บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 4 ผู้วิจัยได้จัดทำหัวข้อการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น
ความหมายของภาวะซึมเศร้า
ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
งานวิจัยเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
การรับรู้ของผู้ปกครองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

Hurlock ได้อธิบายว่า "วัยรุ่น" ตรงกับคำ "Adolescence" ในภาษาอังกฤษ และมีรากศัพท์เดิมมาจากภาษาลาตินว่า "Adocescere" ซึ่งมีความหมายว่าเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ (Maturity) ซึ่งมีการบรรลุถึงขั้นวุฒิภาวะ จะรวมถึงทั้งการเจริญเติบโตทางร่างกายและการเจริญทางจิตใจด้วย กล่าวคือ จะต้องมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้านไปพร้อม ๆ กัน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา[7]

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการ คือ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายโดยมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนสภาวะทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องพึ่งพาครอบครัวมาเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพ หารายได้ด้วยตนเอง

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเครียดหลายอย่าง เมื่อ

เทียบกับวัยเด็ก และความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับวัยรุ่นก็มักมีความขัดแย้งกันมากกว่าวัยเด็ก เพราะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยนั่นเอง ซึ่งหมายถึงวัยของลูกวัยรุ่นและบิดามารดาด้วย ทั้งบิดามารดาและลูกวัยรุ่นต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและมีความเครียดเกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดการทะเลาะขัดใจกันบ้างเหมือนลิ้นกับฟัน ลูกวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทางเพศ มีความก้าวร้าวเพิ่มขึ้น มีการแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีความอยากเป็นอิสระ การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นของใหม่ทำให้วัยรุ่นปรับตัวไม่ถูก ในขณะที่บิดามารดาก็กำลังเข้าสู่วัยกลางคน ซึ่งวัยนี้มักมีปัญหาอาชีพการงานหรือไม่ก็ชีวิตแต่งงาน ที่เรียกว่า วิกฤติการณ์ในวัยกลางคน (Middle Crisis)

การวิจัยในต่างประเทศพบว่า ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างวัยรุ่นกับบิดามารดามีลักษณะเป็นกราฟรูปตัวยูคว่ำ (∩) คือความขัดแย้งจะสูงสุดในวัยรุ่นตอนต้น ค่อย ๆ คงที่ในวัยรุ่นตอนกลาง และจะเริ่มลดลงในวัยรุ่นตอนปลาย ที่เป็นเช่นนี้เพราะช่วงวัยรุ่นตอนต้นนั้น เด็กเริ่มเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น คิดเองทำเอง เริ่มมีจุดยืนของตนเอง ส่วนช่วงวัยรุ่นตอนปลายนั้น ความขัดแย้งน้อยลง เพราะเด็กเริ่มออกจากบ้านไปเรียนต่อในระดับอุดมศึกษา การห่างบ้านทำให้การที่จะกระทบกระทั่งกันทุกวันลดลง

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2536)[8] กล่าวถึงการขัดแย้งกันระหว่างบิดามารดากับลูกวัยรุ่นว่า มีจุดน่าสนใจอยู่ 2 ประการ คือ

1. วัยรุ่นกับบิดามารดามักไม่ได้ขัดแย้งกันในเรื่องคอขาดบาดตาย เช่น ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเมือง ศาสนา หรือเสรีภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะเป็นเรื่องไกลตัว ไม่ได้เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

2. วัยรุ่นกับบิดามารดายังขัดแย้งกันอยู่ในเรื่องที่คล้ายคลึงกับเมื่อสิบปีที่แล้ว การศึกษาเปรียบเทียบความขัดแย้งระหว่างวัยรุ่นกับบิดามารดา ในปีค.ศ.1920 กับปีค.ศ.1982 พบว่า ความขัดแย้งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เรื่องที่ขัดแย้งบ่อยที่สุด คือ ผลการเรียน การทำการบ้านที่ครูให้มา การคบเพื่อน การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร การที่ลูกกลับค่ำ งานบ้านที่มอบหมายให้ทำ การรักษาความสะอาดส่วนตัว รวมไปถึงการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างพี่ ๆ น้องๆ การบังคับให้ลูกกินอาหารที่เขาไม่ชอบ และการที่ลูกใช้เงินเปลือง ส่วนใหญ่มักเป็นแม่กับลูกสาวทะเลาะกัน การทะเลาะกันนี้เกิดขึ้นเฉลี่ย 1 เรื่องทุก ๆ 3 วัน และกินเวลา 11 นาที ที่กล่าวมานี้ ดูเป็นเรื่องหยุมหยิมแต่บางครั้งเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็อาจกลายเป็นความขัดแย้งรุนแรง และนำไปสู่ปัญหาในวัยรุ่นที่พบได้มากมายในปัจจุบัน

ปัญหาของนักเรียนวัยรุ่น

ปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมถือได้ว่า เป็นปัญหาใหญ่สำหรับเด็กและเยาวชนวัยนี้ ในปี 2531 การสำรวจเยาวชนอายุ 13-20 ปี โดยการสอบถามแม่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของเด็ก พบว่า เยาวชนในเมืองมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเยาวชนในชนบท อาทิ การแสดงออกที่รุนแรงร้อยละ 12.7 หวาดกลัวอยู่เสมอร้อยละ 7.3 ผิดปกติทางเพศร้อยละ 2.7[9] นอกจากนี้การฆ่าตัวตายก็เป็นปัญหาฉุกเฉิน ซึ่งพบสูงในเยาวชนชายหญิงอายุ 15 - 24 ปี ซึ่งมักพยายามฆ่าตัวตายด้วยการกินยาพิษ ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าหญิง [10] แรงจูงใจของการพยายามฆ่าตัวตาย คือ ต้องการแก้แค้น ต้องการกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรู้สึกผิดหรือบาป ต้องการเกิดใหม่ หนีความสิ้นหวัง และหนีอาการประสาทหลอนที่น่ากลัว[11] เยาวชนรายงานว่าตนเองมีปัญหาสำคัญ ๆ 5 ประการ คือ การเรียน การเงิน สุขภาพ ครอบครัว และบุคลิกภาพ[9] และเมื่อเกิดภาวะตึงเครียด หรือวิตกกังวลในโรงเรียนหรือชุมชน ก็มักปรากฏอาการอุปาทานหมู่ที่ทำให้สาธารณชนตื่นตระหนก และตกเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์อยู่เนือง ๆ พบอุบัติการสูงในนักเรียนหญิงโดยเกิดอาการทางร่างกายได้หลายอย่าง เช่น เป็นลม หมดสติ ชัก เกร็ง เพ้อ อาเจียน ปวดท้อง หรือปวดศีรษะ ฯ เด็กหญิงที่มีอาการมักมีบุคลิกภาพอ่อนไหว ถูกกระตุ้นด้วยภาวะกดดันได้ง่าย[12]

