แต่เป็นความคิดที่สั่งสมมาตั้งแต่ในวัยเด็ก และเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างเรื้อรัง กระทบต่อศักยภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์การทำงานในระยะยาว ตลอดจนปัญหาที่รุนแรง เช่น การทำร้ายตัวเองฆ่าตัวตาย และการติดสารเสพติด⁷

ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นมักพบว่า เด็กและวัยรุ่นมีความวิตกกังวล ไม่มีความสุข อาจบ่นว่ารู้สึกไม่สบาย โดยพูดถึงหรือแสดงอาการเจ็บป่วยทางกายให้เห็นบ่อย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ หลายคนไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุของการเจ็บป่วยทางกาย แต่ก็ไม่พบความผิดปกติทางกายอย่างชัดเจน ปฏิเสธการไปโรงเรียน มีปัญหาที่โรงเรียนแยกตัว หนีออกจากบ้าน หรือหนีออกจากสังคม⁸ โดยภาวะซึมเศร้าที่พบในวัยรุ่นจะบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ร่างกาย ความคิด การรับรู้พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคลที่ผิดปกติไปจากเดิม ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะซึมเศร้า⁹ ได้แก่ ประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ความเครียดทางจิตสังคม สตรีมีเพศที่เพิ่มขึ้น กลุ่มเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁰ คือ 1) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีประวัติทางพันธุกรรม เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล สมาธิสั้น 2) มีปัญหาทางด้านจิตสังคม ความกดดัน และเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่น การสูญเสีย ออกหัก ใช้สารเสพติด ตั้งครรภ์ ปัญหาการเรียน โดนรังแก ใช้ความรุนแรงในครอบครัว 3) มีโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคที่ทำให้ร่างกายผิดปกติหรือมีผลต่อภาพลักษณ์ 4) กลุ่มที่มีครอบครัวไม่อบอุ่น มีความขัดแย้งในครอบครัว รวมทั้งการเลี้ยงดูที่ขาดการสอนทักษะการจัดการอารมณ์ตนเอง นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ามียผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ สัมพันธภาพ การเข้าสังคมกับเพื่อน ครู รวมถึงสมาชิกในครอบครัว วัยรุ่นเป็นวัยที่มีปัญหาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข ทั้งนี้เพราะความชุกและอัตราตายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาทางด้านจิตเวชอื่นๆ¹¹

จากรายงานสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2560 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹² พบว่าวัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 44 มีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 18 และพบว่าวัยรุ่นฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้าประมาณปีละ 4,000 ราย ซึ่งถือเป็นอันดับ 3 ของโลก และจากการสำรวจ⁶ ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์¹³ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (เดือนตุลาคม 2564 - เดือนสิงหาคม 2565) จำแนกการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มวัยรุ่นเรียนอายุ 5 - 14 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 24 คน กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษาอายุ 15 - 19 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 105 คน และอัตราพยายามฆ่าตัวตายเฉพาะกลุ่มอายุจะพบว่ากลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา เป็นกลุ่มที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น คิดเป็น 224.34 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในผู้หญิง ร้อยละ 73.2 เป็นนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 44.6 วิธีการที่ใช้มักจะเป็นการกินยาเกินขนาด ร้อยละ 59.5 รองลงมาคือใช้ของมีคม ร้อยละ 9.3 และผูกคอ ร้อยละ 8.50 และก่อนลงมือพยายามฆ่าตัวตายพบสัญญาณเตือนเพียงร้อยละ 11.90 จากข้อมูลทางสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าย้อนหลัง 2 ปีระหว่าง พ.ศ. 2565 - 2566 ของจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายายใหม่ จำนวน 1,249 และ 1,225 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรที่ 134.84 และ 132.80

ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2567 ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 พบผู้ป่วยรายใหม่แล้วถึง 1,139 ราย¹⁴ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นอย่างมาก ในส่วนของโรงพยาบาลบรือซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง (M2) จากการสืบค้นข้อมูลเวชระเบียน พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2564 - 2566 จำนวน 92, 109 และ 165 ราย ในจำนวนนี้พบเป็นกลุ่มวัยรุ่น จำนวน 12, 12 และ 17 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับจังหวัดมหาสารคาม และปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยวัยรุ่นฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย ทำให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่กำลังประสบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต การดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลบรือ ในเรื่องของการคัดกรองภาวะซึมเศร้ามักพบปัญหาคือ 1) ส่วนใหญ่จะเน้นการคัดกรองเบื้องต้น ในกลุ่มผู้ป่วยเปราะบางและโรคเรื้อรังได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ และผู้สูงอายุ เป็นต้น 2) ในกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น จะเน้นในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายและพัฒนาการมากกว่าการประเมินด้านสุขภาพจิต ตลอดจนยังไม่มีแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน ทั้งที่พบว่าแนวโน้มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะในช่วงวัย 11 - 14 ปี นับเป็นช่วงวิกฤตที่โรคซึมเศร้าในเด็กจะพัฒนาจนกลายเป็นโรคจิตเวชผู้ใหญ่ หรือกระทั่งทำให้พวกเขาไม่ได้เติบโตมาเป็นผู้ใหญ่เลย การติดตามตัวเลขผู้ป่วยซึมเศร้าในวัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง 3) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จะดำเนินการในลักษณะโครงการเชิงรุกร่วมกับสถานศึกษา ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณในการดำเนินการแต่ละปี และไม่ได้ถูกจัดให้เป็นการบริการขั้นพื้นฐานในคลินิกเมื่อวัยรุ่นพบปัญหาความเครียดหรือความกดดันทางจิตใจ อาจไม่สามารถหาทางออกเพื่อแก้ไขได้ทัน 4) เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ส่วนการวินิจฉัยนั้นจำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวมถึงส่งตรวจเพิ่มเติมที่จำเป็น เพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอน รวมถึงเพื่อแยกโรคหรือภาวะอื่น เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นจากสาเหตุต่างๆ ได้ เช่น โรคทางจิตเวชอื่นที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย โรคทางกาย เช่น โรคไทรอยด์ โรคแพ้ภูมิตัวเอง หรือเป็นจากยาหรือสารต่างๆ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีจิตแพทย์ต่อไป ประเทศไทยเริ่มเก็บข้อมูลที่อายุ 15 ปี จึงนับว่ายังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความรุนแรงที่พบ ในประเทศอังกฤษมีการเก็บสถิติผู้ป่วยซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 5 ปี¹⁵ ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นที่ 6 ปี¹⁶ ปัจจุบันประเทศไทย

มีเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าในเด็กที่ออกแบบมาให้ใช้กับเด็กตั้งแต่วัย 7 ปี และมีแบบคัดกรองขนาดกระชับสำหรับวัย 11 - 20 ปี ซึ่งถูกใช้ในโรงเรียนและระบบประเมินสุขภาพจิตออนไลน์อย่างกว้างขวาง การนิยามตัวเลขและกำหนดตัวชี้วัดด้านจิตเวชเด็กที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า จึงควรได้รับการปรับปรุงให้ครอบคลุมอย่างน้อยจนถึงวัย 11 ปี เพื่อให้ระบบสามารถติดตามยับยั้งภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นสิ่งที่สังคมควรให้ความสนใจในการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้า รวมถึงการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นต่อไปโดยให้สอดคล้องกับบริบทที่แท้จริงของชุมชน ตลอดจนการพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะแรกให้มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อปัญหาโรคซึมเศร้าที่ทวีความรุนแรงขึ้น ด้วยการเพิ่มการคัดกรองเชิงรุกในหลายพื้นที่ เช่น เพิ่มการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในหมู่บ้าน โดยครูในโรงเรียน และแอปพลิเคชันคัดกรองผู้ป่วยออนไลน์ เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูลเฝ้าระวังติดตามผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตลอดช่วงอายุ และพัฒนาระดับการบริการทางด้านจิตเวชในโรงพยาบาล เพราะการดูแลทางด้านจิตเวชควรเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก รอคอยไม่นาน และมีทางเลือกให้แก่ผู้มารับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเขตพื้นที่อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะซึมเศร้าที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบตัดขวาง (cross-sectional analytic study) เครื่องมือที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นการประเมินแบบ self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วัน และมีแทบทุกวัน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน มีความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88) การวิเคราะห์ ROC เทียบกับผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ มีพื้นที่ใต้โค้ง (AUC)

