



ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์ พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น^{1*}

วรุณา กลกิจโกวินท์ พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น¹

พิสาสน์ เตชะเกษม พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น, อ.ว. จิตเวชศาสตร์¹

¹ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: wisitpongaree@yahoo.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ของโรงเรียน 8 แห่ง ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร โดยคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory ฉบับภาษาไทย และวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ผลการศึกษา: นักเรียนทั้งหมด 2,164 ราย อายุเฉลี่ย 10.65 ± 1.0 ปี เป็นเพศชาย 1,002 ราย (ร้อยละ 46.3) เพศหญิง 1,162 ราย (ร้อยละ 53.7) พบเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 35 รายคิดเป็นความชุกร้อยละ 1.6 แยกเป็นเพศชาย 19 ราย เพศหญิง 16 ราย สัดส่วนของเพศชายต่อหญิง 1.2 : 1 โดยพบเป็นโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder 14 ราย (ร้อยละ 0.6), ชนิด dysthymia 19 ราย (ร้อยละ 0.9) และ ชนิด depressive disorder not otherwise specified 2 ราย (ร้อยละ 0.1) พบว่ามีนักเรียน 45 ราย (ร้อยละ 2.1) เป็น adjustment disorder อย่างไรก็ตามความชุกที่พบนี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากมีนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองมาให้สัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เพียงร้อยละ 30 อาการ 5 ลำดับแรกจากแบบวัดอาการซึมเศร้า (CDI) ที่นักเรียนในกลุ่มซึมเศร้าเลือกตอบคือ รู้สึกทำอะไรไม่ดีเท่าคนอื่นร้อยละ 91.5, สิ่งต่าง ๆ มีอุปสรรคร้อยละ 88.6, ต้องใช้ความพยายามอย่างหนักเวลาทำการบ้านร้อยละ 88.2, รู้สึกไม่มีใครรักร้อยละ 88.2 และรู้สึกตัวเองหน้าตาไม่ดีร้อยละ 85.7

สรุป: พบความชุกของโรคซึมเศร้าในนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 1.6 โดยอาการแสดงออกมาเป็นความรู้สึกทำอะไรไม่ดีเท่าคนอื่น สิ่งต่าง ๆ มีอุปสรรค ต้องใช้ความพยายามในการทำการบ้าน รู้สึกไม่มีใครรัก และรู้สึกหน้าตาไม่ดี ดังนั้นผู้ปกครองและครูที่ใกล้ชิดเด็กควรเฝ้าระวัง ให้คำปรึกษาแนะนำ หรือปรึกษาจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อประเมินและรักษาต่อไป



Depression in Primary School Student in Dusit District, Bangkok

Chaiyaporn Wisitpongaree MD^{1*}

Varuna Kolkijkovin MD¹

Pisarn Techakasem MD¹

¹ Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

* Corresponding author, e-mail address: wisitpongaree@yahoo.com

Abstract

Objective: To study prevalence and symptoms of depression in primary school students in Dusit District, Bangkok Metropolis

Methods: This is a cross-sectional descriptive study which samples compose from 2,164 in primary schools students in grade 4 to 6 in 8 schools in Dusit District, Bangkok Metropolis area. The study comprised 2 stages, the first stage is screened by using a Thai version of Children's Depression Inventory (CDI-Thai) and the second stage is to obtain diagnosis by child and adolescent psychiatrist's clinical interview.

Results: There were 2,164 subjects. Mean age was 10.65 ± 1.03 years, 1,002 (46.3%) were male, and 1,162 (53.7%) were female. Thirty-five students were diagnosed as depressive disorders, 19 males and 14 females, which makes the male to female ratio to be 1.2:1. Therefore, the prevalence of depressive disorders is 1.6%. Fourteen (0.6%) students had major depressive disorder, 19 (0.9%) had dysthymia, and 2 (0.1%) had a depressive disorder not otherwise specified. Forty-five (2.1%) students had adjustment disorder. Nevertheless, the prevalence of depressive disorders may be lower than actual because there are only 30% of screened students in first stage obtaining diagnoses in second stage. The five most common symptoms from CDI in depressed student are I can never be as good as other (91.5%), Nothing will ever work out for me (88.6%), I have to push myself all the time to do my schoolwork (88.2%), Nobody really loves me (88.2%), and I look ugly (85.7%).

Conclusion: Prevalence of depressive disorder in primary school students in Dusit District, Bangkok Metropolis is 1.6%. Most common symptoms were I can never be as good as others, Nothing will ever work out for me, I have to push myself all the time to do my schoolwork, Nobody really loves me, and I look ugly. Parents and teachers should keep an eye on counsel, guidance to as well as consult the child and adolescent psychiatrist for further evaluation and treatment.

