b.114486

สัญญาเลขที่ 38/ 2552

รหัสโครงการวิจัย 52109030038

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

Predictive Factors that Influence Depression amongst Secondary School Students, Regional Education Office, Chiang Rai Province

โดย

ฉันทนา แรงสิงห์

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ประจำปี พ.ศ. 2552

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

กิตติกรรมประกาศ

โครงการศึกษาวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์สุปราณี อัทธเสรี และรองศาสตราจารย์ ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนาที่ปรึกษาโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา หรุ่มเรืองวงษ์ และอาจารย์ปราโมทย์ นพวงศ์ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ และช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจและเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ทั้ง 4 เขตการศึกษา ผู้อำนวยการโรงเรียนและอาจารย์ผู้ประสานงานโครงการทุกโรงเรียน ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างนักเรียนทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา ครอบครัวและคณาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ที่เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินงานวิจัยได้สำเร็จ คุณงามความดีและสิ่งที่เป็นประโยชน์ซึ่งเกิดจากโครงการวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการีและคณาจารย์ผู้ซึ่งประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย เพื่อที่จะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานและดำเนินชีวิตต่อไป

ผู้วิจัย

สิงหาคม 2555

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

วัยรุ่น เป็นวัยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสูงเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเด็ก เนื่องจากเป็นวัยของการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการอยู่ร่วมในสังคม เพื่อค้นหาตนเอง พัฒนาตนเองไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้ความสนใจเป็นพิเศษ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดในวัยรุ่นนี้จะมีลักษณะของอาการบางอย่างที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ คือ วัยรุ่นอาจจะไม่แสดงออกในลักษณะที่ชัดเจน แต่อาจจะแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง เกเร มั่วสุม สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรมที่คลุมเครือ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะซึมเศร้าแฝง (Masked depression) (อ้างจาก อรวรรณ หนูแก้ว, 2536) ทำให้ถูกมองข้ามจนกระทั่งกลายเป็นปัญหาเรื้อรังและรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการเรียน การปรับตัวทางสังคม แยกตนเองออกจากสังคม มีปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเมื่อมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง อาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง /ฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งองค์กรสาธารณสุขของทุกประเทศกำลังให้ความสนใจอย่างมาก เนื่องจากถือว่าเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 3 ของโลก (กรมสุขภาพจิต, 2546)

จากสถิติโรคซึมเศร้าของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ.2550 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในอัตรา 2,148.90 และ 2,124.31 คนต่อจำนวนประชากรแสนคน และเมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของจังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ.2550 พบว่ามีอัตรา 68.69 และ 84.08 คนต่อจำนวนประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2550) และจากสถิติของกรมสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ณ วันที่ 1 ต.ค. พ.ศ. 2550 ถึง 30 ก.ย. 2551 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,382 คน คิดเป็นอัตรา 112.68 คนต่อจำนวนประชากรแสนคน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้จากมรณบัตร (มบ.1) และ 506DS ของจังหวัดเชียงราย ดังนั้นกรมสุขภาพจิตจึงคาดว่าจะมีประชากรในจังหวัดเชียงรายมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 53,720 คน คิดเป็นอัตรา 4,768.83 คนต่อจำนวนประชากรแสนคน ดังนั้นทางผู้วิจัยและสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตทางด้านสุขภาพ และมีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จึงมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่เขตการศึกษา จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นและยังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยดังกล่าว เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าและนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ประจำปีการศึกษา 2552 โดยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน (ร้อยละ 92.8) ประกอบด้วย 16 โรงเรียนจากกลุ่มประชากรนักเรียนทั้งหมด จำนวน 57,770 คน คือ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 1 ได้แก่ โรงเรียนเวียงชัยวิทยาคม โรงเรียนดอนศิลาผางามวิทยาคม โรงเรียนเมืองเชียงรายวิทยาคม และโรงเรียนสามัคคีวิทยาคม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 2 ได้แก่ โรงเรียนนครวิทยาคม โรงเรียนแม่ลาววิทยาคม และโรงเรียนพานพิทยาคม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 3 ได้แก่ โรงเรียนบ้านสบรวก โรงเรียนบ้านสันหลวง โรงเรียนจันจว้าวิทยาคม โรงเรียนบ้านแซววิทยาคมและโรงเรียนเทิงวิทยาคม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 4 ได้แก่ โรงเรียนแม่จันวิทยาคม โรงเรียนไม้ยาวิทยาคม โรงเรียนพญาเม็งรายวิทยาคมและโรงเรียนเทิงวิทยาคม

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่เขตการศึกษา ขนาดของโรงเรียน เพศ ระดับการศึกษา แผนการศึกษา ผลการเรียนรวมเฉลี่ย โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา และจำนวนเพื่อนสนิทในโรงเรียน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (Child-rearing Practice Pattern) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy: FI) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's Self-esteem Scale) และส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Children's Depression Inventory: CDI) ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าวและตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาและความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจังหวัดเชียงราย โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่านประกอบด้วยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านความผิดปกติทางด้านอารมณ์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตสังคม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ฝ่ายแนะแนวทางการศึกษา จำนวน 1 ท่าน โดยปรับแก้ตามมติ 3 ใน 4 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปศึกษากับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 โรงเรียนเทศบาล 6 นครเชียงราย จำนวน 59 คน แล้วนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.809, 0.851, 0.795 และ 0.812 ตามลำดับ สำหรับเครื่องมือแบบประเมินรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดา/มารดา ผู้วิจัยนำไปศึกษากับนักเรียนระดับมัยยมศึกษาชั้นปีที่ 1- 6 โรงเรียนในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.511 จึงนำเครื่องมือดังกล่าว

มาวิเคราะห์ Inter – Item Correlation Matrix เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง โดยวิธีการตัดข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ทางลบออก ทำให้ได้ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.790 ทำการเก็บรวมรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ถึง 10 เมษายน พ.ศ. 2553 โดยการประสานงานกับอาจารย์ที่ปรึกษา/อาจารย์ฝ่ายแนะแนวของโรงเรียนในการแจกแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน) และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69.3 เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรง พบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 17.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.9 และระดับรุนแรง ร้อยละ 39.5 และเมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยทำนาย พบว่า การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและผลการเรียนรวมเฉลี่ย เป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 23.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 42.857 - 0.150X_1 - 0.7112X_2 - 3.844X_3$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Y = -0.133X_1 - 0.438X_2 - 0.218X_3$$

Y = ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

X_1 = ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX)

X_2 = การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง

X_3 = รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพ คณาจารย์รวมถึงผู้ปกครอง จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน/คัดกรองปัญหา และให้การช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยการให้คำแนะนำ ความรู้ อบรมเลี้ยงดู/สั่งสอนและการให้คำปรึกษา ทั้งนี้เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ปกติ การสร้างทักษะในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ ฆ่าตัวตาย ซึ่งในการป้องกัน ลด

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวให้มีประสิทธิผลนั้น ควรมีการสร้าง/พัฒนาโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าโดยมีแนวทางในการเสริมสร้างการรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมและการส่งเสริมประสิทธิภาพด้านผลการเรียนรวมเฉลี่ย แล้วมีการทดลองนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของนักเรียนเพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ คณาจารย์รวมถึงผู้ปกครองนำไปปรับใช้และป้องกัน ลดภาวะซึมเศร้าดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยได้วางแผนโครงการวิจัยต่อไป

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) จากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 จำนวน 414 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Coefficient alpha) มีค่าเท่ากับ 0.79, 0.80, 0.85, 0.76 และ 0.81 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ถึง 10 เมษายน พ.ศ. 2553 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ของตัวแปรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple linear regression analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69.3 (ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 17.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.9 และระดับรุนแรง ร้อยละ 29.5) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว ($r=-0.235$, $p < 0.001$) การรับรู้ความมีคุณค่าของตนเอง ($r=-0.350$, $p < 0.001$) และผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX) ($r=-0.770$, $p < 0.001$) โดยการรับรู้ความมีคุณค่าของตนเอง รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX) สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงรายได้ร้อยละ 23.3

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คณาจารย์ที่เกี่ยวข้องและบิดา/มารดาหรือผู้ปกครองควรมีความตระหนักในการส่งเสริมนักเรียนระดับมัธยมศึกษาให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง อบรมเลี้ยงดูบุตรแบบประชาธิปไตยและส่งเสริมการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และควรประเมิน/คัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทันท่วงทีและป้องกันการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้น

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

Predictive Factors that Influence Depression amongst Secondary School Students, Regional Education Office, Chiang Rai Province

Abstract

This is a descriptive predictive research study whose purpose is to examine incidents and factors that influence depression amongst students in secondary schools under Regional Education Office, Chiang Rai Province. This study employed multi-stage sampling to obtain a total of 414 subjects, who were secondary school students in Mathayom 1 to 6 (equivalent to grades 7 to 12). Research tools included (a) personal information questionnaires; (b) upbringing questionnaires; (c) family function questionnaires; (d) peer relationship questionnaires; (e) self-esteem questionnaires; and (f) depression state questionnaires. All of the tools were approved by experts and were subjected to a reliability test based on the Coefficient Alpha, which yielded the reliability values of 0.79, 0.80, 0.85, 0.76 and 0.81, respectively. Data gathering, which took place between 26 February and 10 April 2010, required the respondents to complete the questionnaires by themselves. Data analysis was conducted based on descriptive statistics, in which intervariate relations and relevant factors were identified by a Chi-Square Test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Multiple Linear Regression Analysis.

The research revealed that 69.3% of the subjects suffered from varying degrees of depression (17.9% from mild depression, 21.9% from moderate depression and 29.5% from severe depression). In addition, according to the study, depression was related to upbringing with a statistically significant value of $p<0.05$, to family function with $r = 0.235$ ($p<0.001$), to self-esteem with $r=0.350$ ($p<0.001$), and to GPAX with $r=0.770$ ($p<0.001$). More significantly, the combined factors of self-esteem, upbringing and GPAX were capable of predicting 23.3% of depression cases amongst students in secondary schools under Regional Education Office, Chiang Rai Province.

Recommendations based on this study concerned many parties involved. To prevent depression amongst secondary school students, teachers and parents ought to realise the importance of promoting self-esteem, democratic upbringing and academic efficiency. Besides, teachers and parents should work out an on-going, systematic method

of assessing and filtering depression victims, so that appropriate and timely assistance could be given to prevent suicidal and/or self-infliction attempts.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ii
บทคัดย่อภาษาไทย	vi
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	vii
สารบัญ	ix
สารบัญตาราง	xi
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ	2
1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา	3
1.4 ขอบเขตการศึกษา	4
1.5 นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า	8
2.2 ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า	8
2.3 ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า	13
2.4 อาการของภาวะซึมเศร้า	21
2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า	22
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	30
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	35
3.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	36
3.5 การรวบรวมข้อมูล	36
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	37

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลทั่วไป 39

4.2 ระดับภาวะซึมเศร้า 47

4.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า 48

4.4 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า 51

บทที่ 5 สรุปผลการอภิปรายและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย 54

5.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ 61

5.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป 62

บรรณานุกรม 63

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย 69

ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 71

ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในโครงการวิจัย 74

ภาคผนวก ง ประวัติผู้วิจัย 86

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 4-1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามเขตพื้นที่การศึกษา ขนาดของโรงเรียน เพศ และระดับชั้นการศึกษา	40
ตารางที่ 4-2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามผลการเรียนรวมเฉลี่ย โรคประจำตัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร และสถานภาพสมรสของบิดา-มารดา โรคประจำตัวของบิดาและมารดา และจำนวนเพื่อนสนิท	42
ตารางที่ 4-3	จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามลักษณะองค์ประกอบของการทำหน้าที่ของครอบครัว	44
ตารางที่ 4-4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามลักษณะของระดับความผูกพันกับเพื่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู	47
ตารางที่ 4-5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามลักษณะของระดับภาวะซึมเศร้า	48
ตารางที่ 4-6	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านบุคคล กับระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย โดยใช้สถิติ The Chi-square test และ Fisher's exact test.	49
ตารางที่ 4-7	แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านผลการเรียนรวมเฉลี่ย(GPAX) จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนเพื่อนในโรงเรียนของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย โดยใช้สถิติ The Pearson's Sample Correlation Coefficient test.	51

หน้า

ตารางที่ 4-8 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) 53

ตารางที่ 4-9 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย 54

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลในทุกสถานการณ์ชีวิตประจำวัน ทุกเพศ ทุกวัย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา เช่น การสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งความผิดหวังในสิ่งที่ต้องการหรือเกิดความละอายใจต่อตนเองในความผิดและการกระทำที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแสดงออกทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม โดยปกติทั่วไปบุคคลจะเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังจากที่มีการสูญเสียเกิดขึ้น แสดงอาการอยู่ในช่วง 1-2 สัปดาห์ และหายไปได้เองในช่วง 6-8 สัปดาห์ โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษา แต่ถ้าหากอาการซึมเศร้ามีความรุนแรงมากขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นการเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิต (mental disorders) ซึ่งองค์กรสาธารณสุขของทุกประเทศกำลังให้ความสนใจอย่างมาก เนื่องจากถือว่าเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 3 ของโลก (กรมสุขภาพจิต, 2546)

จากสถิติโรคซึมเศร้าของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ.2550 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในอัตรา 2,148.90 และ 2,124.31 คนต่อจำนวนประชากรแสนคน และเมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของจังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ.2550 พบว่ามีอัตรา 68.69 และ 84.08 คนต่อจำนวนประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2550) และจากสถิติของกรมสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ณ วันที่ 1 ต.ค. พ.ศ. 2550 ถึง 30 ก.ย. 2551 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,382 คน คิดเป็นอัตรา 112.68 คนต่อจำนวนประชากรแสนคน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้จากมรณบัตร (มบ.1) และ 506DS ของจังหวัดเชียงราย ดังนั้นกรมสุขภาพจิตจึงคาดว่าจะมีประชากรในจังหวัดเชียงรายมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 53,720 คน คิดเป็นอัตรา 4,768.83 คนต่อจำนวนประชากรแสนคน

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อเกิดกับวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยแห่งการปรับตัว หรือวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงระหว่างการเป็นเด็กไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ จากการศึกษาของอุมาพร ตรังสมบัติและดุสิต ลิขพิชิตกุล (2539) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 10-17 ปี จำนวน 1,264 คนโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CDI (Children Depression Inventory) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 40.8 และระดับรุนแรง ร้อยละ 13.3 สอดคล้องกับการศึกษาของจุลจราพร ศรีเพชร (Sripat, 2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ

ซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 400 คน ของโรงเรียนมัธยมศึกษา 3 แห่งในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.80 เนื่องจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นนี้จะแตกต่างกับวัยผู้ใหญ่ คือ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในวัยรุ่นจะไม่แสดงอาการซึมเศร้าอย่างชัดเจน แต่อาจจะแสดงออกในพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง มั่วสุม สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ติดสารเสพติด และมีพฤติกรรมคลุมเครือ (อรวรรณ หนูแก้ว, 2536) ทำให้มีความคิดทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ แยกตัวออกจากสังคม มีคุณค่าในตนเองต่ำ หมดหวังในชีวิตและมีความคิดทำร้ายตนเอง และนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในที่สุด (จันทนา เทศวัฒนา, 2546) จากการศึกษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางด้านจิตเวชด้วยปัญหาฆ่าตัวตายจะมีอารมณ์เศร้า ร้อยละ 87.50 (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2539) และพบว่าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 43.47 นอกจากนั้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (major depression) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำสูงเป็น 15 เท่าของผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งจากผลการศึกษาวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มที่เคยกระทำเพียงครั้งเดียวและกระทำซ้ำมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยฆ่าตัวตายมาก่อน (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2547) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคทางจิตเวชอื่น ๆ อีก โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นจะทำให้มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตแบบเพ้อคลั่ง (mania) ได้ร้อยละ 25 (สมพร บุษรานิจ, 2549) และมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ถึงร้อยละ 60-70 (Pine et al.,1999)

ดังนั้นทางผู้วิจัยและสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตทางด้านสุขภาพ และมีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จึงมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่เขตการศึกษา จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นและยังไม่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยดังกล่าว เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าและนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ของสำนักพื้นที่เขตการศึกษา จังหวัดเชียงราย และนำข้อมูลมาพัฒนาสร้างโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

คำถามหลักของงานวิจัย

1. อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงรายเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย
3. ปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่มีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ มีผลทำให้มีอาการและอาการแสดง 4 ด้าน คือ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายที่บกพร่อง ซึ่งมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น เป็นวัยที่อยู่ในช่วงรอยต่อระหว่างความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้านั้น น่าจะประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู การทำหน้าที่ของครอบครัว ดังแสดงกรอบแนวคิดดังนี้

ผังแสดงกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

- ประชากรเป้าหมายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 -6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำนวน 57,077 คน ซึ่งแบ่งเป็นเขตพื้นที่การศึกษา จำนวน 4 เขต ดังนี้
    1) สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 1 เท่ากับ 22,046 คน
    2) สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 2 เท่ากับ 9,602 คน

3) สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 3 เท่ากับ 16,204 คน

4) สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 4 เท่ากับ 9,225 คน

- ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น (Independent variables) คือ

1) ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ แผนการเรียน ผลการเรียนรวมเฉลี่ยล่าสุด โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับที่ของการเป็นบุตรของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ความพอเพียงของเงินที่บิดา-มารดาจ่ายให้ในโรงเรียน โรคประจำตัวของบิดา-มารดา และจำนวนเพื่อนสนิทในโรงเรียน

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู การทำหน้าที่ของครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง

ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ ภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลาในการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้ เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2552 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2553