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2530)[13] ได้ศึกษาปัญหาส่วนตัวของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นชั้น ม.1-ม.3 ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2526-2527 จำนวน 520 คน ชาย 309 คน หญิง 211 คน โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นเองร่วมกับแบบสอบถาม Mooney Check List (J-form) ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีปัญหามากและปัญหาในระดับปานกลางอยู่ 2 เรื่อง คือ ปัญหาลักษณะส่วนตัว ปัญหาทางด้านการเงิน การงานและอนาคต และปัญหาด้านโรงเรียน เมื่อวิเคราะห์ดูความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดปัญหากับเพศ พบว่า นักเรียนหญิงมีปัญหาส่วนตัวมากกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะด้านสุขภาพ การเรียน เรื่องบ้านและครอบครัว ส่วนความสัมพันธ์ของภูมิหลังครอบครัวกับปัญหาของนักเรียน พบว่า ตัวแปรด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา อุปนิสัยของบิดามารดา ผู้อบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กเล็กและระดับการศึกษาของบิดา มีความสัมพันธ์กับปัญหาเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ปัญหาของวัยรุ่นนั้นอาจเกิดเฉพาะต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือต่อกลุ่มก็ได้ เช่น ปัญ

หาต่อระบบการปกครอง การเมือง การเรียน และอื่น ๆ ทำให้วัยรุ่นนั้นมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการ เรียกว่า Adolescent turmoil เมื่อมาถึงจุดหนึ่งอาการที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ก็จะหายไปเป็นปกติ หลังจากวัยรุ่นผู้นั้นผ่านพ้น Adolescent turmoil เมื่อมาถึงจุดหนึ่งอาการที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ก็จะหายไปเป็นปกติ หลังจากวัยรุ่นผู้นั้นผ่านพ้น Adolescent turmoil แล้ว

Rutter (1995)[5] กล่าวว่า Adolescent turmoil เป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีอยู่จริงและปัญหาวัยรุ่นไม่ควรปล่อยผ่านไปโดยคิดว่า เมื่อเวลาผ่านไปจะหายได้เอง เพราะปัญหาของวัยรุ่นจะมีผลต่อชีวิตภายหน้าได้

ปัญหาของวัยรุ่นควรได้รับการรักษาอย่างจริงจังไม่ควรปล่อยไว้ โดยคิดว่าเมื่อเวลาผ่านไปปัญหาจะหายไปเองโดยขบวนการพัฒนาตามธรรมชาติ เพราะเมื่อได้ติดตามในระยะยาวพบว่า ปัญหาไม่ได้หายไปเอง ผลของการไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจทำให้มีผลเสียต่อวัยรุ่นตลอดชีวิตการรักษาไม่ควรรักษาตามอาการที่ปรากฏเท่านั้น แต่ควรแก้ไขความบกพร่องของ Ego ด้วย

ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น คือ ปัญหาการปรับตัว แสดงออกเพื่อชดเชยในความคับข้องใจ ตลอดจนการแสดงออกในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2536)[1] ได้กล่าวถึงปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่พบบ่อย ๆ คือ การปรับตัวที่ผิดปกติเมื่อเผชิญกับความเครียด โรคประสาทวิตกกังวล โรคซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย โรคจิต ความผิดปกติในการกิน เอกลักษณ์สับสน บุคลิกภาพผิดปกติ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเกเร พฤติกรรมผิดเพศ เช่น เป็นกระเทย ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา และปัญหาการเข้ากับเพื่อนฝูง

ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นเพียงปัญหาทางสุขภาพจิตที่ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค อาจสรุปได้ว่ามีสาเหตุมาจาก

1. ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการแห่งวัย ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย การพัฒนาเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และจิตใจ พัฒนาการทางด้านสติปัญญาและพัฒนาการทางด้านสังคม

2. การปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจ การเงิน การทำตามเพื่อน ความเป็นตัวของตัวเองและปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม

การพัฒนาทางด้านจิตใจและสังคมในช่วงวัยรุ่น

แบบแผนทางอารมณ์ (Emotional Pattern) ที่สำคัญในช่วงวัยรุ่น ได้แก่

1.โกรธ (Anger) ส่วนมากวัยรุ่นจะแสดงอารมณ์โกรธที่เลยเถิดไป ลักษณะการดอบสนองอารมณ์โกรธที่พบได้บ่อย คือ การไม่พูดไม่จา เขาจะไม่ทำตามในสิ่งที่ผู้ใหญ่บอกให้เขาทำ บางครั้งจะใช้การพูดจาเยาะเย้ยทับถมกับคนที่เขาไม่ชอบ เดินออกจากห้องไปเฉย ๆ ปิดประตูดังปังหรือขังตัวเองในห้องไม่พูดกับใคร จนกระทั่งความโกรธของเขาทุเลาลง

การที่วัยรุ่นจะแสดงปฏิกริยาออกมาอย่างไรเมื่อเขาโกรธนั้นขึ้นอยู่กับสภาพสังคมที่เขาได้รับแบบอย่างมา ในกลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำหรือใน Minority group มักจะแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสม คือ แสดงความก้าวร้าวโดยตรงกับพ่อแม่

2. กลัว (fear) ในช่วงวัยรุ่น สถานะภาพทางสังคมมีความสำคัญกับวัยรุ่นมากกว่าในวัยเด็ก วัยรุ่นจะรู้สึกอายมากในการที่จะแสดงออกทุก ๆ อย่างยกเว้นกับเพื่อนสนิท เขาต้องการที่จะทำในสิ่งที่ดีกับคนแปลกหน้าแบะสมาชิกที่เป็นเพศตรงข้าม แต่เขาขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงมีความรู้สึกไม่สบายใจ กลัวคนอื่นวิพากษ์วิจารณ์ว่าตนเองไม่ดี และมักจะเคอะเขินเมื่อเขาต้องการแสดงท่าทางเหมือนผู้ใหญ่เพราะเขาไม่รู้ว่าเขาควรจะทำตัวอย่างไรในสังคม

3. กังวล (Worry) ในวัยรุ่นมักพบว่า ความกังวลที่พบได้บ่อย คือ เรื่องการเรียน การขาดสอบ การสอบ โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงจะกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเอง การขาดความเข้าใจระหว่างพวกเขากับพ่อแม่ กังวลเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนชายและหญิง การยากลำบากในการคบเพื่อน สถานที่ที่เหมาะสมกับวัยรุ่นที่จะหาความบันเทิง และขาดการควบคุมอารมณ์

4. ริษยา (Jealousy) วัยรุ่นมักจะริษยากลุ่มเพื่อนที่ได้รับสิทธิพิเศษ ผู้ที่ประสบผลสำเร็จมากกว่าเขาในการทำงานที่โรงเรียน หรือแข็งแรงกว่า หรือพวกที่ Independent มากกว่าเขา