Keywords: depression, primary school student, Dusit District, Bangkok

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ มีการคาดการณ์ว่าเมื่อถึง พ.ศ. 2563 ในภาพรวมของประชากรโลกทั้งหมด unipolar depressive disorder จะเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs)¹ โดยขึ้นมาจากอันดับ 3 ที่องค์การอนามัยโลกรายงานไว้ในปี ค.ศ. 2004² สำหรับประเทศไทยกรมสุขภาพจิตได้รายงานผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าเฉพาะที่มาตรฐานรักษาในหน่วยงานในสังกัดของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2552 สูงถึง 165,785 ราย³

ปัจจุบันนี้ภาวะซึมเศร้าในเด็กเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยแต่ มักจะถูกมองข้าม ทั้งนี้เนื่องจากเดิมที่เคยเชื่อว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าในเด็ก อาการซึมเศร้าในเด็กมีอาการบางอย่างแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าของผู้ใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในเด็กในปัจจุบันยังใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันเช่นเช่นเดียวกับโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่⁴ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าร้อยละ 5-10 ของเด็กและวัยรุ่นมีลักษณะอาการซึมเศร้าแบบบางส่วน (subsyndromal symptoms) คือเกือบถึงขั้นจะเป็นโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder และพบว่าเด็กเหล่านี้มีความบกพร่องในเรื่องทางจิตสังคม มีประวัติพันธุกรรมโรคซึมเศร้าในครอบครัว มีโอกาสกลายเป็นโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder ได้และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น^{5,6,7,8}

การศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในเด็กของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในเด็กเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นโดยพบความชุกร้อยละ 2 ในเด็กวัยเรียน และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4-8 ในเด็กวัยรุ่น⁹ ในประเทศไทย อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ได้ศึกษาความชุก ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,264 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 10-17 ปี อายุเฉลี่ย 14 ปี โดยพบว่านักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกร้อยละ 40.8 เด็กที่มีอาการซึมเศร้าเลือกตอบคำตอบเกี่ยวกับความนึกคิดและอาการทางร่างกายมากกว่าคำตอบเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าตรง ๆ มีปัญหาทางจิตสังคมสูง ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าคือ ผลการเรียนต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา

มารดา การศึกษาและรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในเกณฑ์ต่ำ สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข และปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา¹⁰

อลิสรา วัชรสินธุ และเบญจพร ปัญญา ยาง ได้ทำการศึกษาระบาดวิทยาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2540 อายุระหว่าง 8-11 ปี จำนวน 1,698 ราย จากโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร โดยดำเนินการวิจัยแบบ 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist (TYC) ชุดสำหรับผู้ปกครองและครู และขั้นตอนที่ 2 ใช้แบบสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Psychiatric Assessment หรือ CAPA) สำหรับตรวจประเมินเด็กจำนวน 127 ราย ที่สุ่มตัวอย่างจากขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของปัญหาทางจิตเวชเด็กสูงถึง ร้อยละ 37.58 โดยพบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 7.11¹¹

อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กอายุ 10-15 ปี 139 รายโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย พบว่าคะแนน CDI เฉลี่ยในเด็กกลุ่มซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มไม่ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์หาอาการซึมเศร้าจากคำตอบใน CDI พบว่าที่มากที่สุดคือความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ และรู้สึกว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพ รองลงมาคือ อาการทางสรีระ ได้แก่ เบื่ออาหาร และรู้สึกอ่อนเพลีย¹²

Yorbik และคณะ¹³ ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าระหว่างเด็กวัยเรียนกับวัยรุ่นที่เป็น major depressive disorder จำนวน 917 ราย อายุ 5.6-17.9 ปี พบว่าเด็กวัยเรียนที่มีอารมณ์ซึมเศร้าหรือหงุดหงิดง่ายจะเกี่ยวข้องหรือมีอาการหมกมุ่นกับเหตุการณ์บางอย่างมากกว่า และพบร่วมกับโรคสมาธิสั้น (ADHD) โรคต่อต้าน (ODD) และโรควิตกกังวลต่อการแยกจาก (separation anxiety disorder) มากกว่าเด็กวัยรุ่น ส่วนในเด็กวัยรุ่นจะมีอาการสิ้นหวัง รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง นอนมาก น้ำหนักลด ใช้สารเสพติด และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายมากกว่า

ในปัจจุบันนี้มีแนวโน้มพบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมากกว่าแต่ก่อน¹⁴ โดยพบว่าคนในปัจจุบันมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและมีอายุที่เริ่มเป็นลดลงกว่าเมื่อ

