

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. วัยรุ่น

1.1 ความหมาย

1.2 ระยะของพัฒนาการ

1.3 พัฒนาการด้านต่าง ๆ

2. ภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมาย

2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.3 ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

2.5 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

วัยรุ่น

1. ความหมาย

ความหมายของวัยรุ่น (Adolescence) วัยรุ่นมาจากภาษาละตินว่า “Adolescere” ซึ่งแปลว่า
การเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ นั่นคือเป็นวัยที่ย่างเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นระยะที่ร่างกายมีการ
เจริญถึงขีดสุด ระบบอวัยวะเพศสามารถทำงานได้เต็มที่ คือเพศหญิงมีประจำเดือนครั้งแรก และเพศ
ชายมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์ได้ (สุชา จันทร์อม, 2536)

วัยรุ่นเป็นช่วงคาบเกี่ยวระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า
“Adolescence” ซึ่งหมายถึง กระบวนการความงอกงาม พันวัยเด็ก ระยะนี้ตรงกับช่วงอายุ 10-24 ปี ซึ่ง
อยู่ในวัยที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายถึงขีดสุด มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ การเข้าสังคมการ
เรียน การงาน ค่านิยมคตินิยมในชีวิต (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2539)

วัยรุ่นเป็นวัยที่เด็กมีวุฒิภาวะและพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างมากมาหลายด้านอาทิเช่น
พัฒนาการทางเพศ พัฒนาการเกี่ยวกับตนเอง เริ่มมีการต่อต้านชัดเจนเริ่มมีความต้องการเป็นของ
ตัวเอง ให้ความสำคัญกับตนเองในลักษณะหลงตนเอง มีการพัฒนาด้านความคิดอ่าน และมี

ความเข้าใจในนามธรรม (โสภา สปีลมัมภ์, 2536)

วัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และสังคม ซึ่งกระบวนการจะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ (ดวงใจ กสถานติกุล, 2536)

วัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนวัยที่เปลี่ยนจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ทางกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญาอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัด (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลงระหว่างวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งมีการพัฒนาร่วมกันระหว่างด้านร่างกายจิตใจและสังคม (Kaplan & Sadock, 1985)

โดยสรุปวัยรุ่นเป็นวัยคาบเกี่ยวระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ เป็นระยะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ต้องการอิสระ แสวงหาเป้าหมายของชีวิต

2. ระยะของการพัฒนาการ

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) รายงานว่า ช่วงความเป็นวัยรุ่น (Adolescent) ในทศวรรษที่ผ่านมา คือประมาณอายุตั้งแต่ 12-18 ปี แต่ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าช่วงความเป็นวัยรุ่นได้ขยายออกไปโดยประมาณตั้งแต่ 12-25 ปี โดยให้เหตุผลว่า เด็กทุกวันนี้ต้องอยู่ในสถาบันการศึกษานานขึ้น การเป็นผู้ใหญ่ที่พึ่งตัวเองได้ทางเศรษฐกิจต้องใช้เวลาออกไปอีกทั้งรูปแบบชีวิตสมัยใหม่ทำให้เด็กมีวุฒิภาวะทางจิตใจ (Maturity) ช้ากว่ายุคสมัยที่ผ่านมา ในช่วงยาวของความเป็นวัยรุ่นนั้น อาจแบ่งช่วงวัยรุ่นเป็น 3 ระยะโดยใช้เกณฑ์ความเป็นเด็ก-ผู้ใหญ่ตัดสิน คือ ช่วงอายุประมาณ 12-15 ปี เป็นช่วงวัยแรกเริ่ม ยังมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเป็นเด็กอยู่มาก ช่วงอายุ 16-17 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนกลาง มีพฤติกรรมกำลังระหว่างความเป็นเด็ก-ผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 18-25 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนปลาย กระบวนการพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเป็นผู้ใหญ่ พัฒนาการวัยรุ่นมีลักษณะเด่นในด้านต่าง ๆ ทุกด้าน เช่น ทางกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา คำว่า “เด่น” ในที่นี้มีความหมายว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมาก และเห็นได้ชัดเจน คำราสมัยเก่ามักกล่าวว่า วัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนวัย เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่เปลี่ยนจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่มีความอ่อนไหวทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ง่าย แต่แนวคิดในปัจจุบันถือว่าการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยอื่น ๆ ก็เป็นการเปลี่ยนวัยเช่นกัน ช่วงวัยรุ่นมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงมากและรวดเร็วในทุกด้านของการพัฒนาการ แต่ไม่จำเป็นเสมอไปที่จะเป็นวัยที่ “เต็มไปด้วยปัญหา”

ในช่วงวัยรุ่นเด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ทางร่างกายเต็มที่ เป็นช่วงเปลี่ยนวัยชีวิตทางสังคม อารมณ์ จิตใจ ค่านิยม อุดมคติ ฯลฯ เด็กกำลังเรียน เล่น และทดลองบทบาทเพื่อจะเป็นผู้ใหญ่ใน

ด้านต่าง ๆ เช่น อารมณ์ สังคม จิตใจ ความใฝ่ฝัน ปรารถนา ฯลฯ ความเปลี่ยนแปลงและความเป็นไปต่าง ๆ ในขณะนี้ล้วนเป็นรากฐานของความสนใจ ความมุ่งหมายในชีวิต อาชีพ ลักษณะของเพื่อน ลักษณะของกลุ่มครอง ฯลฯ ในวัยผู้ใหญ่ หนึ่ง เมื่อเด็กได้ตั้งใจ หรือตัดสินใจประพฤติปฏิบัติไปอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือแม้หลวมตัวทำผิดพลาดไปโดยไม่ยังคิดบางเรื่องยากที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหมือนเดิมได้อีก