5. อิจฉา(Envy) ในวัยรุ่นจะเป็นลักษณะของความปรารถนา โลภ อยากได้

ไม่เพียงแต่ต้องการสิ่งต่าง ๆเหมือนกับเพื่อนของเขามี แต่เขายังต้องการของที่ดีเหมือนกับเพื่อน ๆ ของเขาด้วย

6.ความรัก (Affection) วัยรุ่นจะให้ความสนใจต่อบุคคลที่เขารักและทำให้เขารู้สึกมั่นคง เขาจะพยายามทำสิ่งที่เขาสามารถทำได้เพื่อให้บุคคลที่เขารักมีความสุข เขามักจะแสดงความพอใจ โดยการเฝ้ามองและคอยพึงคนที่เขารักด้วยความสนใจอย่างจริงจังและชื่นชมยินดีอยู่เสมอเมื่ออยู่กับคนที่เขารัก

7.รื่นเริง (Joy) ความสนุกสนานของวัยรุ่นจะมาจากการปรับตัวที่ดีของวัยรุ่นต่อการงานและสภาพสังคมของเขา จากความสามารถในการที่จะได้รับความสนุกสนานในสภาพการณ์ต่าง ๆ การปล่อยอารมณ์ที่อัดอั้นอยู่ภายในจากความกังวล ความโกรธ ความอิจฉา และจากความรู้สึกว่าตนเองเหนือคนอื่น

8.อยากรู้อยากเห็น (Curiousity) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็นในสิ่งใหม่ ๆ ทุกอย่าง อยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับเพศตรงข้าม เกี่ยวกับเรื่องเพศ ความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งวัยนี้จะเรียนรู้สิ่งเหล่านี้จากโรงเรียน เพื่อน ครู สังคมนอกบ้าน และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆรอบตัวเขา

การเรียนรู้ที่จะควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่น

ปกติวัยรุ่นไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ได้ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่มีความสุขหรืออารมณ์ที่ไม่พอใจ ดังนั้นการเรียนรู้ที่จะควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นจึงมีหลายรูปแบบ บางคนจะใช้วิธีลองผิดลองถูก บางคนก็ปรึกษาผู้ปกครองหรือครู เป็นต้น

ครอบครัวกับวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตที่ค่อนข้างยุ่งยากสำหรับตัววัยรุ่นเอง ทั้งยังเป็นที่ยุ่งยากลำบากใจสำหรับผู้เป็นบิดามารดาอีกด้วย การพัฒนาการผ่านวัยนี้มีลักษณะเฉพาะ (Unique) ที่แตกต่างกันไปตามยุคสมัย ปัญหาระหว่างวัยมักจะเกิดขึ้นเมื่อบิดามารดายึดมั่นกับรูปแบบและประสบ

การณ์ของตนเองมากเกินไป โดยใช้ทัศนคติวิธีการสมัยตนเป็นวัยรุ่นมาปฏิบัติกับบุตรวัยรุ่น เป็นวิธีการที่ล้าสมัยใช้ไม่ได้กับวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน บิดามารดาจำเป็นต้องเปลี่ยนทัศนคติหรือท่าทีต่อบุตรเสียใหม่ ให้แตกต่างไปจากที่เคยปฏิบัติเมื่อบุตรยังเป็นเด็กเล็ก และต้องคาดการณ์เรียนรู้ไปกับบุตรวัยรุ่นของตนเองด้วยว่า ความแข็งแกร่ง (Strength) ทัศนคติ (Attitude) และทักษะ(Skills) ด้านใดที่บุตรจำเป็นต้องมีในการเตรียมการณ์ เพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่ดูแลรับผิดชอบตนเองได้ นอกจากนี้บิดามารดายังควรไวต่อความรู้สึก ความต้องการของบุตรวัยรุ่น ควรปรับความเข้าใจให้สอดคล้องไปกับการเจริญพัฒนาของบุตร การห้ามปรามจำกัดขอบเขตวัยรุ่นควรมีในระดับพอเหมาะพอควร หากจำกัดมากเกินไปเขาก็จะคิดว่า บิดามารดาไม่เข้าใจหรือไม่ไว้วางใจเขา หากน้อยเกินไปเขาก็จะคิดอีกว่า บิดามารดาไม่สนใจเขา บิดามารดาควรให้โอกาสบุตรวัยรุ่นดูแลรับผิดชอบตนเองบ้าง ไม่ควรตีกรอบให้เขาอยู่ในโลกแคบเฉพาะในแวดวงครอบครัวเกินไป เพราะเขาจะรู้สึกอึดอัดใจมาก วัยรุ่นต้องการเรียนรู้และสัมผัสโลกภายนอกด้วยตัวของเขาเอง บิดามารดาจะช่วยส่งเสริมและให้โอกาสบุตรวัยรุ่นได้ โดยการอนุญาตให้เขาคลุกคลีกับเพื่อนสนิท พยายามทำตัวคุ้นเคยกับเพื่อน ๆ ของเขา สนับสนุนให้บุตรวัยรุ่นได้เห็นโลกกว้างโดยอนุญาตให้เขาพักค้างคืนที่บ้านญาติต่างจังหวัดหรือเพื่อนสนิทเป็นครั้งคราว ไปทัศนาจรตามสถานที่ต่าง ๆ กับหมู่เพื่อนที่ไว้ใจได้หรือเข้าค่ายเยาวชน

บิดามารดาควรพยายามเข้าใจใกล้ชิดบุตรของตนตั้งแต่เมื่อเขายังเป็นเด็ก เพราะบุตรจะมีความผูกพันเกรงใจและรับฟังผู้ใหญ่อยู่มาก ฉะนั้นแล้วบิดามารดาจะควบคุมบุตรวัยรุ่นได้ยากเมื่อเขามีปัญหา การเสียสละเวลา 5-10 ปี เพื่อให้มีโอกาสคลุกคลีใกล้ชิดกับบุตรเมื่อเขายังเล็กจะช่วยให้เข้าใจนิสัยใจคอและความต้องการของเขาเป็นรากฐานของความรักความอบอุ่นพื้นฐาน

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนกับวัยรุ่น

เวลาส่วนใหญ่ของวัยรุ่นไปกับการอยู่นอกบ้านกับกลุ่มเพื่อน ซึ่งกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมของวัยรุ่นมากกว่าครอบครัว แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า อิทธิพลของครอบครัวถูกช่วงชิงโดยกลุ่มเพื่อน การที่กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลมากกว่า

เพราะบางเรื่องวัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ปัญหาในเรื่องชีวิตทั่ว ๆ ไปสำหรับวัยรุ่นเขาจะถือว่าผู้ปกครองของเขามีความสามารถมากกว่า บางเรื่องเพื่อน ๆ ของเขาก็สามารถเป็นที่ปรึกษาและแนะนำเขาได้ พบว่าวัยรุ่นในเมืองกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลมากกว่าวัยรุ่นชนบท เขาจะต้องพยายามทำทุกทางที่จะให้กลุ่มยอมรับ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญอื่น ๆ ทำให้มีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย เกิดความรู้สึกล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วครู่หรือคงอยู่นาน ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม[15]