เท่ากับ 0.91 (SD = 0.02, 95%CI 0.88 - 0.94) ความไวร้อยละ 93 และความจำเพาะร้อยละ 77¹⁹ ในกลุ่มนักเรียนชายและหญิง อายุ 15 - 18 ปีบริบูรณ์ ที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2567 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 7 แห่ง ทั้งหมด 960 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 220 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) สุ่มเลือกโรงเรียน ห้องเรียน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนต่อประชากรของแต่ละโรงเรียน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ ตามเลขประจำตัวนักเรียน ให้ได้ตามจำนวนขนาดตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 พฤษภาคม - 20 กรกฎาคม 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลทำบันทึกถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทั้ง 7 แห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์โครงการ การพิทักษ์สิทธิ์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 220)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	78	35.50
หญิง	142	64.50
การอยู่อาศัย		
พักอยู่กับบิดา/มารดา	38	17.30
พักอยู่กับญาติ/อยู่คนเดียว	182	82.70
ผลการเรียนปีที่ผ่านมา		
มากกว่า 2.0	212	96.40
น้อยกว่า 2.0	8	3.60
ความพึงพอใจในการเรียน		
พึงพอใจ	211	95.90
ไม่พึงพอใจ	9	4.10
ความพึงพอใจในรูปร่าง		
พึงพอใจ	182	82.70
ไม่พึงพอใจ	38	17.30
การใช้สารเสพติด		
ไม่เคยใช้	213	96.80
เคยใช้	7	3.20
รายได้ครอบครัว		
เพียงพอ	183	83.20
ไม่เพียงพอ	37	16.80

กลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาต ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งกำหนดการในการเก็บข้อมูลในวัน เวลา และสถานที่ตามกำหนด แจกแบบสอบถามและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่ในห้องเดียวกับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลา การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation coefficient) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศชายจำนวน 78 คน (ร้อยละ 35.30) เพศหญิง จำนวน 142 คน (ร้อยละ 64.50) การอยู่อาศัยพักอยู่กับญาติ/อยู่คนเดียว จำนวน 38 คน (ร้อยละ 17.30) ผลการเรียนปีที่ผ่านมามีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 2.0 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.60) ไม่พึงพอใจในการเรียน จำนวน 9 คน (ร้อยละ 4.10) ไม่พึงพอใจในรูปร่าง จำนวน 38 คน (ร้อยละ 17.30) เคยใช้สารเสพติด จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.20) รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 16.80)

จำนวนและร้อยละของการพยายามฆ่าตัวตายพบผู้ตอบว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงที่มีความคิดอยากตายหรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจัง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.90) ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตายหรือลงมือฆ่าตัวตาย มีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 5.50)

ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 98 คน (ร้อยละ 44.50) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 12.30) ภาวะซึมเศร้ามาก จำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.70) มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.50) ค่าเฉลี่ยระดับปัญหา ($\bar{X}$) = 6.08

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลกับระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

1. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.224$) กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ความพึงพอใจรูปร่าง รายได้ครอบครัว การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามในระดับปานกลาง ($r = -0.439$) ระดับต่ำ ($r = -0.226$) และระดับสมบูรณ์ ($r = -1.460$) กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p < 0.05$

ปัจจัยรายตัวแปรด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคมที่มีต่อระดับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านชีวภาพ ไม่มีปัจจัยพบความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านจิตใจ ทุกปัจจัย คือ ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิต ($r = -0.303$) เหตุการณ์