พัฒนาการในช่วงอายุของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการพัฒนาการสูง 4 ด้านคือ พัฒนาการด้านร่างกาย พัฒนาการด้านอารมณ์ พัฒนาการด้านสติปัญญาและพัฒนาร่างกายด้านสังคม

3. พัฒนาการด้านต่าง ๆ

พัฒนาการด้านร่างกาย

พัฒนาการทางกายเป็นไปในแง่ของความงอกงาม เจริญเติบโตถึงขีดสมบูรณ์ เพื่อทำหน้าที่อย่างเต็มที่ ความเจริญเติบโตมีทั้งส่วนภายนอกที่มองเห็นได้ง่าย เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รูปร่าง ส่วนสำคัญของร่างกาย ลักษณะเส้นผม ฯลฯ และความเจริญส่วนภายใน เช่น การทำงานของต่อมบางชนิด โครงกระดูกแข็งแรงขึ้น การผลิตเซลล์สืบพันธุ์ในเด็กชาย การมีประจำเดือนของเด็กหญิง ฯลฯ ความเจริญเติบโตทางกายมีช่วงหนึ่งซึ่งเป็นระยะพัก เมื่อผ่านพ้นช่วงนี้ไปแล้ว มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายรวดเร็ว ความสูงของเด็กตอนต้นปีและปลายปีมีความแตกต่างอย่างมาก การสะสมไขมันในร่างกายมีมากกว่าวัยเด็ก โดยเฉพาะเด็กหญิง เด็กที่มีรูปร่างผอมอาจมีรูปร่างอ้วนขึ้นกว่าเดิม ในบางโอกาสจึงเรียกระยะนี้ว่าช่วงไขมัน (Fat Period) ระบบการย่อยอาหารและการใช้ประโยชน์จากอาหารทำงานเร็วและมากกว่าเดิม เพราะร่างกายกำลังเจริญเติบโต เด็กจึงหิวเก่ง กินเก่ง กินไม่เลิกล้วงนอนบ่อย เป็นระยะเวลากำลังกินกำลังนอน กล้ามเนื้อของเด็กชายเจริญมากขึ้น อวัยวะเพศเริ่มทำงาน เสียงของเด็กชายแตกและห้าวขึ้น ตอนต้น ๆ ของวัยนี้ ร่างกายของเด็กไม่ได้สัดส่วน เด็กรู้สึกอึดอัด เก้งก้าง รู้สึกอึดอัดเกี่ยวกับสัดส่วนอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การทำงานของกล้ามเนื้อกับประสาทสัมผัสต่าง ๆ ของเด็กยังไม่เข้ารูปเข้ารอย เด็กจึงเล่นกีฬาหรือทำงานที่ต้องใช้ความสามารถทางกล้ามเนื้อ ประสาทสัมผัส และการประสานงานของกล้ามเนื้อกับประสาทสัมผัสได้ไม่สู้ดี สุขภาพโดยทั่วไปของเด็กวัยนี้ดีกว่าวัยที่ผ่านมา

การเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย เป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่พัฒนาการทางด้านอื่น ๆ วัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตเต็มที่ด้านโครงสร้างและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ดังนี้

1. ส่วนสูง ในเพศหญิงจะสูงเพิ่มขึ้นรวดเร็วระหว่างอายุ 10 -14 ปี ส่วนเพศชายจะสูงรวดเร็วระหว่างอายุ 12 -14 ปี (ทัศนาศา บุนนาค, 2536) และในเพศหญิงจะไม่สูงขึ้นอีกเมื่อมีอายุตอนปลายวัยรุ่น ส่วนในเพศชายยังคงสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงอายุประมาณ 20 ปี (สุชา จันทร์อม, 2536)

2. น้ำหนัก ในระยะก่อนวัยรุ่นเด็กชายจะมีน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิง ในช่วงระยะวัยรุ่นตอนกลางเด็กหญิงจะเริ่มมีน้ำหนักมากกว่าเด็กชาย หลังจากวัยรุ่นตอนกลางแล้วเด็กชายจะมีน้ำหนักมากกว่าเด็กหญิงและยังคงมีน้ำหนักมากกว่าตลอดไป (สุชา จันทรธรม, 2536)

3. สัดส่วนของร่างกาย เด็กหญิงกระดูกเชิงกรานจะขยายออก สะโพกผาย ลำตัวกลมมีส่วนโค้ง ส่วนเด็กชายขากรรไกรขยายออก ออกกว้าง ไหล่กว้าง มือเท้าใหญ่ แขนขายาว ทรวดทรงผึ่งผาย หน้ายาวเล็กกว่ากว้าง หน้าผาดูสูง จมูกที่สันยาวลงมาและใหญ่ขึ้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางเพศ โดยเพศชายจะมีการฟันเป็อก น้ำเสียงเปลี่ยน แดกพร่าและห้าวขึ้น เริ่มมีหนวดเครา ส่วนเพศหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก เริ่มมีขนขึ้นตามอวัยวะและรักแร้ หน้าอกและสะโพกขยายใหญ่ขึ้น