Simon RC, (1985) and Worden JW, (1984) ซึ่งวิระวรรณ อุประมาณ (2538)[16] ได้นำมากล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ายังมีอีกหลายความหมาย ดังนี้

1. สภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงเวลาสั้น ๆ อาจจะเป็นช่วงขณะหนึ่งหรือยาวนานเป็นวัน (Transient state) โดยที่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นี้ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน บางครั้งเราอาจรู้สึกเศร้า (depess) หรือไม่มีความสุข (unhappy) เมื่อมีบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ถูกใจเกิดขึ้น

2. ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะอาการหนึ่ง (Depression as a symptom) หมายถึง สภาวะของการสูญเสีย (sadness) หรือความทุกข์ (unhappiness) ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและระยะเวลาอาจยาวนานเป็นสัปดาห์หรือเดือน

3. ภาวะซึมเศร้าที่มีกลุ่มอาการที่ผิดปกติทางคลินิค (Depression as a clinical Syndrome) หมายถึง ภาวะที่อาการซึมเศร้าเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่องและยาวนาน (ระยะเวลาเป็นเดือนขึ้นไป) มีลักษณะรุนแรง และรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงส่วนอื่น ๆ ในการทำงานของร่างกาย จิตใจ และสังคมจนถือว่าเป็นอาการป่วยทางจิตเวช

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้[14] คือ

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์ดิบขั้นพื้นฐานที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

Abraham ตั้งสมมุติฐานว่า ความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเอง เนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือ ทั้งรักและเกลียดต่อบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้เป็นที่รักและเป็นที่พึ่งพิงทางอารมณ์ของผู้ป่วย แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้กับผู้ป่วยด้วย

2. สาเหตุจากความคิดแง่ลบ (Negative Cognition)

Aron Beck (1967) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่า เกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้นและความคิดบิดเบือนเป็นผลจากการมีประสบการณ์ชีวิตที่เลวร้าย ผู้ป่วยซึมเศร้ามี cognitive triad คือ มองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ ดังนี้

ผู้ป่วยมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมสิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกหมดกำลังใจ

และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหมดทางแก้

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models)

มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ทอดอาลัย หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวัง

4. สาเหตุจากมีความผิดปกติทางชีวภาพ (Biological models)

โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง Kraepelin(1921)เชื่อว่า ศูนย์ควบคุมการทำงานในร่างกาย (inner control) ทำงานมากขึ้นในภาวะ mania และทำงานลดลงในภาวะซึมเศร้า

จะเห็นได้ว่าโรควิมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกัน คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มใหญ่ ๆ นี้ว่า Biopsychosocial factors ซึ่งเป็นได้ทั้งปัจจัยเสริม ปัจจัยเร่ง และปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depression symptoms)[17]

1. อารมณ์เศร้า เป็นความรู้ที่แสดงอาการหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบานหรือใจคอเศร้าหมอง ลักษณะอารมณ์เศร้านั้นบางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก หรืออาจจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว

3. ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง

4. อาการเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่ของที่ตนเองชอบ

5. อาการนอนไม่หลับ อาจจะนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อย

6. อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลียไม่ได้ออกแรงและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขนขา

7. ความคิดเชื่องช้า การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจาเชื่องช้า ความสนใจต่าง ๆ ลดลง เงียบและซึมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่าง ๆ เป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว หรือการอ่านหนังสือ

8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดี สับสน อ่านหนังสือแล้วไม่จำ

9. ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา รู้สึกตนเองไม่มีค่า หมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น

10. ความรู้สึกมีความผิด หากความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากยิ่งรุนแรง คิดว่าเป็นคนไม่ดี มีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้อยากตายและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุด

11. ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานมีมาก ความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น

12. ความกลัว ความกลัวจะวนเวียนในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียว

13. อาการทางกาย มักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้ทุกระบบ

เช่น ปวดท้อง ท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและปวดเมื่อยตามตัว

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น [14]

วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่บ่นกลุ้มใจ วิตกกังวลในเรื่องเรียน การสอบ การเงิน การคบเพื่อน หรือปัญหาครอบครัว โดยมีอาการปะปนไปกับอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งผู้เชี่ยวชาญบางท่านเชื่อว่าโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลเป็นคนละโรคกัน บางท่านกลับเชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการร่วมกันได้

อารมณ์เศร้าพบได้ค่อนข้างบ่อยในวัยรุ่น ประมาณว่าร้อยละ 20-50 ของวัยรุ่นมีอารมณ์เศร้า Kashani และคณะ (1988) ศึกษาในเด็กนักเรียนมัธยม รายงานว่าวัยรุ่นร้อยละ 4.7เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.3 เป็นโรคประสาทซึมเศร้า และร้อยละ 18.7 เป็นโรควิตกกังวล แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 30-40 เข้าข่ายเป็นโรคซึมเศร้า มีเหตุผลที่น่าเชื่อว่าวัยรุ่นที่เป็นโรควิตกกังวลและเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสคิดสุราและยาเสพติด คิดเป็นสองเท่าของวัยรุ่นทั่ว ๆ ไป ตรงกับที่ Meek(1977) เขียนไว้ว่า " อารมณ์เศร้าเป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ในวัยรุ่น ตั้งแต่อาการ psychosomatic อาการป่วย ไม่ยอมไปโรงเรียน เกเร ก้าวร้าว และพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งบางคนเรียกว่า อารมณ์เศร้าที่ถูกบดบัง (mask depression) หรืออารมณ์เศร้าแปรรูป (depressive equivalent) โดยอารมณ์เศร้าเป็นผลพวงมาจากการขาดความภาคภูมิใจในตนเอง "

เป็นที่ยอมรับกันว่า โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นโรคเดียวกับที่พบในผู้ใหญ่ ไม่แตกต่างกันเท่าใดนัก มีอาการหลัก ๆ เหมือนกันคือ รู้สึกเศร้า ท้อใจ เบื่อเซ็ง ดูถูกตัวเอง รู้สึกผิด หมดความสนใจในทุกสิ่ง อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง กินอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ และคิดหมกมุ่นเรื่องการฆ่าตัวตายได้เช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามข้อแตกต่างในด้านอาการก็มีอยู่บ้าง ได้แก่

1. วัยรุ่นอาจไม่ยอมรับว่ามีอารมณ์เศร้า แต่ใช้คำว่า อ้างว้าง หงุดหงิดฉุนเฉียว หรือเบื่อ และไม่ใคร่จะมาพบแพทย์เอง แต่ถูกพ่อแม่นำมาตรวจ