ตารางที่ 2 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (N = 220)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	88	40.00
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	98	44.50
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	27	12.30
ภาวะซึมเศร้ามาก	6	2.70
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	1	0.50
$\bar{X} = 6.08$, S.D. = 3.82, MIN = 1, MAX = 21		

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคมที่มีต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคม	Pearson correlation (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ	0.224	0.001**	ต่ำ
การอยู่อาศัย	0.001	0.999	ไม่มีความสัมพันธ์
ผลการเรียน	0.010	0.833	ไม่มีความสัมพันธ์
ความพึงพอใจผลการเรียน	-0.830	0.218	ไม่มีความสัมพันธ์
ความพึงพอใจรูปร่าง	-0.439	0.000**	ปานกลาง
การใช้สารเสพติด	-1.460	0.031*	สมบูรณ์
รายได้ครอบครัว	-0.226	0.001**	ต่ำ
ปัจจัยด้านชีวภาพ			
มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	-0.079	0.241	ไม่มีความสัมพันธ์
มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	-0.026	0.699	ไม่มีความสัมพันธ์
มีญาติสายตรงมีประวัติเคยฆ่าตัวตาย	0.002	0.979	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านจิตใจ			
ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิต	-0.303	0.000**	ต่ำ
เหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต	-0.277	0.000**	ต่ำ
เคยถูกลวนลามทางเพศ	-0.233	0.000**	ต่ำ
เคยถูกทำร้ายร่างกาย	-0.288	0.000**	ต่ำ
เคยคิดทำร้ายตัวเอง	-0.404	0.000**	ปานกลาง
พยายามฆ่าตัวตาย	-0.223	0.001**	ต่ำ
ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม			
สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา	-0.001	0.986	ไม่มีความสัมพันธ์
ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา	-0.152	0.024*	ต่ำมาก
ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง	-0.159	0.018*	ต่ำมาก
จำนวนเพื่อนสนิท	-0.080	0.235	ไม่มีความสัมพันธ์
ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน	-0.096	0.155	ไม่มีความสัมพันธ์

สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต ($r = -0.277$) เคยถูกลวนลามทางเพศ ($r = -0.233$) เคยถูกทำร้ายร่างกาย ($r = -0.288$) พยายามฆ่าตัวตาย ($r = -0.223$) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) เคยคิดทำร้ายตัวเอง ($r = -0.404$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมากกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรวม ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม มีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามในระดับปานกลางกลาง ($r = -0.512$)

และระดับสมบรูณ์ ($r = -1.610$) กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และรวมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามในระดับต่ำ ($r = -0.363$) กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ปัจจัยทำนายที่มีผลกับระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียน

มัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

1. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม คือเพศ (X_1) และความพึงพอใจรูปร่าง (X_5) มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Y) นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ตารางที่ 4 แสดงความผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับภาวะซึมเศร้า		t	Sig
	สัมประสิทธิ์ถดถอย	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน		
ค่าคงที่ (constant)	3.220	.822	3.918	0.000**
เพศ (X_1)	.283	.101	2.813	0.005*
การอยู่อาศัย (X_2)	.050	.130	.385	0.701
ผลการเรียน (X_3)	.222	.262	.848	0.398
ความพึงพอใจผลการเรียน (X_4)	-.080	.252	-.319	0.750
ความพึงพอใจรูปร่าง (X_5)	-.804	.134	-6.025	0.000**
การใช้สารเสพติด (X_6)	-.214	.284	-.753	0.453
รายได้ครอบครัว (X_7)	-.204	.139	-1.463	0.145
$R = 0.487$, $R^2 = 0.237$, $Adj R^2 = 0.212$, $F = 9.424$, $S.E._{est} = 0.726$				