พัฒนาการด้านอารมณ์

ความเปลี่ยนแปลงและความเจริญเติบโตทางร่างกายทั้งภายในและภายนอก กระทั่งกระทบกระเทือนแบบแผนอารมณ์ของเด็กวัยแรกรุ่นและวัยรุ่น เด็กมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว มีความเข้มของอารมณ์สูง ไม่มั่นคง ระดับความเข้มของอารมณ์แต่ละอย่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพดั้งเดิมของเด็ก ขึ้นอยู่กับตัวเร้าที่ทำให้เด็กเกิดอารมณ์ เด็กแต่ละคนเริ่มแสดงบุคลิกอารมณ์ประจำตัวออกมาให้ผู้อื่นทราบได้อย่างเด่นชัดแล้วในขณะนี้ เช่น อารมณ์ร้อน วิตกกังวลง่าย อารมณ์อ่อนไหวง่าย ชอบอิงนาผู้อื่น ฯลฯ เมื่อมีความรู้สึกด้อยเด่นในด้านอะไรฝ่ายตัวเด็กก็สามารถรู้และรับรู้ทราบได้และจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นในระยะปลายวัยรุ่น ผู้รู้บางท่านเรียก ลักษณะอารมณ์ของเด็กวัยรุ่นว่า เป็นแบบพายุพายุแค้น (Storm & Stress) อารมณ์ที่เกิดกับเด็กวัยรุ่นนั้นมีทุกประเภท อาทิ รัก ชอบ โกรธเกลียด อิงนา ริษยา ใช้อวด แข่งดี ถือดี เจ้าทิฐิ อ่อนไหว หลงใหล วุ่นวายใจ เห็นอกเห็นใจ สับสน หงุดหงิด ฯลฯ ไม่ว่าอารมณ์ประเภทใดก็มีความรุนแรง อ่อนไหวง่าย เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมอารมณ์ยังไม่ได้ดี ไม่ค่อยเข้าระดับพอดี บางครั้งพลุ่งพล่าน บางครั้งเก็บกด บางครั้งมั่นใจสูง บางคราวไม่แน่ใจ บางคราวเห็นแก่ตัว บางคราวเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเป็นพิเศษ บางครั้งยอมอะไรง่าย ๆ บางครั้งดื้อรั้นดิ่งด้นเอาแต่ใจตนเอง เพราะลักษณะอารมณ์ของเด็กวัยรุ่นเป็นเช่นนี้ บุคคลต่างวัยจึงต้องใช้ความอดทนมากเพื่อจะเข้าใจและสร้างสัมพันธ์กับพวกเขา เนื่องจากเข้ากับบุคคลต่างวัยยาก เด็กวัยรุ่นจึงเกาะกลุ่มกัน ได้ดีมากเห็นพิเศษกว่าวัยอื่น ๆ เพราะเข้าใจและยอมรับกันและกันได้ง่าย อย่างไรก็ตาม เด็กวัยรุ่นที่มีพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาด้วยดีปรับตัวได้ดี ก็ไม่จำเป็นต้องมีสภาพของอารมณ์ที่สับสนหรือมีลักษณะเป็นพายุพายุแค้น หรือถ้ามีก็เป็นช่วงสั้น และไม่รุนแรง

อารมณ์ของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว บางครั้งรุนแรง มักแสดงความรู้สึกเปิดเผยและตรงเกินไป เชื้อมั่นในตนเอง และพิสูจน์ให้เห็นว่าเรามีความเป็นตัวของตัวเอง สิ่งเหล่านี้จะ

สนองตอบตัวเอง โดยการคบเพื่อนวัยเดียวกัน ความต้องการที่สำคัญที่สุดคือต้องการการยอมรับในความเป็นเพศหญิงหรือเพศชายอย่างเต็มที่จากคนวัยเดียวกันและเพศตรงข้าม วัยนี้ชอบเอาใจใส่รูปร่างของตนเอง และมีความกังวลใจต่อรูปร่างที่เปลี่ยนแปลง นิยมในนุรุษและสตรีที่มีชื่อเสียงอยากทำตาม เหตุที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรุนแรงคือความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในเช่น ต่อมน้ำนมต่าง ๆ และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ

พัฒนาการทางสังคม

พัฒนาการทางสังคมของวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมที่แสดงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและความสัมพันธ์กับเพื่อน พัฒนาการทางสังคมที่เด่นชัดของวัยรุ่นคือ ความสัมพันธ์กับเพื่อน เด็กให้ความสำคัญกับเพื่อน เด็กจับกลุ่มกันได้นานแน่นแฟ้น และผูกพันกับเพื่อนในกลุ่มมากขึ้น กลุ่มของเด็ก ไม่มีเฉพาะเพื่อเพศเดียวกันเท่านั้น แต่มีเพื่อนต่างเพศเข้ามาสมทบด้วย เด็กที่สามารถเข้ากลุ่มได้และมีกลุ่มในระยะวัยเด็กตอนกลาง จะเข้ากับกลุ่มและมีชีวิตทางสังคมที่สนุกสนานได้ดีกว่าเด็กที่ไม่ได้มีพัฒนาการดังกล่าวในช่วงวัยที่ผ่านมา เด็กเริ่มลดความเอาใจใส่กับบุคคลต่างวัย ไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่หรือเด็กกว่า ระยะนี้จึงเริ่มต้นชีวิตกลุ่มที่แท้จริง (Gang Age) การเปลี่ยนแปลงทางกายอย่างรวดเร็วและมากมายเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กรวมกลุ่ม เพราะสามารถร่วมสุขร่วมทุกข์กันได้และเข้าใจปัญหาของกันและกันดีกว่าคนต่างวัยซึ่งมีความกับอกกับใจต่างกัน กลุ่มยังสนองความต้องการทางสังคมด้านต่าง ๆ ซึ่งเด็กต้องการมากในระยะนี้ เช่น การเป็นบุคคลสำคัญ การต่อต้านผู้มีอำนาจ การหนีสภาพน่าเบื่อของบ้าน ฯลฯ เมื่อเด็กรวมกลุ่มเด็กจะสร้างกฎระเบียบ ภาษา ประเพณีประจำกลุ่ม เพื่อใช้เฉพาะสมาชิกของกลุ่มเท่านั้น และสมาชิกในกลุ่มทุกคนจำเป็นต้องประพฤติปฏิบัติตาม มิฉะนั้นแล้วอาจหมดสภาพการเป็นสมาชิก และต้องหากกลุ่มใหม่ต่อไปอีก

