



ปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต

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: เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ของโรงเรียน 8 แห่ง ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 2,164 ราย คัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทยและวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,164 ราย อายุเฉลี่ย 10.65 ปี เพศชายร้อยละ 46.3 พบเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 35 ราย คิดเป็นความชุกของเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าได้เท่ากับร้อยละ 1.6 เป็น major depressive disorder ร้อยละ 0.6, dysthymia ร้อยละ 0.9 และ depressive disorder not otherwise specified ร้อยละ 0.1 ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าพบว่ามี 6 ปัจจัย คือ อายุของเด็กมากกว่า 11 ปี (OR 3.966), ผลการสอบครั้งสุดท้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 (OR 5.252), รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (OR 4.204), บรรยายภาคนในครอบครัวมีการทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย (OR 3.554), เคยถูกเพื่อนยั่วยุแหย่หรือรังแก (OR 3.78), เคยถูกผู้ใหญ่กระทำทารุณกรรมหรือทอดทิ้ง (OR 3.339 จากการตอบแบบสอบถามของเด็กนักเรียน และ OR 6.711 จากการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครอง)

สรุป: ความชุกของโรคซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 1.6 สัมพันธ์กับอายุของเด็กที่มากกว่า 11 ปี ผลการเรียนต่ำ รายได้ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ต่ำ บรรยายภาคนในครอบครัวที่ทะเลาะเบาะแว้งกัน การถูกเพื่อนรังแกและการถูกผู้ใหญ่กระทำทารุณกรรม



Psychosocial Factors Associated with Depression in Primary School Student in Dusit District

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 psychosocial factors associated with depression in primary school students in Dusit District, Bangkok Metropolis.

Methods: This is a cross-sectional descriptive study. Samples were 2,164 primary school students from 8 schools in Dusit District, Bangkok Metropolis. Study is made of 2 stages. First to screen depression by using Thai version of Children's Depression Inventory (CDI-Thai) and second to confirm the diagnosis by clinical interview by child and adolescent psychiatrist.

Results: There were 2,164 students with mean age of 10.65 years, 46.3% were male. There are 35 students with depression which correlated to the prevalence of 1.6% (0.6% major depressive disorder, 0.9% dysthymia, and 0.1% depressive disorder not otherwise specified.) Six psychosocial factors were statistically significantly associated with depression: age older than 11 years (OR 3.966), last examination grade less than or equal to 2.00 (OR 5.252), family income between 5,000-10,000 baht/month (OR 4.204), frequent quarrelling in family (OR 3.554), frequent being bullied (OR 3.78), history of being physical abused or neglected (OR 3.339 from children's questionnaire, and OR 6.711 from parents' questionnaire)

Conclusion: Prevalence of primary school students with depression in Dusit District, Bangkok Metropolis was 1.6%. Associated psychosocial factors were age older than 11 year, poor grade, low family income, frequent quarrelling in family, being bullied and being abused by adult.

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

บทนำ

คาดการณ์ว่าเมื่อถึงปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year, DALYs) ของประชากรโลก¹ เด็กและวัยรุ่นมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ จากการศึกษเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าในเด็กของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในเด็กเพิ่มมากขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบความชุกประมาณร้อยละ 2 ในเด็กวัยเรียนและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5-8 ในเด็กวัยรุ่น² สำหรับในประเทศไทย พบความชุกของโรคซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 7.1³ ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 40.8⁴ และในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประโยควิชาชีพ ร้อยละ 16.4⁵

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในเด็กนั้นเชื่อว่าอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การมีพ่อแม่เป็นโรคซึมเศร้า สภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ใช้อารมณ์และความรุนแรง ลักษณะพื้นอารมณ์ของเด็ก ปัญหาความสัมพันธ์ของพ่อแม่ การถูกรังแกหรือถูกรุ้ทำทารุณกรรมทางร่างกายหรือทางเพศ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทซีโรโทนินในสมอง และการต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดหลายครั้งในชีวิต เป็นต้น⁶

การศึกษาของ นิชาภัทร รุจิราพร และ อุมพร ตรังสมบัติ พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ผลการเรียนต่ำกว่า 2.0 ปัญหาการเงินในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับมารดา มารดามีปัญหาสุขภาพจิต มีการสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต และความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อน⁷ และการศึกษาของอุมพร ตรังสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ผลการเรียนต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา การศึกษาและรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในเกณฑ์ต่ำ สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข และปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา⁴

วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้น

ประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือรักษาและป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อไป

ในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยเลือกศึกษาในเขตดุสิต เนื่องจากว่าเป็นเขตในพื้นที่ซึ่งคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลตั้งอยู่ ทำให้คณะฯ สามารถส่งเสริมบทบาทด้านการดูแลสุขภาพและชี้นำสังคมในเขตเมืองตามภารกิจของคณะฯ และพื้นที่เขตดุสิตยังมีประชากรที่หลากหลายครอบคลุมทุกระดับชั้นของเศรษฐกิจทางสังคม ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรเด็กและวัยรุ่นในเขตเมืองของกรุงเทพมหานครได้ อันจะทำให้สะดวกต่อการทำงานทั้งด้านการวิจัยและการต่อยอดทางด้านการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 และผู้ปกครองของโรงเรียนในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified sampling ตามสังกัดของโรงเรียนและระดับชั้นของนักเรียน