ตารางที่ 5 แสดงความผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม	ระดับภาวะซึมเศร้า		t	Sig
	สัมประสิทธิ์ถดถอย	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน		
ค่าคงที่ (constant)	3.954	1.347	2.936	0.004*
ด้านชีวภาพ (X_1)	.123	.150	.820	0.413
ด้านจิตใจ (X_2)	-.293	.062	-4.697	0.000**
ด้านครอบครัวและสังคม (X_3)	.067	.060	1.115	0.266
รวมทุกด้าน (X_4)	-.194	.189	-1.028	0.305
$R = 0.517$, $R^2 = 0.267$, $Adj R^2 = 0.253$, $F = 19.574$, $S.E._{est} = 0.687$				

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ตัวแปรพยากรณ์	ระดับภาวะซึมเศร้า		t	Sig
	B	β		
ค่าคงที่ (constant)	5.781		12.787	0.000**
เพศหญิง (X ₁)	0.208	0.125	2.335	0.020
ความพึงพอใจรูปร่าง (X ₂)	-0.714	-0.340	-6.286	0.000
ด้านจิตใจ (X ₃)	-0.278	-0.427	-7.852	0.000

R = 0.629, R² = 0.396, Adj R² = 0.387, F = 47.184, S.E._{est} = 0.622

2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า คือ ด้านจิตใจ (X₃) ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (Y) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยเพศ ความพึงพอใจรูปร่าง และปัจจัยด้านจิตใจ ที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าปัจจัยเพศหญิง (X₁) ความพึงพอใจรูปร่าง (X₂) และปัจจัยด้านจิตใจ (X₃) มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งได้ค่าคงที่เท่ากับ 5.781 ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ปรับปรุง (Adj R²) เท่ากับ 0.387 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (S.E._{est}) เท่ากับ 0.622 สามารถเขียนสมการการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าโดยรวมในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

สมการในรูปแบบคะแนนดิบ Y (ภาวะซึมเศร้า) = $5.781 + 0.208$ (เพศ) - 0.714 (พึงพอใจในรูปร่าง) - 0.278 (ปัจจัยด้านจิตใจ)

สมการในรูปแบบมาตรฐาน Z (ภาวะซึมเศร้า) = -0.427 (ปัจจัยด้านจิตใจ) - 0.340 (พึงพอใจในรูปร่าง) + 0.125 (เพศ)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 15.45 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Bingqing L. Lixia L. Xiaojuan S.¹⁷ ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ทั้งหมด 96 การศึกษา จาก 29 ประเทศ อาสาสมัคร 528,293 ราย พบว่าความชุกของภาวะซึมเศรียร้อย

ปานกลางถึงรุนแรงที่ร้อยละ 18.9 (95%CI, 14.6% - 24.2%) ในการศึกษาของ จรรยาพร เจียมเจริญกุล และ นิดา ลิ้มสุวรรณ¹⁸ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.6 วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ¹⁹ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย พบว่ามีภาวะซึมเศร้า (คะแนน PHQ-A≥10) ร้อยละ 17.5 นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าอีกหลายราย ดังนี้ สุพัตรา สุขขาว และคณะ²⁰ พบความชุกภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 2 ร้อยละ 25.2 วิลาสินี สุรวรรณ²¹ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมปลาย ร้อยละ 41.74 และ ไพรทิพย์ ศิริญพร บุคหงส์ และ เขาวลิต ศรีเสริม²² พบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ร้อยละ 53.50 ซึ่งความชุกของภาวะซึมเศร้า มีผู้ศึกษาแตกต่างกันอาจเนื่องมาจากการบริบทที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และเกณฑ์การตัดสินแตกต่างกัน

ส่วนปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.224$) เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ ชิตมงคลรัตน์ และคณะ²³ สุพัตรา สุขขาว และคณะ²⁰ และจากการสำรวจสุขภาพจิตความสุชนไทย ปี พ.ศ. 2558 พบว่าเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าเพศหญิง 31.79 และ 31.17 คะแนนตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาของ นันทยา คงประพันธ์²⁴ ที่พบว่าเพศชายและหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่ต่างกัน กรมสุขภาพจิต⁸ พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 100 คน จะเข้ารับการรักษามากกว่า 28 คนเท่านั้น พบว่าเพศหญิงมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามมากกว่าเพศชาย แต่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า และผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามมีอัตราการฆ่าตัวตาย

สำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า และ 70% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจัยความพึงพอใจรูปร่าง พบว่านักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ไม่พึงพอใจรูปร่าง ($r = 0.439$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิลาลินี สุรวรรณ²¹ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 คือความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง (adjusted OR = 1.97, 95%CI = 1.09 - 3.57) Boutelle และคณะ²⁵ พบว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหญิง เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hoare และคณะ²⁶ โรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.226$) สอดคล้องกับ นันทยา คงประพันธ์²⁴ นักเรียนที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่านักศึกษาที่รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย 0.113 คะแนน (ร้อยละ 11.30) วิลาลินี สุรวรรณ²¹ ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 2.15 เท่า (95%CI = 1.18 - 3.92, $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จตุพร แสงกุล และ กนกวรรณ โมสิกันนท์²⁷ พบว่านักเรียนที่ครอบครัวมีปัญหาด้านการเงินมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น 3.1 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ครอบครัวไม่มีปัญหาทางด้านการเงิน การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -1.460$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ บพิตร สนั่นเชื้อ และ อานติ คำมณ²⁸ ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบึงกาฬ พบว่าการตัดสินใจทางสุขภาพด้านอันตรายของสารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในการใช้สารเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า และโคเคน มีความสัมพันธ์กันของการก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในอัตราที่สูงและรุนแรง ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการซึมเศร้ามักไม่ได้รับการบำบัดรักษา อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรายตัวแปรด้านจิตใจ พบว่าทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางตรงข้ามกับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังนั้นความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิตและเหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ เมืองขวา และคณะ²⁹ นักศึกษาที่มีเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

กับนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ ($\bar{X} = 0.110$, $p < .001$) การศึกษาของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ³⁰ ที่พบว่าเหตุการณ์ชีวิตในเชิงลบมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ($\bar{X} = 0.192$, $p < 0.01$) เช่น ปัจจัยด้านการเงิน วิชาเรียน และข้อจำกัดเกี่ยวกับวิชาที่เรียน เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โดยส่งผ่านตัวแปรความตึงเครียดทางอารมณ์ ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ และส่งผลให้นักศึกษาเกิดภาวะตึงเครียดและซึมเศร้าได้ เคยถูกกลั่นแกล้งทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาลินี สุรวรรณ²⁰ พบว่านักเรียนที่มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 6.65 เท่า (95%CI = 1.66 - 26.65, $P < 0.007$) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่มีประวัติเคยถูกคุกคามทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ประยูรศรี ศรีจันทร์ และคณะ³¹ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการถูกทารุณกรรมทางร่างกายจิตใจ และทางเพศ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิด Biopsychosocial model (Engel GL, 2013)³² การถูกคุกคามทางเพศเป็นประสบการณ์ด้านลบในชีวิตส่งผลให้เกิดความเครียดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมน cortisol ที่มากเกินไป ทำให้สารสื่อประสาทในสมองเสียสมดุล ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ เคยถูกทำร้ายร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยูรศรี ศรีจันทร์ และคณะ³¹ พบว่าประวัติถูกทารุณกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.409$, $p < 0.01$) การถูกทารุณกรรมหากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับการถูกคุกคามทางเพศ³² พยายามฆ่าตัวตายและเคยคิดทำร้ายตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ³³ ที่พบว่าการครุ่นคิดเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายและสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 37.4 และความคิดฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 18.10 และ วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ¹⁹ วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามกกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า (OR = 9.8, 95%CI = 8.4 - 11.5)