2. วัยรุ่นมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ค่อนข้างมากกว่าผู้ใหญ่

3. อาการนอนมาก หรือกินอาหารได้มากขึ้น มักพบวัยรุ่นที่ซึมเศร้าแทนที่จะนอนไม่หลับหรือกินอาหารไม่ลง

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบ่งเป็น 2 รูปแบบ[18] คือ

1. ความรู้สึกเศร้า (Depressive feeling)

เป็นความรู้สึกไม่มีความสุข อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของตัวบุคคลหรือความบกพร่องของหน้าที่ทางด้านชีววิทยา มีการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของวัยรุ่นมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ หรือร้องไห้ ซึ่งถือว่าเป็นธรรมดา ไม่จัดว่าเป็นอาการของโรค แต่จะไม่มีความคิดในแง่ลบกับตัวเอง ตำหนิตัวเองหรือคิดว่าตัวเองไร้ค่า ซึ่งแตกต่างจากโรคซึมเศร้า

2. โรคซึมเศร้า (Depressive Syndrome)

ในวัยรุ่น บางครั้งความซึมเศร้าอาจแสดงออกทางความผิดปกติอื่น ๆ แทนที่จะมีอาการเหมือนผู้ใหญ่ เช่น ปัสสาวะรดที่นอน (Enuresis) โรคซึมเศร้า จะมีอารมณ์เศร้ามากกว่าความรู้สึกเศร้าธรรมดา คือ จะมีความรู้สึกต่อต้าน ฉุนเฉียวง่าย มีความรู้สึกผิดวิตกกังวล ทดแทนกับความรู้สึกที่ไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจ อาจมีความเครียดที่เป็นสาเหตุของอาการทางกาย เช่น เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ มีความคิดประเมินตัวเองทางลบ มองโลกในแง่ร้าย สิ้นหวังและนอกจากนั้นยังพบว่าความประพฤติผิดปกติ (Conduct disorder) มีความเกี่ยวโยงกับความซึมเศร้าในเด็กชายก่อนวัยรุ่นในอัตราสูง ตัวอย่างเช่นพฤติกรรมต่อต้านสังคมซึ่งอาจทำให้แพทย์ละความสนใจด้านปัญหาทางอารมณ์ ไปสนใจแก้ไขปัญหาพฤติกรรมมากกว่า

วัยรุ่นที่มีความซึมเศร้าจะไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง แต่จะแสดงออกมาทางพฤติกรรม และอาการทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจเกิดความซึมเศร้าแฝง (Masked Depression) โดยจะแสดงอาการในลักษณะต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่นั้นหันมาสนใจเขา และพบว่า วัยรุ่นบางคนอาจเกิดความเบี่ยงเบนทางเพศได้เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบความมั่นใจในตนเอง จะทำให้เกิดปัญหารักร่วมเพศ หรือความสำส่อนทางเพศได้ บางคนอาจบ่นถึงสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกาย ทำให้พ่อแม่คิดว่าเด็กป่วยทางร่างกายอย่างรุนแรง โดยที่ตัวเด็กเองก็หวังว่า การเข้าอยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นทางหลีกหนีจากความขัดแย้งที่เขากำลังเผชิญอยู่

ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น Rutter (1995)[5]

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นต่างประเทศ ดังแสดงในตาราง 2.1

ตารางที่ 2.1 การสำรวจชุมชนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของต่างประเทศ

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ช่วงเวลาที่วัด	%จำนวนคนไข้ที่คะแนนเกินจุดตัด
Rutter(1979)	ชุมชน	14-15	CI.	เร็ว ๆนี้	40
Kandel and Davies (1982)	มัธยมปลาย	13-19	SCL-90	1 ปี	25
Schoenbach (1982)	มัธยมต้น	12-16	CES-D	1 อาทิตย์	50
teri(1982)	มัธยมปลาย	14-17	BDI	2 อาทิตย์	34
Kaplan(1984)	มัธยมต้นและปลาย	11-17	BDI	2 อาทิตย์	23
Offord(1987)	ชุมชน	12-16	CBCL	6 เดือน	46
Garrison(1989)	มัธยมต้น	11-17	CES-D	1 อาทิตย์	5
Reinherz(1989)	เกรด 8	13-16	CDI	เคยเป็นในช่วงอายุ	21

CL = clinical interview

SCL-90 = Symptom Checklist-90

CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

BDI = Beck Depressive Inventory

CBCL = Achenbach Child Behavior Checklist

CDI = Children's Depression Inventory

ส่วนความชุกของโรคซึมเศร้าในต่างประเทศจากการวินิจฉัยตาม criteria ดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 การสำรวจชุมชนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นของต่างประเทศ

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ	เครื่องมือ	DX Criteria	Major Depression	Dysthymia
Rutter (1970)	ชุมชน	14-15	CI.	-	1.5	-
Deykin(1987)	วิทยาลัย	16-19	DIS	DSM-III	6.8 LT	-
Kashani(1987b)	ชุมชน	14-16	DICA	DSM-III	4.2 point	8 point
McGee and Williams(1988)	ชุมชน	15	DISC	DSM-III	1.2 point 1.9 LT	1.1 "
Velez (1989)	ชุมชน	13-18	DISC	DSM-III-R	3.7 point	-
Fleming(1989)	ชุมชน	12-16	SDI	DSM-III	9.8 6-mnths	-
Whitaker (1990)	มัธยม	14-17	CI.	DSM-III	4.0 LT	4.9 LT
Lewinsohn(1991)	มัธยม	14-18	K-SADS-E	DSM-III-R	18.4 LT 2.9 point	3.2 LT

DIS = Diagnostic Interview Schedule

DICA = Diagnostic Interview for Children and Adolescents

DISC = Diagnostic Interview Schedule for Children

SDI = Survey Diagnostic Instrument

K-SADS-E = Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School Aged

อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นมีผลกระทบต่อการพัฒนาเรื่องการศึกษา การงาน สังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา และมีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและระหว่างเพื่อน และยิ่งถ้าขาด social support ก็ยิ่งเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง และมีผลต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต ทั้งด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและอาชีพ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์

จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้า คือ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิง เศรษฐานะต่ำ สิ่งแวดล้อมรวมถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ทุกข์ การที่พ่อแม่ทอดทิ้งหรือหย่าร้าง เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียด โดยเฉพาะลักษณะนิสัยอารมณ์และบุคลิกภาพของคนนั้นเอง ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