ศตวรรษก่อน แต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเปลี่ยนแปลงนี้ สันนิษฐานว่าเกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทั้งทางชีวภาพ ครอบครัวยุค และสังคม เช่นเด็กเป็นหนุ่มสาวเร็วขึ้น ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและครอบครัวแตกแยกสูงขึ้น เป็นต้น¹⁵

ผลการศึกษานี้จำนวนมากยืนยันว่าโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นมีความชุกเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าความชุกลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าในนักเรียนชั้นประถมศึกษา น่าจะมีความแตกต่างจากที่ได้เคยทำวิจัยไว้เมื่อปี พ.ศ. 2539-2540 ดังนั้นผู้วิจัยและคณะจึงมีวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความชุก ลักษณะอาการซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือรักษาและส่งเสริมป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพจิตที่รุนแรงและเพื่อเป็นประโยชน์ในงานวิจัยต่อยอดอื่น ๆ ต่อไป

คณะผู้วิจัยเลือกศึกษาในเขตดุสิตเป็นเขตในพื้นที่ซึ่งคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลตั้งอยู่ ทำให้คณะฯ สามารถส่งเสริมบทบาทด้านการดูแลสุขภาพและชี้นำสังคมในเขตเมืองตามภารกิจของคณะฯ และพื้นที่เขตดุสิตยังมีประชากรที่หลากหลายครอบคลุมทุกระดับชั้นของเศรษฐกิจฐานะทางสังคมซึ่งสามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรเด็กและวัยรุ่นในเขตเมืองของกรุงเทพมหานครได้ อันจะทำให้สะดวกต่อการทำงานทั้งด้านการวิจัยและการต่อยอดทางด้านการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 และผู้ปกครอง ในโรงเรียนในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified sampling ตามสังกัดของโรงเรียนและระดับชั้นของนักเรียน

เกณฑ์คัดเข้า

1. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 และผู้ปกครองในโรงเรียนในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
2. สามารถอ่านหนังสือออกและเข้าใจคำสั่งของแบบสอบถามและแบบประเมิน

เกณฑ์คัดออก

นักเรียนที่ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่า $p = 0.07$ และค่า $q = 0.93$ จากความชุกของโรคซึมเศร้าในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่ อลิสา วัชรสินธุ และเบญจพร ปัญญา ยาง ได้ศึกษาระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตเด็กเมื่อปี 2539-2540¹¹ โดยค่า $d =$ ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $= 0.01$ จากการคำนวณได้จำนวนตัวอย่าง 2,500 ราย แต่เพื่อเผื่อกรณีการตอบแบบสอบถามและแบบประเมินไม่ครบถ้วนจึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 เป็น 3,000 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน

1. ขั้นตอนที่แรก: คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียน

การสุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน
 ขั้นตอนที่ 1 จำแนกสังกัดของโรงเรียนประถมศึกษาต่าง ๆ ในเขตดุสิต
 ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกโรงเรียนจากสังกัดต่าง ๆ โดยใช้ตารางเลขสุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกชั้นเรียนและห้องเรียนแยกเป็นชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 ชั้นละประมาณ 1,000 ราย รวมทั้งสิ้นประมาณ 3,000 ราย คณะผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มเลือกห้องเรียนโดยไม่ให้ครูเลือก เพื่อป้องกันการเลือกเจาะจงเด็กที่มีปัญหาเข้ามาเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้ชั้นเรียนและห้องเรียนของนักเรียนกลุ่มเป้าหมายผู้วิจัยหรือผู้ประสานงานวิจัยจะติดต่อประสานงานกับโรงเรียนและครูประจำชั้นเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยและขอรายชื่อให้นักเรียนมาลงทะเบียนที่แบบสอบถามทั้งหมดจนครบ 3,000 ราย

จากนั้นผู้ประสานงานการวิจัยจะประสานกับครูประจำชั้นจัดส่งเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ปกครองของ

นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ปกครองอ่านและลงลายมือชื่อยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ จากนั้นครูประจำชั้นจึงนำแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ ไปให้นักเรียนที่ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัยทำ

เมื่อนักเรียนทำแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับเสร็จเรียบร้อย ผู้ประสานงานการวิจัยก็รวบรวมแบบสอบถามที่นักเรียนและผู้ปกครองตอบตรวจสอบความถูกต้องตรงกันเก็บไว้ในซองแยกตามรหัสเลขแบบสอบถามของแต่ละรายเมื่อรวบรวมได้ครบตามจำนวนที่ต้องการแล้วก็จะนำแบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก (CDI) ที่นักเรียนแต่ละรายตอบมาคิดคะแนน แล้วแบ่งเป็นกลุ่มนักเรียนที่ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าจากการคัดกรองมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับกลุ่มที่ได้คะแนนน้อยกว่า 15 คะแนนลงมาจัดเป็นกลุ่มเด็กปกติ และจะแจ้งผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ได้ให้แก่ผู้ปกครองรายที่ต้องการทราบผลทางไปรษณีย์ตามชื่อและที่อยู่ของผู้ปกครองให้ไว้ ตอนท้ายของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ปกครองและอาจแจ้งผลให้ครูประจำชั้นทราบกรณีร้องขอและผู้ปกครองยินยอม