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม พบว่าความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา และความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง หรือเรียกว่าสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ นันทยา คงประพันธ์²⁴ ที่พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะทำให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวและเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 39.60 ($R^2 = 0.396$, $F = 47.184$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม คือ ด้านจิตใจทุกตัวแปร ($\beta = -0.427$, $p < 0.01$) รองลงมา คือ ความพึงพอใจรูปร่าง ($\beta = -0.340$, $p < 0.01$) และเพศ ($\beta = 0.125$, $p < 0.05$) ตามลำดับ โดยสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ $Z(\text{ภาวะซึมเศร้า}) = 0.427(\text{ปัจจัยด้านจิตใจ}) - 0.340(\text{พึงพอใจในรูปร่าง}) + 0.125(\text{เพศ})$ สรุปผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในบริบทโรงเรียนมัธยมปลาย ซึ่งควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของระบบคัดกรองด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน และการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ด้วยตัวเอง เทียบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งทุกคนสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ควรเพิ่มหรือขยายไปยังกลุ่มวัยรุ่นให้ครอบคลุม เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าระยะยาวได้
2. โรงเรียน โดยความร่วมมือของโรงพยาบาล ควรจัดระบบการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนให้กับนักเรียนทุกระดับชั้น และทุกคนปีการศึกษาละ 1 - 2 ครั้ง และแนะนำบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อให้คำแนะนำและส่งต่อรับการรักษาที่ถูกต้อง
3. พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพภายในครอบครัว เพื่อลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เสนอให้มีการเก็บข้อมูลในกลุ่มนักเรียนที่แตกต่างกัน เช่น ความแตกต่างระหว่างโรงเรียน หรือระหว่างนักเรียนในเมืองและชนบท หรือนักเรียนสายสามัญกับนักเรียนสายอาชีพ
2. พิจารณาเพิ่มการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในเขตพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 15.45 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ความพึงพอใจรูปร่าง รายได้ครอบครัว การใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ปัจจัยด้านจิตใจ คือ ความสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิต เหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิต เคยถูกลวนลามทางเพศ เคยถูกทำร้ายร่างกาย พยายามฆ่าตัวตาย เคยคิดทำร้ายตัวเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องหรือญาติพี่น้อง ความสัมพันธ์ของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมากกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 39.60, $p < 0.001$ ด้านจิตใจทุกตัวแปร รองลงมา คือ ความพึงพอใจรูปร่าง และเพศ ตามลำดับ โดยสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ $Z(\text{ภาวะซึมเศร้า}) = 0.427(\text{ปัจจัยด้านจิตใจ}) - 0.340(\text{พึงพอใจในรูปร่าง}) + 0.125(\text{เพศ})$

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์กัมพล เอี่ยมเกื้อกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่และสนับสนุนทีมในการดำเนินการวิจัย ดำเนินการช่วยเหลือให้งานราบรื่น และนางวงเดือน เพชรสังหาร หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ และผู้อำนวยการโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายทั้ง 7 แห่ง ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการเก็บข้อมูล