คำนิยามศัพท์

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะของจิตใจที่แสดงออกทางอารมณ์ โดยมีลักษณะแปรปรวนง่าย มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ ซึ่งมีผลทำให้ความคิด พฤติกรรมและการดำเนินในสังคม โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานมากกว่าปกติในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่รุนแรงจนเป็นความผิดปกติทางคลินิก แบ่งออกเป็นความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละบุคคลจะแสดงออกทางพฤติกรรมแตกต่างกันออกไป ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Children's Depression Inventory: CDI) ที่สร้างขึ้นโดยโควาคส์ (Kovacs) ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ เป็น แบบมาตราส่วนประเมิน 5 ด้าน ประกอบด้วย สภาพอารมณ์ อาการทางกาย อาการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

นักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย หมายถึง นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1- 6 ประจำปีการศึกษา 2552 ภายใต้การควบคุมของสำนักเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 57,077 คน ซึ่งแบ่งเป็นพื้นที่เขตการศึกษาออกเป็น 4 เขต ดังนี้ สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 1 เท่ากับ 22,046 คน,

สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 2 เท่ากับ 9,602 คน, สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 3 เท่ากับ 16,204 คนและสำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 4 เท่ากับ 9,225 คน

การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสำคัญของตนเองต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ประเมินโดยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self Esteem Scale) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี มรกต (2536) มีคำถามจำนวน 10 ข้อ ที่ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง การยอมรับตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบมาตราส่วน

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู หมายถึง การรับรู้ของนักเรียนที่มีต่อวิธีการ/แนวทางการเลี้ยงดูของบิดา/มารดาหรือผู้ปกครองที่มีต่อตน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของโรเจอร์ (Roger, 1972) และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย การอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวด และการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย มีคำถามจำนวน 13 ข้อ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแต่งกาย การคบเพื่อน การคบเพื่อนต่างเพศ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา กฎระเบียบภายในบ้าน กฎระเบียบภายนอกบ้าน การเรียน การวางแผนในชีวิต การประพฤติผิดมารยาทในการอยู่ร่วมในสังคม ระเบียบวินัยและการตรงต่อเวลา และชีวิตความเป็นอยู่

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน หมายถึง ความพึงพอใจ ความสามารถในการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และประสบการณ์อย่างไม่มีเงื่อนไขกับเพื่อน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy: FI) ของเบอร์เมสเตอร์ (Burhmester) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมัณฑนา นทีธาร (2540) มีคำถามจำนวน 12 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่า โดยประเมินเกี่ยวกับลักษณะของการมีมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์ และความพึงพอใจในสัมพันธภาพ

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การที่บิดา/มารดาหรือผู้ปกครอง สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน เพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ซึ่งพัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning Assessment Device/FAD) มีคำถามจำนวน 36 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่าโดยแบ่งเป็น 6 ด้าน คือการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม

บทที่ 2
แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า
2. ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
    - 3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
    - 3.2 รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู
    - 3.2 การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง
    - 3.3 การทำหน้าที่ของครอบครัว
    - 3.4 ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน
4. อาการและอาการแสดง
5. การประเมินภาวะซึมเศร้า
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ที่มีลักษณะขึ้นๆลงๆ ซึ่งแสดงออกโดยการมีความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรมการแสดงออก สามารถเกิดขึ้นได้กับคนปกติโดยทั่วไป มีลักษณะสำคัญคือ อารมณ์เศร้า รู้สึกเบื่อ ไม่มีความสนุกสนาน มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ สมาธิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต บางครั้งอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่นอาการทางสรีระวิทยาต่างๆ การรับประทานอาหาร (Fortinash, 2008) สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการซึมเศร้าที่มีเพียงความรู้สึกเศร้าหงุดหงิดง่าย ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติขั้นเป็นโรค บ่อยครั้งที่มีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียความหวังและความรู้สึกว่างเปล่า ความสลดใจ (Caine, 1998) และโรคซึมเศร้าซึ่งถือว่าเป็นภาวะรุนแรง เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีระยะเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ติดต่อกัน (Morh, 2009) มีความผิดปกติของการดำรงชีวิตประจำวัน และรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2539)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยมของเบ็ค (Back) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานมากกว่าปรากฏการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน แต่ไม่มีความรุนแรงจนถือเป็นความผิดปกติทางด้านคลินิก

ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า

เมื่อกล่าวถึงปัจจัยหตุของภาวะซึมเศร้านั้น สามารถจำแนกได้เป็น 2 ส่วนหลัก ๆ คือ ด้านชีววิทยา (Biological factors) และด้านจิตใจ (Psychological factors) (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ดังนี้

ด้านชีววิทยา

ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมองส่วนลิมบิก (limbic system) (Morh, 2006) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมองกลุ่มแคทีคอลลามีน(cathecholamine)ได้แก่นอร์อิพิเนฟริน (norepinephine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) (Shives, 2008, Morh, 2006) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนฟริน (norepinephine) (Racagni, 2004, Morh, 2006) สาเหตุอาจจะเนื่องมาจากพันธุกรรม องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม หรืออาจจะเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephine) มีการแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ หรือเกิดการดูดซึมหรือถูกเผาผลาญไปก่อน โดยสารกลุ่มนี้จะลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (Sano, 1989 as cited in Mohr, 2006) นอกจากนั้นยัง

อาจพบว่าร้อยละ 5-10 มีระดับของฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisal) และการทำงานของต่อมไทรอยด์ต่ำกว่าปกติ (hypothyroid) และจากงานวิจัยหลายเรื่องเกี่ยวกับความผิดปกติของต่อมไร้ท่อส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารพวกเมลาโทนิน (melatonin) โปรแลคติน (prolactin) และฮอร์โมนฟอลลิเคิล สติมิวเลติงฮอร์โมน (FSH) เทสโทสเตอโรน (testosterone) โซมาโทสเตติน (somatostatin) และการที่โกรทฮอร์โมนหลั่งน้อย (growth hormone) เป็นต้น (Shives, 2008)

ทฤษฎียีนหรือพันธุกรรม (Genetic theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เกิดจากความบกพร่องในพันธุกรรม (gene) ที่สืบต่อกันมาจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง และจากข้อมูลทางวิชาการ พบว่า ถ้าเป็นพี่น้องสายตรงจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5-25 (Mokdin, 1991 as cited in Carol, 2008) ถ้าฝาแฝดใบเดียวกัน คนใดคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า (depression) โอกาสที่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดโรคนี้สูงถึงร้อยละ 70-80 (Shives, 2008) แต่ถ้าเป็นแฝดจากไข่คนละใบ คือ พี่น้องทั่วไปซึ่งไม่ใช่ฝาแฝด โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะพบประมาณร้อยละ 10-25 เนื่องด้วยฝาแฝดไข่ใบเดียวกับมียีนส์ที่ลักษณะคล้ายกัน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) และกรณีที่เป็นญาติ (ลุง ป้า น้า อา) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้อยละ 7 (Shives, 2008)

ด้านจิตใจ

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อบุคคลประสบความสูญเสีย (John, 2009, Shives, 2008) ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่อาจเกิดจากความเข้าใจไปเอง ทำอาจมีผลทำให้ความมีตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายไป เนื่องจากตัวตน(ego status) จะเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (decision) ความมีเหตุผล(reason) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆที่เกี่ยวกับเหตุผล ความถูกต้อง ความเหมาะสม เมื่อตัวตน (ego status) ลดต่ำลงหรือถูกทำลาย จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิด เพื่อปลดปล่อยตนเองออกจากความซึมเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย เกิดการยับยั้งไม่ให้เกิดการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับปัญหา ทำให้มีแนวคิดด้านลบกับตนเอง (negative though) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (low self-esteem) ไม่มีความหมาย (hopelessness) และพึ่งพาผู้อื่น (dependent in another) (ดวงใจ กสานติกุล, 2542 & Carol, 2009)

ทฤษฎีความสิ้นหวังหรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายโดยเซลิกแมน (Seligman, 2002) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพของสถานการณ์นี้ไม่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใดๆได้แล้ว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีการรับรู้สถานะของตนเองว่าไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดภาวการณ์ปล่อยสถานการณ์เกิดขึ้นเลยตามเลย อาจจะพบพฤติกรรม การอยู่เฉย ๆ ไม่ตอบโต้ นิ่ง ไม่ยอมแก้ไข (Carol, 2009, John, 2008)

ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced positive Reinforcement Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายโดย ลีวินซอน (Lewinsohn as cited in Wilson et al., 1989) ซึ่งมีความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการลดการเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) ให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ เช่น การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (low-self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) (Carol, 2009) การไม่สามารถจัดการหรือควบคุมเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ เป็นต้น เมื่อประสบกับเหตุการณ์ต่าง ๆในชีวิตแล้วทำให้เกิดการลดแรงเสริมตนเองในทางบวกขึ้น แล้วมีผลทำให้เพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self-awareness) คิดมุ่งเน้นตนเองมากกกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) แล้วนำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) ทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านพฤติกรรม ความคิดและสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Shives, 2008)

ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายโดย เบ็ค (Back, 1967 as cited in Carol, 2009) จิตแพทย์ที่ชำนาญด้านจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ซึ่งมีความเชื่อว่า อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา คือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลความจากสิ่งเร้าที่เข้ามา เกิดการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ซึ่งมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญา ในขณะเดียวกันปัจจัยเสริมต่างๆ ก็มีอิทธิพลต่อกระบวนการทางปัญญา ซึ่งตามความเชื่อพื้นฐานจะทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมโดยการปรับกระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ กฎเกณฑ์ส่วนตัว ความคาดหวัง จินตภาพ การใช้เหตุผล การคิดต่อตนเอง เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้อารมณ์และพฤติกรรมมีการปรับเปลี่ยนตามมา (ลำเจียก กำธร, 2548)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากปัจจัยเหตุต่าง ๆได้หลายแนวความคิด/ความเชื่อ ไม่ได้มีปัจจัยเหตุเดียวที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงควรมีการ

พิจารณาค้นหาปัจจัยเหตุหลายด้าน เพื่อให้ได้สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างแท้จริงและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มักพบในเด็กและวัยรุ่นร้อยละ 2-6 (Birmaher, 2004, Antai-Otong, 2008) และเมื่อศึกษาในระยะยาวในกลุ่มเด็กที่มีอายุ 10 ปีแล้วศึกษาอย่างต่อเนื่องไปอีก 4 ปี พบว่ามีอัตราของการเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นประมาณ 10 เท่า ซึ่งเมื่อมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงมากขึ้นจะทำให้พบอัตราการฆ่าตัวตายได้มากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้เด็กเพศชายที่เข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าปกติและปัญหาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตช้า สิว น้ำหนักตัวเพิ่ม เต้านมใหญ่ทั้งในเพศชายและหญิง จะนำไปสู่ความรู้สึกที่มีปมด้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง เนื่องจากมีการรับรู้ ความคิดเกี่ยวกับตนเองถึงความแตกต่างจากกลุ่มเพื่อน อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

เพศ

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็ก พบว่า เพศหญิงจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายถึงสองเท่า (Carol, 2009, Sadock, 2003, Lorraine, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ที่ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าของเด็กอายุ 10-15 ปี พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยทางสังคม/สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเด็กเพศหญิงมากกว่าเด็กเพศชาย จึงทำให้การแสดงบทบาทของเด็กเพศหญิงประสบความยุ่งยากมากกว่าเด็กเพศชาย และจากการศึกษาของอรวรรณ หนูแก้ว (2536) ที่ศึกษาเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดจังหวัดสระแก้วกับเด็กครอบครัวปกติ พบว่าเด็กเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กเพศหญิง ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการที่เพศหญิงแสดงออกได้มากกว่าเพศชายที่ระดับภาวะซึมเศร้าเดียวกัน

บุคลิกภาพส่วนตัว

บุคลิกภาพส่วนตัวเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความไม่มั่นใจในตนเอง โดยพบว่า บุคคลที่มีลักษณะขี้อาย ไม่มั่นคงทางด้านอารมณ์ ไม่กล้าแสดงออก ใช้วิธีการเผชิญปัญหาในแบบการกล่าวโทษตนเอง (introjections) บุคลิกภาพแบบพึ่งพา (dependent personality or dependent on another) และพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ (opsessive compulsive) มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง (Bonnie, 2008, Stuart, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิรมล เย็นสุข (2539) ที่ศึกษากระบวนการเข้าสู่

อาชีพของคนพิการชุมชนเมือง พบว่า คนพิการที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว แยกตนเองออกจากสังคม มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนพิการที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผยและชอบเข้าสังคม

สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว

วัยรุ่นที่มีสภาพเศรษฐานะต่ำและบิดามารดาไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ในการอบรมเลี้ยงดูและเด็กที่มาจากครอบครัวซึ่งสภาพเศรษฐานะสูงมักได้รับการเลี้ยงดูแบบตามใจ หรือปกป้องมากเกินไป (over protection) มีผลทำให้เด็กเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ (negative though) ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (ประดินัน อุปรมัย, 2543) สอดคล้องกับจากการศึกษาของวราพร อินทบุหรั่น (2534) ที่ศึกษาเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2539) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนที่มาจากครอบครัวรายได้ต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง

สถานภาพของบิดามารดา

สถานภาพสมรสของบิดามารดา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ความรู้สึกปลอดภัยจากความเครียด หรือลดความขัดแย้งในจิตใจและทำให้บุคคลมีการมองโลกในแง่ดี (positive thinking) การที่บิดามารดาแยกกันอยู่ หรือครอบครัวที่มีความขัดแย้ง หย่าร้าง จะส่งผลให้มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาไม่ดี ทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดความรู้สึกไม่มีความมั่นใจในตนเอง (low self-esteem) ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น(dependent on another) การปรับตัวไม่ดี (maladaptation) เกิดความวิตกกังวลและอาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุลจราพร ศรีเพชร (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า สถานสมรสของบิดามารดามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของครอบครัว

เด็กวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่บิดามารดามีความผิดปกติทางจิตเวช (mental disorders) จะมีโอกาสเกิดความผิดปกติทางด้านจิตเวชมากกว่าเด็กที่มีบิดามารดาปกติ โดยพบว่าร้อยละ 40 ของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า จะบิดาหรือมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง (David, 2006, Dave, 2009) และสอดคล้องกับการศึกษาของโลฮอฟ (Lohoff, 2010) พบว่า อัตราเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของเด็กจะสูงขึ้นเมื่อมีบิดามารดามีประวัติของภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมการแสดงออกในด้านทักษะ บทบาทของการเป็นบิดามารดาที่ไม่ดี/สมบูรณ์ เช่นเดียวกับศักยภาพในการทำหน้าที่ของสังคม (Stuart, 2009)

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

การอบรมเลี้ยงดู เป็นวิธีการที่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย บิดา-มารดาหรือบุคคลอื่น ๆได้ปฏิบัติต่อสมาชิกของครอบครัว/เด็ก เพื่อสนองความต้องการของเด็กและให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี การอบรมเลี้ยงดูจะบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความพร้อมและการยอมรับวิธีการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวเป็นสำคัญโดยเฉพาะในช่วงวัยเด็กตอนต้น ซึ่งเริ่มจากเซฟเฟอร์ (Schaefer) ได้แบ่งองค์ประกอบของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูไว้เป็น 2 มิติที่เป็นอิสระต่อกัน คือ มิติรัก-เกลียดชัง (love/hostility) หรือ มิติรัก-ปล่อยปละละเลย (loving/rejecting) และมิติควบคุม-เป็นตัวของตัวเอง (autonomy/control) หรือเรียกว่า มิติรักตามใจ-เข้มงวด (permissiveness/restrictiveness) และต่อมาเบคเกอร์ (Becker) ได้แบ่งย่อยออกอีก 3 มิติ คือ มิติเข้มงวดกวดขัน-รักตามใจ (restrictiveness/permissiveness) มิติใช้อารมณ์-สงบเยือกเย็น (anxious emotional involvement/calm-detachment) และมิติอบอุ่น-เกลียดชัง (warmth-hostility) ซึ่งวิธีการในการอบรมเลี้ยงดูลูกนั้นในแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกันไปตามสภาพความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจของเด็ก ซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบได้หลากหลายรูปแบบดังนี้

ดุษฎี โยเหลา, 2532 (อ้างจากธัญญลักษณ์ บุญลือ, 2549) ได้แบ่งรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูไว้ 10 แบบดังนี้

1) การอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน หมายถึง การที่บิดามารดายอมรับ ชื่นชม ให้การสนับสนุน เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และให้ความสนใจในตัวลูก
2) การอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุผล หมายถึง การที่บิดามารดาให้เหตุผลในการสนับสนุน หรือห้ามปราบลูกในการมีกิจกรรมต่างๆ และมีการให้รางวัลและการลงโทษแอย่างสม่ำเสมอ
3) การอบรมเลี้ยงดูแบบไม่ใช้เหตุผล เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาให้การดูแลตรงกันข้ามกับการอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุผล
4) การอบรมเลี้ยงดูแบบลงโทษทางจิตมากกว่าทางกาย เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาลงโทษด้วยการเฆี่ยนตี ทุบ ให้มีการบาดเจ็บทางร่างกายหรือมีการลงโทษด้วยการดุด่า แสดงสีหน้าหรือความไม่พึงพอใจ หรือการตัดสิทธิบางอย่างของลูกที่ควรจะได้รับหรือได้รับเป็นปกติ
5) การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาออกคำสั่งให้ปฏิบัติตามและคอยตรวจตรา ควบคุมพฤติกรรมการแสดงออก โดยไม่ปล่อยให้เป็นอิสระ
6) การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาให้ความยุติธรรม ให้ความรัก ความอบอุ่น มีเหตุผล ยอมรับนับถือในความสามารถ ศักยภาพและความคิดเห็นต่าง ๆ

7) การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาไม่ให้การเอาใจใส่ดูแล ให้การสนับสนุน ให้ความรักความอบอุ่น ปล่อยให้แสดงออกทางพฤติกรรม ความคิดได้อย่างอิสระ
8) การอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวดกวดขัน เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาไม่ให้อิสระ อยู่ในระเบียบกฎเกณฑ์ วินัยที่ได้กำหนดไว้
9) การอบรมเลี้ยงดูแบบให้ความรัก เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาเป็นผู้ให้คำแนะนำ สนับสนุนและช่วยเหลือ ปกป้อง คุ้มครอง เพื่อให้ลูกมีความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง
10) การอบรมเลี้ยงดูแบบเรียกร้องเอาจากเด็ก เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาควบคุมเรียกร้องเอาจากลูก เช่น ความสำเร็จ เป้าหมายที่ตั้งไว้ และจะแสดงออกอย่างไม่พึงพอใจเมื่อลูกไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้

โรเจอร์ (Roger) ได้แบ่งรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1) การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่ลูกมีความรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อตนเองนั้นอย่างยุติธรรม มีความอดทน อดกลั้น ไม่ตามใจจนเกินไปและเข้มงวดจนเกินไป มีการยอมรับในความคิด ความรู้สึก และความสามารถของลูก
2) การอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวดกวดขัน เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่ลูกมีความรู้สึกคับข้องใจ บิดา-มารดามีการก้าวก่ายในเรื่องส่วนตัวของลูก ถูกบังคับให้ทำตามสั่ง/ความต้องการของบิดา-มารดา และทำให้มีความรู้สึกผิด เมื่อมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
3) การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่ลูกมีความรู้สึกว่าตนเองได้มีอิสระในการจัดการตนเอง บิดา-มารดาตามใจ แต่ไม่ได้รับการเอาใจใส่จากบิดา-มารดาเท่าที่ควร

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพของเด็กและเยาวชน จากการทบทวนเอกสาร พบว่า ครอบครัวที่มีบิดามารดามีความขัดแย้งหรือใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี มีผลทำให้เด็กซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ นิสัยก้าวร้าว พูดจาหยาบคาย ชอบทะเลาะวิวาท อันเป็นผลให้มีการเลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าว และนำไปสู่การกระทำผิดกฎหมายได้ (เบญจพร ปัญญายง, 2545) ในกลุ่มเด็กที่กำพร้าบิดามารดา หรือบิดากับมารดาแยกทางกัน ทำให้เกิดขาดความอบอุ่นขาดที่พึ่ง ความที่ปรึกษา อันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Stuart, 2009) ซึ่งรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูจากบิดา-มารดาเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดคุณลักษณะ และพฤติกรรมของบุคคลที่นำไปสู่การพัฒนาตนเองในอนาคตได้ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของโรเจอร์ (Roger) เป็นหลักในการแบ่งรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูลูก

การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง

คูเปอร์สมิท (Coopersmith) กล่าวว่า การรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของบุคคล ที่แสดงออกถึงการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง แสดงออกถึงขอบเขต ความเชื่อของบุคคลต่อตนเองในด้านความรู้ ความสามารถ ความสำเร็จ พลังอำนาจ สติปัญญา และความมีคุณค่าความสำคัญของตนโดยรับรู้จากคำพูดและพฤติกรรมการแสดงออก

โรเซนเบอร์ก (Rosenberg) อธิบายว่า การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองเป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองในศักยภาพและพลังอำนาจของตนเอง

มาสโลว์ (Maslow) กล่าวว่า การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ มีศักยภาพ มีความสำคัญ สามารถทำงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีมุมมองถึงความสามารถ ศักยภาพ สติปัญญา ความคิด การแสดงออก และการยอมรับของตนเอง ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ใช้ตามความหมายของโรเซนเบิร์ก

องค์ประกอบของการรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง

มาสโลว์ (Maslow) แบ่งการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 องค์ประกอบดังนี้

1) การยอมรับ นับถือ และประเมินคุณค่าด้วยตนเองว่ามีความสำคัญ ศักยภาพ ความสามารถ ประสบความสำเร็จ อำนาจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง

2) การยอมรับ นับถือ และประเมินคุณค่าจากบุคคลอื่น ว่าเป็นได้รับยอมรับ มีเกียรติชื่อเสียง มีอำนาจและมีความสำคัญกับบุคคลอื่น

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) แบ่งองค์ประกอบของการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1) ความสำคัญ (significance) เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองได้รับการยอมรับ มีคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลอื่น

2) ความสามารถ (competence) เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆได้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ มีความสามารถในการเผชิญ จัดการและปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

3) คุณความดี (worthy) เป็นการทีบุคคลรับรู้ว่าตนเองได้ปฏิบัติตนถูกต้อง เหมาะสมกับค่านิยม ระเบียบ ประเพณี จารีต จริยธรรมและศีลธรรม ตามการรับรู้ที่เป็นจริง มีการมองโลกในแง่ดีและมีความพึงพอใจกับชีวิตของตนเอง

4) พลังอำนาจในตนเอง (power) เป็นการที่บุคคลรับรู้และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีพลังอำนาจในการจัดการหรือกระทำสิ่งต่างๆ ได้ตามต้องการ/เป้าหมาย

อมรรัตน์ ชัยนนถี (2550) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการประเมินการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองไว้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) การมีคุณค่าในตนเองด้านทั่วไป หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมการแสดงออกต่อลักษณะทางกายภาพ ความสามารถในเรื่องทั่วไป สมรรถภาพการทำกิจกรรม รวมถึงความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ค่านิยม ความปรารถนาของตนเอง

2) การมีคุณค่าในตนเองด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกต่อบุคคลในครอบครัว รวมถึงการรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความสำคัญ และมีความหมายต่อครอบครัว

3) การมีคุณค่าในตนเองด้านสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสังคมในด้านความเป็นอยู่ รายได้ ที่อยู่อาศัย ชุมชน บทบาทของตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน กลุ่มที่ทำงาน และบุคคลอื่นๆซึ่งบ่งบอกถึงการได้รับการยอมรับจากสังคม

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองมีองค์ประกอบหลายด้านและเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลแสดงออกทางพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะท่าทางแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว อาจสังเกตได้จากลักษณะพฤติกรรม ท่าทาง น้ำเสียง และคำพูด อันนำไปสู่การพัฒนาบุคลิกภาพตามมา การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้ไปตามวัย วุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ของแต่ละช่วงของชีวิต (life span) ในวัยเด็กสัมพันธภาพระหว่างบิดาและมารดาและสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่มีต่อผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมมากที่สุด และเมื่อเข้าสู่ในวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้นแทนบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว จนกลายเป็นบุคคลสำคัญต่อไป ถ้าวัยรุ่นได้รับความรัก ความเข้าใจจากบุคคลเหล่านี้ ก็จะทำให้มีการรับรู้ตนเองในทางบวก แต่ถ้าสมาชิกของครอบครัวและบุคคลไม่เห็นคุณค่า ไม่ยอมรับ ก็จะนำไปสู่การรับรู้การมีคุณค่าต่อตนเองในทางลบ รับรู้ว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย มีปมด้อย จนอาจมีภาวะซึมเศร้าได้ (Stuart, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทากาคุร่า (Takakura, 2009) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 3,202 คน อายุ 15-18 ปี พบว่า การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 37.9 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา สุวังบุตร (2545) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 47.1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ คอย ละอองอ่อน(2549) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของเยาวชน

และเด็กที่ศูนย์เด็กและเยาวชน เขต 6 จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 10.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัว ถือว่าเป็นงานที่สมาชิกในครอบครัวพึงปฏิบัติต่อกัน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งจะเปลี่ยนไปตามยุคสมัย หน้าที่บางอันอาจจะมีหน่วยงานหรือสถาบันอื่นทำหน้าที่ทดแทนได้ แต่หน้าที่บางกิจกรรมครอบครัวเท่านั้นที่ปฏิบัติได้ (รวงรัชต์ บัณฑิตยารักษ์, 2547) ซึ่งเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการ คือ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

1) เพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ การที่ฝ่ายชายและหญิงมาอาศัยอยู่ร่วมกันมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการผู้สืบสกุล

2) เพื่อความอยู่รอด เนื่องจากครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล การได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเสาะแสวงหาวัตถุอื่นๆที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร ยา เสื้อผ้า และการปกป้องอันตรายต่างๆ

3) เพื่อการพัฒนาในด้านต่างๆ จากการที่ครอบครัวมีหน้าที่ในการให้การศึกษา ความรู้แก่สมาชิก ตลอดรวมถึงการถ่ายทอดวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยม

4) เพื่อวัตถุปนระสงค์ด้านธุรกิจ สืบเนื่องจากครอบครัวมีหน้าที่ในการเป็นแหล่งผลิตทำกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้เข้าสู่ครอบครัว

ซึ่งตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ หรือ MMFFF (McMaster Model of Family Functioning) ได้มองการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยเน้นด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต หรือเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตโดยตรง แบ่งภารกิจของครอบครัวออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) ภารกิจพื้นฐาน (basic task) เป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องกระทำอันดับแรก เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตให้อยู่รอดได้ เช่น การจัดสรรหาปัจจัยสี่พื้นฐาน รวมถึงการดูแลด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย

2) ภารกิจด้านพัฒนาการ (development task) เป็นการช่วยเหลือและผลักดันให้สมาชิกพัฒนาไปตามความเหมาะสมตามขั้นตอนของพัฒนาการ ทั้งในด้านพัฒนาการส่วนบุคคล และพัฒนาการของครอบครัว

3) ภารกิจในยามวิกฤติ (crisis task) เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวหรือแก้ปัญหาและฝ่าวิกฤติไปได้ เช่น การเสียชีวิตของบุคคลที่รัก การตกงาน การเจ็บป่วย การประสบภัยทางธรรมชาติ และการหย่าร้าง เป็นต้น ความสามารถของครอบครัวในการจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นตัวบ่งบอกถึงความเข้มแข็งของครอบครัว

และเมื่อพิจารณาตามแนวความคิดของแมคมาสเตอร์ได้แยกองค์ประกอบของการทำหน้าที่ของครอบครัวดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

1) **การแก้ปัญหา (problem solving)** หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งถ้าครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้ดี มีประสิทธิภาพจะมีผลทำให้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวดเร็วและเป็นระบบ แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีผลทำให้แก้ปัญหาไม่เป็นระบบ และสาเหตุของปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลทำให้เป็นปัญหาที่เรื้อรังและมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (McMaster) จะมีหลายขั้นตอนดังนี้ แยกประเด็นปัญหาให้ชัดเจน มีการสื่อสารกันในภายครอบครัวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อร่วมกันแก้ปัญหา มีการตัดสินใจเลือกแก้ปัญหาตามวิธีที่เหมาะสม ดำเนินการแก้ปัญหาตามที่ได้ตัดสินใจและมีการประเมิน ติดตามการแก้ปัญหาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนนี้ ไม่จำเป็นต้องดำเนินการครบทุกขั้นตอน ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการแก้ปัญหา

2) **การสื่อสาร (communication)** หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกันในครอบครัว ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การสื่อสารที่ใช้คำพูด (verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (non-verbal communication) ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (McMaster) จะเน้นการสื่อสารโดยใช้คำพูด เนื่องจากเป็นการสื่อสารที่สามารถวัดและประเมินได้ชัดเจนกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด และในด้านเนื้อหาของการสื่อสารสามารถออกเป็น 2 รูปแบบคือ เนื้อหาที่เกี่ยวกับวัตถุ (instrumental) และเนื้อหาที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (affective) โดยการสื่อสารของครอบครัวที่ดีต้องประกอบด้วยความชัดเจนในด้านเนื้อหาและสามารถสื่อได้ตรงบุคคลเป้าหมาย สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบ คือ เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (clear and direct) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (clear and indirect) เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (masked and direct) และเนื้อหาที่ไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (masked and indirect) ซึ่งพบว่าในครอบครัวที่มีการสื่อสารดีจะเป็นครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม

3) **บทบาท (role)** หมายถึง ลักษณะการแสดงออกของสมาชิกครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ ซึ่งแบ่งออกเป็นบทบาทที่เกี่ยวกับด้านวัตถุ (instrumental) และบทบาทที่เกี่ยวข้องกันอารมณ์ (affective) โดยพบว่าครอบครัวที่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ดีนั้นมักประกอบด้วย การมอบหมายให้สมาชิกทำตามบทบาทหน้าที่ของตน (role allocation) และการดูแลให้สมาชิกครอบครัวได้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่เหมาะสม (role accountability)

4) **การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness)** หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้าน

คุณภาพและปริมาณของการแสดงออกทางอารมณ์ต่อสมาชิกในครอบครัว โดยอารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้จำแนกได้เป็น 2 ประเภทคือ อารมณ์ที่อยู่ในภาวะปกติ ได้แก่ อารมณ์รัก ยินดี ดีใจ สุข และอารมณ์ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ได้แก่ อารมณ์กลัว โกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวัง ซึ่งพบว่าถ้าครอบครัวใดสามารถตอบสนองทางด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ สมาชิกในครอบครัวจะสามารถสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) **ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement)** หมายถึง ระดับของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวที่ผูกพันห่วงใยซึ่งกันและกัน เห็นคุณค่าของกันและกัน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ระดับ คือ ระดับปราศจากความผูกพัน (lack of involvement) โดยจะพบว่าสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวไม่มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน ต่างคนต่างอยู่ ไม่สนใจซึ่งกันและกัน ระดับผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (involvement devoid feeling) เป็นลักษณะของสมาชิกครอบครัวไม่มีความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน ระดับผูกพันเพื่อตนเอง (narcisstic involvement) เป็นลักษณะของครอบครัวที่มีความผูกพันห่วยใยในกันและกันเพื่อตอบสนองความต้องการ/ผลประโยชน์ของตนเอง ระดับผูกพันอย่างเข้าอกเข้าใจ (emphatic involvement) ระดับผูกพันมากเกินไป (over involvement) และระดับผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (symbiotic involvement) ซึ่งในแต่ครอบครัวจะมีความผูกพันในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระยะพัฒนาการของครอบครัวนั้น โดยพบว่าครอบครัวที่มีความผูกพันทางอารมณ์ที่ดี คือ ความผูกพันที่สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกอิสระ แต่ในขณะเดียวกันก็มีความผูกพันในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่บุคคลในครอบครัวกำลังเข้าสู่วัยรุ่น

6) **การควบคุมพฤติกรรม (behavioral control)** หมายถึง วิธีการของครอบครัวในการจัดการกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ พฤติกกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อน การร่วมงานทางสังคม พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายและทรัพย์สิน และการรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ ได้แบ่งลักษณะของการควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวออกเป็น 4 รูปแบบคือ การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid behavior control) การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (flexible behavior control) การควบคุมพฤติกรรมแบบตามใจ (laissez-faire behavior control) และการควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้องค์ประกอบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (MMFF) เนื่องจากแนวคิดนี้เน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวครอบคลุมทั้งในด้านของการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทของครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันและการควบคุมการแสดงออกทางพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมี

ความรัก ความอบอุ่น เข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกัน อาจเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและลูกมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างให้ลูกมีการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมั่นใจในการแสดงออกทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ (Boyd, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ปัญญายง (2545) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของคนพิการทางด้านการมองเห็น พบว่า เด็กพิการที่มีความผูกพันกับบิดามารดาดีจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีความผูกพันกับบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน

เพื่อน เป็นบุคคลที่สามารถแลกเปลี่ยน ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ต่างๆ รวมถึงประสบการณ์โดยไม่มีเงื่อนไขและมักมีอายุวัยใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน (peer group) และมีอิทธิพลมากที่สุดในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากทำให้มีความรู้สึกปลอดภัย (Santrock, 2008) และธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิด ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน และเมื่อวิเคราะห์ตามหลักพัฒนาการแล้ว เป็นวัยที่มีความต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น โดยพัฒนาการของความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนจะค่อย ๆเกิดขึ้นในระยะเข้าสู่วัยรุ่น ในวัยเด็กความต้องการด้านสัมพันธภาพของเพื่อนจะอยู่ที่กิจกรรมการเล่น การยอมรับในกลุ่มกับเพื่อน โดยเป็นคนสนุกสนานและเป็นเพื่อนที่เล่นที่ดี ในเด็กวัยรุ่นจะเป็นสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดมากขึ้น เด็กวัยรุ่นจะต้องมีความสามารถในสัมพันธภาพนอกห้องเรียน มีทักษะที่เหมาะสมในการเปิดเผยตนเอง และมีความสามารถในการสนับสนุนด้านอารมณ์กับเพื่อน การขาดสัมพันธภาพกับเพื่อนจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด รู้สึกไม่มั่นคง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า สอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เมสเตอร์ (Buhrmester,1990; อ้างในคอย ละอองอ่อน, 2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับมิตรภาพที่ผูกพันใกล้ชิด ความสามารถในสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการปรับตัวความสัมพันธ์ทางบวกสูงกับการปรับตัวและความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยรุ่นมากกว่าเด็กก่อนวัยรุ่นและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูงจะทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และถ้ามีความผูกพันกับเพื่อนน้อยจะทำให้มีภาวะซึมเศร้า ความไม่เป็นมิตรและวิตกกังวลได้

อาการและอาการแสดง

ภาวะซึมเศร้า (depressive disorders) อาการและแสดงของเด็กวัยเรียนถึงวัยรุ่นนี้ ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ที่ไม่มั่นคง บางรายสามารถพบปัญหาทางด้านพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการเรียนตกต่ำ การคบเพื่อน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆได้ การอยู่ร่วมในสังคม (Linda, 2008) นอกจากนี้ยังอาจพบปัญหาของการมีคุณค่าในตนเองต่ำ การติดสารเสพติด และปัญหาการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย (Catherine, 2005) อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นสามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และร่างกาย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรง ดังนี้