การรวมเป็นกลุ่มของเด็กเป็นไปโดยธรรมชาติ เด็กเลือกเป็นสมาชิกของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยไม่มีใครตั้งกฎเกณฑ์ไว้ให้ต้องทำ เช่น เป็นกลุ่มที่เข้าได้กับแนวโน้ม แบบบุคลิกภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัวของตน ทั้งความสนใจ ค่านิยม สติปัญญา ความมุ่งหวังในชีวิต และอื่น ๆ บุคคลต่างวัยมีอิทธิพลในการเลือกกลุ่มและจับกลุ่มของเด็กไม่มากนัก จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มมีความสำคัญต่อชีวิตจิตใจและอนาคตของเด็กอย่างมากที่สุด ครอบครัวเริ่มมีอิทธิพลน้อยลง ฉะนั้นลักษณะชั่วร้ายของกลุ่มจึงเป็นเครื่องชี้ชะตาชีวิตของเด็กในระยะวัยรุ่นและระยะผู้ใหญ่ ประจุเกี่ยวกับครอบครัวมีความสำคัญต่อการสร้างฐานชีวิตของบุคคลในระยะวัยทารกและวัยเด็กตอนต้น

พัฒนาการทางด้านความคิดและสติปัญญา

ในเด็กอายุประมาณ 11-12 ปี จะมีการเติบโตของสมองและระบบประสาท ส่วนที่ทำหน้าที่คิดจะคิดอย่างเป็นระบบและคิดอย่างเป็นนามธรรม (Abstract) ได้มีการพัฒนาความคิดให้

เป็นไปในรูปแบบความคิดแบบผู้ใหญ่ เมื่ออายุประมาณ 20 ปี ความคิดจะสมบูรณ์เต็มที่ แม้ว่าจะต้องประสบภาระและความชำนาญในการใช้ความคิดน้อยกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งในบางครั้งแม้ว่าวัยรุ่นจะสามารถหาเหตุผลได้ในทุก ๆ ระดับ แต่เนื่องจากขาดประสบการณ์ที่เอื้อให้ความคิดนั้นลึกซึ้ง ทำให้ความคิดนั้นไม่เหมาะสมเท่าที่ควร และสิ่งที่ตามมาคือความคิดที่ที่ตนเห็นว่าถูกต้องสมเหตุสมผลกับกลายเป็นความขัดแย้งของวัยรุ่นกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์มากกว่าเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นจะสามารถแยกแยะความแตกต่างในด้านความจริงและความคิดของบุคคลต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้งเมื่อประสบการณ์เพิ่มขึ้น เป็นเหตุทำให้ช่องว่างระหว่างความคิดของวัยรุ่นกับบุคคลอื่น ๆ ลดลงซึ่งถือว่ามีความวิวัฒนาการทางจิต โดยสมบูรณ์ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535) วัยรุ่นมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่พัฒนาอย่างเต็มที่เป็นผลมาจากการดูแลเอาใจใส่ต่อเนื่องจากบิดามารดา อีกทั้งเพียเจย์อธิบายว่า วัยรุ่นเป็นช่วงที่ระดับสติปัญญาพัฒนาการสูงสุดมีความสามารถที่คิดได้เป็นระบบ มีเหตุมีผลทั้งในสิ่งที่เป็กรูปธรรมและนามธรรม (Formal Operations) สามารถที่จะตั้งกฎเกณฑ์และการแก้ปัญหา นอกจากนี้วัยรุ่นยังสามารถมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง พยายามรู้จักตนเอง มีความเข้าใจสิ่งที่ได้พบเห็นจากภายนอก และพยายามหาข้อบกพร่องเพื่อแก้ปัญหาให้ดีขึ้น

ภาวะซึมเศร้า

1. ความหมาย

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติมีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไปจากเดิม ลักษณะอาการซึมเศร้า เสียใจและผิดหวัง มีสีหน้าแสดงอารมณ์เศร้าและหม่นหมอง การเคลื่อนไหวช้าลง ขาดความสนใจมักมีอาการบ่นถึงความซึมเศร้า เช่น อ่อนเพลีย หงุดหงิด กระวนกระวาย คิดเรื่องที่ทำให้เกิดการผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำอีก ตัดสินใจไม่ค่อยได้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความรู้สึกทางเพศลดลง ท้องผูก (ทรงพล ภูมิพัฒน์, 2540)

เบค (Beck, 1973) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ กิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิมเช่น เชื่องช้า เป็นต้น

ไวเนอร์ (Weiner, 1980 อ้างถึงใน จิราภรณ์ แสงเงิน, 2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีหลายความหมายแตกต่างกัน จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) พอจะสรุปได้ 3 แนวคิดคือ

1. ภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การเกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง โลกและอนาคต
2. ภาวะซึมเศร้าคือภาวะของการไคร่ครวญถึงความผิดหวัง สิ้นหวังเกี่ยวกับความรู้สึกที่

ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตของตนเองได้

3. ภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลไม่สามารถมีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่
แรงเสริมทางบวก

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) ได้ให้นิยามศัพท์ภาวะซึมเศร้าว่า
หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตซึ่งมีลักษณะสำคัญคือมีอารมณ์เศร้า (Dysphoric Mood)
และมีความเบื่อหน่าย ไม่สนุกสนาน (Loss of Interest or Pleasure) และมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่น
การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิดโดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. มีเพียงอาการซึมเศร้า (Depressive Symptoms) เท่านั้นยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค (Disorder)
หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเพียงบางอาการไม่รุนแรง โดยยังไม่มีความคิดปกติในกิจวัตร
ประจำวัน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีเพียงความรู้สึกหงุดหงิด เศร้า หรือ ร้องไห้

2. โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรง และรบกวนกิจวัตรประจำวัน
แบ่งตามวิธีการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้ 3 ประเภทคือ

2.1 ภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติในการปรับตัว (Adjustment Disorder with
Depressed Mood)

2.2 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia)

2.3 โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression)

สมภพ เรืองตระกูล (2545) ได้ให้หลักการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามระบบของ DSM – IV
– TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th ed. - Text Revision) ซึ่งจัดทำ
โดยจิตแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาปี 2543 ดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้ 5 อย่างหรือมากกว่าติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้อง
มีอาการดังต่อไปนี้ 1 อย่างคือ อารมณ์เศร้า หรือ หดความสนใจ ความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ

1.1 อารมณ์เศร้า หมายถึง ในเด็กหรือวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย

1.2 หดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ

1.3 เบื่ออาหารและน้ำหนักลด หรือรับประทานและน้ำหนักเพิ่ม

1.4 นอนไม่หลับและหลับมาก

1.5 ความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงช้าหรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย

1.6 อ่อนเพลียง่ายหรือไม่มีแรง

1.7 รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากผิดปกติ

1.8 สมาธิเสียหรือมีความลังเลใจ

1.9 มีความอยากตาย คิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

2. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยแบบผสม (ซึมเศร้าและร่าเริงหรือหงุดหงิด)
3. อาการดังกล่าวทำให้มีความทุกข์ใจ หรือมีปัญหาทางด้านกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม อาชีพการงานหรืองานในหน้าที่สำคัญอย่างอื่น
4. อาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย
5. อาการไม่ได้เป็นเพราะความโศกเศร้าเสียใจธรรมดา

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536)

กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจที่เหม่อลอย รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ หวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ดำเนินตนเองความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะ ๆ เวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

สรุปภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติมีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคล เปลี่ยนไปจากเดิม มีลักษณะอาการซึมเศร้า มีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย มีอารมณ์เศร้า หด หวัง มอง โลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่วนอาการทางร่างกายได้แก่เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ความซึมเศร้าแบ่งตามความรุนแรงได้ 3 ระดับ (นิตยา ภิญโญคำ, 2531; Beck, 1967) ดังนี้

1. ความซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression) คือภาวะความรู้สึกที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส (Blue Mood) ซึ่งบุคคลทุกคนรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเฉพาะเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เลย บุคคลทั่วไปมีอารมณ์เศร้าได้ ถ้าหากรู้สึกเหน็ดเหนื่อยมาก ๆ และขาดคนเห็นอกเห็นใจ หรือถูกทอดทิ้งอยู่คนเดียวขาดคนเหลียวแล ขาดคนเข้าใจความภาคภูมิใจในตนเองลดลง

2. ความซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) อารมณ์ซึมเศร้าชนิดนี้มีอาการหลายอย่าง เช่นเดียวกับอาการซึมเศร้าในระดับต่ำ แต่มีความรุนแรงกว่าจนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงาน แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่มีความซึมเศร้าในระดับนี้ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ได้ ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นัก ความซึมเศร้าระดับปานกลางเป็นปฏิกิริยาได้ตอบสนองภาวะสูญเสียและเหตุการณ์กับชน ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าชนิดนี้จะมีความรู้สึกอึดอัดใจ การพูดจาจะเป็นไปอย่างลำบาก ความคิดเชิงซ้ำ อาจเกิดจากความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ

3. ความซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) เป็นความซึมเศร้าอยู่ในระดับลึกและอยู่เป็นเวลานาน ความซึมเศร้าชนิดนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัดบุคคลที่จัดอยู่ในภาวะซึมเศร้าชนิดนี้จะสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ สาเหตุความซึมเศร้าจะมาจากภายในตัวบุคคลนั้น

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้หลายทฤษฎีซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้

