

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การอุตสาหกรรม การขยายตัวของชุมชนเป็นลักษณะเขตเมือง ล้วนมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว และความผาสุกทางจิตใจ และถ้าระบบทางสังคมเกิดความปั่นป่วน (Social Disorganization) ร่วมด้วยก็จะนำมาซึ่งปัญหาต่าง ๆ ตัวอย่างหนึ่งที่ได้เห็นได้ชัดในขณะนี้คือ ปัญหาสุขภาพจิต (อุคมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์ทางสุขภาพจิตของคนไทย พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่อประชากร 1,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 3.6 ในปี 2522 เป็น 15.15 ในปี 2525 และ 21.0 ในปี 2529 (อุคม ลักษณะวิจารณ์, 2534)

ปัญหาสุขภาพจิตมีทั้งแบบที่รุนแรงและไม่รุนแรง ปัญหาที่รุนแรง ได้แก่ โรคจิตซึ่งมีจำนวนไม่มากและพบได้ไม่บ่อย ในขณะที่ปัญหาที่ไม่รุนแรงนั้น พบได้เสมอ ๆ ได้แก่ ความวิตกกังวล การนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิตซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกวัย ทุกโอกาส พบทั้งในคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช อาจเกิดได้ตั้งแต่เศร้าธรรมดา (Normal Depression) จนถึงภาวะเศร้าที่ผิดปกติ (Abnormal Depression) ลักษณะของภาวะซึมเศร้า คือ มีอาการซึมเศร้า หดหู่ รู้สึกว่าตัวเองมีค่าน้อยลง หรือรู้สึกผิดแล้ว ทำให้หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ความคิดจะช้าลง และมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก ถ้าอาการทางกายมากอาจจะบดบังอาการซึมเศร้า ทำให้สังเกตไม่ได้ว่ามีภาวะซึมเศร้าเรียกว่า Mask of Depression ปัจจุบันผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากพ.ศ. 2518 ประชากรทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการรักษา 100 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2524 เพิ่มขึ้นเป็น 150 ล้านคน และ พ.ศ. 2530 เพิ่มขึ้นอีกเป็น 200 ล้านคน (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533)

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นที่สนใจกันมากในต่างประเทศโดยพบบ่อยในเด็กที่มาปรึกษา เนื่องจากปัญหาทางร่างกาย จิตใจ หรือการเรื้อน พบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 1-50 ขึ้นอยู่กับประชากรและวิธีการที่ใช้ศึกษาและเนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม รูปแบบการเลี้ยงดูบุตร การกล่าแสดงออกทำให้ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นไทยกับต่างประเทศ แตกต่างกัน ดังเช่นที่ สมทรง สุวรรณเลิศ และวันชัย ไชยสิทธิ์ (2532) ได้สำรวจปัญหาทางอารมณ์ในเด็กปกติอายุ 6-11 ปี ตามทัศนคติของพ่อแม่ พบว่าเด็กไทยมีคะแนนของปัญหาทางอารมณ์สูงกว่าเด็กอเมริกัน ในประเทศไทย พ.ศ.2519 วันเพ็ญ บุญประกอบ พบอาการซึมเศร้าร้อยละ 10.2 ในเด็กที่มาปรึกษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลศิริราช ต่อมา พ.ศ.2527 นางพางา ลัมสุวรรณ และโกวิท นพพร พบอาการซึมเศร้าร้อยละ 27.0 ในเด็กที่มารับการปรึกษาทางจิตเวชที่โรงพยาบาลรามาศิริ และ พ.ศ.2535 อุมภาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล พบอาการซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 34.6 ในเด็กที่มาแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เนื่องจากปัญหาทางร่างกาย จากที่กล่าวมาแล้วนั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในคนไข้ที่มารับการปรึกษาที่โรงพยาบาล ซึ่งแท้จริงแล้วภาวะซึมเศร้าในเด็กที่อยู่ในชุมชนก็พบได้เช่นกันดังที่ เรไร ทิวะทัศน (2535) พบความซึมเศร้าร้อยละ 22.04 ในนักเรื้อนชั้นมัธยมปลาย จังหวัดชลบุรี อุมภาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) พบอาการซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40.8 ในนักเรื้อนชั้นมัธยมต้น ในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ อรวรรณ หนูแก้ว (2535) พบว่าเด็กจากครอบครัวปกติที่กำลังศึกษาอยู่มัธยมปีที่ 3 ในจังหวัดอ่างทอง มีค่าคะแนนความซึมเศร้ามากกว่าเด็กมัธยมปีที่ 1 และ 2 ยังมีการวิจัยที่เชื่อถือได้ในต่างประเทศรายงานว่า อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นในระยะวัยรุ่นตอนต้น เช่น Rutter ศึกษาในปี ค.ศ.1984 พบว่าความรู้สึกลึกซึ้งและความรู้สึกที่ตนเองมีค่าลดลง พบมากในเด็กอายุ 14 ปี จากการศึกษาที่กล่าวมา จะเห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความชุกค่อนข้างสูง และเมื่อเกิดกับวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยแห่งการปรับตัว เนื่องจากเป็นวัยที่เชื่อมต่อระหว่างการเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 13-15 ปีแล้ว ควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษเนื่องจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีอาการทางคลินิกบางอย่างที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ จึงถูกมองข้ามไปทำให้ปัญหาเรื้อรังและรุนแรงขึ้นจนกระทบถึงปัญหาการเรื้อน ปัญหาการปรับตัวทางสังคม และการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุของโรคจิตเวชอื่น ๆ อีกด้วย