เกณฑ์คัดเข้า

1. เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 และผู้ปกครองของโรงเรียนในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
2. สามารถอ่านหนังสือออกและเข้าใจคำสั่งของแบบสอบถามและแบบประเมิน

เกณฑ์คัดออก

เด็กนักเรียนที่ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

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

โดยค่า $Z = 1.96$

$p = 0.07$ จากความชุกของโรคซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่อิลิส วาซลินธู และเบญจพร ปัญญา ยาง ได้ศึกษาระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตเด็กเมื่อปี 2539-2540³

$q = 1 - p = 0.93$

$d =$ ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $= 0.01$

จากการคำนวณได้ 2,500 คน แต่เพื่อเผื่อกรณีการตอบแบบสอบถามและแบบประเมินไม่ครบถ้วนจึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีก 20% เป็น 3,000 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน

1. ขั้นตอนแรก คัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียน

การสุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ จำแนกสังกัดของโรงเรียนประถมศึกษาต่าง ๆ ในเขตดุสิต สุ่มเลือกโรงเรียนจากสังกัดต่าง ๆ โดยใช้ตารางเลขสุ่ม แล้วสุ่มเลือกตามชั้นเรียนและห้องเรียนแยกเป็นชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, 5, และ 6 ชั้นละประมาณ 1,000 คน รวมทั้งสิ้น 3,000 คน โดยการสุ่มเลือกนี้ดำเนินการโดยไม่ให้ครูเลือก เพื่อป้องกันการเจาะจงเด็กที่มีปัญหาเข้าร่วมโครงการ สุดท้ายติดต่อประสานงานกับโรงเรียนและครูประจำชั้นเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยจนครบ 3,000 คน

ผู้ประสานงานการวิจัยประสานกับครูประจำชั้นจัดส่งเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ปกครองของเด็กนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ปกครองอ่านและลงลายมือชื่อยินยอมให้เด็กนักเรียนเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ จากนั้นจึงนำแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ ไปให้เด็กนักเรียนที่ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัยทำ โดยจะทำที่ห้องเรียนและในช่วงเวลาพักเพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนการเรียนการสอน ผู้ประสานงานการวิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่นักเรียนและผู้ปกครองตอบตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำแบบวัดอาการ

ซึมเศร้าในเด็ก (CDI) มาคิดคะแนน แบ่งเป็น กลุ่มเด็กนักเรียนที่ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าจากการคัดกรองมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับกลุ่มที่ได้คะแนนน้อยกว่า 15 คะแนนลงมาจัดเป็นกลุ่มเด็กปกติ และจะแจ้งผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ได้ให้แก่ผู้ปกครองรายที่ต้องการทราบผลทางไปรษณีย์ และอาจแจ้งผลให้ครูประจำชั้นทราบกรณีร้องขอและผู้ปกครองยินยอม

ในขั้นตอนแรกมีจำนวนเด็กนักเรียนที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 โรงเรียน ดังนี้ โรงเรียนวัดพระชะเอื้อธรรม จำนวน 83 คน โรงเรียนวัดเทวราชกุญชร จำนวน 23 คน โรงเรียนวัดจันทร์สโมสร จำนวน 111 คน โรงเรียนราชวินิตมัธยม จำนวน 1,294 คน โรงเรียนวชิราวุธวิทยาลัย จำนวน 298 คน โรงเรียนราชินีบน จำนวน 742 คน โรงเรียนอัมพันศึกษา จำนวน 336 คน และ โรงเรียนช่างอากาศ อารุง จำนวน 269 คน

นักเรียนที่ได้รับการแจกแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 3,156 คน จำแนกเป็นชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 1,077 คน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 1,066 คน และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1,033 คน มีนักเรียนที่ผู้ปกครองไม่สมัครใจให้เข้าร่วม 889 คน จึงเหลือนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 2,267 คน คิดเป็นร้อยละ 90.68 ของขนาดตัวอย่างตามที่คำนวณได้ (2,500 คน) โดยจำแนกเป็นชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 784 คน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 753 คน, และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 730 คน

2. ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์และวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก

นำกลุ่มเด็กที่ได้จากการคัดกรองพบมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป) มาสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยมาตรฐานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM IV-TR) เพื่อวินิจฉัยโรค หาสาเหตุ และแนะนำการช่วยเหลือรักษาต่อไป โดยผู้วิจัยจะสืบค้นข้อมูลจากเลขนรหัสแบบสอบถามกลับไปถึงตัวเด็กนักเรียนและผู้ปกครอง และจะติดต่อกับผู้ปกครองพร้อมเด็กนักเรียนมาพบจิตแพทย์เพื่อสัมภาษณ์โดยละเอียดที่ห้องตรวจจิตเวช ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ซึ่งในขั้นตอนที่ 2 นี้ มีนักเรียนที่มีคะแนนจาก CDI ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไปทั้งหมด 468 คน สามารถติดต่อสัมภาษณ์ได้ 143 คน คิดเป็นร้อยละ 30.56 อีก 325 คนที่ไม่สามารถติดต่อมาสัมภาษณ์ได้ เนื่องจากไม่ได้ให้ที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 71 คน ไม่สมัครใจหรือไม่สามารถมาให้สัมภาษณ์ได้ 138 คน และโทรศัพท์แล้วติดต่อไม่ได้และ/หรือส่งจดหมายแจ้งผลแล้วไม่ติดต่อกลับมา จำนวน 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวัดตัวแปร

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า สำหรับนักเรียนและผู้ปกครองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2. แบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก CDI ฉบับภาษาไทยสร้างขึ้นโดย Maria Kovacs แปลเป็นภาษาไทยโดย ศ.พญ. อุมพร ตรังคสมบัติ เป็นเครื่องมือที่让孩子ตนเอง (self-report instrument) ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ ซึ่ง

ครอบคลุมอาการซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ แต่ละคำถามจะประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนสำหรับตัวเลือก 3 ข้อคือ 0, 1, 2 ขึ้นกับความรุนแรงของอาการ ศ.พญ.อุมพร ตรังคสมบัติ ได้ศึกษาคุณสมบัติทางสถิติในเด็กไทย อายุ 10-15 ปี จำนวน 139 คน พบว่า คะแนน CDI มีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง จาก receiver operating characteristic (ROC) curve พบว่า ในเด็กไทย คะแนนที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจสภาพจิตคือ คะแนนที่ 15 ขึ้นไป โดยที่คะแนนนี้ CDI มีความไวร้อยละ 78.7 และความจำเพาะร้อยละ 91.3% positive predictive value ร้อยละ 89.4 และ negative predictive value ร้อยละ 89.4 การวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของ CDI พบว่า reliability coefficient (alpha) = 0.83 ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI มาใช้ในการศึกษานี้

ตารางที่ 1:

ลักษณะทั่วไปของเด็กนักเรียนและครอบครัว (N = 2,164)

	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ (n=2,164)	
ชาย	1,002 คน (46.3)
หญิง	1,162 คน (53.7)
ผลการสอบครั้งสุดท้าย (n=2,129)	
เกรดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00	91 คน (4.3)
เกรดมากกว่า 2.00 ขึ้นไป	2,038 คน (95.7)
สถานภาพสมรสของบิดามารดา (n=2,153)	
อยู่ด้วยกัน	1,782 คน (82.7)
หย่าร้าง/แยกทาง	210 คน (9.7)
บิดาเสียชีวิต	430 คน (2.0)
มารดาเสียชีวิต	11 คน (0.5)
แยกกันอยู่เพราะความจำเป็นแต่ยังไปมาหาสู่กัน	110 คน (5.1)
ผู้เลี้ยงดูเด็กนักเรียนหลักในปัจจุบัน (n=2,147)	
บิดา/มารดา	1,992 คน (92.8)
ญาติ	144 คน (6.7)
บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติโดยตรง เช่น ผู้อุปการะ	11 คน (0.5)

3. แบบบันทึกการสัมภาษณ์ประวัติและอาการต่างๆ ของโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆ โดยใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 เช่น major depressive disorder, dysthymia, adjustment disorder with depressed mood และอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กนักเรียนและผู้ปกครองโดยจิตแพทย์เด็กในขั้นตอนที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาตรวจสอบความถูกต้องและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS for Windows version 21 คำนวณค่าทางสถิติลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความชุกของภาวะซึมเศร้า ออกมาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคมด้วยวิธี binary logistic regression ซึ่งในขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์พบว่าจากนักเรียน 2,267 คน ที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวน 2,164 คน ที่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไปได้โดยแยกเป็นนักเรียนในกลุ่มโรคซึมเศร้า ได้แก่ major depressive disorder, dysthymia, และ depressive disorder not otherwise specified จำนวน 35 คน และนักเรียนที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า 2,129 คน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของเด็กนักเรียนและครอบครัว

นักเรียนทั้งหมด 2,164 คน อายุเฉลี่ย 10.65 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.035) เป็นเพศชาย 1,002 คน (ร้อยละ 46.3) เพศหญิง 1,162 คน (ร้อยละ 53.7) ผลการสอบครั้งสุดท้ายของนักเรียน เกรตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 91 คน (ร้อยละ 4.3) เกรตมากกว่า 2.00 ขึ้นไป 2,038 คน (ร้อยละ 95.7) สถานภาพสมรสของบิดามารดาของเด็กนักเรียน อยู่ด้วยกัน 1,782 คน (ร้อยละ 82.7) หย่าร้าง/แยกทาง 210 คน (ร้อยละ 9.7) บิดาเสียชีวิต 430 คน (ร้อยละ 2.0) มารดาเสียชีวิต 11 คน (ร้อยละ 0.5) แยกกันอยู่เพราะความจำเป็นแต่ยังไม่มาหาสู่กัน 110 คน (ร้อยละ 5.1) ผู้เลี้ยงดูหลักในปัจจุบันเป็นบิดา/มารดา 1,992 คน (ร้อยละ 92.8) ญาติ 144 คน (ร้อยละ 6.7) บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติโดยตรง 11 คน