ในขั้นตอนแรกมีโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง 8 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนวัดประหารระบือธรรม จำนวน 83 ราย โรงเรียนวัดเทวราชกุญชร จำนวน 23 ราย โรงเรียนวัดจันทร์สโมสร จำนวน 111 ราย โรงเรียนราชวินิตมัธยม จำนวน 1,294 ราย โรงเรียนวชิราวุธวิทยาลัย จำนวน 298 ราย โรงเรียนราชินีบน จำนวน 742 ราย โรงเรียนอัมพวันศึกษา จำนวน 336 ราย และ โรงเรียนช่างอากาศอำรุง จำนวน 269 ราย

สรุปในขั้นตอนแรกมีนักเรียนที่ได้รับการแจกแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าจำนวนทั้งสิ้น 3,156 ราย มีนักเรียนที่ผู้ปกครองไม่สมัครใจให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ทั้งหมด 889 ราย จึงเหลือนักเรียนที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 2,267 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.68 ของขนาดตัวอย่างตามที่คำนวณได้ (2,500 ราย) จำแนกเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 784 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 753 ราย และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 730 ราย

2. ขั้นตอนที่ 2: การสัมภาษณ์และวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก

จากขั้นตอนแรกนำกลุ่มเด็กที่ได้จากการคัดกรองโดย

ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก (CDI) ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป) มาสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยมาตรฐานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV-TR หรือ DSM IV-TR) เพื่อวินิจฉัยโรคหาสาเหตุ และแนะนำการช่วยเหลือรักษาต่อไป

ในขั้นตอนที่ 2 มีนักเรียนที่มีคะแนนจากแบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก (CDI) ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไปทั้งหมด 468 ราย สามารถติดต่อมาสัมภาษณ์ได้ 143 ราย คิดเป็น 30.56% ส่วนอีก 325 รายที่ไม่สามารถติดต่อมาสัมภาษณ์ได้เนื่องจากไม่ได้ให้ที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ติดต่อจำนวน 71 ราย ไม่สมัครใจหรือไม่สามารถมาให้สัมภาษณ์ได้จำนวน 138 ราย และโทรศัพท์ติดต่อไม่ได้และ/หรือส่งจดหมายแจ้งผลแล้วไม่ติดต่อกลับมา จำนวน 116 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวัดตัวแปร

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า สำหรับนักเรียนและผู้ปกครองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2. แบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs แปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ เป็นเครื่องมือที่ให้เด็กตอบเอง (self-report instrument) ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ ซึ่งครอบคลุมอาการซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ แต่ละคำถามจะประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนสำหรับตัวเลือก 3 ข้อคือ 0, 1 และ 2 ขึ้นกับความรุนแรงของอาการ อุมาพร ตรังคสมบัติ ได้ศึกษาคุณสมบัติทางสถิติในเด็กไทย อายุ 10-15 ปี จำนวน 139 ราย พบว่า คะแนน CDI มีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง จาก Receiver Operating Characteristic (ROC) curve พบว่าในเด็กไทย คะแนนที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจสภาพจิตคือ คะแนนที่ 15 ขึ้นไป โดยที่คะแนนนี้ CDI มีความไวร้อยละ 78.7 ความจำเพาะร้อยละ 91.3 ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 89.4 และค่าทำนายผลลบร้อยละ 89.4 การ

วิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของ CDI พบว่า reliability coefficient (Alpha) = 0.83 ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI มาใช้ในการศึกษานี้¹²

3. แบบบันทึกการสัมภาษณ์ประวัติและอาการของโรคซึมเศร้าชนิดต่าง ๆ ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 เช่น Major Depressive Disorder, Dysthymia, Adjustment Disorder with depressed mood และอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักเรียนและผู้ปกครองโดยจิตแพทย์เด็กในขั้นตอนที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาตรวจสอบความถูกต้องและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS for Windows version 21 คำนวณค่าทางสถิติลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความชุกของภาวะซึมเศร้า ชนิดของโรคซึมเศร้า ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า ออกมาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ซึ่งในขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์พบว่าจากนักเรียน 2,267 ราย ที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวน 2,164 ราย ที่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไปได้โดยแยกเป็นนักเรียนในกลุ่มโรคซึมเศร้า ได้แก่ Major depressive disorder, Dysthymia, และ Depressive disorder not otherwise specified จำนวน 35 ราย และนักเรียนที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า 2,129 ราย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของนักเรียนและครอบครัว

นักเรียนทั้งหมด 2,164 ราย อายุเฉลี่ย 10.65 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.035 เป็นเพศชาย 1,002 ราย (ร้อยละ 46.3) เพศหญิง 1,162 ราย (ร้อยละ 53.7) ลักษณะทั่วไปของนักเรียนและครอบครัวแสดงไว้ในตารางที่ 1

2. ความชุกของโรคซึมเศร้า

จากนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการและสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ทั้งหมด 2,164 ราย ผู้ปกครองพามาพบจิตแพทย์เด็กเพื่อสัมภาษณ์ 143 ราย พบเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 35 ราย แยกเป็นเพศชาย 19 ราย เพศหญิง 16 ราย สัดส่วนของเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.2 : 1 โดยพบเป็น

โรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder 14 ราย ชนิด Dysthymia 19 ราย และชนิด Depressive disorder not otherwise specified 2 ราย ดังนั้นคิดเป็นความชุกของเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าได้เท่ากับร้อยละ 1.6 โดยแยกเป็น Major depressive disorder ร้อยละ 0.6, Dysthymia ร้อยละ 0.9, และ Depressive disorder not otherwise specified ร้อยละ 0.1 พบว่ามีนักเรียน 45 รายหรือเท่ากับร้อยละ 2.1 ที่เป็น Adjustment disorder ส่วนโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบดังตารางที่ 2 ไม่พบโรคทางจิตเวชหรือเป็นเด็กปกติ 28 ราย

3. ลักษณะของอาการซึมเศร้าของนักเรียนจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CDI)

จากตารางที่ 3 แสดงคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (CDI) 27 ข้อที่นักเรียนตอบพบว่า 5 ลำดับแรกที่นักเรียนในกลุ่มซึมเศร้าตอบมากที่สุดตามลำดับคือ

1. รู้สึกทำอะไรไม่ได้ดีเท่ากับคนอื่นร้อยละ 91.5
 2. สิ่งต่างๆมีอุปสรรคร้อยละ 88.6
 3. ต้องใช้ความพยายามอย่างหนักเวลาทำการบ้าน ร้อยละ 88.2
 4. รู้สึกไม่มีใครรักร้อยละ 88.2
 5. รู้สึกตัวเองหน้าตาไม่ดีร้อยละ 85.7
- อาการอื่น ๆ ที่พบแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของโรคซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 1.6 โดยเป็น Major depressive disorder ร้อยละ 0.6, Dysthymia ร้อยละ 0.9 และ Depressive disorder not otherwise specified ร้อยละ 0.1 เปรียบเทียบกับรายงานใกล้เคียงคือ การศึกษาของอลิสสา วัชรสินธุ์ และเบญจพร ปัญญาญง ได้ทำการศึกษาระบาดวิทยาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อายุระหว่าง 8-11 ปี จำนวน 1,698 ราย จากโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร โดยดำเนินการวิจัยแบบ 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist (TYC) ชุดสำหรับผู้ปกครองและครู และขั้นตอนที่ 2 ใช้แบบสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่น Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) สำหรับ

ตารางที่ 1:

ลักษณะทั่วไปของนักเรียนและครอบครัว

	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
เพศ	2,164	
ชาย	1,002	46.3
หญิง	1,162	53.7
ผลการสอบครั้งสุดท้าย	2,129	
เกรดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00	91	4.3
เกรดมากกว่า 2.00 ขึ้นไป	2,083	95.7
สถานภาพสมรสของบิดามารดา	2,156	
- อยู่ด้วยกัน	1,782	82.7
- หย่าร้างหรือแยกทาง	210	9.7
- บิดาเสียชีวิต	430	2.0
- มารดาเสียชีวิต	11	0.5
- แยกกันอยู่เพราะความจำเป็นแต่ยังไปมาหาสู่กัน	110	5.1
ผู้เลี้ยงดูนักเรียนหลักในปัจจุบัน	2,147	
- บิดา/มารดา	1,992	92.8
- ญาติ	144	6.7
- บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติโดยตรง เช่น ผู้อุปการะ	11	0.5

ตารางที่ 2:

ผลการวินิจฉัยโรคหรือปัญหาของนักเรียน (n = 143 ราย)

การวินิจฉัยโรคหรือปัญหา	จำนวน
Major depressive disorder	14
Dysthymia	19
Depressive disorder not otherwise specified	2
Adjustment disorder	45
Generalized anxiety disorder	2
Anxiety disorder not otherwise specified	10
Attention deficit hyperactivity disorder	16
Oppositional defiant disorder	4
Habit problems (Thumb sucking)	1
Child emotional abuse, suspected	1
Normal	28