1) **อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (transient symptoms)** เป็นสภาพอารมณ์ที่เกิดได้กับบุคคลทุกคน เมื่อประสบความผิดหวัง สะเทือนใจ หรือเผชิญกับความสูญเสีย ทำให้มีอารมณ์ซึมเศร้า แต่อารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้จะหายไปเอง เมื่อเวลาผ่านไปหรือเมื่อบุคคลปรับตัวได้ ไม่ถือว่าเป็นภาวะอารมณ์ซึมเศร้าที่ผิดปกติ อาการที่มักพบได้แก่
    1) **ด้านอารมณ์** : หดหู่ เหงา ผิดหวัง เสียใจ
    2) **ด้านพฤติกรรม** : ร้องไห้
    3) **ด้านความคิด** : อาจคิดถึงเรื่องที่ผิดหวังมาก หยุดคิดไม่ได้
    4) **ด้านร่างกาย** : อ่อนเพลียเล็กน้อย เหนื่อยล้า ไม่อยากทำอะไร
2) **อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression)** มักเป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลที่รัก เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญ คนรัก ทรัพย์สินมีค่า รวมถึงความสามารถทางด้านร่างกายของตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต แต่ยังไม่ถือว่าเป็นภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ ถ้าหากบุคคลมีการปรับตัว ภาวะซึมเศร้านี้จะลดน้อยลงจนหายไปด้วยตนเอง อาการที่พบได้แก่
    1) **ด้านอารมณ์** : วิตกกังวล โกรธ รู้สึกผิด ไม่มีคุณค่า เหงา หมดหวัง ท้อแท้ หรือปฏิเสธความรู้สึก
    2) **ด้านพฤติกรรม** : ร้องไห้ง่าย พฤติกรรมถดถอย ตำหนิตนเอง แยกตัว ไม่อยากทำอะไร บางครั้งอาจพบพฤติกรรมกระสับกระส่ายได้ ซึ่งมักพบในกลุ่มที่มีความไม่มั่นคงทางด้านอารมณ์
    3) **ด้านความคิด** : ย้ำคิดย้ำทำ ตำหนิตนเอง/ผู้อื่น ขาดความมั่นใจ ลังเล ไม่สามารถตัดสินใจได้
    4) **ด้านร่างกาย** : เบื่ออาหาร หรืออาจจะรับประทานอาหารได้มากขึ้น นอนไม่หลับหรือนอนมากขึ้น ปวดศีรษะ ปวดหลัง

3) **อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression)** เป็นภาวะอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียและไม่สามารถจัดการได้ตามความเหมาะสม และเมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน จะมีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ชนิด dysthymic disorders อาการและอาการแสดงที่มักพบ ได้แก่

1) **ด้านอารมณ์** : เหงา หมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่าง ๆรอบตัวไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่สนุกสนานในกิจกรรมต่าง ๆ
2) **ด้านพฤติกรรม** : ภาวะ psychomotor retardation ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า พูดน้อยลง ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ดูแลร่างกายตนเองลดลง
3) **ด้านความคิด** : ความสนใจในสิ่งต่าง ๆลดลง ไม่มีสมาธิ คิดช้าลง ย้ำคิดย้ำทำ คิดแต่ด้านตนเองไม่ดี และอาจจะคิดทำร้ายตนเอง
4) **ด้านร่างกาย** : เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือรับประทานอาหารได้มากเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับโดยเฉพาะช่วงเข้านอน (early night insomnia) ความสนใจทางเพศลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อย ปวดศีรษะ หายใจไม่ออก เจ็บหน้าอก อาหารไม่ย่อย และไม่มีแรง

4) **อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (severe depression)** มักพบในบุคคลที่สูญเสียการรับรู้ความจริง (Out of reality) โดยมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

1) **ด้านอารมณ์** : หมดหวังโดยสิ้นเชิง เฉยเมย สีหน้าดูว่างเปล่า เหงา และเศร้า ไม่มีความสุขในการทำกิจกรรม
2) **ด้านพฤติกรรม** : เชื่องช้า เดินช้า ๆ ไม่พูด ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงกันข้ามอาจจะมีอาการกระสับกระส่าย (irritability) หงุดหงิด นั่งไม่ติด (agitation) ไม่สนใจในการดูแลตนเอง อาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ถ้าหากมีอาการหลงผิด
3) **ด้านความคิด** : สับสน ไม่มีสมาธิ หลงผิด (delusion) คิดฆ่าตัวตาย ประสาทหลอน (hallucination)
4) **ด้านร่างกาย** : การทำงานของระบบต่าง ๆลดลง หมดสมรรถภาพทางเพศ ประจำเดือนไม่มาตามปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินได้โดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจุบันสามารถประเมินโดยจำแนกตามลักษณะผู้ประเมินได้เป็น 2 แบบ คือ การประเมินภาวะ

ซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบการประเมินตนเอง ดังจะกล่าวถึงรายละเอียดดังนี้

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สังเกตและผู้สัมภาษณ์ (Interview and Observer) ประกอบด้วยแบบประเมิน ดังนี้

1) **แบบประเมิน Halmilton Rating Scale for depression (HRSD or HAM-D)**

เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยเฮมิตัน (Hamiton) เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรก ๆ และสามารถใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในประชากรในกลุ่มอื่น ๆ ได้และมีการใช้อย่างกว้างขวางในการบำบัดรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 15 นาที มีการตรวจสอบเครื่องมือ โดยมีค่าความตรงของเครื่องมือระหว่าง 0.80-0.90 และค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.65-0.90 เน้นการประเมินในด้านอารมณ์ อาการทางกาย เช่น อ่อนล้า ปากแห้ง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ เป็นต้น ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด กระวนกระวายใจและการหยั่งรู้ ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ มีจำนวนข้อไม่มาก ง่ายต่อการทำ มีความแม่นตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมินและต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ การคิดและจิตวิญญาณได้ นอกจากนั้นแบบประเมินนี้จะใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ทำให้ไม่สามารถประเมินได้บ่อย

2) **แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กแบบสั้น (Short Children's Depression Inventory: SCDI)**

แบบประเมินนี้ดัดแปลงมาจากดัชนีชี้วัดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (The Back Index of Depression) ของคาร์ลซัน และคาร์นเวลล์ (Carlson & Cantwell) เพื่อทดสอบความถูกต้องของการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าระหว่างเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยในและนอก เน้นการประเมินทางด้านอารมณ์ การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความรู้สึกหมดหวัง อาการเบื่อหน่าย และความรู้สึกผิด ใช้กับเด็กและเยาวชนอายุ 7-17 ปี ประกอบด้วยคำถามจำนวน 13 ข้อ แบบประเมินนี้เหมาะสำหรับที่จะใช้ค้นหาอาการและอาการแสดงที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้า

3) **แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรี่และแอสเบอร์ก (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)**

สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี่และแอสเบอร์ก (Montgomery-Asberg) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.97 ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้

คือต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์และแบบประเมินนี้มีการนิยามของภาวะซึมเศร้าไม่ครอบคลุมการนิยามภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันในปัจจุบัน

4) **แบบประเมิน Resin Scale (Three-Area Severity of depression Scale)**

พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดยราสคิน (Raskin) สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เนื้อหาของการประเมินจะครอบคลุมในเรื่องของคำพูด พฤติกรรมและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในรายที่เคยเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นที่ไม่ใช่อาการซึมเศร้า แบบประเมินนี้มีจำนวนทั้งหมด 3 ข้อ ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 3 นาที แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.88 ข้อดีคือ ใช้ง่าย เนื่องจากมีข้อคำถามน้อย แต่แบบประเมินนี้เกณฑ์การวัดไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM –IV Criteria) และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามอาการของภาวะซึมเศร้าบางอาการได้

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบการประเมินตนเอง (Self-report) ประกอบด้วยแบบประเมิน ดังนี้

1) **แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung Self-rating Depression Scale (Zung SDS)**

แบบประเมินนี้สร้างขึ้นในปี 1965 โดยซุง (Zung) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการการเจ็บป่วยทั้งหมด ประเมินในด้านอารมณ์ ความคิด และด้านร่างกาย ใช้วัดในผู้ใหญ่ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางกาย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 15-20 นาที แบบประเมินนี้มีความไว 0.97 ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ ง่ายต่อการนำไปใช้ ส่วนข้อด้อยคือ แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM - IV) ในเรื่องของความคิดฆ่าตัวตายและอาการทางจิตบางอย่าง สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และโดยส่วนใหญ่มักนิยมวัดภาวะซึมเศร้าในแง่ของ 2 ด้านนี้เท่านั้น

2) **แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น (Children's Depression Inventory : CDI)**

สร้างขึ้นโดยโควาคส์ (Kovacs) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ของเบ็ค แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น โดยมีเบ็คร่วมสร้างในตอนแรกและพัฒนาต่อมาโดยอยู่บนพื้นฐานในการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยเน้นการประเมินด้านความคิดอารมณ์ แรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ตามทฤษฎีของปัญญานิยมของเบ็ค ใช้ในกลุ่มของเด็กและวัยรุ่น 7-17 ปี บอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในเด็กนักเรียนเท่ากับ 0.94 ในผู้ป่วยเด็กเท่ากับ 0.83 มีค่าความไว 0.78 ค่าความจำเพาะ 0.91 และค่าความแม่นยำ 0.87)

3) **แบบประเมินระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย**

พัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมเน้นการประเมินด้านการรู้คิด (Cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (effect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavior manifestation) และด้านอาการการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนน แปลเป็นภาษาไทยและศึกษาค่าทางสถิติในคนไทย พบว่า ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.86 มีความตรงในการจำแนก (ค่าเฉลี่ย 25.6 และ 15.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.08 และ 6.7 ตามลำดับ) มีความไว 0.72 ความจำเพาะ 0.85 และความแม่นยำ 0.82 ใช้คัดกรองเพื่อแยกวัยรุ่น (อายุระหว่าง 15-18 ปี)

4) **แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI), First revision (BDI-IA), (Second revision (BDI-II)**

สร้างขึ้นโดยเบ็คและคณะ (Beck et al) เพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับในการติดตามเปลี่ยนแปลง หรือเพื่ออธิบายถึงความเจ็บป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ 6 ข้อเป็นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจและด้านร่างกายพฤติกรรม ปัจจุบันได้พัฒนาขึ้นมาใหม่ BDI- II โดยได้ปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM – IV แบบประเมินนี้ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก แต่มีข้อจำกัด คือ มีการประเมินในกลุ่มอายุที่มีความแตกต่างกันมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น (Children's Depression Inventory; CDI) ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างเนื่องจาก ได้เน้นการประเมินด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งมีผลทำให้ทราบอุบัติการณ์ได้อย่างแท้จริง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ช่อเพชร เบ้าเงิน (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนในจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน โดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบว่า นักเรียนวัยรุ่นมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.8 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 22.5 ผลการเรียน การศึกษาของบิดามารดา ความสัมพันธ์ของสมาชิก

ในครอบครัวบรรยากาศในครอบครัว และปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วราพร อินทบุหรั่น (2534) ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ วัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง จำนวน 300 คน โดยแบ่งเป็นสถานฝึกและอบรมบ้านกรุณา จำนวน 150 คน สถานแรกรับบ้านเมตตา จำนวน 90 คน สถานฝึกและอบรมบ้านปราณี จำนวน 30 คน และสถานกักกันและอบรมบ้านอุเบกขา จำนวน 30 คน ใช้แบบทดสอน CES-D (Center of Epidemiological Studies Depression Scale) พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 66.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของบิดาและพี่น้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถานภาพทางการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานที่วัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายอยู่ในขณะเก็บข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายกับบิดามารดาและพี่น้อง การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ การคาดหวังต่ออนาคตภายหน้า มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ระดับ 0.01 ระยะเวลานานที่ศาลตัดสินให้เข้าอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก และวิธีการแก้ปัญหาเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดปัญหาขึ้น มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วีระ ชูรุจิพร (2542) ได้ศึกษาวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรตัวแทนในแต่ละเขตสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 7,432 คน ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck และแบบวัดวิธีการจัดการปัญหาของจาโรวิค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงถึงระดับควรพบแพทย์ ร้อยละ 25.7 มีอาการเบี่ยงเบนจากระดับปกติเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะสัมพันธ์กับวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยการระบายอารมณ์การหลีกเลี่ยงปัญหา และการมองโลกในแง่ร้าย คิดเป็นร้อยละ 72.8 ,71.8 และ 64.7 ตามลำดับ ส่วนวิธีการแก้ปัญหาเช่น วิธีการมองโลกในแง่ดีกับการอาศัยแหล่งช่วยเหลือ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (P>0..5) การเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า

จุลจราพร ศรีเพชร (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาของนิวแมน (Newman) ในกลุ่มตัวอย่างมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 400 คน ของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีร้อยละ 44.80 ปัจจัยที่มีอิทธิพลคือ ความผูกพันกับบิดา มารดา และความสัมพันธ์กับเพื่อน สามารถจำแนกภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 67.80 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน ระดับการศึกษาของหัวหน้าครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว และการมีบริการแนะแนวสุขภาพจิตในโรงเรียน ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

วีระวรรณ อุประมาณ (2537) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 ครอบครัว และใช้เครื่องมือในการวัดภาวะซึมเศร้าคือ CDI และแบบสอบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว FAD (Family Assessment Device) ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านยกเว้นการตอบสนองทางอารมณ์ แตกต่างกับครอบครัวของเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05-0.001 และการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านยกเว้นด้านการตอบสนองทางด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยด้านความผูกพันทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็กมากที่สุด (r=0.36)

อุบลวรรณ เรือนทองดี (2543) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 78 คน ของโรงเรียนสองพี่น้องวิทยา จังหวัดสุพรรณบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ จากนักเรียนในชั้นเรียน จำนวน 155 คนที่มีภาวะซึมเศร้าและแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน และกลุ่มทดลอง 38 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยให้กลุ่มควบคุมจัดให้รับบริการแนะแนวทางกำหนดไว้ คือ 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ๆ ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลพบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

รัชจณา สิงห์ทอง (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 526 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ใช้เครื่องมือแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CDI) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.6 เมื่อจำแนกตามเพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ แต่สถานภาพของครอบครัวและภูมิลำเนา ไม่พบความแตกต่าง พฤติกรรมการแก้ปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์กับภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.001, 0.001 ตามลำดับ

Jeffrey et al. (2005) ได้ทำการศึกษาการคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกด้วยการทำจิตบำบัด กลุ่มตัวอย่าง อายุ 13-18 ปี จำนวน 88 คนโดยการสัมภาษณ์ตามแนวแบบประเมิน K-SADS (The Schedule for Affective Disorders and

Schizophrenia for School-age Children) และแบบประเมิน Suicide Schedule พบว่า ร้อยละ 12.5 มีความคิดในการฆ่าตัวตาย และความคิดในการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

Pine et al. (1999) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเป็นการศึกษาเชิงระบาดวิทยาในวัยรุ่นจำนวน 776 คน ที่ได้รับการประเมินทางจิตวิทยาแล้วมีอาการซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยแต่ไม่ได้วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ในปี ค.ศ. 1983, 1985 และ 1992 พบว่าอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น 2 ข้อตามเกณฑ์การวินิจฉัยมีผลทำนายให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นส่วนใหญ่มีความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 41.6 – 49.8 ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง อายุ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน วิธีการจัดการกับปัญหา ความผูกพันกับบิดามารดา ปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา และความสัมพันธ์กับเพื่อนและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive Predictive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มประชากร คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ประจำปีการศึกษา 2552 จำนวน 57,077 คน ประกอบด้วย

1) สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 1 เท่ากับ 22,046 คน
2) สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 2 เท่ากับ 9,602 คน
3) สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 3 เท่ากับ 16,204 คน
4) สำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา เขต 4 เท่ากับ 9,225 คน

การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้

- มีความสามารถในการอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช
- ให้ความยินยอมและร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรยามาเน่ (ภิรมย์ กมลรัตนกุลและคณะ, 2551)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

N = แทนขนาดของกลุ่มประชากร

e = แทนค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มคือที่ระดับ 0.05

จากจำนวนนักเรียนระดับมัธยมศึกษา พื้นที่เขตการศึกษา จังหวัดเชียงราย จำนวน 57,077 คน แทนค่าได้ ขนาดตัวอย่าง 397.22 คน เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10 % ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 440 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques)

จากจำนวนประชากรนักเรียนทั้งหมด 57,077 คน คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 440 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

1) แบ่งโรงเรียนโดยการจำแนกโรงเรียนตามพื้นที่เขตการศึกษา จังหวัดเชียงราย (สพฐ.จังหวัดเชียงราย) ออกเป็น 4 เขต คือ สพฐ.เชียงราย เขต 1, สพฐ.เชียงราย เขต 2, สพฐ.เชียงราย เขต 3 และสพฐ.เชียงราย เขต 4
2) เลือกโรงเรียนโดยการจำแนกตามขนาดของโรงเรียน ตามเกณฑ์การแบ่งขนาดโรงเรียน ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ). ดังนี้

A. กลุ่มโรงเรียนที่ 1 มีจำนวนนักเรียน 1-120 คน
B. กลุ่มโรงเรียนที่ 2 มีจำนวนนักเรียน 121-600 คน
C. กลุ่มโรงเรียนที่ 3 มีจำนวนนักเรียน 601-1,500 คน
D. กลุ่มโรงเรียนที่ 4 มีจำนวนนักเรียน 1,501 คนขึ้นไป

จากนั้นสุ่มโรงเรียนในแต่ละกลุ่ม โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ในอัตราส่วน 1:10

3) หาจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงเรียนที่สุ่มได้จากข้อ 2) โดยวิธีการคำนวณตามสัดส่วนประชากร (proportion) นักเรียนในแต่ละโรงเรียนที่สุ่มได้ ให้ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 440 คน
4) เลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียนที่สุ่มได้ โดยจำแนกตามระดับชั้นเรียน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (ดังแผนผังการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ 1)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ พื้นที่เขตการศึกษา ขนาดของโรงเรียน เพศ ระดับการศึกษา แผนกการศึกษา ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX) โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพของบิดา-มารดา ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายที่ผู้ปกครองให้ไปโรงเรียน โรคประจำตัวของบิดา-มารดา และจำนวนเพื่อนสนิทในโรงเรียน
2) แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย
   2.1) **แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (Child-Rearing Practice Pattern)** ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของโรเจอร์ (Roger) และการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แบ่งรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูออกเป็น 3 แบบ คือ ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย แบบปล่อยปละละเลยและแบบเข้มงวด ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน

13 ข้อ ที่เกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติตนของบิดา/มารดา /ผู้ปกครองปฏิบัติกับบุตรมากที่สุด ประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย และการอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการแต่งกาย การคบเพื่อน การคบเพื่อนต่างเพศ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา กฎระเบียบภายในบ้าน กฎระเบียบภายนอกบ้าน การเรียน การวางแผนชีวิต การประพฤติผิด มารยาทในการอยู่ร่วมในสังคม ระเบียบวินัยและการตรงต่อเวลา และชีวิตความเป็นอยู่

การแปลคะแนนผลรวม ทำโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-52 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนด้านใดที่มีความถี่สูงที่สุด ถือว่ามีลักษณะการอบรมเลี้ยงดูแบบนั้น ๆ

2.2) **แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI)** ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (The McMaster Model of Family Functioning Assessment Device/ FAD) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 36 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด ประกอบด้วยคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 24 ข้อ คือ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34 และ 35 ส่วนข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33 และ 36 ข้อความในแบบสอบถามทั้งหมดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 7 ด้าน ดังนี้

การแก้ปัญหา ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 8, 25, 26
การสื่อสาร ได้แก่ ข้อ 9, 16, 23, 28, 31
บทบาท ได้แก่ ข้อ 10, 17, 29
การตอบสนองทางอารมณ์ได้แก่ ข้อ 4, 11, 18, 34, 35
ความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ ข้อ 5, 12, 21, 24
การควบคุมพฤติกรรม ได้แก่ ข้อ 6, 13, 27, 30, 33
การปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป ได้แก่ ข้อ 7, 14, 15, 19, 20, 22, 32, 36

การตอบแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อคำถามและพิจารณาว่าข้อความเหล่านั้นตรงกับความรู้สึกของตนมากน้อยเพียงใด โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย เกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม มีดังนี้

การให้ค่าคะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มาก	4	1
ปานกลาง	3	2
เล็กน้อย	2	3
ไม่เลย	1	4

การแปลผล รวมค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อแล้วนำมาจำแนกเป็นรายด้าน แล้วคิดคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม อุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ (2540) ได้กำหนดเกณฑ์ เพื่อแปลความหมายของ การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน ดังนี้

ระดับค่าเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-1.49	ไม่ดี
1.50-2.49	ดีเล็กน้อย
2.50-3.49	ดีพอควร
3.50-4.00	ดีมาก

การแปลความหมายมีดังนี้

ไม่ดี หมายถึง ครอบครัวไม่สามารถทำให้สมาชิกรู้สึกพึงพอใจได้เลย แต่กลับทำให้รู้สึกว่าแย่ มีไม่เพียงพอ หรือเท่ากับที่ตนเองต้องการ หรือไม่ถูกใจใดๆเลย

ดีเล็กน้อย หมายถึง ในการทำหน้าที่ของครอบครัว สมาชิกรู้สึกพอใจเล็กน้อย ไม่ถึงกับแย่นัก แต่ก็ไม่ดีพอหรือเป็นที่ถูกใจเท่าที่ควร แค่ใช้ได้

ดีพอควร หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้น สมาชิกพอใจกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันหรือสิ่งที่ได้รับมีเพียงพอ ไม่รู้สึกขาดแคลนหรือไม่ถึงกับดีมาก

ดีมาก หมายถึง สมาชิกพอใจมากกับสิ่งที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรือรู้สึกว่าได้รับอย่างเพียงพอแล้ว

2.3) แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy (FI) ของเบอร์เมสเตอร์ (Burhrmester) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มัณฑนา นทีธาร (2540) มีคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในลักษณะของการมีมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์ และความพึงพอใจในสัมพันธภาพ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนนตามลำดับ คือ

เกือบทุกครั้ง (1)	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเกือบทุกครั้ง
บ่อย (2)	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง
บางครั้ง (3)	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบางครั้ง
นานๆครั้ง (4)	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆครั้ง
ไม่เคย (5)	หมายถึง	ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น

การแปลผลคะแนนรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

12-28 คะแนน	หมายถึง	มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในระดับต่ำ
29-44 คะแนน	หมายถึง	มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในระดับปานกลาง
45-60 คะแนน	หมายถึง	มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในระดับสูง

2.4) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self esteem Scale) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยผ่องศรี มรกต (2536) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นการประเมินเกี่ยวกับ ความรู้สึกรักตนเอง การยอมรับตนเอง และรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 2, 4, 6 และ 7 และข้อที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 3, 5, 8, 9 และ 10 ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีให้เลือก 4 ลักษณะและมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามดังนี้

	คะแนนทางบวก	**คะแนนทางลบ**
มีความรู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	4	1
มีความรู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง	3	2
มีความรู้สึกเช่นนี้นานๆครั้ง	2	3
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	1	4

การแปลผล ทำโดยการรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน และการแบ่งคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้อันตราภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

10-20 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ
21-30 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
31-40 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

3) **แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Children's Depression Inventory : CDI)** ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยโควาคส์ (Kovacs) และอุมาพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ เป็นแบบประเมิน 5 ด้าน ประกอบด้วย สภาพอารมณ์ อาการทางกาย อากรเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด ความสัมพันธ์กับคนอื่นและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย แต่ละคำถามประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ซึ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงของอาการภาวะซึมเศร้าในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนสำหรับ 3 ตัวเลือก คือ 0, 1, 2 ดังนี้

0	หมายถึง	ไม่มีอาการเลยหรือน้อยมาก
1	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
2	หมายถึง	มีอาการมาก

ค่าคะแนนที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่สามารถตรวจพบได้ด้วยการตรวจสุขภาพจิตในเด็กไทย คือ คะแนนมากว่า 15 คะแนนขึ้นไป และพบว่าคะแนน CDI มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

0-11	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
12-15	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
16-20	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

จากการศึกษาทางสถิติในเด็กไทย พบว่า มีความตรงในการจำแนก (Discriminate Validity) สูง ในความเชื่อถือ พบว่า Reliability Coefficient (Alpha) = 0.83 Sensitivity = 78.7%

Specificity = 91.3% Positive predictive Valve = 82.2% และ Negative predictive Value = 89.4%

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy (FI) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Children's Depression Inventory : CDI) ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบหาความตรงทางเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องความผิดปกติด้านอารมณ์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตสังคม จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ฝ่ายแนะแนวทางด้านการศึกษา จำนวน 1 ท่าน โดยปรับแก้ตามมติ 3 ใน 4 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือทั้ง 5 ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้นำไปหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 โรงเรียนเทศบาล 6 นครเชียงราย จำนวน 59 คน แล้วนำผลที่ได้มาทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังตาราง

เครื่องมือ	ค่าความเชื่อมั่น
แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว	0.809
แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.794
แบบประเมินความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	0.851
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	0.812
แบบประเมินรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู	0.561

จากตารางจะเห็นว่าแบบประเมินรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยไม่ได้ตัดเนื้อหาของแบบสอบถามออกก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงเนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโรเจอร์ (Roger) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้แพร่หลายในระดับสากลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในครั้งนี้ทำในกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นอีกครั้งโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค กับนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมัธยมศึกษาปีที่ 1- 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำนวน 411 คน ได้เท่ากับ 0.5114 จึงนำเครื่องมือดังกล่าวมาวิเคราะห์

รายข้อ (Inter – item correlation matrix) ตัดข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ทางลบออกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่เกี่ยวกับกฎระเบียบภายนอกบ้าน การเรียน มารยาทการอยู่ร่วมในสังคม ระเบียบวินัยและการวางแผนชีวิตจนได้ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.790

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง พ.ศ. 2550 ก่อนการขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและคำตอบในแบบสอบถามหรือข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยทำให้เกิดความเสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มประชากร การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนของกลุ่มตัวอย่างและอาจารย์ที่ปรึกษาของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วย นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ใช้เอกสารการชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการวิจัยและใช้แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างพิจารณาก่อนเข้าร่วมโครงการดังกล่าว หากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ออกจากการศึกษาวิจัย สามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ก่อนการดำเนินวิจัยจะสิ้นสุด โดยการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างของสำนักงานพื้นที่เขตการศึกษา จังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการ และขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2) ผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการ/หัวหน้าฝ่ายวิชาการ ของสถาบันการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมทั้งอธิบายถึงการยินยอมและสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและเลือกระยะเวลาที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูล
3) ทำการเก็บข้อมูลจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง โดยการส่งแบบสอบถามผ่านอาจารย์ฝ่ายแนะแนว/อาจารย์ที่ปรึกษาประจำชั้นเรียนของนักเรียนในแต่ละชั้น ซึ่งใช้ระยะเวลาในการเก็บ

ข้อมูล 45 วัน ตั้งแต่วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 ถึง วันที่ 10 เมษายน 2553 จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 440 ชุด

4) ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด (ได้รับคืน 419 ชุด ความสมบูรณ์ครบถ้วน 414 ชุด คิดเป็นร้อยละ 92.8)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล (เขตพื้นที่การศึกษา ขนาดของโรงเรียน เพศ ระดับชั้นการศึกษา แผนกการศึกษา ผลการเรียนรวมเฉลี่ย โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพของบิดา-มารดา ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายที่ผู้ปกครองให้ไปโรงเรียน โรคประจำตัวของบิดา-มารดา จำนวนเพื่อนสนิทในโรงเรียนและลักษณะการอบรมเลี้ยงดู กับระดับของภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ The Chi-square Test และ Fisher's Exact Test. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ผลการเรียนรวมเฉลี่ย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนเพื่อนสนิทในโรงเรียน คะแนนการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในคนเอง คะแนนความผูกพันกับเพื่อน คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวรายด้านกับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4) วิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง(Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ซึ่งประกอบด้วย 16 โรงเรียน ได้แก่

1) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 1 ได้แก่ โรงเรียนเวียงชัยวิทยาคม โรงเรียนดอนศิลาผางามวิทยาคม โรงเรียนเมืองเชียงรายวิทยาคม และโรงเรียนสามัคคีวิทยาคม
2) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 2 ได้แก่ โรงเรียนนครวิทยาคม โรงเรียนแม่ลาววิทยาคม และโรงเรียนพานพิทยาคม
3) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 3 ได้แก่ โรงเรียนบ้านสบรวก โรงเรียนบ้านสันหลวง โรงเรียนจันจว้าวิทยาคม โรงเรียนบ้านแซววิทยาคม และโรงเรียนเชียงแสนวิทยาคม
4) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 4 ได้แก่ โรงเรียนแม่จันวิทยาคม โรงเรียนไม้ยาวิทยาคม โรงเรียนพญาเม็งรายวิทยาคม และโรงเรียนเทิงวิทยาคม

ผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอโดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านบุคคล และปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามเขตพื้นที่การศึกษา ขนาดของโรงเรียน เพศ ระดับชั้นการศึกษา

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
เขตพื้นที่การศึกษา		
- เขต 1	156	37.7
- เขต 2	64	15.5
- เขต 3	121	29.2
- เขต 4	73	17.6
ขนาดของโรงเรียน		
- เล็ก	15	3.6
- กลาง	119	28.8
- ใหญ่	143	34.5
- ใหญ่พิเศษ	137	33.1
เพศ		
- ชาย	145	35.0
- หญิง	268	65.0
ระดับชั้น		
- มัธยมศึกษาปีที่ 1	82	19.9
- มัธยมศึกษาปีที่ 2	78	18.8
- มัธยมศึกษาปีที่ 3	75	18.1
- มัธยมศึกษาปีที่ 4	70	16.9
- มัธยมศึกษาปีที่ 5	63	15.2
- มัธยมศึกษาปีที่ 6	46	11.1
สำหรับมัธยมศึกษาปลาย		
- แผนกวิทยาศาสตร์	121	67.6
- แผนกศิลปศาสตร์	58	32.4

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 (ร้อยละ 37.7) รองลงมาคือ เขต 3 และเขต 4 (ร้อยละ 29.2 และ 17.6) ตามลำดับ ขนาดของโรงเรียนส่วนใหญ่ระดับใหญ่ (ร้อยละ 34.5) รองลงมา คือ ขนาดใหญ่พิเศษ และกลาง (ร้อยละ 33.1 และ 28.7) ตามลำดับ ด้านเพศ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 65 กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 19.8) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 18.8, 18.1 และ 16.9) ตามลำดับ และเมื่อจำแนกตามแผนการเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในแผนการเรียนวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 67.6

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามผลการเรียนรวมเฉลี่ย โรคประจำตัว ลำดับที่ของการเป็นบุตร และสถานภาพสมรสของบิดา-มารดา โรคประจำตัวของบิดาและมารดา และจำนวนเพื่อนสนิท

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
ผลการเรียนรวมเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 3.63, SD.=1.17) (n = 272)		
- น้อยกว่า 2.00	15	5.5
- 2.01-2.49	29	10.7
- 2.50-3.00	79	29.0
- 3.01-3.49	68	25.0
- มากกว่า 3.50	81	29.8
โรคประจำตัว (n = 406)		
- ไม่มี	369	91.0
- มี	37	9.0
ลำดับที่ของการเป็นบุตร (n = 265)		
- คนแรก	220	83.02
- ไม่ใช่คนแรก	45	16.98
สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา (n = 414)		
- อาศัยอยู่ด้วยกัน	302	72.9
- ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน	112	27.1
ความเพียงพอของเงินที่ผู้ปกครองจ่ายในโรงเรียน (n = 412)		
- เพียงพอ เหลือเก็บ	259	62.86
- เพียงพอไม่เหลือเก็บ	138	33.50
- ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	15	3.64
โรคประจำตัวของบิดา (n = 410)		
- ไม่มี	376	92.0
- มี	34	8.0

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวของมารดา (n = 410)		
- ไม่มี	354	86.0
- มี	56	14.0
จำนวนเพื่อนสนิท ($\bar{x}$ = 10.91, SD.=13.15) (n = 382)		
- น้อยกว่า 5 คน	94	24.6
- 5-10 คน	204	53.4
- มากกว่า 10 คน	84	22.0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่มีผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX) มากกว่า 3.50 (ร้อยละ 19.6) รองลงมา คือ ระดับ 2.50-3.00 และ 3.01-3.49 (ร้อยละ 19.1, 16.4) ตามลำดับ ด้านโรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 89.4 เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 83.02 ด้านสถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 72.9 ด้านความเพียงพอของเงินที่ผู้ปกครองจ่ายไปโรงเรียน ส่วนใหญ่เพียงพอ เหลือเก็บ (ร้อยละ 62.86) รองลงมาคือ เพียงพอไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 33.50) บิดา/มารดาไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.34- 91.70 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท อยู่ระหว่าง 5-10 คน (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 คน และมากกว่า 10 คน (ร้อยละ 24.6 และ 22.0) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามลักษณะองค์ประกอบของการทำหน้าที่ของครอบครัว (n=405)

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
การแก้ปัญหา ($\bar{x}$ = 2.63, SD= 0.47)		
- ดีเล็กน้อย (1.50-2.49)	123	30.4
- ดีปานกลาง(2.50-3.49)	269	66.4
- ดีมาก (3.50-4.00)	13	3.2
การสื่อสาร ($\bar{x}$ = 2.42, SD= 0.41)		
- ไม่ดี (1.00-1.49)	4	1.0
- ดีเล็กน้อย (1.50-2.49)	233	57.8
- ดีปานกลาง (2.50-3.49)	163	40.4
- ดีมาก (3.50-4.00)	3	0.7
บทบาท ($\bar{x}$ = 2.95, SD= 0.66)		
- ไม่ดี(1.00-1.49)	11	2.7
- ดีเล็กน้อย (1.50-2.49)	89	21.7
- ดีปานกลาง (2.50-3.49)	226	55.1
- ดีมาก (3.50-4.00)	84	20.5
การตอบสนองทางอารมณ์ ($\bar{x}$ = 2.84, SD=0.43)		
- ดีเล็กน้อย (1.50-2.49)	84	20.4
- ดีปานกลาง (2.50-3.49)	312	75.9
- ดีมาก (3.50-4.00)	15	3.6
ความผูกพันทางอารมณ์ ($\bar{x}$ = 2.37, SD= 0.39)		
- ไม่ดี (1.00-1.49)	2	0.5
- ดีเล็กน้อย (1.50-2.49)	205	50.7
- ดีปานกลาง (2.50-3.49)	196	48.5
- ดีมาก (3.50-4.00)	1	0.2

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมพฤติกรรม ($\bar{x}$ = 2.25, SD= 0.47)		
- ไม่ดี (1.00-1.49)	11	2.7
- ดีเล็กน้อย (1.50-2.49)	283	69.5
- ดีปานกลาง (2.50-3.49)	110	27.0
- ดีมาก (3.50-4.00)	3	0.7
การปฏิบัติหน้าที่โดยทั่วไป ($\bar{x}$ = 2.60, SD= 0.37)		
- ดีเล็กน้อย (1.50-2.49)	122	30.2
- ดีปานกลาง (2.50-3.49)	280	69.5
- ดีมาก (3.50-4.00)	2	0.5