(ร้อยละ 0.5)

2. ความชุกของโรคซึมเศร้า

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,164 คน พบเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้า 35 คน แยกเป็นเพศชาย 19 คน เพศหญิง 16 คน คิดเป็นสัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.2 : 1 โดยพบเป็นโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder 14 คน ชนิด dysthymia 19 คน และ ชนิด depressive disorder not otherwise specified 2 คน ดังนั้นคิดเป็นความชุกของเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 1.6 (แยกเป็น major depressive disorder ร้อยละ 0.6, dysthymia ร้อยละ 0.9, และ depressive disorder not otherwise specified ร้อยละ 0.1 และพบว่ามิได้เด็กนักเรียน 45 คนที่เป็น adjustment disorder

3. ปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียน

3.1 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis)

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวของปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการตอบแบบสอบถามของเด็กนักเรียน พบว่าอายุเฉลี่ยของเด็กนักเรียนในกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้าคือ 11.03 ± 1.07 มากกว่าเด็กนักเรียนในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้าคือ 10.63 ± 1.02 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุของเด็ก ($p=0.052$), ผลสอบครั้งสุดท้าย ($p=0.004$), บรรยากาศในครอบครัว ($p<0.001$), ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับบิดา ($p=0.001$), ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับมารดา ($p=0.076$), การถูกเพื่อนยั่วแหย่รังแก ($p<0.001$), การถูกผู้ใหญ่ทำร้ายร่างกาย จิตใจหรือทอดทิ้ง ($p=0.001$) และการเรียนพิเศษ ($p=0.079$) ตามตารางที่ 2

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครอง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียน ได้แก่ อายุของเด็กนักเรียน ($p=0.028$), ผลการสอบครั้งสุดท้ายของเด็กนักเรียน ($p=0.050$), รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($p=0.001$), สถานภาพสมรสของบิดามารดา ($p=0.076$), บรรยากาศในครอบครัว ($p=0.001$), ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับเด็กนักเรียน ($p=0.023$), ความสัมพันธ์ระหว่างผู้

ตารางที่ 2:

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวของปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการตอบแบบสอบถามของเด็กนักเรียน

	N	กลุ่มซึมเศร้า	N	กลุ่มไม่ซึมเศร้า	P-Value
1.อายุนักเรียน(ปี)	35	11.03±1.07*	2,129	10.63±1.02*	0.052a**
2.เพศ	35		2,129		0.394b
ชาย		19 (54.3%)		984 (46.2%)	
หญิง		16 (45.7%)		1,145 (53.8%)	
3.ผลการสอบครั้งสุดท้าย	32		2,014		0.004c**
เกรดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00		6 (18.8%)		94 (4.7%)	
เกรดมากกว่า 2.00 ขึ้นไป		26 (81.3%)		1,920 (95.3%)	
4.บรรยากาศในครอบครัวตามความรู้สึกของนักเรียน	34		2,117		<0.001c**
อบอุ่นดี		24 (70.6%)		1,970 (93.1%)	
ห่างเหินต่างคนต่างอยู่		4 (11.8%)		39 (1.8%)	
ทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย		5 (14.7%)		81 (3.8%)	
ใช้อารมณ์และความรุนแรงต่อกันบ่อย		1 (2.9%)		27 (1.3%)	
5.ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับบิดา	35		2,116		0.001c**
สนิทสนมกันดี		25 (71.1%)		1,938 (91.6%)	
ไม่ดี(ไม่สนิทสนม/ขัดแย้งกัน)		3 (8.6%)		48 (2.3%)	
บอกไม่ได้***		7 (20%)		130 (6.1)	
6.ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับมารดา	35		2,118		0.076c**
สนิทสนมกันดี		32 (91.4%)		2,035 (91.6%)	
ไม่ดี(ไม่สนิทสนม/ขัดแย้งกัน)		2 (5.7%)		26 (1.2%)	
บอกไม่ได้***		1 (2.9%)		57 (2.7%)	
7.ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับผู้เลี้ยงดูหลัก	18		1,429		0.262c
(กรณีบิดามารดาไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก)					
สนิทสนมกันดี		16 (88.9%)		1,353 (94.7%)	
ไม่ดี(ไม่สนิทสนมกัน/ขัดแย้งกัน)		2 (11.1%)		76 (5.3%)	
8.ความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับเพื่อนๆ	35		2,119		0.176c
ดี/มีเพื่อนสนิท		33 (94.3%)		2,074 (97.7%)	
ไม่ดี(เข้ากับเพื่อนไม่ได้/ไม่สนิทกับใคร)		2 (5.7%)		45 (2.1%)	
9.นักเรียนเคยถูกเพื่อนยั่วแหย่รังแกจนทำให้	35		2,121		0.000b**
หงุดหงิดไม่สบายใจบ่อยๆ					
ใช่		27 (77.1%)		829 (39.1%)	
ไม่เคย		8 (22.9%)		1,292 (60.9%)	
10.นักเรียนเคยถูกผู้ใหญ่ทำร้ายร่างกาย จิตใจ หรือทอดทิ้ง	35		2,125		0.001c**
เคย		8 (22.9%)		117 (5.5%)	
ไม่เคย		27 (77.1%)		2,008 (94.5%)	
11.ความรู้สึกของนักเรียนกับการเรียนพิเศษ	34		2,108		0.079c**
รู้สึกสนุกอยากไปเรียน		14 (41.2%)		1075 (51%)	
รู้สึกเฉย		14 (41.2%)		851 (40.4%)	
รู้สึกเหนื่อย ไม่อยากไปเรียน		4 (11.8%)		156 (7.4%)	
รู้สึกเศร้าใจที่ต้องไปเรียนพิเศษ		2 (5.9%)		26 (1.2%)	