ตรวจประเมินเด็กจำนวน 127 ราย ที่สุ่มตัวอย่างจากชั้นตอนที่ 1 พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 7.11¹¹ ซึ่งมากกว่า การศึกษานี้มาก อาจเนื่องจากความแตกต่างกันของวิธีการ วินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยที่การศึกษาของอลิสา วัชรสินธุ และ

เบญจพร ปัญญา ยาง วินิจฉัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) ซึ่งอ้างอิง อาการต่างๆจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลายแหล่ง ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

ตารางที่ 3:

ความถี่ของอาการต่างๆที่นักเรียนเลือกตอบจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า(CDI)

อาการ	นักเรียนที่เป็นโรคซึมเศร้า			นักเรียนที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า		
	N	จำนวน	%	N	จำนวน	%
รู้สึกทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น	35	32	91.5	2,114	1,340	63.2
สิ่งต่างๆมีอุปสรรค	35	31	88.6	2,106	1,052	50
ต้องใช้ความพยายามอย่างหนักเวลาทำการบ้าน	34	30	88.2	2,110	843	39.9
รู้สึกไม่มีใครรัก	34	30	88.2	2,120	652	30.8
รู้สึกตัวเองหน้าตาไม่ดี	35	30	85.7	2,113	1,096	51.9
ทำอะไรผิดพลาด	35	29	82.9	2,110	706	33.4
ตัดสินใจเรื่องต่างๆลำบาก	35	28	80	2,107	957	45.4
ไม่อยากกินอาหาร	35	28	80	2,123	901	42.5
รู้สึกเหงาบ่อยๆ	35	27	77.2	2,122	524	24.7
ไม่รู้สึกสนุกสนาน	35	27	76.9	2,126	873	41.1
วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต	35	25	71.5	2,108	43.5	20.5
หงุดหงิดใจบ่อย ๆ	35	24	68.6	2,113	601	28.5
รู้สึกเหนื่อยบ่อย ๆ	35	24	68.6	2,109	715	33.9
รู้สึกผิดกับสิ่งต่าง ๆ	35	22	62.9	2,063	891	43.3
อยากร้องไห้บ่อย ๆ	35	22	62.9	2,099	333	17.3
ไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง	35	21	60	2,125	656	30.9
การเรียนแย่งลง	34	20	58.8	2,119	641	30.2
กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	35	20	57.2	2,119	671	31.7
ทำตัวไม่ดี	35	19	54.3	2,123	252	24.7
ไม่รู้สึกสนุกเวลาอยู่โรงเรียน	35	19	54.3	2,119	524	24.7
ไม่ค่อยมีเพื่อน	35	18	51.5	2,117	477	22.5
รู้สึกเศร้า	35	17	48.6	2,103	228	10.8
ทะเลาะกับเพื่อนบ่อย	35	17	48.6	2,126	340	15.9
เกลียดตัวเอง	34	16	47.1	2,122	231	10.9
คิดถึงการทำตัวตาย	35	15	42.9	2,113	410	19.4
นอนไม่หลับบ่อย ๆ	35	15	42.9	2,123	294	13.9
ไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น	35	14	40	2,110	530	25.1

ฉบับ III , III-R, เกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-9 และเกณฑ์การวินิจฉัยฉบับร่างของ ICD-10²³ แต่ในการศึกษานี้วินิจฉัยโดยการสัมภาษณ์อาการทางคลินิกจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับ IV-TR อย่างเดียว การศึกษาของอุมพร ตรังสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กอายุ 10-15 ปีที่มารับบริการตรวจแบบผู้ป่วยนอกแผนกกุมารเวชศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ รวมทั้งญาติหรือเพื่อนจำนวน 139 ราย โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทยและสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็กโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับ III-R พบเด็กมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.8 (47 ราย) โดยภาวะซึมเศร้าที่พบแบ่งเป็น 4 แบบ คือ มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย แต่ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน 10 ราย ภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติในการปรับตัวต่อความเครียด (adjustment disorder with depressed mood) 23 ราย โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) 10 ราย และโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depression) 3 ราย¹² การศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมและมัธยมศึกษาเกรด 1-7 ที่อยู่ในเขตชานเมืองของอินเดีย จำนวน 1,851 ราย โดยใช้เครื่องมือในการวินิจฉัย Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School age Children (K-SADS-PL) พบความชุกของโรคซึมเศร้าทั้งหมดร้อยละ 3.13 โดยเป็น Major depressive disorder ร้อยละ 0.81, Dysthymia ร้อยละ 1.51 และ Depressive disorder not otherwise specified ร้อยละ 0.81¹⁸ ส่วนการศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาของ Anderson และคณะ โดยใช้เครื่องมือ DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children) ในกลุ่มตัวอย่าง 792 ราย อายุเฉลี่ย 11 ปี พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.2¹⁹ การศึกษา Great Smoky Mountain Study ของ Costello และคณะ โดยใช้เครื่องมือ Child Behavior Checklist และ DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children) ในกลุ่มตัวอย่าง 1,015 ราย อายุ 9-13 ปี พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.5²⁰ การศึกษาของ Angold โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ในกลุ่มตัวอย่าง 928 ราย อายุ 11-15 ปี พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.2²¹ และการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นของ

