

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วันรับ : 16 พฤศจิกายน 2562

วันแก้ไข : 27 กรกฎาคม 2563

วันตอบรับ : 29 กรกฎาคม 2563

ศุทธา เอื้ออภิสัทธวงศ์, พ.บ., วท.ม.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่เกี่ยวข้องต่อการเกิด หรือการคงอยู่ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ซึมเศร้าเปรียบเทียบกับวัยรุ่นทั่วไป

วิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ในวัยรุ่นอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาคือ วัยรุ่นซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และกลุ่มเปรียบเทียบคือ วัยรุ่นระดับมัธยมศึกษา ตอนปลายในโรงเรียนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กลุ่มละ 35 คน ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) และแบบสำรวจ สัมพันธภาพครอบครัวไทย เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของครอบครัว และเปรียบเทียบปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ระหว่างวัยรุ่นสองกลุ่ม

ผล: วัยรุ่นซึมเศร้า และวัยรุ่นทั่วไป อายุเฉลี่ย 16.4 ± 1.09 ปี และ 16.8 ± 1.15 ปี ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยของอายุและสัดส่วน ของเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มมีโครงสร้างคล้ายคลึงกันคือ อยู่กับทั้งพ่อและแม่ พ่อแม่อยู่ในสถานภาพสมรส คะแนนแบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทยในกลุ่มวัยรุ่นซึมเศร้ามีคะแนน ต่ำกว่ากลุ่มวัยรุ่นทั่วไปทั้งคะแนนรวมและคะแนนแยกรายด้านในทุกด้าน ด้านที่วัยรุ่นซึมเศร้ามีคะแนนต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไปอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ คือด้านการทำกิจกรรมร่วมกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ 7.77 ± 0.55 และ 9.29 ± 0.51 ($p\text{-value} = 0.047$) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองของวัยรุ่นซึมเศร้าที่มารักษา มีสัดส่วนของระดับการ ศึกษาที่สูงกว่าผู้ปกครองของวัยรุ่นทั่วไป

สรุป: วัยรุ่นซึมเศร้ามีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป ในด้านการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว โดยปัจจัยด้าน โครงสร้างครอบครัวและสถานภาพสมรสของพ่อแม่ไม่แตกต่างกันระหว่างวัยรุ่นสองกลุ่ม

คำสำคัญ: วัยรุ่น ซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว

ติดต่อผู้พิมพ์: ศุทธา เอื้ออภิสัทธวงศ์; e-mail: suthraua@gmail.com

Original article

A study of association between family relationship and adolescent depression

Received : 16 November 2019

Revised : 27 July 2020

Accepted : 29 July 2020

Suthra Auapisithwong, M.D., Msc.

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

Abstract

Objective: A study of family relationship as a factor associated with the development and maintenance of adolescent depression between depressed and general adolescent.

Methods: A cross-sectional analytic study was performed on 70 samples. Studied group included 35 depressed clients in Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, while compared group included 35 secondary school students in Bangkok. Thai version of patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A) was used to assess depressive symptoms, and family's relationship questionnaires was compared relationship factors between two groups.

Results: Studied group and compared group showed average age of 16.4 ± 1.09 and 16.8 ± 1.15 years, respectively. No significant difference between age and gender of both groups. Family's relationship questionnaire demonstrated lower score in depressed group than general group in every domain and overall score. Significant difference was found in quality time domain with average score of 7.77 ± 0.55 and 9.29 ± 0.51 (p -value = 0.047), respectively. There was no difference in family structure or marital status between two groups; however, parental education showed significant higher in studied group.

Conclusion: Depressed adolescents showed significant poorer family relationship in quality time domain. While, family structure or marital status were not different between both groups.