* = mean ± sd ** = significant with p-value ≤ 0.10 ***อาจเนื่องจากไม่ได้อยู่ด้วยกันหรือบิดาหรือมารดาเสียชีวิตไปแล้ว a = Independent t-test b = Chi-square test c = Fisher's exact test

เลี้ยงดูหลักกับเด็กนักเรียน ($p=0.044$), บิดามีปัญหาสุขภาพจิต ($p=0.033$), เด็กนักเรียนเคยเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่รักหรือใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ($p=0.007$), ความสัมพันธ์ของเด็กนักเรียนกับเพื่อน ($p=0.033$), เด็กนักเรียน

ถูกเพื่อนยั่วยุแหย่หรือรังแกบ่อย ($p<0.001$), เด็กนักเรียนเคยถูกผู้ใหญ่กระทำทารุณกรรมทางร่างกายจิตใจหรือทอดทิ้ง ($p<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3:

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวของปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครอง

	N	กลุ่มซึมเศร้า	N	กลุ่มไม่ซึมเศร้า	P-Value
1. อายุของเด็กนักเรียน (ปี)	35	11.03±1.07*	2,129	10.64±1.03	0.028a**
2. เพศของเด็กนักเรียน	35		2,129		0.609b
ชาย		19 (54.3%)		984 (46.2%)	
หญิง		16 (45.7%)		1,145 (53.8%)	
3. ผลการสอบครั้งของเด็กนักเรียน	33		2,096		0.050c**
เกรดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00		4 (12.1%)		87 (4.2%)	
เกรดมากกว่า 2.00 ขึ้นไป		29 (87.9%)		2,009 (95.8%)	
4. ผู้เลี้ยงดูเด็กนักเรียนหลักในปัจจุบันคือ	34		2,113		1.000c
บิดาและ/หรือมารดา		32 (94.1%)		1,960 (92.8%)	
ญาติ		2 (5.9%)		142 (6.7%)	
บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติโดยตรง (เช่น ผู้อุปการะ)		0 (0%)		11 (0.5%)	
5. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	35		2,115		0.001c**
ต่ำกว่า 5,000-10,000 บ./เดือน		2 (5.7%)		59 (2.8%)	
5,000-10,000 บ./เดือน		12 (34.3%)		270 (12.8%)	
มากกว่า 10,000 บ./เดือน		21 (60%)		1,786 (84.4%)	
6. สถานภาพสมรสของบิดามารดา	35		2,121		0.076c**
อยู่ด้วยกัน		25 (71.4%)		1,757 (82.8%)	
หย่าร้าง/แยกทาง		5 (14.3%)		205 (9.7%)	
บิดาเสียชีวิต		3 (8.6%)		40 (1.9%)	
มารดาเสียชีวิต		0 (0%)		11 (0.5%)	
แยกกันอยู่เพราะความจำเป็นแต่ยังไปมาหาสู่กัน		2 (5.7%)		108 (5.1%)	
7. บรรยากาศในครอบครัว	33		2,119		0.001c**
อบอุ่นดี		26 (78.8%)		2,014 (95%)	
ห่างเหินต่างคนต่างอยู่		2 (6.1%)		44 (2.1%)	
ทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย		4 (12.1%)		48 (2.3%)	
ใช้อารมณ์และความรุนแรงต่อกันบ่อย		1 (3.0%)		13 (0.6%)	
8. ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับเด็กนักเรียน	33		2,103		0.023c**
สนิทสนมกันดี		27 (81.8%)		1,957 (93.1%)	
ไม่ดี (ไม่สนิทสนมกัน/ขัดแย้งกัน)		4 (12.1%)		73 (3.5%)	
ไม่ทราบ		2 (6.1%)		73 (3.5%)	
9. ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับเด็กนักเรียน	35		2,116		0.0453c
สนิทสนมกันดี		34 (97.1%)		2,052 (97%)	
ไม่ดี		1 (2.9%)		28 (1.3%)	
ไม่ทราบ		0 (0%)		36 (1.7%)	