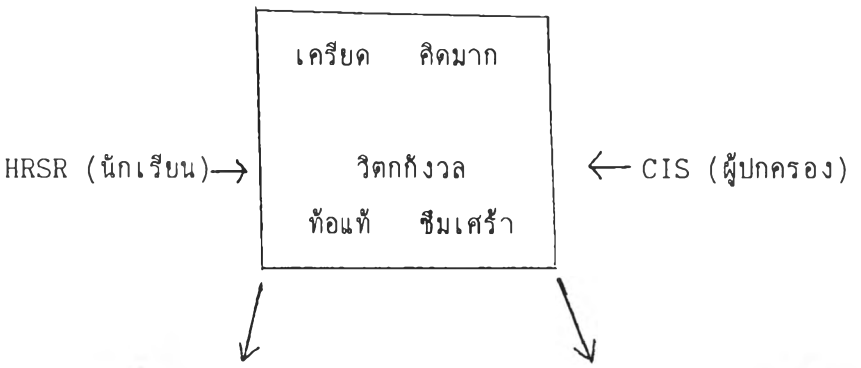
จากหลายการศึกษา พบว่า วัยรุ่นหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นชาย 1 : 0.4 ซึ่ง Allgood-Merton,Lewinsohn,and Hops (1990) บอกว่า เป็นเพราะวัยรุ่นหญิงมักจะขาดความเชื่อมั่นในตนเองและมีภาพพจน์แง่ลบเกี่ยวกับตนเอง

อาการแสดงออกทางคลินิค (Clinical Presentation)

ปัญหาวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน

- การสูญเสียหรือจากพรากบุคคลสำคัญในชีวิต
- ปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ การงาน
- ปัญหาการเรียน การเงิน
- ปัญหาครอบครัว ดูแลบุตร

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ท้อแท้

-เฉื่อยชา แยกตัว เบื่อเรียน

-ซึมเศร้า ขาดความรับผิดชอบ

-อาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อ่อนเพลีย โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ ไมเกรน ฯ

พฤติกรรมประชดชีวิต

-เกเร เกเรียน ลักขโมย

-ก้าวร้าว ติดเพื่อน

-สำส่อนไม่กลับบ้าน

-เสพสุรา ยาเสพติด

ประเทศสหรัฐอเมริกาและทางยุโรปถือว่า โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วย(disease) แบบเดียวกับการป่วยของโรคทางกายอื่น ๆ และได้พยายามรณรงค์ให้เห็นความสำคัญ หลังจากมี National Health Survey (Vital and Health Statistic-Series2-No. 216,1980) สำรวจประชากรเป็นจำนวนถึง 18.5 ล้านคนทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 17.3 ของประชากรวัย 15-74 ปี ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าโดยใช้ เครื่องมือ CES-D เพราะร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยลงเอยด้วยการฆ่าตัวตาย ทั้งเป็นโรคที่พบบ่อยนั่นคือ life prevalence = ร้อยละ 17-25 ที่น่าตกใจคือ ร้อยละ 70 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายป่วยจากโรคซึมเศร้า ประเทศใหญ่ ๆ จึงพยายามให้การศึกษาแก่สาธารณชนว่า โรคซึมเศร้ารักษาได้ผลดีถึงร้อยละ 70-80 จากยาต้านเศร้า แม้ว่าสาเหตุของโรคจะมาจากความกดดันในชีวิต ความสูญเสีย การจากพราก และด้านชีวภาพ เช่น พันธุกรรม จึงทำให้การดำเนินของโรคมักจะเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ

ข้อมูลจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (1995) รายงานว่า สถิติการฆ่าตัวตายของคนไทย เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 40 ในช่วงปีที่ผ่านมา

<u>ความชุกและอุบัติการณ์ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น</u>

จากการทบทวนการสำรวจชุมชนเกี่ยวกับประชากรวัยรุ่นในชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งตีพิมพ์หลังปี 1985 ประมาณการความชุกของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 3.5 -52.9 ตัวเลขความชุกที่แตกต่างนี้มาจากการให้คำจำกัดความของการพยายามฆ่าตัวตายและช่วงระยะเวลาที่ใช้ ในบางการศึกษาได้ถามกลุ่มตัวอย่างถึงความคิดในการพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมาหรือสักครั้งหนึ่งในช่วงชีวิต เป็นต้น เพราะฉะนั้น ความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายก็จะสูงตาม ซึ่งไม่น่าแปลกใจเพราะช่วงเวลาที่นานขึ้น โอกาสหรือแนวโน้มที่จะเกิดก็เป็นไปได้สูง ดังนั้น ถ้าใช้คำว่า "เคย หรือครั้งหนึ่งในชีวิตเคยมีความพยายามฆ่าตัวตาย" จะพบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 15-53 ในวัยรุ่น และการวิจัยจำนวนมาก พบว่า จะเกิดกับวัยรุ่นเพศหญิงมากกว่าชาย จึงเป็นไปได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตายนั้นเกี่ยวข้องกับอายุและเพศ โดยเฉพาะในวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี[5]

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

Carlson และคณะ (1982)[19] ได้สำรวจกลุ่มอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นในผู้ป่วยทางจิตเวช โดยศึกษาระบาดวิทยาของอารมณ์เศร้า (depression mood) ในเด็กวัยรุ่น อายุ 14-18 ปี ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่ New York State จำนวน 18 โรงเรียน มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8,206 คน ใช้แบบสอบถาม SCL-90 (Symtom Checklist 90 item) ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีอารมณ์เศร้ามากกว่าเพศชาย และอายุในเด็กวัยรุ่นจะมีอารมณ์เศร้าสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์และการพยากรณ์อารมณ์เศร้าในเด็กมี ดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับ บิดา-มารดา (parental factors) หากขาดความใกล้ชิดกับบิดามารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กหญิง ซึ่งมีความใกล้ชิดกับ บิดา-มารดา น้อยมากและการพลัดพรากจากบิดา-มารดา จะพบว่า มีภาวะซึมเศร้าสูง

2. ปัจจัยเกี่ยวกับเรื่องกลุ่มเพื่อน (peer factors) พบว่า อารมณ์มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมากหรือน้อย หากมีความสัมพันธ์กับเพื่อนสูง จะพบภาวะซึมเศร้าต่ำ

3. ลักษณะนิสัยส่วนบุคคล (personal characteristics) เกี่ยวกับทัศนคติหรือวิถีการดำเนิน (life-style)

Kashani และคณะ (1987)[20] ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้า กลุ่มอาการซึมเศร้า และอารมณ์ของวัยรุ่นในชุมชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน ในโรงเรียนที่ Columbia โดยการสัมภาษณ์ และใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III ผลการวิจัยพบว่า มีโรคซึมเศร้า (major depression) ร้อยละ4.7 มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) ร้อยละ 3.3 และเด็กที่มีอาการซึมเศร้า จะพบว่ามีตัวแปรในเรื่องอายุ เพศ เชื้อชาติ เศรษฐานะ และสถานภาพสมรสของบิดามารดาที่แตกต่างกันเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

Levent Kuey และ Cengiz Gulec (1989)[21] ได้ศึกษารายงานภาวะซึมเศร้าในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ความชุกในชุมชน พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไปประมาณร้อยละ 20 และภาวะซึมเศร้าจนเป็นโรค พบประมาณร้อยละ 10