Costello และคณะ โดยใช้วิธี meta-analysis วิเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของเด็กที่เกิดในระหว่างปี ค.ศ. 1965-1996 ทั้งหมด 26 การศึกษา พบความชุกของโรคซึมเศร้าในเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปีร้อยละ 2.8 และในเด็กอายุ 13-18 ปีร้อยละ 5.6²²

จะเห็นว่าความชุกของโรคซึมเศร้าจากการศึกษานี้มีความแตกต่างแต่ก็ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ศึกษา เครื่องมือ เกณฑ์การวินิจฉัยที่นำมาใช้มีความแตกต่างกัน และในการศึกษานี้มีนักเรียนมาพบจิตแพทย์เด็กเพื่อสัมภาษณ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 143 ราย จากทั้งหมด 468 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 30.56 จึงอาจทำให้ได้ความชุกของโรคซึมเศร้าต่ำกว่าความเป็นจริงได้

ลักษณะของโรคซึมเศร้าที่พบในการศึกษาคั้งนี้พบเป็น เป็น Dysthymia ร้อยละ 0.9, Major depressive disorder ร้อยละ 0.6 และ Depressive disorder not otherwise specified ร้อยละ 0.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Sarkar และคณะ คือพบนักเรียนเป็นโรคซึมเศร้าชนิด Dysthymia (1.51%) มากกว่า Major depressive disorder (0.81%) และ Depressive disorder not otherwise specified (0.81%)¹⁸

ในการศึกษานี้พบว่าอายุเฉลี่ยของเด็กในกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้าคือ 11.03±1.07 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Anderson และคณะคือ 11 ปี¹⁹ และพบว่าในกลุ่มเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มเด็กที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ย 10.64 ปี ซึ่งลักษณะนี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของ Sarkar และคณะที่พบนักเรียนในกลุ่มซึมเศร้าอายุเฉลี่ย 10.62 ปี มากกว่านักเรียนในกลุ่มไม่ซึมเศร้า อายุเฉลี่ย 9.58 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักเรียนที่อายุมากกว่าต้องพบกับความเครียดจากการแข่งขันสูงกว่าจึงทำให้มีโอกาสเกิดซึมเศร้าได้มากกว่า¹⁸ และอาจเกี่ยวข้องข้องกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศช่วงใกล้เข้าสู่วัยรุ่น

เกี่ยวกับลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าจากการตอบแบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก (CDI) เมื่อวิเคราะห์จากตารางที่ 3 พบว่าอาการที่นักเรียนในกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้าเลือกตอบมากที่สุดแสดงถึง การขาดความมั่นใจ การขาดภาคภูมิใจในตนเอง การมองโลกในแง่ร้าย วิตกกังวล ต่ำหนี

หรือโทษตนเอง ความรู้สึกเหงา และไม่รู้รู้สึกสนุกสนานร่าเริง มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาของ อุมภาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กอายุ 10-15 ปี โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย พบว่าอาการซึมเศร้าจากคำตอบใน CDI พบมากที่สุดคือ ความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ และรู้สึกว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพ รองลงมาคือ อาการทางสรีระ ได้แก่ เบื่ออาหาร และรู้สึกอ่อนเพลีย¹² การศึกษาของ Ozgur Yorbik และคณะ ที่พบว่าเด็กวัยเรียนที่เป็น Major depressive disorder มักมีอาการซึมเศร้าหรือหงุดหงิดง่ายเกี่ยวข้องหรือมีอาการหมกมุ่นกับเหตุการณ์บางอย่างมากกว่า และพบร่วมกับโรคสมาธิสั้น (ADHD), โรคดื้อต่อต้าน (ODD) และโรควิตกกังวลต่อการแยกจาก (separation anxiety disorder)¹³ และการศึกษาของ Sarkar และคณะ ซึ่งใช้เครื่องมือในการวินิจฉัย Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School age Children (K-SADS-PL) ที่พบลักษณะอาการในกลุ่มนักเรียนที่เป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าคือ อาการเศร้า ความรู้สึกไม่มีคุณค่า และความรู้สึกไวต่อการถูกปฏิเสธ¹⁸ ซึ่งลักษณะบางอาการที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องจากร้อยละ กลุ่มประชากรที่ศึกษามีความแตกต่างกันในเรื่องของวัฒนธรรม การแสดงอารมณ์ ความรู้สึก และเครื่องมือที่นำมาใช้วินิจฉัย