	N	กลุ่มซึมเศร้า	N	กลุ่มไม่ซึมเศร้า	P-Value
10.ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูหลักกับนักเรียน (กรณีผู้เลี้ยงดูหลักไม่ใช่บิดามารดา)	18		1,178		0.044c**
สนิทสนมกันดี		13 (72.2%)		1,063 (90.2%)	
ไม่ดี(ไม่สนิทสนมกัน/ขัดแย้งกัน)		0 (0%)		15 (1.3%)	
ไม่ทราบ		5 (27.8%)		100 (8.5%)	
11.บิดามีปัญหาสุขภาพจิต (เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ติดสุราหรือสารเสพติด)	33		2,099		0.033c**
ไม่มี		27 (81.8%)		1,931 (92%)	
มี		1 (3.0%)		73 (3.5%)	
ไม่ทราบ		5 (15.2%)		95 (4.5%)	
12.มารดามีปัญหาสุขภาพจิต (เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ติดสุราหรือสารเสพติด)	34		2,108		0.146c
ไม่มี		31 (91.2%)		2,012 (95.4%)	
มี		2 (5.9%)		39 (1.9%)	
ไม่ทราบ		1 (2.9%)		57 (2.7%)	
13.เด็กนักเรียนเคยเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่รักหรือใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ พี่น้อง	35		2,115		0.007c**
ไม่มี		26 (74.3%)		1,904 (90%)	
มี		9 (25.7%)		211 (10%)	
14.ความสัมพันธ์ของเด็กนักเรียนกับเพื่อน ๆ (ตามความเห็นของผู้ปกครอง)	35		2,118		0.033c**
ดี/มีเพื่อนสนิท		32 (91.4%)		2,077 (98.1%)	
ไม่ดี (เข้ากับเพื่อนไม่ได้/ไม่สนิทกับใคร)		3 (8.6%)		41 (1.9%)	
15.เด็กนักเรียนของท่านถูกเพื่อนยั่วยุหรือรังแกบ่อย	35		2,109		<0.001c**
ใช่		13 (37.1%)		292 (13.8%)	
ไม่ใช่		16 (45.7%)		1,570 (74.4%)	
ไม่ทราบ		6 (17.1%)		247 (11.7%)	
16.เด็กนักเรียนของท่านเคยถูกผู้ใหญ่กระทำทารุณกรรม ทางร่างกาย จิตใจ หรือทอดทิ้ง	35		2,122		<0.001c**
เคย		9 (25.7%)		73 (3.4%)	
ไม่เคย		25 (71.4%)		2,032 (95.8%)	
ไม่ทราบ		1 (2.9%)		17 (0.8%)	
17.เด็กนักเรียนของท่านเรียนพิเศษมากน้อยเพียงใด	35		2,112		0.629b
ไม่ได้เรียนพิเศษเลย		9 (25.7%)		408 (19.3%)	
น้อยกว่า 10 ชม./สัปดาห์		21 (60%)		1,278 (60.5%)	
10-20 ชม./สัปดาห์		5 (14.3%)		379 (17.9%)	
มากกว่า 20 ชม./สัปดาห์		0 (0%)		47 (2.2%)	

* mean $\pm$ sd, ** significant with p-value<0.10, a = Independent t-test, b = Chi-square test, c = Fisher's exact test

3.2 การวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis)

จากตารางที่ 2 นำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} \leq 0.10$ แปรตัวแปรมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ผลการสอบครั้งสุดท้าย เกรดน้อยกว่า 2.00 มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 5.252 เท่า บรรยากาศในครอบครัวที่ทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.554 เท่า เด็กนักเรียนที่ถูกเพื่อนยั่วยุแหย่รังแกจนทำให้หงุดหงิดไม่สบายใจบ่อย ๆ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.78 เท่า และเด็กนักเรียนที่เคยถูกผู้ใหญ่ทำร้ายร่างกาย จิตใจ หรือทอดทิ้งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.339 เท่า ดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 3 นำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} \leq 0.10$ 12 ตัวแปรมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ อายุของเด็กนักเรียนมากกว่า 11 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.966 เท่าของเด็กนักเรียนที่อายุน้อยกว่า 11 ปี รายได้ของ

ครอบครัวที่ 5,000-10,000 บาท/เดือน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 4.204 เท่าของครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และเด็กนักเรียนที่เคยถูกผู้ใหญ่กระทำทารุณกรรมทางร่างกาย จิตใจ หรือทอดทิ้งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 6.7111 เท่า ตามตารางที่ 5

จากการวิเคราะห์พหุปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียน ได้แก่

1. เด็กนักเรียนที่อายุมากกว่า 11 ปี มีความเสี่ยงมากกว่าเด็กนักเรียนที่อายุน้อยกว่า 11 ปี 3.966 เท่า
2. เด็กนักเรียนที่มีผลการเรียน เกรดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 มีความเสี่ยงมากกว่าเด็กนักเรียนที่เกรดมากกว่า 2.00 ขึ้นไป 5.252 เท่า
3. เด็กนักเรียนที่ครอบครัวมีรายได้ 5,000 - 10,000 บาท/เดือน มีความเสี่ยงมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือนขึ้นไป 4.204 เท่า
4. เด็กนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่มีการทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยมีความเสี่ยงมากกว่าเด็กนักเรียนที่อยู่ใน