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงราย เมื่อพิจารณาตามการทำหน้าที่ของครอบครัวตามองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน พบว่า

- การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 66.4 รองลงมาคือ ระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ 30.4 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) 2.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เท่ากับ 0.47

- ด้านการสื่อสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ 57.8 รองลงมาคือ ระดับดีปานกลาง ร้อยละ 40.4 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) 2.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เท่ากับ 0.41

- ด้านการแสดงบทบาท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 55.1 รองลงมาคือ ระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ 21.7 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) 2.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เท่ากับ 0.46

- ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 75.9 รองลงมา คือ ระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ 20.4 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) 2.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เท่ากับ 0.43

- ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ 50.7 รองลงมาคือ ระดับดีปานกลาง ร้อยละ 48.5 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) 2.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เท่ากับ 0.39

- ด้านการควบคุมพฤติกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ 69.5 รองลงมาคือ ระดับดีปานกลาง ร้อยละ 27.0 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) 2.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เท่ากับ 0.47

ส่วนด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 69.5 รองลงมาคือ ระดับดีเล็กน้อย ร้อยละ 30.2 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$) 2.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เท่ากับ 0.37

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามลักษณะของระดับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (n = 397)		
- ต่ำ	70	17.6
- ปานกลาง	208	52.4
- สูง	119	30.0
ระดับการรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง (n = 398)		
- ต่ำ	25	6.3
- ปานกลาง	288	72.4
- สูง	85	21.4
รูปแบการอบรมเลี้ยงดู (n = 390)		
- ประชาธิปไตย	310	79.5
- ปล่อยปล่ะละเลย	67	17.2
- เข้มงวด	13	3.3

จากตารางที่ 4 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ตามลักษณะของระดับความผูกพันกับเพื่อน พบว่า ส่วนใหญ่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.4) รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับต่ำ (ร้อยละ 30.0 และ 17.6) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามระดับการรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.4) รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับต่ำ (ร้อยละ 21.4 และ 6.3) ตามลำดับและเมื่อพิจารณาตามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูพบว่า มีการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (ร้อยละ 79.5) รองลงมาคือ การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย และแบบเข้มงวด (ร้อยละ 17.2 และ 3.3) ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย จำแนกตามลักษณะของระดับภาวะซึมเศร้า (n = 352)

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	108	30.7
มีภาวะซึมเศร้า	244	69.3
- เล็กน้อย	63	17.9
- ปานกลาง	77	21.9
- รุนแรง	104	29.5

จากตารางที่ 5 เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงรายตามภาวะซึมเศร้า พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69.3 และเมื่อจำแนกตามระดับของภาวะซึมเศร้าพบว่า มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (ร้อยละ 29.5) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.9) และระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 17.9) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคล และด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับระดับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านบุคคล กับระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย โดยใช้สถิติ The Chi-square test และ Fisher's exact test.

ข้อมูลทั่วไป	ระดับภาวะซึมเศร้า						χ^2	df.	P-value.
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		เล็กน้อยถึงปานกลาง		รุนแรง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เขต									
- เขต 1	73	54.4	24	17.9	37	27.6	11.504	6	0.07
- เขต 2	19	36.5	13	25.0	20	38.5			
- เขต 3	45	42.9	33	31.4	27	25.7			
- เขต 4	23	37.7	18	29.5	20	32.8			
ขนาดของโรงเรียน									
- เล็ก	5	35.7	3	21.4	6	42.9	22.094	6	0.001**
- ปานกลาง	40	40.4	31	31.3	28	28.3			
- ใหญ่	42	34.7	35	28.9	44	36.4			
- ใหญ่พิเศษ	73	61.9	19	16.1	26	22.0			
ระดับชั้นเรียน									
- มัธยมศึกษาปีที่ 1	31	47.7	16	24.6	18	27.7	13.373	10	0.204
- มัธยมศึกษาปีที่ 2	30	47.6	16	25.4	17	27.0			
- มัธยมศึกษาปีที่ 3	23	36.5	16	25.4	24	38.1			
- มัธยมศึกษาปีที่ 4	34	53.1	16	25.0	14	21.9			
- มัธยมศึกษาปีที่ 5	23	40.4	10	17.5	24	42.1			
- มัธยมศึกษาปีที่ 6	19	47.5	14	35.0	7	17.5			
เพศ									
- ชาย	54	43.9	29	23.6	40	32.5	0.784	2	0.676
- หญิง	105	46.1	59	25.9	64	28.1			

ข้อมูลทั่วไป	ระดับภาวะซึมเศร้า						χ^2	df.	P-value.
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		เล็กน้อยถึงปานกลาง		รุนแรง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
โรคประจำตัว									
- ไม่มี	143	45.0	82	25.8	93	29.2	5.773	4	0.217
- มี	16	57.1	5	17.9	7	25.0			
สถานภาพสมรสของบิดามารดา									
- อยู่ร่วมกัน	117	46.1	65	25.6	72	28.3	0.645	2	0.724
- ไม่ได้อยู่ร่วมกัน	43	43.9	23	23.5	32	32.7			
ความเพียงพอของเงินที่ผู้ปกครองให้ใช้จ่ายในโรงเรียน									
- เพียงพอ เหลือเก็บ	105	47.5	53	24.2	61	27.9	5.656	6	0.463
- เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	52	43.0	31	25.6	38	31.4			
- ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	3	27.3	3	27.3	5	45.5			
โรคประจำตัวของบิดา									
- ไม่มี	140	44.6	82	26.1	92	29.3	6.037	4	0.196
- มี	19	55.9	6	17.6	9	26.5			
โรคประจำตัวของมารดา									
- ไม่มี	140	45.9	77	25.2	88	28.9	3.883	4	0.422
- มี	20	46.5	9	20.9	14	32.6			
รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู									
- ปล่อยปละละเลย	21	38.2	10	18.2	3	25.0	16.449	4	0.002**
- ประชาธิปไตย	126	47.9	72	27.4	1	8.3			
- เข้มงวด	3	25.0	65	24.7	8	66.7			

จากตารางที่ 6 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง กับระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย พบว่า การสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา เพศ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส

ของบิดา/มารดา ความเพียงพอของเงินที่ผู้ปกตรองให้ใช้จ่ายในโรงเรียนและโรคประจำตัวของบิดาและมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และขนาดของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านผลการเรียนรวมเฉลี่ย(GPAX) จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนเพื่อนในโรงเรียนของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย โดยใช้สถิติ The Pearson's Sample Correlation Coefficient test. (n = 352)

ปัจจัย	ระดับภาวะซึมเศร้า	
	r	P-value.
ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX)	-0.770	0.010*
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.137	0.241
จำนวนเพื่อนสนิทในโรงเรียน	0.071	0.201
การทำหน้าที่ของครอบครัว	-0.235	0.001**
ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	-0.096	0.077
การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง	-0.350	0.001**

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนเพื่อนสนิทในโรงเรียน ความผูกพันกับเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการเรียนรวมเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตอนที่ 4 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย โดยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน มีปัจจัยร่วมที่นำมาเข้าสมการดังต่อไปนี้

1) ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX)
2) การทำหน้าที่ของครอบครัว
3) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู
4) การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง

ตารางที่ 8 แสดงปัจจัยตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

ตัวพยากรณ์	b	S.E.b	Beta	t.	P-value
1. **การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง**	-0.711	0.098	-0.438	-7.240	**0.001****
2. **รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู**	-3.844	1.073	-0.218	-3.582	**0.001****
3. **ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX)**	-0.150	0.070	-0.130	-2.141	**0.033***
Constant.	42.857	3.452		12.414	0.001**

R = 0.472 R^2 = 0.23.3 S.E. est. = 6.778 F = 18.207

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุดคือ การรับรู้คุณค่าในตนเอง (Beta= 0.438) รองลงมาคือ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและผลการเรียนรวมเฉลี่ย (Beta= 0.218, 0.130) ตามลำดับ แสดงว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย รองลงมาคือ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และผลการเรียนรวมเฉลี่ย โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 42.857 - 0.150X_1 - 0.711X_2 - 3.844X_3$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Y = -0.130X_1 - 0.438X_2 - 0.218X_3$$

Y = ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

X1 = ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX)

X2 = การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง

X3 = รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

ตารางที่ 9 แสดงปัจจัยตัวแปรที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

ตัวแปร	R	R^2	R^2 change	F	P-value
1. การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง	0.420	0.176	0.176	45.501	0.001**
2. การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู	0.465	0.216	0.040	29.249	0.001**
3. การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและผลการเรียนรวมเฉลี่ย	0.483	0.233	0.017	21.356	0.001**

จากตารางที่ 9 พบว่าตัวแปรทำนายที่เข้าสมการถดถอย จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และผลการเรียนรวมเฉลี่ย โดยการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 (R= -0.420) และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนได้ร้อยละ 17.6 (R^2 = 0.176) เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเข้าไปในสมการ ทำให้การทำนายภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.6 (R^2 = 0.216) และเมื่อนำผลการเรียนรวมเฉลี่ยมาเข้าไปในสมการ ทำให้การทำนายภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.3 (R^2 = 0.233) แสดงถึง การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และผลการเรียนรวมเฉลี่ยสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงรายได้

บทที่ 5
สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน (ร้อยละ 92.8) ประกอบด้วย 16 โรงเรียนของกลุ่มประชากรนักเรียนทั้งหมด ประจำปีการศึกษา 2552 จำนวน 57,770 คน ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย คือ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 1 ได้แก่ โรงเรียนเวียงชัยวิทยาคม โรงเรียนดอนศิลาผางามวิทยาคม โรงเรียนเมืองเชียงรายวิทยาคม และโรงเรียนสามัคคีวิทยาคม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 2 ได้แก่ โรงเรียนนครวิทยาคม โรงเรียนแม่ลาววิทยาคม และโรงเรียนพานพิทยาคม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 3 ได้แก่ โรงเรียนบ้านสบรวก โรงเรียนบ้านสันหลวง โรงเรียนจันจว้าวิทยาคม โรงเรียนบ้านแซววิทยาคมและโรงเรียนเชียงแสนวิทยาคม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 4 ได้แก่ โรงเรียนแม่จันวิทยาคม โรงเรียนไม้ยาวิทยาคม โรงเรียนพญาเม็งรายวิทยาคมและโรงเรียนเทิงวิทยาคม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ถึง 10 เมษายน พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่เขตการศึกษา ขนาดของโรงเรียน เพศ ระดับการศึกษา แผนการศึกษา ผลการเรียนรวมเฉลี่ย โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา และจำนวนเพื่อนสนิทในโรงเรียน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (Child-rearing Practice Pattern) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy: FI) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's Self-esteem Scale) และส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Children's Depression Inventory: CDI) ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าวและตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาและความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจังหวัดเชียงราย โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านประกอบด้วยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านความผิดปกติทางด้านอารมณ์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตสังคม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ฝ่ายแนะแนวทางการศึกษา จำนวน 1 ท่าน โดยปรับแก้

ตามมติ 3 ใน 4 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปศึกษากับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 โรงเรียนเทศบาล 6 นครเชียงราย จำนวน 59 คน แล้วนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.80, 0.85, 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ สำหรับเครื่องมือแบบประเมินรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดา/มารดา ผู้วิจัยนำไปศึกษากับนักเรียนระดับมัยยมศึกษาชั้นปีที่ 1- 6 โรงเรียนในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.511 จึงนำเครื่องมือดังกล่าวมาวิเคราะห์ Inter – Item Correlation Matrix เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง โดยวิธีการตัดข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ทางลบออก ได้ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.790 และผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวมรวมข้อมูลโดยประสานงานกับอาจารย์ที่ปรึกษา/อาจารย์ฝ่ายแนะแนวของโรงเรียนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน) และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง(Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69.3 เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยร้อยละ 17.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.9 และระดับรุนแรง ร้อยละ 29.5 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) พบว่า รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและขนาดของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนพื้นที่เขตการศึกษา เพศ โรคประจำตัว สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา ความเพียงพอของเงินที่ผู้ปกครองให้ใช้ในโรงเรียน โรคประจำตัวของบิดา/มารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่าผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และการทำหน้าที่ของครอบครัวรวมและการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ตัวแปร เพื่อทำนายภาวะซึมเศร้า พบว่ามีตัวแปรจำนวน 3 ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX) และสามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 42.857 - 0.150X_1 - 0.7112X_2 - 3.844X_3$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Y = -0.133X_1 - 0.438X_2 - 0.218X_3$$

Y = ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
X_1 = ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX)
X_2 = การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง
X_3 = รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 414 คนมีจำนวนผู้ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 352 คน (ร้อยละ 85) พบว่า มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 69.3 เมื่อจำแนกตามระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 และมีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 เมื่อพิจารณาทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 34-45 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและลักษณะทางบริบทของกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน (Moon, 2010) โดยในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ได้ครอบคลุมถึงวัยรุ่นช่วงตอนต้นถึงตอนปลาย (อายุ 12-18 ปี) และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่มีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์มากที่สุด และเป็นวัยที่ต้องการพัฒนาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ต้องใช้ศักยภาพอย่างสูงของตนเองในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความกดดัน หรือสิ่งกระตุ้นไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ รวมถึงการปรับตัวเข้ากับสังคมรอบข้าง อันเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของทัศวรรณ อินทะสร้อย (2551) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในพื้นที่การศึกษาเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2549 จำนวน 450 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Back) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย รองศาสตราจารย์มุกดา ศรียงค์ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 25.18 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 11.80 และภาวะซึมเศร้า

ระดับรุนแรง ร้อยละ 4.03 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการวิจัยดังกล่าวเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะของอายุที่แตกต่างกัน โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาครอบคลุมถึงนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 – 6 เมื่อพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 56.8 (วัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลาง) และกำลังศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 43.2 (วัยรุ่นตอนปลาย) และเมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละระดับชั้นปี พบว่า จำนวนนักเรียนที่กำลังศึกษามัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 มีเพียงร้อยละ 11.1 เมื่อวิเคราะห์ตามหลักพัฒนาการของอิริคสัน (Bolton, 2009) และพัฒนาการทางด้านการรู้คิด (Santrock, 2006) ถือว่าอันเป็นวัยที่มีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์อย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นตอนปลายที่มีลักษณะของความคิดเริ่มมีเหตุผลมากขึ้น มีอุดมการณ์ความคิดเห็นเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้มากกว่า และแตกต่างกับการศึกษาของ Rodrigo et al. (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นเขตชนบทในประเทศศรีลังกา จำนวน 445 คน โดยใช้แบบทดสอบประเมินภาวะซึมเศร้า Epidemiologic Studies Depression Scale พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36 (ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 17 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 19) จะเห็นได้ว่ามีค่าที่ต่ำกว่าการศึกษาในครั้งนี้ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความแตกต่างของงานวิจัยดังกล่าวจะพบว่า มีความแตกต่างกันของกลุ่มประชากรในด้านของลักษณะทางชาติพันธุ์ วัฒนธรรม ประเพณี การอบรมเลี้ยงดู วิถีการดำเนินชีวิต ลักษณะของอัตราการแข่งขันทางด้านการศึกษามีความแตกต่างกัน และวิธีการปรับตัวในการเข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบตัว จากข้อมูลดังกล่าวจึงอาจทำให้พบภาวะซึมเศร้าได้ต่ำกว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moon (2010) ที่ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ และค่านิยม จำนวน 4,783 คน โดยใช้แบบประเมิน Modified Center for Epidemiologic Studies-depression Scale (CES-D) พบว่า ความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อและค่านิยมมีผลทำให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.350$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นั่นคือ บุคคลที่มีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีอุบัติการณ์เกิดภาวะซึมเศร้าต่ำและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 17.5 สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองของบุคคลเป็นการประเมินการรับรู้และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองซึ่งแสดงออกโดยการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเองใน 4 ด้าน คือ ความสำคัญ

(significant) ความสามารถ (competence) คุณความดี (worthy) และความมีพลังอำนาจในตนเอง (power) ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานด้านจิตใจที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและสามารถบอกได้ถึงคุณภาพชีวิต บุคคลที่มีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นบุคคลที่มีความสุข ไม่ค่อยเครียดหรือมีความวิตกกังวล มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองในด้านบวก สามารถยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น ปรับตัวได้ดี สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมั่นใจ กล้าเปิดเผยตนเอง ไม่รู้สึกกระทบกระเทือนต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์จากบุคคลอื่นได้โดยง่าย และมักใช้กลไกการป้องกันตนเองน้อย (อมรรัตน์ ชัยนนถี, 2550) สามารถใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล มักประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต และเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี (วิทูรทิพย์ หัตถะปนิตร, 2550) เมื่อพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (วัยรุ่น) ในด้านพัฒนาการถือว่าเป็นวัยแห่งการพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีความเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการเข้าสู่สังคม ชอบและสนใจต่อสิ่งแปลกใหม่ ไวต่อความรู้สึก ต้องการการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญอยากมีชื่อเสียง (Santrock, 2006) ดังนั้นเมื่อมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) แต่ถ้าหากมีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีความหมาย จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Mohr, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คอย ละอองอ่อน (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 6 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (1965) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าในเยาวชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Zisook et al. (2007) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 18-75 ปี จำนวน 4,041 คน พบว่า การมองคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Dea (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตนเองสามารถทำนายภาวะความไม่พึงพอใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นอายุ 11-14 ปี จำนวน 470 คน พบว่าคะแนนการรับรู้ตนเอง (self-perception) ที่ต่ำจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และสามารถร่วมพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 4 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวดและแบบปล่อยปละละเลย จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (ตารางที่ 6) สามารถอภิปรายได้ว่าการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยเป็นการเลี้ยงดูที่ใช้หลักการที่มีเหตุผล ให้อิสระในการแสดงความคิดเห็นโต้ตอบ จะทำให้เด็กมีความคิดสร้างสรรค์ กระตือรือร้น มีความฉลาดทางอารมณ์และมีลักษณะต่างๆ