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าทางด้าน Sociodemographic risk factors พบว่า ปัจจัยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง คือ เพศหญิง อายุที่เพิ่มมากขึ้น สถานภาพสมรสที่เป็นโสด รูปแบบครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) และเศรษฐานะต่ำ (lower socio-economic status)

อรพรรณ เมฆสุภะ และคณะ (2530)[22] ได้รายงานผลงานวิจัยในประชากร 5 เขตของกรุงเทพมหานคร จำนวน 7,731 ราย จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 7-15 ปี มีปัญหาจิตเวช สูงถึงร้อยละ 37.9 ซึ่งปัญหาจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาการเรียน ปัญหารองลงมาคือ ปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์และนิสัย นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาจิตเวชของกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับรายได้ของบิดาและจำนวนบุตรของบิดามารดา

อรวรรณ หนูแก้ว (2536)[24] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดสระแก้ว จำนวน 268 คน เปรียบเทียบกับเด็กครอบครัวปกติจำนวน 360 คน โดยใช้เครื่องมือ Children's Depression Inventory พบว่า เด็กจากวัดสระแก้วมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 58.9 ซึ่งสูงกว่าเด็กในครอบครัวปกติ ที่พบเพียงร้อยละ 20.8 และพบว่าเด็กในครอบครัวปกติที่เรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามัธยมปีที่ 1 และ 2

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต สิขนะพิชิตกุล (2535)[8] ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้ตัวอย่าง จำนวน 1,264 ราย

อายุ 10-17 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 14 ปี อัตราส่วนเพศหญิงและชายเท่ากับ 1 ต่อ 1.2 โดยเครื่องมือ CDI พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.8 (คะแนน CDI > 15) และร้อยละ 13.3 มีอาการโรคซึมเศร้า (CDI > 21) และปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อความเครียดและมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะครอบครัวที่แตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา บิดามารดาหรือผู้ที่เลี้ยงดูมีการศึกษาและรายได้ต่ำ และปัญหาการเรียนไม่ดี

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2536)[3] ได้ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ถูกส่งมาประเมินและรับการรักษาทางจิตเวชจากหน่วยจิตเวชเด็ก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2528-2534 รวม 7 ปี พบว่ามีผู้ป่วยถูกส่งมาด้วยปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 43 ราย (ร้อยละ 1) จากผู้ป่วยทั้งหมด 3,986 ราย เป็นหญิง 31 ราย และชาย 12 ราย อายุตั้งแต่ 9-14.8 ปี อายุเฉลี่ย 12.9 ปี ที่อายุ 12 ปีขึ้นไป จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็น 4.4 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคนกลางหรือคนสุดท้องมาจากเศรษฐานะต่ำ ครอบครัวมีลูก 3 คนหรือน้อยกว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตายที่พบคือ พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 84 คิดฆ่าตัวตายร้อยละ 9 และขู่จะฆ่าตัวตายร้อยละ 7 วิธีการที่พบบ่อยที่สุดคือ การกินยาเกินขนาดโดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ การถูกอบรมสั่งสอนและลงโทษ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียหน้าหรือไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น จากการตรวจสภาพจิตพบอารมณ์เศร้าร้อยละ 87.3 การวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุด คือ ความผิดปกติในการปรับตัว ผู้ป่วยจำนวนมากมีนิสัยเป็นเด็กกว่าวัยขาดความยั้งคิดหรือเก็บกด การเปรียบเทียบผู้ป่วยที่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อนกับผู้ป่วยที่ไม่เคยมี พบว่ากลุ่มแรก อัตราการบ่วยเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยและความผิดปกติทางจิตในบิดามารดาสูงกว่ากลุ่มหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มาด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และตรวจพบว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีโอกาสจะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสูงเป็น 15 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นโรคดังกล่าว

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต สิขนะพิชิตกุล (2536)[8] ศึกษาเด็กอายุ 10-15 ปีที่มารักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์แบบผู้ป่วยนอกจำนวน 92 คน โดยใช้เครื่องมือ CDI พบว่าร้อยละ 38 เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในอดีต โดยเป็นความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 91 การขู่จะฆ่าตัวตายร้อยละ 3 และความพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 6 วิธีที่เด็กคิดหรือใช้บ่อยที่สุดคือ

เอามีดแทง กินสารพิษหรือยาเกินขนาด เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ การถูกลงโทษโดยบิดามารดา การเจ็บป่วยของตัวเด็กและการทะเลาะเบาะแว้งของบิดามารดา เด็กที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเครียดทางจิตสังคมสูงกว่าเด็กที่ไม่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดย logistic regression analysis พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังของตัวเด็กเอง การถูกทารุณทางร่างกายและการไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งแน่นอนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

ช่อเพชร เบ้าเงิน (2538)[25] ได้ศึกษาความชุก ลักษณะของอาการซึมเศร้าและปัจจัยทางจิต-สังคม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 โรงเรียนจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน โดยเครื่องมือ CDI และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต-สังคมที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่น เท่ากับ 49.8% และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 22.5

- นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าเลือกคำตอบเกี่ยวกับความนึกคิดมากกว่าคำตอบที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าตรง ๆ
- ผลการเรียนของนักเรียน การศึกษาของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- นักเรียนที่มีการศึกษาของบิดามารดาต่างกัน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวต่างกัน และบรรยากาศในครอบครัวต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทบาทของผู้ปกครองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาพฤติกรรมให้กับเด็กเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งเพราะบุคลิกภาพและพฤติกรรมของคนเรานั้นส่วนใหญ่เป็นผลเนื่องมาจากการอบรมสั่งสอน การเป็นแบบอย่างของพ่อแม่ ผู้ปกครองที่บุคคลได้รับมาแต่เยาว์วัย

ในปัจจุบันครอบครัวเป็นจำนวนไม่น้อยต้องประสบปัญหาต่าง ๆ อาทิ สามีภรรยาทะเลาะวิวาทแตกแยกทำให้ลูกขาดความรักความอบอุ่น ขาดความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดี

ระหว่างบิดามารดาและบุตร เป็นเหตุให้เกิดความไม่มั่นคงของครอบครัว เป็นครอบครัวที่ขาดความสุขซึ่งครอบครัวที่ขาดความสุขมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ครอบครัวแตกแยก (broken family) ในรูปของการหย่าร้าง (divorce) แยกกันอยู่ (separation) การละทิ้ง (desertation)

2. ครอบครัวที่สมาชิกของครอบครัวไม่เข้าใจและความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ไม่ปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างเหมาะสม