สรุป

พบความชุกของโรคซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 1.6 โดยพบเป็นโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder ร้อยละ 0.6, ชนิด Dysthymia ร้อยละ 0.9 และชนิด Depressive disorder not otherwise specified ร้อยละ 0.1 ร้อยละ 2.1 เป็น Adjustment disorder โดยแสดงอาการออกมาเป็นความรู้สึกทำอะไรไม่ดีเท่าคนอื่น สิ่งต่าง ๆ มีอุปสรรคต้องใช้ความพยายามอย่างหนักเวลาทำการบ้าน รู้สึกไม่มีใครรัก และรู้สึกหน้าตาไม่ดี ดังนั้นผู้ปกครองและครูที่ใกล้ชิดเด็ก ควรเฝ้าระวัง ให้คำปรึกษาแนะนำ หรือปรึกษาจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นเพื่อประเมินและรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุน จากกองทุน

ส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอขอบคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมภาพร ตรังคสมบัติที่อนุญาตให้ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย ในการวิจัยนี้

ขอบคุณอาจารย์บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการวิจัยทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือแนะนำในการดำเนินวิจัย

ขอบคุณผู้ร่วมวิจัย ผู้ประสานงานวิจัยและผู้ช่วยผู้ประสานงานวิจัยที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จได้

สุดท้ายขอขอบคุณนักเรียน ผู้ปกครอง ครู และโรงเรียนทั้งหมดที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Christopher JL, Lopez MD, Lopez AD. Alternative projection of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1498-504
2. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update [online] 2004. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_diseaseGBD_report_2004update_part4.pdf. Retrieved Jan 27, 2012
3. Department of Mental Health, Ministry of Health. Amount of psychiatric patients distributed by health district from 2007 to 2009. Department of Mental Health 2010 Annual Report. Available at: <http://www.dmh.go.th/ebook/dl.asp?id=237> Retrieved: Jan 27, 2012
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition Text Revision. Washington DC. 2000
5. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental outcomes in adulthood. Arch. Gen Psychiatry 2005; 62: 66-72
6. González-Tejera G, Canino G, Ramirez R, Chávez

- L, Shrout P, Bird H, et al. Examining minor and major depression in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46: 888-99
7. Lewinsohn PM, Solomon A, Seeley JR, Zeiss A. Clinical implications of “subthreshold” depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000; 103: 345-51
 8. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 56-64
 9. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE. Childhood and adolescent depression: a review of past ten years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1427-39
 10. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Depression in junior high school student in the Bangkok metropolis. *J Psychiatr Assoc Thai* 1996; 41(3): 162-73
 11. Wacharasindhu A, Panyayong P. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: I Prevalence. *J Med Assoc Thai* 2002 Jun; 85 Suppl 1: S125-36.
 12. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Depressive Symptoms in Children. *J Psychiatr Assoc Thai* 1996; 41(4): 222-33
 13. Yorbik O., Birmaher B., Axelson D., Williamson DE., Ryan ND. Clinical Characteristics of Depressive Symptoms in Children and Adolescents with Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1654-9
 14. Fombonne E. Time trends in affective disorders. In: Cohen P, Slomkoski C, Robins LN, editors. *Historical and Geographical Influences on Psychopathology*. NJ: Lawrence Erlbaum; 1999. p.115-39
 15. Harrington R. Affective Disorders. In: Michael Rutter and Eric Taylor editors. *Child and Adolescent Psychiatry* 4th ed. Oxford. Blackwell Publishing Company; 2002. p.463-485
 16. Kasantikul D. Mood Disorders. In: Piyasil W, Ketuman P, editors. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Bangkok: Beyond Enterprise; 2002. p.309-18
 17. Sukanich P, Lotrakul M. DSM IV (Thai version) (Using ICD-10 code). Bangkok; 1996. p.124-31, 213-4
 18. Sarkar S, Sinha VK, Praharaj SK. Depressive disorders in school children of suburban India: an epidemiological study. *J Soc Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 783-8
 19. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987 Jan; 44(1): 69-76
 20. Costello EJ, Angold A, Burns B, Erkanli A. The Great Smoky Mountain Study of youth: goal, designs, methods and prevalence of DSM-III-R disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1129-36
 21. Angold A. Childhood and Adolescent depression II. Research in clinical population. *Br J Psychiatry* 1998; 140: 23-9
 22. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006 Dec; 47(12): 1263-71
 23. Angold A, Prendergast M, Cox A, Harrington R, Simonoff E, Rutter M. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychol Med* 1995; 25: 739-53