ตารางที่ 4:

แสดงการวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการตอบแบบสอบถามของเด็กนักเรียน

	OR	95%CI for OR		p-value
		Lower	Upper	
1.ผลการสอบครั้งสุดท้าย				
เกรดมากกว่า 2.00 ขึ้นไป	1			
เกรดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00	5.252	2.022	13.647	0.001*
2.บรรยากาศในครอบครัวตามความรู้สึกของนักเรียน				
อบอุ่นดี	1			
ทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย	3.554	1.243	10.162	0.018*
3.นักเรียนเคยถูกเพื่อนยั่วยุแหย่หรือรังแกจนทำให้หงุดหงิดไม่สบายใจบ่อยๆ				
ไม่ใช่	1			
ใช่	3.78	1.567	9.121	0.003*
4.นักเรียนเคยถูกผู้ใหญ่ทำร้ายร่างกาย จิตใจ หรือทอดทิ้ง				
ไม่เคย	1			
เคย	3.339	1.29	8.644	0.013*

* Significant with $p\text{-value} < 0.05$

ครอบครัวที่อบอุ่น 3.554 เท่า

5. เด็กนักเรียนที่เคยถูกเพื่อนยั่วยุแหย่ หรือรังแก จนทำให้รู้สึกหงุดหงิดไม่สบายใจบ่อยๆ มีความเสี่ยงมากกว่าเด็กนักเรียนที่ไม่ถูกเพื่อนรังแก 3.78 เท่า

6. เด็กนักเรียนที่เคยถูกผู้ใหญ่กระทำทารุณกรรมทางร่างกาย จิตใจ หรือทอดทิ้ง มีความเสี่ยงมากกว่าเด็กนักเรียนที่ไม่เคยถูกผู้ใหญ่กระทำทารุณกรรม 3.339 เท่า (จากการตอบแบบสอบถามของเด็กนักเรียน) และ 6.711 เท่า (จากการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครอง)

วิจารณ์

ในการศึกษานี้มีเด็กเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 2,164 คน เด็กนักเรียนมีอายุเฉลี่ย 10.65 ปี พบความชุกของเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.6 แยกเป็น major depressive disorder ร้อยละ 0.6 dysthymia ร้อยละ 0.9 และ depressive disorder not otherwise specified ร้อยละ 0.1 เปรียบเทียบกับการศึกษาของ Sarkar และคณะ ที่ศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมและมัธยมศึกษาเกรด 1-7 ที่อยู่ในเขตชานเมืองของอินเดีย จำนวน 1,851 คน ที่มีอายุเฉลี่ย 10.03 ปี (SD 2.03) โดยใช้เครื่องมือในการวินิจฉัย Schedule for Affective

Disorders and Schizophrenia for School age Children (K-SADS-PL) พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.13 โดยเป็น major depressive disorder ร้อยละ 0.81, dysthymia ร้อยละ 1.51 และ depressive disorder not otherwise specified ร้อยละ 0.81⁹ จะเห็นว่าการศึกษาของ Sakar และคณะ พบความชุกของโรคซึมเศร้ามากกว่า อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาเกรด 1-7 ซึ่งอาจมีส่วนของเด็กนักเรียนที่เข้าสู่วัยรุ่นมากกว่าจึงมีโอกาสพบความชุกของโรคซึมเศร้ามากกว่า

สำหรับปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า พบว่าเด็กนักเรียนที่อายุมากกว่า 11 ปี มีความเสี่ยงมากกว่าเด็กนักเรียนที่อายุน้อยกว่า 11 ปี 3.966 เท่า อาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่น โดยเฉพาะในเด็กนักเรียนหญิงที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า ทำให้สัดส่วนของโรคซึมเศร้าของเด็กนักเรียนหญิงต่อนักเรียนชายเพิ่มขึ้นจาก 1 ต่อ 1 ในช่วงก่อนเข้าสู่วัยรุ่นเป็น 2 ต่อ 1 ในช่วงวัยรุ่น¹⁰

เด็กนักเรียนที่มีผลการเรียน เกรดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 มีความเสี่ยงมากขึ้น 5.252 เท่า เด็กนักเรียนที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 4.204 เท่า เด็ก

ตารางที่ 5:

แสดงการวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยทางจิตหรือสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจากการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครอง

	OR	95% CI for OR		p-value
		Lower	Upper	
1.อายุเด็กนักเรียน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ปี	1			
มากกว่า 11 ปี	3.966	1.427	11.021	0.008*
2.รายได้ต่อเดือนของครอบครัว				
มากกว่า 10,000 บาท/เดือน	1			
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	4.204	1.515	11.667	0.006*
3.เด็กนักเรียนของท่านเคยถูกผู้ใหญ่กระทำทารุณกรรมทางร่างกาย จิตใจ หรือทอดทิ้ง				
ไม่เคย	1			
เคย	6.711	1.945	23.155	0.003*