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ธนชัย รินโรสง: ออกแบบการศึกษา ขออนุมัติจริยธรรม การวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์และอภิปรายผล และเขียนนิพนธ์
ต้นฉบับ; สุรีย์พร พลชุมแสง: เก็บข้อมูล ลงรหัสข้อมูล วิเคราะห์ และอภิปรายผล และติดต่อประสานการเผยแพร่ผลงาน; คมเคียว จันทร์ราช: เก็บข้อมูล บันทึกข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* 2018;48(9):1560-71.
2. Sindhuprama S. Seeing the numbers, can't see the heart: Thai mental health statistics that need to be reviewed [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 5]. Available from: <https://www.the101.world/child-mental-health-missing-out-number/>.
3. World Health Organization. World Health Day 7th April 2017 [Internet]. 2017. [cited 2024 Mar 5] Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.
4. Sindhuprama S. Health Data Repository (HDC), Ministry of Public Health [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 5]. Available from: <https://kidforkids.org/improve-access-to-mental-health-care/>.
5. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord* 2017;219: 86-92.
6. Department of Mental Health. Guidelines for enhancing suicide prevention measures 2020-2021. Ministry of Public Health; Government of Thailand; 2020.
7. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015. *Lancet* 2016;388 :1545-602.
8. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; 54:5-10.
9. Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. Depressive symptoms in adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2018;115(33-34):549-55.
10. Weerapat A. Adolescents at risk of depression and first aid. [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 8]. Available from: <https://mwai.anamai.moph.go.th/hrd/download/?did=178933&id=78876&reload=>.
11. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014.
12. Department of Mental Health. Annual report 2019. Ministry of Public Health; 2020.
13. National Suicide Prevention Center. Suicide rate Khon Kaen Province during the year 2022. [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 9] Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/s_stat.
14. Medical and Health Data Warehouse System, Ministry of Public Health. [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 9]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>.
15. Erin H. Mental health of children and young people in England 2019. Department for Education; 2019. [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 5]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/>.
16. Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2022). "Child and Family Health Measures Content Map, 2020-2021 National Survey of Children's Health (two years combined)". Data Resource Center for Child and Adolescent Health supported by the U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA), Maternal and Child Health Bureau (MCHB). Retrieved [10/10/24] from [www.childhealthdata.org].
17. Bingqing Lu, Lixia Lin, Xiaojuan Su. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2024; 354:553-62.
18. Jiamjaroenkul J, Limsuwan N. Prevalence and associated factors of depression among junior high school students in Muang District, Chiang Mai Province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015;60(4):253-63.
19. Panyawong W, Santitadakul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *J Ment Health Thai* 2020;28(2):136-49.
20. Sukhawaha S, Kenbubpha K, Saguanrum K, Pianthong K, Thongbenjamas S, Hasook P. Prevalence of depression and its association with suicide risk in junior high school students of Ubon Ratchathani Province. *J Psychiatr Assoc Thai* 2020;65(1) :15-24.
21. Wilasinee S. Prevalence and related factors of depression among junior high school students in Nam Phong District Khon Kaen Province. *J Psychiatr Assoc Thai* 2021;66(4):403-16.
22. Santapan P, Booshong S, Sriserm C. Depression in adolescents: the role of nurses. *Kuakarun J Nurs*. 2019;26(1):187-99.
23. Chitmongkol R, Muennadon R, Kwaema S. Depression and mental health literacy of adolescents in Muang District, Udon Thani Province. *J Nurs Public Health Educ* 2020;21(2):40-51.
24. Kongprapan N. Factors affecting depression in adolescents case study: Rajamangala University of Technology Suwanbhum. *J Buddhist Soc Sci Anthropol* 2020;5(11):302-15.
25. Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychol* 2010;29(3):293-8.
26. Hoare E, Skouteris H, Fuller-Tyszkiewicz M, Millar L, Allender S. Associations between obesogenic risk factors and depression among adolescents: a systematic review. *Obes Rev* 2014;15(1):40-51.
27. Sangkool J, Mosikanon K. Depression in hearing-impaired high school students in Sodsuksasongkhla School, Thailand. *Songklanagarind Med J* 2016;34(5):281-8.
28. Sananuea B, Kummon A. The relationship between substance literacy and risk behavior in substance use high school students



- in Bueng Kan Province [Internet]. 2024. [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240212131954.pdf>.
29. Muangkwa P, Klumgdee K, Chaneng S. Depression in Thai students: an important role for educational institutions. J Nurs Siam Univ 2021;21(14):104-16.
 30. Watthanasin D, Choopan S, Deachchaiyos P. Social solutions and depression of nursing students. J Nurs Ministry Public Health 2019;29(1):1-12.
 31. Srijan P, Kaesornsamut P, Thanoi W. Factors correlated with depression among adolescents in foster homes. Nurs Sci J Thai 2020;38(1):86-98.
 32. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 2013;196(4286):129-36.
 33. Sodthineum K, Kongkhum C, Rattapolsan C, Sodthineum U. Relationship model of available factors effects on depression and suicidal ideation of adolescents in higher education. J Somdet Chaopraya Inst Psychiat 2022;15(1):1-20.