Keywords: adolescent, depression, family relationship

Corresponding author: Suthra Auapisithwong; e-mail: suthraaua@gmail.com

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก มีการคาดการณ์ว่าจะเป็นลำดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ในปี พ.ศ. 2563¹ จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability: YLD) จากโรคซึมเศร้าของประชากรไทย ในเพศหญิงจัดเป็นลำดับที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 5.1 ของการสูญเสียจากทุกสาเหตุรวมกัน ในขณะที่เพศชาย จัดเป็นลำดับที่ 16 คิดเป็นร้อยละ 1.5² จากการสำรวจจะบาดวิทยาของคนไทยระดับชาติในปี พ.ศ. 2556 โดยกรมสุขภาพจิตพบความชุกชีวิตของโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.8³ ในขณะที่ผลสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในวัยรุ่นไทย โดย ศุภรัตน์ เอกอัครวิทย์ และคณะ ในปี 2559 พบว่า วัยรุ่นอายุระหว่าง 13-17 ปี มีความชุกชีวิตของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.0⁴ ข้อมูลระดับชาติดังกล่าว สอดคล้องกับค่าคาดคะเนความชุกของโรคซึมเศร้าโดยองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี ในอัตราร้อยละ 0.3-2.1⁵ ซึ่งวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะสัมพันธ์กับปัญหาการเรียน พบอัตราการขาดเรียนสูงขึ้นเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ยิ่งไปกว่านั้นโรคซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุการตายหลักและการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตได้ปกติของกลุ่มเยาวชนทั่วโลก นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสังคม การก่อคดีหรือตั้งครรภในวัยรุ่นได้ ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา^{6,7}

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีการศึกษาในประเทศไทยหลายรูปแบบ การศึกษาโดย ณิชากัทร รุจิรดาพร⁸ ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จำนวน 1,700 คน พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหาการเงินในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับบิดาและมารดา และสถานภาพสมรสของบิดามารดา เช่นเดียวกับแก้วตา สีสาดระการกุล⁹ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของ

ครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 469 คน พบว่านักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ำกว่านักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ และความผูกพันทางอารมณ์

Lue และคณะ¹⁰ ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในประเทศไต้หวันจำนวน 1,599 คน พบว่าปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าแบบแปรผันตรงที่สำคัญที่สุดคือ การเลี้ยงดูแบบตำหนิติเตียน ซึ่งพบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนหญิงมากกว่านักเรียนชาย ในขณะที่การศึกษาของพ่อแม่แปรผกผันกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นอกจากนี้การศึกษาแบบไปข้างหน้า ในระยะเวลา 2 ปีครึ่งของ Rabinowitz และคณะ¹¹ ในวัยรุ่นจำนวน 547 คน พบว่าอาการทางอารมณ์ (internalizing symptoms) และอาการทางพฤติกรรม (externalizing symptoms) ในวัยรุ่นแสดงออกมาจากผลรวมของบุคลิกภาพของวัยรุ่นในเรื่องความไวในการตอบสนองต่ออารมณ์ลบกับความกลมเกลียวในครอบครัว คณะวิจัยพบว่าวัยรุ่นที่มีความไวในการตอบสนองต่ออารมณ์ลบสูงเมื่ออยู่ในครอบครัวที่มีความกลมเกลียวต่ำ จะนำไปสู่การเกิดทั้งปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมได้มากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีความกลมเกลียวสูงกว่า รวมถึงผลการทบทวนและวิจัยเชิงสังเกตการณ์ของ Schwartz และคณะ^{12,13} ที่ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ เพื่อพิสูจน์ความเชื่อมโยงระหว่างอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น และการตอบสนองด้านบวกและลบของพ่อแม่ พบว่าพฤติกรรมรุนแรงของพ่อแม่และการตอบสนองทางบวกจากพ่อแม่ต่ำส่งผลเพิ่มอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากหลักฐานดังกล่าว การคำนึงถึงวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าบนพื้นฐานของบริบทครอบครัว ทำให้เข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นในเชิงระบบมากกว่าเพียงปัจจัยส่วนบุคคล และเห็นได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นได้ทั้งปัจจัยเปราะบาง (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) รวมถึงปัจจัยซ้ำเติม (perpetuating

factors) ของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น จึงนำมาสู่การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาระหว่างวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และวัยรุ่นทั่วไปในครั้งนี้