2.1 ทฤษฎีด้านชีววิทยา ได้แก่ แนวคิดด้านพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitters) การปรับระดับของฮอร์โมนในสมอง และความผิดปกติของการนอนหลับ ซึ่งแนวคิดต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ด้านพันธุกรรม จากการศึกษาในลูกของพ่อแม่ที่เป็นโรค Bipolar I Disorder พบว่ามีความเสี่ยง 2-10 เท่าที่จะเป็นโรค Major Depressive Disorder เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดโรคในลูกที่พ่อแม่ไม่ได้ป่วย และลูกของพ่อแม่ที่เป็นโรค Major Depressive Disorder จะมีความเสี่ยง 2-3 เท่าที่จะเป็นโรค Major Depressive Disorder เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดโรคในลูกที่พ่อแม่ไม่ได้ป่วย (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547) เช่นเดียวกับเฮลส์ และเฮลส์ (2545) และสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน อ้างถึงใน จิราภรณ์ แสงเงิน (2545) ที่กล่าวว่า ผู้ที่เป็นพ่อแม่ พี่น้องและลูก ๆ ของผู้ป่วย Major Depressive Disorder มีโอกาสที่จะเป็นโรค 1.5-3 เท่าของผู้ที่ไม่มีผู้ป่วยโรคนี้ในครอบครัว

จากการศึกษาฝาแฝดในไข่ใบเดียวกันที่มีพันธุกรรมเหมือนกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ฝาแฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสมากที่จะเกิดโรคซึมเศร้าด้วย โดยพบว่าฝาแฝดในไข่ใบเดียวกัน เพศหญิงมากกว่าหนึ่งพันคู่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า ฝาแฝดพี่หรือน้องมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 66 (เฮลส์ และเฮลส์, 2545) เช่นเดียวกับพิเชฐ อุดมรัตน์ (2547) ที่กล่าวว่าฝาแฝดชนิดไข่ใบเดียวกันเมื่อแฝด 1 รายป่วยเป็นโรค Major Depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 50 ที่จะเป็นโรคเดียวกัน ในขณะที่ฝาแฝดชนิดไข่ 2 ใบ เมื่อมีแฝด 1 รายป่วย คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 10-25

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ความผิดปกติของสารสื่อประสาท อาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น มีการตายของเนื้อสมอง ต่อมไพโรยด์ทำงานลดลงกว่าปกติ ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือจากการใช้สารเสพติด ดังนั้นจึงเชื่อว่าสารสื่อประสาทในสมองมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น สารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามี 2 ชนิด คือ ซีโร โทนิน (Serotonin) และ นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งการหลั่งของสารซีโร โทนินที่ลดลงทำให้การควบคุม การทำงานต่าง ๆ ของร่างกายลดลง เช่น การนอนหลับ ความต้องการทางเพศและความอยากอาหาร ลดลง หงุดหงิดง่าย ถ้าการหลั่งของนอร์อีพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ สมาธิ และความต้องการทางเพศลดลง นอกจากนี้ระบบของโดปามีนอะซีติลโคลีน และ แกมมาอะมิโนบิวทิวริกเอซิด ก็เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอีกด้วย อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของจำนวนสารสื่อประสาทที่ลดลง (Varcacolis, 2002)

2.1.3 การปรับระดับของฮอร์โมนในสมอง การเปลี่ยนแปลง การปรับสมดุลของฮอร์โมน (Alterations in Hormonal Regulation) ฮอร์โมนเกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ของบุคคล ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองเป็นตัวหลักในการควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่ออื่นๆ ในสภาวะอารมณ์ผิดปกติจะเกิดจากอิทธิพลของการทำงานของต่อมไร้ท่อใน 3 ระบบ ได้แก่ ระบบแรก ระบบไฮโปธาลามิก พิวอิทารี อะดรีนอล แอคซีส (Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis) โดยพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการทำงานของระบบนี้สูงขึ้น ทำให้ระดับของคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ ระบบที่สอง ระบบไฮโปธาลามิก พิวอิทารี ธีรอยด์ แอคซีส (Hypothalamic Pituitary Thyroid Axis) มีรายงานว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีธีรอยด์ฮอร์โมนลดลง ระบบสุดท้าย คือ ระบบไฮโปธาลามิก พิวอิทารี โกรท ฮอร์โมน แอคซีส (Hypothalamic Pituitary Growth Hormone Axis) มีการตรวจวัดระดับโกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) พบว่า ลดลงในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า (Vancarolis, 2002; สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า และ Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis (HPA Axis) Carmine (2005) รายงานว่า ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการอ่อนเพลียขาดความสนใจในเรื่องต่างๆ เกิดจากการตอบสนองเหตุการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่สามารถควบคุมได้ ความเครียดจะกระตุ้น HPA Axis ทำให้เกิดการหลั่ง Glucocorticoid ในกระแสเลือด เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นจะเกิดภาวะซึมเศร้าและ HPA Axis ก็จะทำงานเพิ่มขึ้นด้วยการลดความเครียดที่เหมาะสมคือ การให้คำปรึกษา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดและลดการทำงานของ HPA Axis ปัจจุบัน มีนักวิจัยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ที่เชื่อว่า การทำงานที่เพิ่มขึ้นของ HPA Axis เกิดจากความเครียดและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2.1.4 ความผิดปกติของการนอนหลับ (Sleep Abnormalities) อาการที่พบบ่อย คือ อาการนอนไม่หลับ และมีความผิดปกติของความต่อเนื่องของการนอนหลับ เช่น ใช้เวลาในการนอนหลับนาน ตื่นบ่อย ตื่นเช้ามืดกว่าปกติ และอาการนอนหลับมากผิดปกติ จากการศึกษโดยใช้เครื่องอิเล็กโตรเอนเซฟาโลแกรม (Electroencephalogram) พบว่า มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในขณะหลับ และจากการดูแผ่นบันทึกกราฟของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า มีความผิดปกติ ร้อยละ 40 ถึง 60 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในมีความผิดปกติถึง ร้อยละ 90 (Thase, 1999 cited in Vancarolis, 2002)