* = significant with p-value < 0.05

นักเรียนที่อยู่ในครอบครัวมีการทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.554 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร ตรังคมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁴ เด็กนักเรียนที่ถูกเพื่อนรังแกบ่อยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.78 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Craig พบว่าเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาเกรด 5- 8 ที่ตกเป็นเหยื่อจากการรังแกจากเพื่อน มีภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า มากกว่าเด็กกลุ่มเปรียบเทียบ 4.22 เท่า และ 6.13 เท่า ตามลำดับ¹¹

เด็กนักเรียนที่เคยถูกผู้ใหญ่วางท่าทางรุนแรงทางร่างกาย จิตใจ หรือทอดทิ้ง มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.339 เท่า (จากการตอบแบบสอบถามของเด็กนักเรียน) และ 6.711 เท่า (จากการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครอง) สอดคล้องกับการศึกษาของพิสาสน์ เตชะเกษม และวรุณา กลกิจโกวินท์ ที่ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของเด็กที่เคยถูกกระทำทารุณกรรมทางร่างกายกับทางเพศ พบว่าในเด็กที่เคยถูกกระทำทารุณกรรมทางร่างกายมาก่อน เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในภายหลังร้อยละ 35.7¹² และการศึกษาของ Brown และคณะพบว่าเด็กที่เคยถูกกระทำทารุณกรรมหรือถูกทอดทิ้ง เมื่อโตเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 3 เท่า¹³ ทั้งนี้การที่ค่า OR จากการตอบแบบสอบถามของเด็กมีค่าต่ำกว่าของผู้ปกครองอาจเนื่องเด็กไม่เข้าใจว่าสิ่งที่พวกเขาถูกกระทำจากผู้ใหญ่นั้น คือการกระทำทารุณกรรม

การศึกษานี้เป็นการยืนยันอีกครั้งถึงความสำคัญของการป้องกันปัจจัยทางจิตสังคมต่าง ๆ ต่อโรคซึมเศร้าในเด็กซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ ที่ผ่านมามาทั้งในและต่างประเทศ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้มีข้อจำกัดจากการที่มีนักเรียนที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าในขั้นตอนแรกมาให้สัมภาษณ์ในขั้นตอนที่สองเพียงประมาณร้อยละ 30 ดังนั้นจึงมีนักเรียนที่ไม่ได้มาให้สัมภาษณ์อาจเป็นโรคซึมเศร้าและสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตหรือสังคมต่าง ๆ ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนได้

สรุป

พบเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ที่อาการไม่รุนแรง เป็น adjustment disorder ไปจนถึงรุนแรงคือเป็นโรค major depressive disorder ซึ่ง

สัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตหรือสังคมต่าง ๆ ผู้ปกครองและครูควรร่วมมือกันเฝ้าระวัง ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำ และอาจพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อตรวจรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุน จากกองทุนส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมพร ตรังคมบัติ ที่อนุญาตให้ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย ในการวิจัยนี้

ขอบคุณอาจารย์บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการวิจัยทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือแนะนำในการดำเนินงานวิจัย

ขอบคุณผู้ร่วมวิจัย ผู้ประสานงานวิจัยและผู้ช่วยผู้ประสานงานวิจัยที่ทำงานวิจัยสำเร็จได้

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. The Lancet 1997;349:1498-504
2. 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
3. Wacharasindhu A, Panyayong P. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: I Prevalence. J Med Assoc Thailand; 85(Suppl1): s125-36
4. Trangkasombat U, Likapichitkul D. Depression in junior high school student in the Bangkok metropolis. J Psychiatr Assoc Thailand 1996; 41(3):162-73

5. Boonyamalik P, Saosarn P, Chutha W. Prevalence of depression among senior high school and vocational certificate student: a national school and college survey in 2004. J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 52(2): 172-80
6. Harrington R. Affective Disorders. In: Michael Rutter and Eric Taylor editors. Child and Adolescent Psychiatry 4th edition. Oxford: Blakwell Publishing Company; 2002 p.463-85
7. Rujiradarporn N, Trangkasombat U. Depression in Senior High School Students in Bangkok Metropolis. J Psychiatr Assoc Thailand 2009; 54(4):337-46
8. Trangkasombat U, Likapichitkul D. Depressive Symptoms in Children. J Psychiatr Assoc Thailand 1996; 41(4): 222-33
9. Sarkar S, Sinha VK, Praharaj SK. Depressive disorders in school children of suburban India: an epidemiological study. Soc Psychiatr Epidemiol 2012; 47:783-8
10. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. Psychol Med 1998; 28(1):51-61
11. Craig WM. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. Person Individ Diff 1998; 24(1):123-30
12. Techakasem P, Kolkijkovin V. Comparison between Physical and Sexual abuse of Children in BMA Medical College and Vajira Hospital. Int Med J 2001;8 (4):293-8
13. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(12): 1490-6