จุดมุ่งหมายของการศึกษานี้เพื่อต้องการค้นหาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่ส่งผลต่อการเกิด หรือการคงอยู่ของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการป้องกัน รวมถึงการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับวัยรุ่นซึมเศร้าต่อไป

วิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional analytical study design) โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือวัยรุ่นซึมเศร้า และวัยรุ่นทั่วไป กลุ่มศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัยรุ่นซึมเศร้าที่รักษาในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ อายุระหว่าง 15-18 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) และอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา ไม่มีอาการโรคจิตหรือความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถานศึกษาในกรุงเทพฯ ที่สมัครใจร่วมโครงการวิจัยและไม่มีประวัติเคยได้รับการรักษาด้านสุขภาพจิตมาก่อน โดยทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จนกว่าจะครบตามกำหนด คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร

$$n_{case} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(exposure|case), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(exposure|control), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{control}}{n_{case}}$$

โดย $P_1 = 0.44$ และ $P_2 = 0.15$ ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องเก็บทั้งสิ้น 70 คน แบ่งกลุ่มละ 35 คน พื้นที่เป้าหมายเลือกอย่างจำเพาะเจาะจง คือ กรุงเทพมหานคร

โดยเลือกโรงเรียนตามโครงการณรงค์ส่งเสริมการเข้าถึงความรู้สุขภาพจิตสำหรับวัยรุ่น ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่วัยรุ่นประเมินด้วยตัวเองทั้งหมด 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสอบถาม อายุ เพศ องค์ประกอบของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา และระดับการศึกษาสูงสุดของบิดาหรือมารดา 2) แบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทย¹⁴ ข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ พัฒนาขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2552 โดยสำนักพัฒนาสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต ใช้เพื่อสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวในภาพรวมจากสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป แบ่งมิติของสัมพันธภาพเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความผูกพันเอื้ออาทร ด้านการสื่อสาร ด้านการทำกิจกรรมร่วมกัน และด้านบทบาทหน้าที่ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีผลสอดคล้องภายในและความตรงเชิงโครงสร้างสูง ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่าเหมาะกับการให้วัยรุ่นประเมินด้วยตัวเองเนื่องจากข้อคำถามไม่มาก และครอบคลุมมิติด้านความสัมพันธ์ครบถ้วน แม้จะยังไม่มีมีการหาเกณฑ์ปกติ หรือคะแนนจุดตัดจากประชากรทั้งประเทศ และ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A)¹⁵ ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ พัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

กลุ่มทดลองคัดเลือกโดยผู้วิจัยตรวจสอบผู้รับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ตามเกณฑ์การคัดเข้า จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงได้รับความยินยอมในการร่วมการวิจัยนี้เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองและวัยรุ่น กลุ่มเปรียบเทียบคัดเลือกโดยผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายตามโครงการส่งเสริมการเข้าถึงความรู้สุขภาพจิตสำหรับวัยรุ่นจนครบตามจำนวน และประชาสัมพันธ์นักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สอบถามประวัติการรักษาทางจิตเวชตามเกณฑ์การคัดออก จากนั้นชี้แจงความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงได้รับความยินยอมในการร่วมการวิจัยนี้เป็นลายลักษณ์อักษรจากนักเรียน และขอให้นักเรียนนำใบความยินยอมฉบับผู้ปกครองกลับไปให้ผู้ปกครองลงนาม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test และหาความแตกต่างของปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ chi-square โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในคนของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ CAMRI-IRB-2562-003 เมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2562