ที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (ทัศนีย์ ดวงดี, 2544) แต่ในทางตรงกันข้ามการอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวด จะมีลักณะของการอบรมเลี้ยงดูแบบคอยสอดส่องดูแลวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมการแสดงออกของบุตร มีกฎเกณฑ์ระเบียบที่มากเกินควร หรือเลี้ยงดูที่ปล่อยปล่ะละเลยไม่ได้เอาใจใส่ที่เพียงพอและเหมาะสม (พร้อมพันธุ์ คุ้มเนตร, 2546, Reinherz et al., 2003, Mohr, 2009) จะมีผลทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง ต้องการความเป็นอิสระ ความเป็นส่วนตัว ไวต่อความรู้สึกจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ต้องการการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ถึงแม้จะใช้เวลาส่วนใหญ่กับกลุ่มเพื่อน แต่ยังมีความต้องการความรักความอบอุ่นจากบิดามารดาเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอย ละอองอ่อน (2549) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 6 จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน โดยใช้แบบสอบถามการอบรมเลี้ยงดูของสุมาลี เรือนคำ (2533) พบว่า รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.008

ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX)

จากผลการวิจัยพบว่า ผลการเรียนรวมเฉลี่ยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.033 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนรวมเฉลี่ยต่ำจะมีอุบัติการณ์เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง และสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 22.2 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นวัยรุ่น เมื่อพิจารณาพัฒนาการของวัยนี้จะเป็นวัยแห่งการพัฒนาความตัวของตนเอง ต้องการพัฒนาตนเอง ค้นหาอาชีพของตนเองในอนาคต มีความแปรปรวนในด้านอารมณ์ได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆซึ่งในวงการศึกษาของประเทศไทยปัจจุบัน จะพบว่ามีอัตราการแข่งขันการสอบเข้ามหาวิทยาลัยค่อนข้างสูงโดยในขั้นตอนการคัดเลือกบุคคลเพื่อเรียนในระดับอุดมศึกษานั้น ได้ใช้ผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX) ซึ่งประกอบด้วยผลการเรียนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในภาคการศึกษาต้น มาเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาเพื่อเข้าศึกษาต่อ (สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา, 2552) และเมื่อผลการเรียนต่ำกว่าความคาดหวัง จะทำให้มีการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองต่ำจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Mohr, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ McCarty et al. (2008) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในเด็กหญิงจากความล้มเหลวของชีวิตโรงเรียน จำนวน 808 คน อายุระหว่าง 10-21 ปี ที่มีปัญหาทางสังคม, ผลการเรียนตกต่ำและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน Child Behavior Check List (CBCL) พบว่า ผลการเรียนที่ต่ำเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Glaser et al. (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสมองกับภาวะซึมเศร้าในวัยเด็กตอนต้นและวัยรุ่นในประเทศอังกฤษ จำนวน 5,250 คนโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกและอารมณ์ฉบับสั้น (SMFQ) พบว่า ความฉลาดของสมองมีความสัมพันธ์ทางลบ

กับภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นโดยแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงอายุ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่มีความสามารถทางด้านการรู้คิดต่ำได้ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพบว่าบุคคลที่มีความสามารถในการรู้คิดต่ำจะไม่มีความเข้าใจถึงสาเหตุ ผลกระทบของปัญหา กระบวนการแก้ปัญหาจึงทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลที่มีความสามารถในการรู้คิดปกติ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549, Burcusa, 2007)

การทำหน้าที่ของครอบครัว

จากผลการวิจัย พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ นั่นคือครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนได้ ทั้งนี้เป็นผลมาจากครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ประกอบด้วยระบบย่อย อันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (spousal subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและบุคคลอื่น การทำหน้าที่ของครอบครัวถือว่าเป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์อันสูงสุดแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและสังคม โดยถ้าหากครอบครัวปฏิบัติหน้าที่โดยการแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองต่ออารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวได้ดี มีความรักความผูกพันต่อกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ก็จะสามารถจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ, 2540) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่าง (วัยรุ่น) เป็นวัยที่ต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น บางครั้งไม่สามารถแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองได้ไม่มากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moon (2010) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการเรียนรวมเฉลี่ยมากกว่า 3.00 (ร้อยละ 54.8) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า บุคคลที่มีผลการเรียนรวมเฉลี่ยสูงจะมีลักษณะของการดำเนินชีวิตที่เป็นตัวของตนเอง ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สามารถคิดวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดาอาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 72.9) ซึ่งแสดงถึงความอบอุ่นภายในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิด บิดามารดามีเวลาในการเอาใจใส่ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีผลให้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีน้อยกว่าเมื่อพิจารณาตามหลักของพัฒนาการของวัยรุ่น ทำให้มีอัตราการของภาวะซึมเศร้าต่ำ (วิมลพรรณ ทองชาติ, 2548, อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2539) ดังนั้นความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนจึงไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ มัณฑนา นทีธาร (2546) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยทางด้านความผูกพันกับเพื่อนไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นได้

ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้

แบบประเมินรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวมีค่าความเชื่อมั่นที่ค่อนข้างต่ำ (reliability) แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้มีการปรับแบบสอบถามจนมีระดับเป็นที่ยอมรับของสากล แต่ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาเครื่องมือฉบับนี้ต่อไป เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีคุณภาพและสามารถประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนั้นระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงของการสอบปลายภาคการศึกษา อาจมีผลต่อผลการวิจัยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 69.3 โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยร้อยละ 17.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.9 และระดับรุนแรง ร้อยละ 29.5 ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงเรียนควรมีการประเมิน/คัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นมาตราฐาน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน ในกรณีที่พบภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำและปานกลางควรมีการประเมินและติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังและมิให้การดำเนินของภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และในกรณีที่พบภาวะซึมเศร้ารุนแรง บุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงเรียนควรประเมินความเสี่ยงโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและเหมาะสม เนื่องจากนักเรียนที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักจะนำไปสู่การมีความคิด/พฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายในอนาคต เมื่อไม่ได้รับการดูแล ป้องกันและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการเลี้ยงดูและผลการเรียนเฉลี่ย เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มนักเรียน ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพ คณาจารย์ และผู้อำนวยการโรงเรียน ในการเพิ่ม/สร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะให้กับนักเรียนและผู้ปกครองเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองของนักเรียนและการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวของตน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้ารวมถึงการกำหนดนโยบายในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาวิจัย พบว่ามีตัวแปรจำนวน 3 ตัวแปรคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการเรียนรวมเฉลี่ย และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 23.3ควรหาปัจจัยอื่นที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม

2. ในกรณี สร้างโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ควรเป็นโปรแกรมที่มีองค์ประกอบของการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้คำแนะนำเรื่องของการอบรมเลี้ยงดูเหมาะสม และการส่งเสริมพัฒนาผลการเรียน

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). เอกสารประกอบการประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด, กรุงเทพมหานคร.

เกษฎาวัลย์ ตันริยงค์. (2550). *ความสามารถในการพยากรณ์ของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่มีต่อทักษะชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบบังคับบำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การค้นคว้าอิสระ) สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

แขไข ใหม่เมธี. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การค้นคว้าอิสระ) สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คอย ละอองอ่อน. (2549). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 6 จังหวัดนครสวรรค์.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทนา เทศวัฒนา. (2546). *ภาวะซึมเศร้าของเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี.* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด, กรุงเทพมหานคร.

จุลจราพร ศรีเพชร. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 เรื่อง ความสุขที่พอเพียง, กรุงเทพมหานคร.

ช่อเพชร เบ้าเงิน. (2537). *ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติ รักษาหายได้.* กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

ทัศวรรณ อินทะสร้อย. (2551). *การศึกษาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในพื้นที่การศึกษาเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถิติประยุกต์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ดวงดี. (2544). *ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนโรงเรียนสาธิตสถาบันราชภัฏเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธัญญลักษณ์ บุญลือ. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การค้นคว้าอิสระ) สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิลมล เย็นสุข. (2539). *กระบวนการเข้าสู่อาชีพของคนพิการในชุมชนเมือง.* วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เบญจพร ปัญญายงและตติยา ทุมเสน. (2545). *ภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการมองเห็น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47*(1), 39-48.

ประดิทนันท์ อุปรมัย. (2535). *ปัญหาการอบรมดูแลเด็กปฐมวัย.* เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการสร้างเสริมลักษณะนิสัย ระดับปฐมวัยศึกษา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ปรีชา สุวังบุตร. (2543). *ภาวะซึมเศร้าและการแสวงหาความช่วยเหลือของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข , มหาวิทยาลัยมหิดล.

พร้อมพันธุ์ คุ้มเนตร. (2546). *การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน ในจังหวัดแพร่.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภิรมย์ กมลรัจนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรรตณ์, ทวีสิน ตันประยูร. (2551). *หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ.* พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

มัณฑนา นทีธาร. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

รวงรัชต์ บัณฑิตยารักษ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว อัตมโนทัศน์และการตั้งเป้าหมายกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัชจณา สิงห์ทอง. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 2 เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด, กรุงเทพมหานคร.

ลำเจียก กำธร. (2548). *ความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผลและภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วราพร อินทบุหรั่น. (2534). *การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย. เอกสารการวิจัย พ.ศ. 2534,* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิฑูรทิพย์ หัตถุปนิตร. (2550). *ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงในอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่.*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิมลพรรณ ทองชาติ. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในจังหวัดอุดรธานี.* วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

วีระ ชูรุจิพร. (2542). วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 7*(3), 176-179.

วีระวรรณ อุประมาณ. (2537). *การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: แนวคิดเชิงทฤษฎี-วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เล่ม 2.* พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12*(1) 40-49.

สมพร บุษราทิจและศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2549). *เวชปฏิบัติ 41.* กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.* พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อมรรัตน์ ชัยนนถี. (2550). *ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่ใช้บริการในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรวรรณ หนูแก้ว. (2536). ความชุกของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิต สังคมการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ [Electronic version]. *วารสารจิตวิทยาคลินิก, 2*(กรกฎาคม-ธันวาคม), 49-64.

อุบลวรรณ เรือนทองดี. (2544). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น.* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 เรื่อง ความสุขที่พอเพียง, กรุงเทพมหานคร.

อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42*(1).

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.* พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ซันต้าการพิมพ์.

อุมาพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*, 162-173.

Antai-Otong, D. (2008). *Psychiatric nursing: Biological & behavioral concepts.* (2nd ed.). NY: Thomson Delmar learning.

Beardslee, W.R. Gladstone, T.R.,Wright, E.J.,et al. (2003). A family- based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics, 112,* (e119-123).

Birmaher, B.,Williamson D.E., Dahl, R.E., Alexson, D.A., Kaufman, J., Dorn, L.D. et al. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry, 43*(1), 63-70.

Bolton, C., Barrowlogh C., and Calam, R. (2009). Parental criticism and adolescent depression: Does adolescent self-evaluation act as a mediator? *Behavioral and cognitive Psychotherapy,37,*553-570.

Bonnie, M.H. and Kethleen , L.P. (2008). Mood disorders and adjustment disorders. In Fortinash, M.K. and Holoday Worret P.A. (Eds.), *Psychiatric mental health nursing.* (pp.208-219). Canada: Mosby Elsevier.

Boyd, M. A. (2005). *Psychiatric nursing: Contemporary practice.* (3th ed.). United State of America: Lippincott Williams & Wilkins.

Burcùsa, S.L. & Lacono W.G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review, 27*(8), 959-985.

Caine, R.M., & Bufalino, P.M. (1998). *Critical adult: Nursing care planning guides.* Baltimore: William & Wilkins.

Carol. (2009). Depressive disorders. In Mohr (Eds.), *Psychiatric mental health nursing: Evidence-base concept, skills, and practices* (pp. 531-537). China: Lippincott Williams & Wilkins.

Catherine, G.D. Suicide behavioral. In Boyd (Eds.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice.* (3th ed.). United State of America: Lippincott Williams & Wilkins.

Dave, B., McCAbe.,R., and Stefan, P. (2009). Aetiology of depression and schizophrenia: Current views of British psychiatrists. *The psychiatrist, 33,* 374-377.

David, A.W.,Eric, J.M. (2006). *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Assessment and treatment.* New York: The Guilford press.

Fortinash & Worret H. (2008). *Psychiatric mental health nursing.* (4th ed.). Canada: Mosby Elsevier.

Glaser, B., Gannell, D., Timpson, N. J., Joinson, C., Zammit S., Smith G. (2010). Age- and puberty-dependent association between IQ score in early childhood and depressive symptoms in adolescent. *Psychological Medicine*, Cambridge University Press, 1-11.

Jerfferey, B., Barbe, R.P., Birmaher, B. et al. (2005). Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *American Journal Psychiatry, 162*, 2173-2175.

John C.M. & Barbara L.M. (2009). Mood disorders. In Sadock, J.B.,Sadock,V.A., Ruiz, P. (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatric*. (pp.1686-1692). NY: Lippincott William & Wilkins.

Linda, L. (2008). Depressive disorders. In Antai-Otong (Eds.), *Psychiatric nursing: Biological & behavioral concepts*. (2nd ed.). NY: Thomson Delmar learning.

Lohoff, L.W. (2010). Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current Psychiatry reports*. Sep, (17).

Lorraine M., Leanne W.M., Robert, H.B., Patrick, H.K., Nicola, A. and Kathleen W.B. (2010). Growing up in violent communities: Do family conflict and gender moderate impacts on adolescents' psychosocial development? *Journal Abnormal Child Psychological*. [published online: 07 August 2010] from http://www.springerlink.com/index/n84256157m201511.pdf

McCarty, C. A., Alex Mason, W., Kosterman, R., David Hawkins, J., Lengua, L. J. and McCauley, E. (2008). Adolescent school failure predicts later depression among girls. *Journal of Adolescent Health, 43*, 180-187.

Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric-mental health nursing. Evidence-based concepts, skills and practice.* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mohr, W.K. (2009). *Psychiatric-mental health nursing: Evidence-based concepts, skills and practice.* (7th ed.). China: Lippincott Williams & Wilkins.

Moon, S.S., R.U. (2010). Youth-family, youth-school relationship and depression. *The journal of Child Adolescent Social Work, 27*(2), 115-131

O'Dea, J.A. (2009). A self perception score from zero to ten correlates well with standardized scales of adolescent self esteem, body dissatisfaction, eating disorders risk, depression and anxiety. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 21*(4), 509-51.

Pine, D. S., Cohen, E, Cohen, P. and Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? [Electronic version]. *The American Journal of Psychiatry, 156*, 133-135.

Racagni, Giorgio, Brunello and Nicoletta. (1999). Physiology to functionality: The brain and neurotransmitter activity [Electronic Version]. *An International Journal for Collaboration Between and Clinical Practice, 14*(3).

Reinherz, H. Z., Paradis, A.D., Giaconia, R.M., Stashwick, C.K. and Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal Psychiatry, 160*, 2141-2147.

Rodrigo, C., Wellgama, S., Gurusinghe, J., Wijeratne T. and Jayananda, G. (2010). Symptoms of anxiety and depression in adolescent students: A perspective from Sri Lanka. *Child and adolescent Psychiatry and Mental Health*, *4*, 10.

Sadock, B.J.,& Sadock, V.A. (2003). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: *Behavioral sciences/ clinical psychiatric.* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sigelman, C. K., Rider, E. A. (2009). *Life-span human development.* (5th ed.). United States of America: Pearson Education.

Santrock, J.K. (2008). *Adolescent.* (12th ed.). NY: McGraw-Hill Higher Education.

Santrock, J.W. (2006). *Life-span development.* (10th ed.). New York: The McGraw-Hill companies.

Shives, L.R. (2008). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing.* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stuart, G.W. and Laraia, M. T. (2009). *Principle and practice of psychiatric nursing.* (8th ed.). NY: Elsevier Science.

Takakura, T., Nagayama, T., Sakihara, S., Willcox, C. (2009). Pattern of health-risk behavioral among Japanese high school students. *Journal of School Health, 71*(1).

Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J.W., Wisniewski, S.R. et al. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 164*(10), 1539.

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา ผู้ช่วยคณบดี
   สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
   แม่ฟ้าหลวง

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย
   อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
   คณะแพทยศาสตร์
   จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา หรุ่มเรืองวงษ์
   อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
   คณะแพทยศาสตร์
   จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. อาจารย์ปราโมทย์ นพวงศ์ ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลแม่ฟ้าหลวง
   อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

REH 530002

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร

(INFORMATION SHEET)

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นางสาวฉันทนา แรงสิงห์ และนางสาวพิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์ อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง กำลังทำโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ซึ่งผลของการศึกษาจะเป็นข้อมูลในการป้องกันและพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงรายต่อไป โดยคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถามมีดังนี้

- นักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย
- สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้
- ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือกเป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงในเรื่องดังกล่าว การศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านตอบ ซึ่งท่านจะเป็นผู้ประเมินและตอบเองทั้งหมด โดยแบบสอบถามจะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

- แบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดู จำนวน 13 ข้อ
- แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 36 ข้อ
- แบบประเมินความผูกพันกับเพื่อน จำนวน 12 ข้อ
- แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 ข้อ

โดยใช้เวลาในการทำประมาณ 15-30 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ

การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิพิเศษใด ๆทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ การเสนอข้อมูลจะนำเสนอการสรุปผลการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวฉันทนา แรงสิงห์ และนางสาวพิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์ อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง โทร. 0-5391-6881 หรือ 08-1306-0567 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ. หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวฉันทนา แรงสิงห์

หัวหน้าโครงการ

ใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2553.