การพัฒนาประเทศในช่วงเวลาที่ผ่านมา ทำให้กรุงเทพมหานครขยายตัวจากเมืองหลวงขนาดเล็กกลายเป็นมหานครใหญ่แห่งหนึ่งของโลก โครงสร้างทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชาชนจากกรุงเทพฯ ขึ้นในเช้าออกไปชานเมือง สมุทรปราการเป็นจังหวัดหนึ่งที่รองรับคนกลุ่มนี้ นอกจากนี้ ยังเป็นเมืองอุตสาหกรรมที่มีประชาชนจากทั่วประเทศมากกว่า 5 ล้านคนมาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งมีมากกว่า 3,438 แห่ง ทำให้สมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากที่อื่น ประสบปัญหาการอพยพย้ายถิ่น สภาพที่อยู่อาศัยแออัด ขาดความรู้สึกลดลงในชีวิตและทรัพย์สิน และปัญหาสิ่งแวดล้อมซึ่งเพิ่มขึ้นทุกขณะ

ปัจจุบันปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง การเพิ่มของประชากร การขยายตัวของเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ได้ทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมซึ่งกระทบกระเทือนต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชาชน ผลบางประการที่เกิดขึ้นจากปัญหาสิ่งแวดล้อม คือ ภาวะมลพิษที่เกี่ยวกับน้ำ อากาศ ดิน และสารเคมีต่าง ๆ ทรัพยากรที่เสื่อมสลาย ผลการเร่งรัดพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และเทคโนโลยีในหลายกรณีได้ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมในด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มนุษย์มีความสะดวกสบายขึ้น แต่ก็ต้องเสี่ยงกับภัยจากภาวะมลพิษและความเสื่อมโทรมทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัว ในขณะที่เศรษฐกิจประชาชนกลุ่มนี้ค่อนข้างต่ำ แต่สิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกับกรุงเทพฯ เด็กวัยรุ่นจึงมองเป้าหมายชีวิตเปรียบเทียบกับกันเสมอทำให้เกิดความทะเลาะชานและการแข่งขันสูง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ขึ้น อันนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาทางเพศ ปัญหาการติดสารเสพติดและโรคจิตโรคประสาทได้ ซึ่งสอดคล้องกับที่ Offord และคณะ ศึกษาในเด็กอายุ 14-16 ปี พบว่าเด็กที่อยู่ในเมือง มีปัญหาทางอารมณ์ (Emotional Disorder) สูงกว่าเด็กที่อยู่ในชนบททุกด้าน และ Johnson (1985, อ้างถึงใน ถนนอมศรี อินทนนท์, 2530) ที่พบว่า วัยรุ่นในเขตอุตสาหกรรมมีสุขภาพจิตเสื่อมลง