ผล

ประชากรตัวอย่าง ทั้งสิ้น 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน อายุเฉลี่ย สัดส่วนของเพศหญิง โครงสร้างและองค์ประกอบของครอบครัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยรุ่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และพ่อแม่มีสถานภาพสมรส ส่วนการศึกษาของผู้ปกครองพบว่าผู้ปกครองของวัยรุ่นซึมเศร้ามีการศึกษาในระดับสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 1

จากผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นด้วยตัวเองโดยใช้แบบประเมิน PHQ-A พบว่า คะแนนรวมของ PHQ-A ในกลุ่มวัยรุ่นซึมเศร้าที่รักษามาไม่เกิน 6 เดือน มีคะแนนสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจัดระดับซึมเศร้าตามคะแนน PHQ-A เป็น 5 ระดับ คือ ไม่ซึมเศร้า ซึมเศร้าเล็กน้อย ซึมเศร้าปานกลาง ซึมเศร้ามาก และซึมเศร้ารุนแรง ในกลุ่มศึกษาวัยรุ่นจำนวนมากกว่าสามในสี่อยู่ในระดับซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบประมาณสามในสี่อยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อยลงมา

ส่วนคะแนนแบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทย ในกลุ่มวัยรุ่นซึมเศร้ามีคะแนนต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป ทั้งคะแนนรวมและคะแนนแยกรายด้านในทุกด้าน โดยด้านที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านการทำกิจกรรมร่วมกัน ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

ผลการเปรียบเทียบสัมพันธภาพในครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าวัยรุ่นซึมเศร้ามีแนวโน้มจะให้คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป โดยมีด้านที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญคือ ด้านการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ 1) ในครอบครัวของท่านมีช่วงเวลาที่จะพูดคุยกัน ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 2) ในครอบครัวของท่านมีการทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกัน เช่น การท่องเที่ยว การดูภาพยนตร์ การรับประทานอาหารนอกบ้าน 3) แม้ช่วงเวลาที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวจะมีน้อยแต่เป็นช่วงเวลาที่มีความสุข 4) ในครอบครัวของท่านมีการทำกิจกรรมร่วมกันภายในบ้าน เช่น การรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน การดูทีวี เป็นต้น และ 5) ในครอบครัวของท่านเคารพความเป็นส่วนตัวของกันและกัน คะแนนในมิติการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวนี้สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของช่วงเวลาคุณภาพของครอบครัวซึ่งสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Restifo K และ Bögers S¹⁶ ที่พบทวนปัจจัยด้านครอบครัวที่นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่ามีหลักฐานจากการศึกษาไปข้างหน้าที่หนักแน่นว่าอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นสัมพันธ์กับการดูแลที่ไม่มากพอของพ่อแม่มากกว่าการดูแลที่มากเกินไป รวมทั้งพบว่าวัยรุ่นซึมเศร้าให้ข้อมูลว่า ครอบครัวมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมผ่อนคลายนอกบ้านน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่ซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการวิจัยเชิงสังเกตการณ์ โดย Schwartz OS และคณะในปี 2012¹² ที่พบว่า พฤติกรรมหรือคำพูดที่เกรี้ยวกราดและรุนแรงของพ่อแม่ขณะการวางแผนทำกิจกรรมร่วมกับวัยรุ่น สัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้าที่มากกว่าของวัยรุ่น ซึ่งเป็นข้อมูลที่นักวิจัยได้ผ่านการสังเกต เพิ่มเติมจากการให้วัยรุ่นประเมินด้วยตัวเอง ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า พ่อแม่ของวัยรุ่นซึมเศร้าจะตอบสนองทางอารมณ์บวกเมื่อวัยรุ่นแสดงอารมณ์ด้านบวกในระดับต่ำกว่าพ่อแม่ของวัยรุ่นทั่วไป จึงสนับสนุนว่าเมื่อวัยรุ่นซึมเศร้าแสดงอารมณ์บวก หรือพฤติกรรมบวกขึ้น แต่ไม่ได้รับการเสริมพลังด้วยอารมณ์บวกจากพ่อแม่ จะส่งผลต่อการคงอยู่ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 35)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
อายุ (ปี) mean $\pm$ SD	16.4 $\pm$ 1.09	16.8 $\pm$ 1.15	0.14
เพศ			0.10
หญิง	32 (91.4)	27 (77.1)	
ชาย	3 (8.6)	8 (22.9)	
องค์ประกอบครอบครัว			0.59
อยู่กับพ่อและแม่	22 (62.8)	21 (60.0)	
อยู่กับพ่อหรือแม่	11 (31.4)	11 (31.4)	
อยู่กับญาติที่ไม่ใช่พ่อแม่	2 (5.7)	3 (8.5)	
สถานภาพพ่อแม่			0.53
อยู่ด้วยกัน	23 (65.7)	20 (57.1)	
แยกทางกัน	11 (31.4)	15 (42.8)	
เสียชีวิต	1 (2.8)	0	
ระดับการศึกษาของพ่อแม่			0.00
ประถมศึกษาลงไป	1 (2.8)	9 (25.7)	
มัธยมศึกษา	8 (22.9)	15 (42.86)	
ปริญญาตรี	26 (74.2)	11 (31.4)	