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอม ในการทำวิจัยในครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้ทำวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน เพื่อป้องกันและพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย วิธีการวิจัยจัดทำการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ได้จะนำมาวิเคราะห์โดยภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ.

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ.

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวฉันทนา แรงสิงห์)

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในโครงการวิจัย

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. กำลังศึกษาอยู่ชั้น มัธยมศึกษาปีที่ ☐ 1
   ☐ 2
   ☐ 3
   ☐ 4
   ☐ 5
   ☐ 6

(สำหรับ มัธยมศึกษาปีที่ 4-6) เรียนแผนก ☐ วิทยาศาสตร์
☐ ศิลปศาสตร์
☐ อื่นๆระบุ.....

3. ผลการเรียนรวมเฉลี่ยล่าสุด (GPAX) .....
4. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี
   ☐ มี (ระบุ).....
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว .....คน (รวมผู้ตอบแบบสอบถาม)
6. ท่านเป็นบุตรคนที่.....ของครอบครัว
7. สถานภาพสมรสของพ่อ-แม่ ☐ สมรส และยังอยู่ด้วยกัน
   ☐ สมรส แต่แยกกันอยู่
   ☐ หย่าร้าง
   ☐ พ่อ-แม่คนใดคนหนึ่งเสียชีวิต
   ☐ ทั้งพ่อ-แม่เสียชีวิต
8. ความพอเพียงค่าใช่จ่ายที่พ่อ-แม่/ผู้ปกครองให้ไปโรงเรียนในแต่ละวัน
   ☐ เพียงพอ เหลือเก็บ
   ☐ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
   ☐ ไม่เพียงพอ เป็นหนี้
9. โรคประจำตัวของพ่อ
   ☐ ไม่มี
   ☐ มี(ระบุ).....

10. โรคประจำตัวของแม่

☐ ไม่มี

☐ มี(ระบุ).....

11. จำนวนเพื่อนที่สนิทในโรงเรียน.....คน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

2.1 แบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดู

คำชี้แจง

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองของนักเรียนปฏิบัติต่อนักเรียนมากที่สุด โดยการทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว (อย่าใช้เวลานาน ให้ตอบอย่างรวดเร็ว โดยเลือกข้อความที่ความคิดแรกที่เกิดขึ้นภายหลังจากอ่านข้อความจบ)

1. **การแต่งกาย**
   - ☐ มีอิสระในการเลือกแต่งกายด้วยตนเองเสมอ
   - ☐ ต้องแต่งกายตามที่พ่อ-แม่/ผู้ปกครองสั่งเท่านั้น
   - ☐ มีอิสระในการเลือกแต่งกาย แต่พ่อ-แม่/ผู้ปกครองจะบอกว่าควรแต่งกายแบบไหน
2. **การคบเพื่อน**
   - ☐ มีอิสระในการคบเพื่อน
   - ☐ คบเพื่อนตามที่พ่อ-แม่/ผู้ปกครองสั่ง
   - ☐ มีอิสระในการคบเพื่อน แต่พ่อ-แม่/ผู้ปกครองจะสอนให้รู้ว่าเพื่อนแบบไหนที่ควรคบ
3. 3.**การคบเพื่อนต่างเพศ**
   - ☐ มีอิสระในการคบเพื่อนต่างเพศ
   - ☐ มีอิสระในการคบเพื่อนต่างเพศตามความเหมาะสม
   - ☐ ไม่สามารถคบเพื่อนต่างเพศก่อนวัยอันควร หรือถ้าคบก็อยู่ในสายตาของพ่อ-แม่/ผู้ปกครอง
4. **การตัดสินใจ (เช่น การเลือกเรียนสถานที่เรียน หรือการแก้ไขปัญหา ฯลฯ)**
   - ☐ ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
   - ☐ มีอิสระในการตัดสินใจในบางเรื่อง โดยมีพ่อ-แม่/ผู้ปกครองให้คำแนะนำ
   - ☐ มีอิสระในการตัดสินใจทุกเรื่อง
5. **การแก้ปัญหา (เช่น ปัญหาทางการเรียน ฯลฯ)**
   - ☐ มีอิสระในการแก้ปัญหาด้วยตนเองทั้งหมด
   - ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองเป็นผู้ให้คำแนะนำ เมื่อไปปรึกษา
   - ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครอง ช่วยแก้ปัญหาหรือบอกแนวทางในการแก้ปัญหาทุกครั้ง

6. กฎระเบียบภายในบ้าน
   - ☐ ทำตามกฎระเบียบที่ได้ตกลงกันไว้
   - ☐ ปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด มิฉะนั้นจะถูกทำโทษ
   - ☐ ไม่มีกฎระเบียบภายในบ้าน สามารถทำอะไรก็ได้โดยอิสระ

7. กฎระเบียบภายนอกบ้าน
   - ☐ ทำตามกฎระเบียบที่ได้ตกลงกันไว้
   - ☐ ปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด มิฉะนั้นจะถูกทำโทษ
   - ☐ ไม่มีกฎระเบียบภายนอกบ้าน สามารถทำอะไรก็ได้โดยอิสระ

8. การเรียน
   - ☐ เข้มงวดมาก
   - ☐ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับการเรียนเลย
   - ☐ มีอิสระในการเรียน เลือกเรียนตามความสนใจ โดยให้คำปรึกษา

9. การวางแผนชีวิต
   - ☐ ลูกมีอิสระในการคิดวางแผนชีวิต
   - ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองเป็นผู้วางแผนให้ทั้งหมด
   - ☐ ลูกเป็นผู้วางแผนชีวิตเอง พ่อ-แม่/ผู้ปกครองเป็นผู้ให้คำแนะนำ

10. การประพฤติผิด
   - ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองดุด่าทุกครั้งที่ทำผิด
   - ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองไม่ว่ากล่าวหรือดุด่าเลย
   - ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองถามถึงสาเหตุทุกครั้งก่อนลงโทษ

11. มารยาทการเข้าสังคม
   - ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองไม่สอนเลย
   - ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองสอนทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน ถ้ามีโอกาส
   - ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองสั่งให้ปฏิบัติตามที่บอกทุกครั้ง

12. การมีวินัยและตรงต่อเวลา

- ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองสั่งกำชับตลอดเวลา
- ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองสอนทุกครั้งที่มีโอกาส
- ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองไม่เน้นเรื่องการมีวินัยและตรงต่อเวลา

13. ชีวิตความเป็นอยู่

- ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองไม่สนใจดูแล ให้ดูแลตนเองอย่างอิสระ
- ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองคอยดูแลให้มีความสุขสบายที่สุด ไม่ยอมลำบากเลย
- ☐ พ่อ-แม่/ผู้ปกครองคอยดูแลอยู่ห่าง ๆและดูแลเมื่อช่วยเหลือตนเองไม่ได้

2.2 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับครอบครัวของนักเรียนมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด **เพียงคำตอบเดียว**

ข้อ	ข้อความ	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
1	สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้าน				
2	มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีการแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3	เมื่อฉันขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ ฉันแน่ใจว่าเขาจะช่วยเหลือ				
4	เมื่อมีปัญหา มักมีการปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร				
5	ครอบครัวของฉันเผชิญกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันได้ดี				
6	ครอบครัวของฉันแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
7	ฉันสามารถพูดในสิ่งที่คิดหรือรู้สึกได้เสมอ				
8	ทุกคนสามารถพูดกันอย่างตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม				
9	ฉันรู้อย่างชัดเจนว่า แต่ละคนรู้สึกอย่างไร เมื่อฟังคำพูดของเขา				
10	ทุกคนมักจะพูดกันตรง ๆ แทนที่จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง				
11	ฉันกล้าที่จะบอกคนในครอบครัว เมื่อเขาทำในสิ่งที่ฉันไม่ชอบ				
12	ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
13	ครอบครัวของฉันไม่เคยขาดสิ่งที่จำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค				
14	แต่ละคนในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง				
15	ครอบครัวของฉันแสดงความรักใคร่เอ็นดูกันมากพอ				

ข้อ	ข้อความ	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
16	แต่ละคนแสดงความรู้สึกที่ดีและไม่ดีต่อกันได้				
17	แต่ละคนแสดงความรู้สึกหรืออารมณ์ได้				
18	ฉันระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้				
19	ครอบครัวของฉันให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก				
20	ฉันมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว				
21	คนในครอบครัวสนใจกันทุกเรื่องแม้แค่เรื่องที่ไม่สำคัญสำหรับเขา				
22	คนในครอบครัวไม่ไปยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัดใจ				
23	ครอบครัวของฉันต่างคนต่างอยู่				
24	ผู้ใหญ่ในครอบครัวของฉันไม่ออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป				
25	เมื่อมีคนในครอบครัวของฉันทำผิด ต้องมีการทำโทษ				
26	ครอบครัวของฉัน ห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน				
27	ครอบครัวของฉันมีมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ในการปฏิบัติร่วมกัน				
28	ครอบครัวของฉันสามารถทำอะไรได้ตามใจชอบ				
29	ทุกคนในครอบครัวเข้ากันได้ดี				
30	ทุกคนในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
31	การตกลงเรื่องใด ๆเป็นไปด้วยดี เพราะสมาชิกเข้าใจกัน				
32	ทุกคนในบ้านยอมรับว่าแต่ละคนมีความแตกต่างกัน				
33	ครอบครัวของฉันรักใคร่ปองดองกันดี				
34	ขณะนี้ครอบครัวของฉันมีความสุขดีพอแล้ว				
35	ในยามวิกฤติ คนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
36	ในครอบครัวของฉันมีความรู้สึกดี ๆเกิดขึ้นมากมาย				

2.3 แบบประเมินความผูกพันกับเพื่อน

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุด **เพียงคำตอบเดียว**

ข้อ	ข้อความ	เกือบทุกครั้ง	บ่อย ๆ	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1	ฉันใช้เวลาไปเที่ยวสนุกสนานกับเพื่อน ๆ					
2	ฉันบอกความลับของฉันให้เพื่อนฟัง					
3	ฉันมีความสุขเมื่อได้พูดคุยหรือทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับเพื่อน					
4	เมื่อมีปัญหา ฉันได้ขอความช่วยเหลือจากเพื่อน					
5	ฉันได้ออกไปทำกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนๆ					
6	ฉันพูดคุยทุกอย่างที่ฉันได้พบเห็นกับเพื่อน					
7	ฉันพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่ระหว่างฉันกับเพื่อน					
8	ฉันขอความช่วยเหลือ พึ่งพา คำแนะนำหรือความเห็นอกเห็นใจกับเพื่อน					
9	ฉันเล่นสนุกสนานกับเพื่อน ๆ					
10	ฉันแบ่งปันความรู้สึกส่วนตัวและความลับกับเพื่อน					
11	ฉันพึงพอใจในสัมพันธภาพกับเพื่อน					
12	เมื่อรู้สึกเศร้าหรือไม่สบายใจ ฉันต้องขอกำลังใจจากเพื่อน					

2.4 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุด **เพียงคำตอบเดียว**

ข้อ	ข้อความ	รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง	รู้สึกเช่นนี้นาน ๆครั้ง	ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย
1	ฉันรู้สึกว่ามีคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่นๆ				
2	ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายอย่าง				
3	ฉันมักจะรู้สึกว่าฉันเป็นคนล้มเหลว				
4	โดยส่วนใหญ่แล้ว ฉันมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆได้ดีเท่าเทียมกับคนอื่นๆ				
5	ฉันรู้สึกว่าไม่ค่อยมีอะไรในตัวฉันที่น่าภาคภูมิใจ				
6	ฉันมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง				
7	โดยส่วนรวม ฉันมีความพึงพอใจในตนเอง				
8	ฉันอยากที่จะนับถือตนเองมากกว่านี้				
9	หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าตัวเองเป็นคนไร้ประโยชน์				
10	หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย				

ตอนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็น/ ความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อ 1	☐ ฉันรู้สึกเศร้านานๆครั้ง	☐ ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง	☐ ฉันรู้สึกเศร้าเกือบตลอดเวลา
ข้อ 2	☐ อะไรๆก็มีอุปสรรคไปเสียหมด	☐ ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆจะเป็นไปด้วยดี	☐ สิ่งต่างๆจะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
ข้อ 3	☐ ฉันทำสิ่งต่าง ๆได้ค่อนข้างดี	☐ ฉันทำอะไร ๆ ผิดพลาดหลายอย่าง	☐ ฉันทำอะไรก็ผิดพลาดไปหมด
ข้อ 4	☐ ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง	☐ ฉันรู้สึกสนุกกับบางสิ่งบางอย่าง	☐ ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน
ข้อ 5	☐ ฉันทำตัวไม่ดีเสมอ	☐ ฉันทำตัวไม่ดีบ่อยครั้ง	☐ ฉันทำตัวไม่ดีนานๆครั้ง
ข้อ 6	☐ นานๆครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นกับฉัน	☐ ฉันวิตกกังวลว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน	☐ จะต้องมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ๆ
ข้อ 7	☐ ฉันเกลียดตัวเอง	☐ ฉันไม่พอใจในตัวเอง	☐ ฉันพอใจในตัวเอง
ข้อ 8	☐ สิ่งที่เลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน	☐ สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน	☐ สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน
ข้อ 9	☐ ฉันไม่เคยที่จะคิดฆ่าตัวตาย	☐ ฉันเคยคิดถึงการฆ่าตัวตาย	☐ ฉันต้องการฆ่าตัวตาย
ข้อ 10	☐ ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน	☐ ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง	☐ ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นานๆครั้ง
ข้อ 11	☐ ฉันรู้สึกหงุดหงิดตลอดเวลา	☐ ฉันรู้สึกหงุดหงิดบ่อยครั้ง	☐ ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนานๆครั้ง
ข้อ 12	☐ ฉันชอบที่จะอยู่กับคนอื่น	☐ ฉันไม่ค่อยชอบที่จะอยู่กับคนอื่น	☐ ฉันต้องการอยู่คนเดียว
ข้อ 13	☐ ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆด้วยตนเอง	☐ ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆได้ลำบาก	☐ ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆได้ง่าย
ข้อ 14	☐ ฉันเป็นคนหน้าตาดี	☐ ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี	☐ ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด
ข้อ	☐ ฉันต้องใช้ความพยายาม	☐ ฉันต้องใช้ความพยายาม	☐ การทำการบ้านไม่ใช่ปัญหา

15	อย่างหนักทุกครั้งที่ทำการบ้าน	อย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำการบ้าน	ใหญ่สำหรับฉัน
ข้อ 16	☐ ฉันนอนไม่หลับทุกคืน	☐ ฉันนอนไม่หลับหลายคืน	☐ ฉันนอนหลับสบายทุกคืน
ข้อ 17	☐ ฉันรู้สึกเหนื่อยนาน ๆครั้ง	☐ ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง	☐ ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
ข้อ 18	☐ มีหลายวันที่ฉันไม่รู้สึกอยากกินอาหาร	☐ มีบางวันที่ไม่รู้สึกอยากกินอาหาร	☐ ฉันกินอาหารได้ดีทุกวัน
ข้อ 19	☐ ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย	☐ ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง	☐ ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
ข้อ 20	☐ ฉันไม่รู้สึกเหงา	☐ ฉันรู้สึกเหงาบ่อย ๆ	☐ ฉันรู้สึกเหงาตลอดเวลา
ข้อ 21	☐ ฉันรู้สึกไม่มีความสนุกเลยเวลาที่อยู่โรงเรียน	☐ ฉันรู้สึกสนุกสนานนาน ๆครั้งเวลาอยู่โรงเรียน	☐ ฉันรู้สึกสนุกสนานเสมอเมื่ออยู่โรงเรียน
ข้อ 22	☐ ฉันมีเพื่อนมาก	☐ ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากให้มีมากกว่านี้	☐ ฉันไม่มีเพื่อนเลย
ข้อ 23	☐ การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้	☐ การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน	☐ การเรียนของฉันแย่ลงมาก
ข้อ 24	☐ ฉันทำอะไรๆได้ไม่ดีเท่ากับ ☐ คนอื่น	☐ ฉันทำอะไรๆได้ดีเท่ากับคนอื่น ถ้าฉันมีความพยายาม	☐ ฉันทำอะไร ๆ ได้ดีพอๆกับคนอื่นอยู่แล้ว
ข้อ 25	☐ ไม่มีใครรักฉันจริง	☐ ฉันไม่แน่ใจว่าจะมีใครรักฉันหรือเปล่า	☐ ฉันรู้สึกว่ามีคนรักฉัน
ข้อ 26	☐ ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ	☐ ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง	☐ ฉันขัดคำสั่งเสมอ
ข้อ 27	☐ ฉันไม่เคยทะเลาะกับคนอื่น	☐ ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง	☐ ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

นักเรียนยินดีเข้าร่วมโครงการผลการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า หรือไม่

☐ ไม่ยินดี

☐ ยินดีเข้าร่วมโครงการ (ระบุที่อยู่/เบอร์โทรที่ติดต่อสะดวก).....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

--ขอบคุณค่ะ--

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

ภาคผนวก ค
ประวัติผู้วิจัย

นางสาวฉันทนา แรงสิงห์ / Ms.Chuntana Reangsing.

ตำแหน่ง อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย

สถานที่ทำงาน สำนักพยาบาลศาสตร์ 333 ม.1 ต. ท่าสุด อ.เมือง จ.เชียงราย 57100.

โทร. 053-916896 ต่อ 6811 โทรสาร 053-916867

E-mail address chuntana.rea@mfu.ac.th

ประวัติการศึกษา

- ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 2546
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2551

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง

มหาวิทยาลัย
แม่ฟ้าหลวง