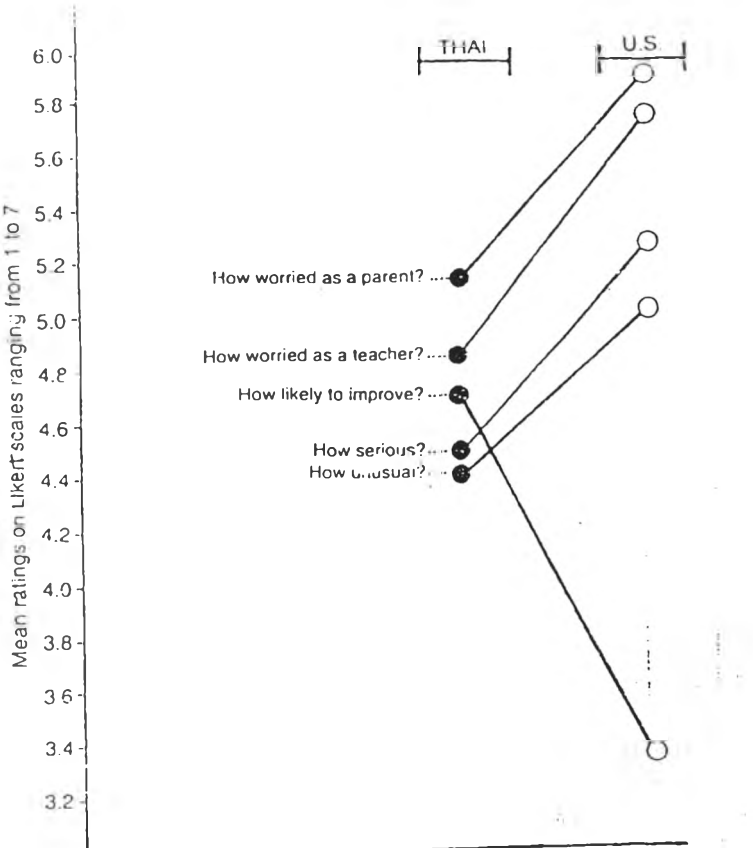
3. ครอบครัวที่ประสบปัญหาในเรื่องการเงินและการครองชีพ เช่น มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ใช้จ่ายเกินฐานะ

4. ครอบครัวที่ประสบปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัย เช่น สมาชิกของครอบครัวติดยาเสพติด

จากการสำรวจทัศนคติต่อภาวะทางสังคมในเขตเมือง ต่อเนื่อง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 โดยกำหนดเมืองหลัก 5 แห่ง คือ กรุงเทพมหานคร เทศบาลนครเชียงใหม่ เทศบาลเมืองชลบุรี เทศบาลเมืองนครราชสีมา และเทศบาลเมืองหาดใหญ่ จำนวน 10,800 ตัวอย่างพบว่าในด้านทัศนคติที่มีต่อครอบครัวนั้น ประชากรในเมืองหลักเห็นว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างพ่อแม่ลูกนับวันจะห่างเหินขึ้น ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าในปัจจุบันเน้นให้ความสะดวกสบายทางวัตถุมากกว่าความรักความอบอุ่น ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งของการทำให้ครอบครัวห่างเหินกันมากขึ้น [26]

ในไทยการวิจัยที่ศึกษาเรื่อง การรับรู้ของผู้ปกครองต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นนั้น จากการทบทวนมีการวิจัยที่ใกล้เคียง ดังต่อไปนี้ คือ

Weise J.R และคณะ (1989)[27] ศึกษาเรื่อง การรับรู้ของผู้ใหญ่ที่มีต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กเปรียบเทียบระหว่างคนไทยและคนอเมริกัน กลุ่มตัวอย่างชาวอเมริกันพ่อแม่ ครูโรงเรียนประถมได้ถูกคัดเลือกในเขต Mid Atlantic area โดยเลือกมาจาก 9 โรงเรียนจาก 3 เขต ๆ ละ 3 โรงเรียน คือ จาก Maryland North Carolina and Tennessee และเลือกผู้ปกครองและครูฝ่ายละ 8 คนจากแต่ละโรงเรียนที่เลือก โดยการสุ่มอย่างง่าย และเลือกนักจิตวิทยาคลินิคในเขตที่โรงเรียนประถมศึกษาตั้งอยู่ มีผู้ปกครองให้ความร่วมมือ 62 คนและครู 58 คน นักจิตวิทยาคลินิค 113 คน ได้ค่าเฉลี่ยอายุ 43.35 ปี เฉลี่ยการศึกษา 18.45 ปี

กลุ่มตัวอย่างชาวไทย ผู้ปกครองและครูสุ่มเลือกจากโรงเรียนประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร และใช้วิธีเดียวกับการคัดเลือกผู้ปกครองและครูในโรงเรียนอเมริกัน ได้ผู้ปกครองชาวไทยที่ให้ความร่วมมือ 71 คน ครู 66 คน และนักจิตวิทยาคลินิค 70 คน ได้ค่าเฉลี่ยอายุ 35.61 ปี เฉลี่ยมีการศึกษา 15.33 ปี

ทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามที่เรียกว่า Three-page packet โดยที่หน้าที่ 1 และ2 เขียนบรรยายถึงลักษณะเด็กอายุ 9 ขวบและคำถาม ส่วนหน้าที่ 3 จะถามถึงการเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมของเด็ก Overcontrolled (อาย กลัว) Undercontrolled (ดื้อ ชอบต่อสู้ทะเลาะวิวาท) โดยพัฒนาจาก The Child Behavior Checklist(Achenbach and Edelbrock ,1983) วัดโดยใช้ 7-Likert Scales ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัญหาของเด็กที่ผู้ใหญ่รับรู้ พบว่า การรับรู้ของพ่อแม่อเมริกันสูงกว่าพ่อแม่คนไทยทุก ๆ ข้อ ดังแสดงในกราฟ และการที่ผู้ใหญ่จะตัดสินใจว่า พฤติกรรมนั้นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญขนาดไหนและมองหาความช่วยเหลือจากบุคลากรมืออาชีพทางด้านนี้นั้น ขึ้นกับวัฒธรรมและค่านิยมของสังคมที่ทำให้ผู้ใหญ่มีความอดทนกับพฤติกรรมที่มีปัญหาของเด็กแค่ไหน มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กไทยและเด็กอเมริกันซึ่งมีความแตกต่างทางค่านิยมสังคม และมุมมองพ่อแม่ ครู และนักจิตวิทยาคลินิคได้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาเด็กต่างกัน ฝ่ายไทยจะเห็นว่าเป็นปัญหาน้อยกว่าฝ่ายอเมริกัน ไม่วิตกกังวลและไม่คิดว่าจะกระทบต่อบุคลิกภาพของเด็ก และคิดว่าเวลาจะช่วยให้เด็กดีขึ้น การลงความเห็นเกี่ยวกับเด็กว่ามีปัญหาหรือไม่เพียงไรนั้นมีส่วนมาจากวัฒนธรรมของพวกเขาด้วย