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประเด็น	ค่าคะแนน; mean $\pm$ SD		p-value
	กลุ่มศึกษา (n = 35)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
ภาวะซึมเศร้า			0.10
คะแนน PHQ-A	13.74 $\pm$ 5.16	7.26 $\pm$ 2.90	0.00*
สัมพันธ์ภายในครอบครัว			0.59
ด้านความผูกพันเอื้ออาทร	17.09 $\pm$ 5.17	18.51 $\pm$ 5.18	0.25
ด้านการสื่อสาร	10.60 $\pm$ 4.10	11.63 $\pm$ 3.24	0.25
ด้านการทำกิจกรรมร่วมกัน	7.77 $\pm$ 3.24	9.29 $\pm$ 3.03	0.047*
ด้านบทบาทหน้าที่	6.14 $\pm$ 2.12	6.23 $\pm$ 1.80	0.86
คะแนนรวม	41.6 $\pm$ 12.54 (12.66)	45.66 $\pm$ 11.61	0.17

* p-value < 0.05

การศึกษาเรื่องแนวทางการเลี้ยงดูลูกวัยรุ่นของพ่อแม่ เพื่อช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล โดย Marie B. H. Yap และคณะ¹⁷ ได้ข้อสรุปจากการระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่าวิธีดูแลเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของลูกวัยรุ่นจากโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ได้แก่ พ่อแม่มีส่วนเกี่ยวข้องและสนับสนุนการเป็นตัวของตัวเอง พ่อแม่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกวัยรุ่น จัดสรรเวลาสำหรับทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกัน รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน รวมทั้งสนับสนุนให้ลูกมีกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าข้อเสนอแนะเหล่านี้จะเป็นความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญตะวันตก แต่จากความคิดเห็นและแหล่งอ้างอิงที่หลากหลายสอดคล้องกับพัฒนาการวัยรุ่นในระดับสากล จากหลักฐานดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า มิติด้านการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมีการศึกษาสนับสนุนว่านอกเหนือจากปริมาณการทำกิจกรรมร่วมกันแล้ว คุณภาพของการทำกิจกรรมก็ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งทำให้ไม่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ จึงมีความเป็นไปได้ว่าการมีกิจกรรมในครอบครัวน้อย อาจเกิดก่อนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น หรืออาจจะเกิดตามหลังภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การไม่พบความแตกต่างของวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มในสัมพันธภาพครอบครัวในอีก 3 มิติที่เหลือ คือ ความผูกพัน อี้อาทร ด้านการสื่อสาร และด้านบทบาทหน้าที่ ดังเช่นงานวิจัยของแกว์ตา⁸ อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้วัดแตกต่างกัน กล่าวคือ งานวิจัยก่อนหน้าใช้แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn family inventory: CFI)¹⁸ ที่สอบถามความคิดเห็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีเกณฑ์คะแนนแยกย่อยที่แบ่งการปฏิบัติหน้าที่เป็น 7 ด้าน ซึ่งแตกต่างจากแบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

สำหรับการศึกษาปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น การศึกษานี้ไม่พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีความแตกต่างกันในวัยรุ่นซึมเศร้าและวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งแตกต่างจากการการศึกษาของนิชาภัทร⁸ ที่พบว่า

สถานภาพสมรสของพ่อแม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจากการประเมินตัวเอง โดยวัยรุ่นที่ให้คะแนนจัดอยู่ในเกณฑ์ซึมเศร้ามาจากครอบครัวแตกแยกมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม การประเมินกลุ่มวัยรุ่นซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวินิจฉัยยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลที่ได้แตกต่างจากการวิจัยที่ผ่านมาของทั้งแกว์ตาและนิชาภัทร ส่วนระดับการศึกษาของบิดามารดาในการศึกษานี้พบว่า มีผู้ปกครองของวัยรุ่นซึมเศร้าที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีจำนวนมากกว่าสองเท่าของผู้ปกครองกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป เป็นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นเพียงว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครองจะแปรผันตรงกับการเข้ารับการรักษาด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าการศึกษาของผู้ปกครองสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเนื่องจากตัวแปรด้านบริบทไม่ได้ถูกควบคุม

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ กลุ่มเป้าหมายจำนวนน้อยอาจจะทำให้ไม่พบความแตกต่างของสัมพันธภาพในด้านอื่นๆ ระหว่างสองกลุ่ม ยิ่งไปกว่านั้น ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถแยกย่อยได้เป็นหลายระดับ กล่าวคือระดับปัจจัยส่วนบุคคลของพ่อแม่ ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส รวมทั้งการเลี้ยงดู การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยทุกระดับ ทำให้เห็นเพียงภาพของสัมพันธภาพของครอบครัวโดยรวมตามความเห็นของวัยรุ่นเท่านั้น นอกจากนี้ ข้อจำกัดในการสุ่มประชากร ทำให้ลักษณะทางสังคมจิตวิทยาบางประการเป้าหมายของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน ส่งผลต่อผลการวิจัยได้

อย่างไรก็ตาม การค้นหาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่เกี่ยวข้องในเชิงสาเหตุต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น จะมีความแน่ชัดมากขึ้นหากใช้การศึกษาแบบไปข้างหน้า นอกจากนี้ การได้ข้อมูลจากแบบประเมินโดยวัยรุ่นเป็นผู้ประเมินเพียงฝ่ายเดียว เป็นแหล่งข้อมูลตามธรรมชาติของวัยรุ่นเท่านั้น ซึ่งอาจจะมีมุมมองที่มีผลกระทบจากภาวะซึมเศร้ามารบกวน ทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างจากผู้ปกครอง การลดอคติจากการประเมินด้วยตัวเองนี้อาจทำได้

โดยเพิ่มกระบวนการสังเกตเข้ามาประเมินสัมพันธภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลยืนยันอีกทางหนึ่ง เป็นโอกาสในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

วัยรุ่นซึมเศร้ามีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป โดยมีแนวโน้มที่จะมีกิจกรรมร่วมกันครอบครัวต่ำ เปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นสองกลุ่มที่มีปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัว และสถานภาพสมรสของพ่อแม่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งมี

หลักฐานสนับสนุนเรื่องเวลาคุณภาพในครอบครัวระหว่างวัยรุ่นและผู้ปกครอง ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ที่ส่งผลต่อการเกิดและคงอยู่ของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ ประโยชน์ของการศึกษานี้เพื่อเพิ่มความตระหนักของปัญหาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว และสามารถนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมป้องกัน รวมทั้งบำบัดรักษาวัยรุ่นซึมเศร้า บนพื้นฐานของการสร้างเสริมสัมพันธภาพของครอบครัวให้เข้มแข็งและยั่งยืน