ในบรรดาปัญหาทั้งหลายของจังหวัดสมุทรปราการ ปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่นำให้ความสำคัญถึงปัญหาหนึ่ง เนื่องจากจังหวัดสมุทรปราการ มีแนวโน้มที่จะเป็นตัวแทนของชุมชนอุตสาหกรรม จากการสำรวจพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 ส่วนมากมีเกณฑ์อายุระหว่าง 14-15 ปี ซึ่งจัดอยู่ในระยะวัยรุ่นตอนต้น และเนื่องจากเป็นชั้นสูงสุดของการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของการศึกษาระดับสูงต่อไปนั้น ความรับผิดชอบที่มากขึ้นโดยเฉพาะการ

ต้องแสดงพฤติกรรมตามความคาดหวังของสังคมเมือง อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยได้
 เล็งเห็นความสำคัญในการที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ในจังหวัดสมุทรปรา-
 การ ซึ่งไม่มีผู้ใดศึกษาในเด็กกลุ่มนี้มาก่อน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสังเกตพบ และให้การช่วย
 เหลือนักเรียนที่มีปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่ (Early Intervention)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนในจังหวัดสมุทรปราการ

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนใน
 จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยทางจิต-สังคมต่าง ๆ ได้แก่
 เพศ ลำดับการเป็นบุตร จำนวนพี่น้อง สภาพที่อยู่อาศัย ผลการเรียน สถานภาพสมรสของ
 บิดามารดา การศึกษาของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความสัมพันธ์กับ
 สมาชิกในครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา

สมมติฐาน

นักเรียนที่มีปัจจัยทางจิต-สังคม ต่าง ๆ ได้แก่ เพศ ลำดับการเป็นบุตร จำนวนพี่น้อง
 สภาพที่อยู่อาศัย ผลการเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา การศึกษาของบิดามารดา
 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว
 และปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา ต่างกัน จะมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จังหวัดสมุทรปราการ

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ เพศ ลำดับการเป็นบุตร จำนวนพี่น้อง สภาพที่อยู่อาศัย ผลการเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา การศึกษาของบิดามารดา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา

2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของเด็ก ซึ่งวัดโดย CDI

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า (CDI) สามารถใช้วัดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ได้

2. กลุ่มตัวอย่าง สามารถใช้เป็นตัวแทนในการอภิปรายผลของข้อมูลในประชากรที่ต้องการได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าโศก ไม่มีความสุข รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดสมาธิ ไม่มีชีวิตชีวา พลังในการทำงานลดลง และมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งวัดโดย CDI โดยมีข้อคำถามครอบคลุมลักษณะภาวะซึมเศร้า 5 ด้าน คือ สภาพอารมณ์ อารมณ์ทางกาย การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2. วัยรุ่นตอนต้น หมายถึง เด็กไทยที่มีอายุระหว่าง 14-15 ปี และกำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมปีที่ 3 ปีการศึกษา 2537

3. ลำดับการเป็นบุตร หมายถึง ลำดับการเกิดในครอบครัวโดยมีพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน แบ่งเป็น

3.1 เป็นบุตรคนเดียว

3.2 เป็นบุตรคนโต หมายถึง เป็นบุตรลำดับที่ 1

3.3 เป็นบุตรคนกลาง ๆ หมายถึง เป็นบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 2-4

3.4 เป็นบุตรคนสุดท้าย ๆ หมายถึง เป็นบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 5 ขึ้นไป

4. จำนวนพี่น้อง หมายถึง จำนวนพี่และน้องซึ่งอาศัยอยู่ในที่เดียวกันในปัจจุบัน จะร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือคนใดคนหนึ่งก็ได้ แบ่งเป็น

4.1 จำนวนพี่น้องน้อย ได้แก่ มีพี่น้องนับตัวนักเรียนด้วย รวม 1-3 คน

4.2 จำนวนพี่น้องมาก ได้แก่ มีพี่น้องนับตัวนักเรียนด้วย รวมตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป

จากการศึกษารูปแบบครอบครัวไทยที่พึงปรารถนาในสังคมเมืองในประเทศไทย

โสภา ชปิลมันน์ (2535) ได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่อยู่อาศัยประจำในกรุงเทพมหานคร และอำเภอเมืองของทุกจังหวัดในประเทศไทย รวม 1,125 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุตรโดยเฉลี่ย 2 คน และในเรื่องของลักษณะของครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างคาดหวังไว้เกี่ยวกับจำนวนบุตร คือ ครอบครัวที่สมบูรณ์ ควรมีบุตรไม่เกิน 2 คน และจากการสำรวจของ อรพรรณ เมฆสุภา อัมพร โอตระกูล และสุวิทย์ ศรีสรจักร (2530) ในกลุ่มเด็กที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 7-15 ปี พบว่าการที่ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุตร 1-3 คน มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ามีจำนวนบุตร 4 คนขึ้นไป และจากการสำรวจอัตราเจริญพันธุ์รวมคือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยต่อบิดาหนึ่งคน ประเทศไทยโดยมหาวิทยาลัยมหิดล (2536, 2537) พบว่า มีค่าเท่ากับ 2.2 ในปี 2536 และ 1.95 ในปี 2537 ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการมีบุตรจำนวน 2 คน ซึ่งหมายถึงการมีพี่น้องจำนวน 2 คนของกลุ่มตัวอย่างเป็นสภาพที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ในเรื่องการคุมกำเนิดค่าขวัญที่ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีควรมีลูกไม่เกินสอง และเพื่อให้สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงกำหนดให้จำนวนพี่น้องน้อย คือ จำนวนไม่เกิน 3 คน

5. ผลการเรียน หมายถึง ผลการสอบครั้งสุดท้ายของนักเรียน แบ่งเป็น

5.1 ผลการเรียนต่ำมาก ได้เกรดเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.00

5.2 ผลการเรียนต่ำ ได้เกรดเฉลี่ย 1.00-1.99

5.3 ผลการเรียนรู้ปานกลาง ได้เกรดเฉลี่ย 2.00-2.99

5.4 ผลการเรียนรู้ดี ได้เกรดเฉลี่ย 3.00-4.00

6. ปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา หมายถึง สภาวะไม่สมบูรณ์ทางจิตใจ มีอาการของ โรคจิต โรคประสาท หรือมีลักษณะผิดปกติอื่น ๆ ทางจิตใจ แบ่งเป็น

6.1 ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ไม่มีอาการใดเลย ใน 8 อาการต่อไปนี้ ปวดหัวบ่อย ๆ นอนไม่หลับ เครียดกังวลเศร้า อหิวาตกโรค มีอาการทางจิต ได้รับการรักษา จากจิตแพทย์ เมาสุราเป็นประจำ ไร้สารเสพติด

6.2 มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง มีอาการในข้อ 6.1 ตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนสังกัด กรมสามัญศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ ไม่อาจเป็นตัวแทนของเด็กทั้งประเทศได้ ผลการวิจัยจึง นำไปใช้ได้เฉพาะประชากรที่อยู่ในท้องถิ่น ที่มีลักษณะสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกันเท่านั้น นอกจากนี้ นักเรียนในชั้นนี้พบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าชั้นอื่น ๆ และสามารถให้คำตอบเกี่ยวกับความรู้สึกของตนได้ แม่นยำกว่าชั้นอื่น

ปัญหาทางจริยธรรม

คาดว่าอาจมีผลกระทบในภายหลัง หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ หลีกเลี่ยงโดยลงรหัสในแบบสอบถามทุกฉบับแทนการระบุชื่อ และจะติดต่อกับอาจารย์แนะแนว เพื่อ ดำเนินการช่วยเหลือในรายที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัด



สมุทรวรการ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้อง จะได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นและร่วมมือกันเพื่อวางแผนส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นต่อไป

2. ทราบลักษณะอาการซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการสังเกตและให้การดูแลนักเรียนที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กไทยต่อไป