ความรู้เดิม: วัยรุ่นซึมเศร้ามีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป

ความรู้ใหม่: การทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มีแนวโน้มจะส่งผลต่อการเกิดและคงอยู่ของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

ประโยชน์ที่ได้รับ: สัมพันธภาพในครอบครัวโดยเฉพาะการทำกิจกรรมร่วมกันมีผลต่อโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมป้องกัน หรือบำบัดรักษาวัยรุ่นซึมเศร้าควรคำนึงถึงพื้นฐานของการสร้างเสริมสัมพันธภาพของครอบครัวร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Scott J, Dickey B. Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. *Brit J Psychiatry*. 2003;183:92-4. doi:10.1192/bjpp.183.2.92.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Years: DALYs: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 [The national burden of diseases and injuries among the Thai population in 2014]. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2562]. จาก: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/2b73be3a-d98b-e711-80e3-00155d65ec2e>
3. พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อึ้งฉางกรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai National Mental Health Survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25:1-19. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/129426>
4. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์, รสสุคนธ์ ชมชื่น. ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี [The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 years]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2016;26:141-53. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/79460/63495>
5. UNICEF Thailand. A situation analysis of adolescents in Thailand 2015-2016 [Internet]. Bangkok: UNICEF Thailand Country Office; 2018. [cited 2019 Nov 5]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/reports/situation-analysis-adolescents-thailand-2015-2016>.
6. Birmaher B, Brent D, Berner W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1503-26. doi:10.1097/chi.0b013e-318145ae1c.

7. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า [Clinical practice guideline for adolescents with depression]. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2560.
8. นิชาภัทร รุจิรดาพร. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร [Depression in senior high school students of office of the basic education commission, Ministry of Education in Bangkok Metropolis] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
9. แก้วตา ลีลาตระการกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี [The correlation between depression and family functioning in seventh grade students in Ubonratchathani province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
10. Lue BH, Wu WC, Yen LL. Expressed emotion and its relationship to adolescent depression and antisocial behavior in northern Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2010; 109:128-37. doi:10.1016/S0929-6646(10)60033-2.
11. Rabinowitz JA, Osiawe I, Drabick DAG, Reynolds MD. Negative emotional reactivity moderates the relations between family cohesion and internalizing and externalizing symptoms in adolescence. *J Adolesc.* 2016; 53:116-26. doi:10.1016/j.adolescence.2016.09.007.
12. Schwartz OS, Sheeber LB, Dudgeon P, Allen NB. Emotion socialization within the family environment and adolescent depression. *Clin Psychol Rev.* 2012;32:447-53. doi:10.1016/j.cpr.2012.05.002.
13. Schwartz OS, Dudgeon P, Sheeber LB, Yap MB, Simmons JG, Allen NB. Parental behaviors during family interactions predict changes in depression and anxiety symptoms during adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40:59-71. doi:10.1007/s10802-011-9542-2.
14. พรณี ภาณุวัฒน์สุข, อมรากุล อินโชนานนท์, กาญจนา วณิชมนีย์, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, ธัญลักษณ์ แก้วเมือง. การพัฒนาแบบสำรวจสัมพันธภาพครอบครัวไทย [Development of the family's relationship questionnaire among Thai family]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2554;19:103-14. จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/980>
15. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชษิตา ภาวสุทธิพิศุทธิ์, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย [Development of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)]. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง; 2561.
16. Restifo K, Bögels S. Family processes in the development of youth depression: translating the evidence to treatment. *Clin Psychol Rev.* 2009;29: 294-316. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.005.
17. Yap MB, Pilkington PD, Ryan SM, Kelly CM, Jorm AF. Parenting strategies for reducing the risk of adolescent depression and anxiety disorders: a Delphi consensus study. *J Affect Disord.* 2014;156:67-75. doi:10.1016/j.jad.2013.11.017.
18. อุมพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว [Family therapy and family counseling]. กรุงเทพฯ: ชันดำ การพิมพ์; 2556.