2.2 ทฤษฎีด้านจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression)

2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความคับข้องใจในระยะปาก (Oral Stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (Narcissistic Personality) เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสีย

จริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan & Sadock, 1998) มีผลทำให้อีโก้ (Ego) ลดต่ำลง หรือถูกทำลายลงไป ซึ่งอีโก้เป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและ เป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ ความจำ การตัดสินใจ ความมีเหตุผล การแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการกระทำ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมี เหตุผล และความถูกต้องเหมาะสม เมื่ออีโก้ลดต่ำลงหรือถูกทำลาย จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิด ปลอดภัยตนเองออกจากความเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย เกิดการยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อปกป้อง ตนเอง รู้สึกผิดและบันทึลโทษ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถจัดการกับการ เปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ทำให้มีแนวคิดด้านลบต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมาย (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

2.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวังหรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned-Helplessness Theory) ของเซลิเกแมน (Seligman, 1975 cited in Dobson & Jackman-Cram, 1996) ซึ่งพัฒนาแนวคิดนี้มาจากการทดลองทางจิตวิทยา โดยสังเกตพฤติกรรมของสุนัขที่ถูกกระแสไฟฟ้า ระดับต่ำ ๆ ช็อตตลอดเวลาไม่ว่าสุนัขจะกระโดดหรือเห่า จนในที่สุดสุนัขยอมแพ้ไม่พยายามหนี จากการถูกไฟฟ้าช็อตอีก ซึ่งพบว่าสภาวะการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้สามารถเกิดได้ใน มนุษย์ โดยสรุปว่าภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ผิดปกติ เป็นผลมาจากการที่บุคคล ได้รับแรงเสริมในระดับต่ำ ซึ่งระดับของแรงเสริมตามแนวคิดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ จำนวนของแรงเสริมในสิ่งแวดล้อม จำนวนกิจกรรมหรือเหตุการณ์ซึ่งเป็นแรงเสริม ที่มีศักยภาพสำหรับบุคคล และทักษะของบุคคลที่ดึงเอาแรงเสริมนั้นออกมา นอกจากนี้รูปแบบของ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ประสบกับ เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตในด้านลบมาก่อน หรืออาจเกิดจากการถูกล่วงโทษ การพ่ายแพ้ ล้มเหลวหรือ การสูญเสีย ก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือยึดติดในความคิดว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะแก้ปัญหาในชีวิตอย่างไรก็จะเป็นผลสำเร็จทั้งสิ้น จะพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ความ สิ้นหวังเกิดขึ้น

2.2.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement) ของเลวินสัน (Lewinsohn, 1975 cited in Dobson & Jackman-Cram, 1996) ซึ่งเชื่อว่าภาวะซึมเศร้า เกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรับรู้ คุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-Esteem) ความรู้สึกผิด (Guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบในชีวิต ยิ่งทำให้ บุคคลลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (Self-Awareness) การมุ่งเน้นที่ตนเองมากกว่าคนอื่น (Focus on the Self) เพิ่มการจับผิดตนเอง

มากขึ้น (Self-Criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (Negative Expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (Dysphoria) และบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2.2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (Life Events and Stress Theory) มีรายงานสนับสนุนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตทางด้านลบกับภาวะซึมเศร้า เปย์คิล (Paykel, 1969 cited in Wilson et al., 1989) พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจต่าง ๆ ในชีวิตภายใน 6 เดือน เช่น การสูญเสียชนิดต่าง ๆ การพลัดพรากจากกัน ความล้มเหลวในชีวิต ความไม่สมหวัง การเสียชีวิตของผู้ใกล้ชิด และความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก นอกจากนี้ยังเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากการตีประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ซึ่งจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลงทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในทางลบและแยกตัวตามมา ส่วนคอร์เนลิส และคณะ (Cornelis et al., 1989 cited in Holoday-Worret, 1996) กล่าวว่า การประเมินทางด้านอารมณ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งสำคัญเท่า ๆ กับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า คือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ (Personality Theory) นักวิจัยบางคนเชื่อว่า มีกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่าบุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (Depressive Personality Disorder) คนที่มีบุคลิกภาพชนิดนี้เป็นคนที่มองโลกในแง่ร้ายและเชื่องซึม มักชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น มองโลกว่ามีแต่ความโหดร้าย ไม่มีใครสนับสนุนตนเอง มองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองอนาคตอย่างไร้ความหวัง มองชีวิตในด้านลบจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากเชื่อว่าคนเหล่านี้มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเป็นปมด้อยในใจตั้งแต่ระยะเด็กเล็ก เช่น การสูญเสีย บิดามารดา ประสบการณ์การถูกทารุณทั้งทางกายและทางเพศ บิดามารดาดุด่า (Holoday-Worret, 1996)

2.2.6 ทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Theory) เบ็คได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้า ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive Triad) โครงสร้างทางความคิด (Schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortion) (Beck, 1967) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.6.1 ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive Triad) เป็นความคิดที่บุคคลพิจารณาตนเอง โลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือนไป คือ

2.2.6.1.1 การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง ยิ่งไปกว่านี้จะมองตนเองว่าไม่เป็นที่ปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจาก

ข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้น มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่าง ๆ ขึ้น โดยจะคิดว่า ความผิดพลาดทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.2.6.1.2 การมองโลกในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยการอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลงโทษ ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะไปแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2.6.1.3 การมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความยากลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบาก จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ก็จะมองว่าสถานการณ์ในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2.6.2 โครงสร้างทางความคิด (Schema) แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือบิดเบือน (Adaptive-Maladaptive) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลทั่วไป (Wright & Beck, 1984 cited in Dryden & Golden, 1987) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นประเภทปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (Idiosyncratic) เช่น “ฉันเป็นผู้ล้มเหลว” โครงสร้างความคิดจะแอบแฝงอยู่ภายใต้บุคคลแต่ละจะกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด

2.2.6.3 เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortion) เบ็ค และคณะ ได้แบ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนดังนี้คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary Inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (Selective Abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการลดทอนเรื่องราว (Magnification and Minimization) มีนิสัยที่มีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) และมีความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (Dichotomous Thinking) ซึ่งในผู้ที่มีภาวะ

ซึมเศร้าจะมีความคิด โน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการของรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงต้นของชีวิตของบุคคล ทำให้บุคคลนั้นสร้างโครงสร้างทางความคิด ที่บิดเบือนไปในทางลบที่เกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปจะถูกกระตุ้นได้เมื่อบุคคลนั้นประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปนี้จะทำให้มีการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน แล้วทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบอย่างเป็นระบบ และเป็นความคิดที่บิดเบือนไปโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ หรือเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ยิ่งภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติทางลบก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นเป็นวงจรอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ (Beck, 1967)

สรุปว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากทั้งปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตวิทยาซึ่งไม่สามารถระบุให้แน่นอนได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทางด้านชีวภาพเป็นปัจจัยที่มีผู้สนใจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่นการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางชีวภาพมากขึ้น และแสงอุษา สุทธิชนกุล (2545 อ้างถึงใน จิราภรณ์ แสงเงิน, 2545) ที่รายงานว่าโรคซึมเศร้าไม่ว่าจะมีจุดกำเนิดจากอะไรก็เป็นความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเด่นอยู่คือการมีความผิดปกติของภาวะเคมีของระบบประสาทซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต

3. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

เป็นที่ยอมรับว่าโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นโรคเดียวกับที่พบในผู้ใหญ่โดยมีอาการหลัก ๆ เหมือนกัน คือ รู้สึกเศร้า ท้อใจ เบื่อ เซ็ง ดูกดตัวเองรู้สึกผิด หหมดความสนใจในทุกสิ่ง อ่อนเพลียไม่มีแรง กินอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ และคิดหมกมุ่นเรื่องการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามข้อแตกต่างในด้านอาการก็มีอยู่บ้างได้แก่ (พิชิตา ดัณญบุตร, 2544)

3.1 วัยรุ่นอาจไม่ยอมรับว่ามีอารมณ์เศร้า แต่ใช้คำว่า อ้างว้าง หงุดหงิดฉุนเฉียวหรือเบื่อและไม่ใคร่จะมาพบแพทย์ แต่จะถูกพ่อแม่มาตรวจ

3.2 วัยรุ่นจะมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ค่อนข้างมากกว่าผู้ใหญ่

3.3 อาการนอนมาก หรือกินอาหารได้มากขึ้นมักพบในวัยรุ่นที่ซึมเศร้าแทนที่จะนอนไม่หลับหรือกินอาหารไม่ลง

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบ่งเป็น 2 แบบ (เรไร ทิวะทัศน์, 2535) คือ

1. ความรู้สึกเศร้า (Depression Feeling) เป็นความรู้สึกไม่มีความสุขอาจไม่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของตัวเอง บุคคลหรือความบกพร่องของหน้าที่ทางด้านชีววิทยา มีการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของวัยรุ่นมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ หรือร้องไห้ ซึ่งถือว่าเป็นธรรมดาไม่จัดว่าเป็นอาการของโรค

แต่จะมีความคิดในแง่ลบกับตนเอง ดำหนดตนเองหรือคิดว่าตัวเองไร้ค่าซึ่งแตกต่างจากโรคซึมเศร้า

2. โรคซึมเศร้า (Depression Syndrome) ในวัยรุ่น บางครั้งความซึมเศร้าอาจแสดงออกทางความความคิดผิดปกติอื่น ๆ แทนที่จะมีอาการเหมือนผู้ใหญ่ เช่น ปัสสาวะรดที่นอน (Enuresis) โรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าความรู้สึกซึมเศร้าธรรมดา คือจะมีความรู้สึกต่อต้านคุณเจียว่าย มีความรู้สึกผิด วิตกกังวล ทดแทนความรู้สึกที่ไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจ อาจมีความเครียดที่เป็นสาเหตุของอาการทางกาย เช่น เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ มีความคิดประหม่นตัวเองในทางลบ มองโลกในแง่ร้ายสิ้นหวัง นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าความประพฤติที่ผิดปกติ (Conduct Disorder) มีความเกี่ยวข้องกับความซึมเศร้าในเด็กชายก่อนวัยรุ่นในอัตราสูง ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมต่อต้านสังคมซึ่งอาจทำให้แพทย์ละความสนใจด้านปัญหาทางด้านอารมณ์ไปสนใจแก้ปัญหาวินัยมากกว่า

วัยรุ่นที่มีความซึมเศร้าจะไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง แต่แสดงออกมาทางพฤติกรรม และอาการทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจเกิดความซึมเศร้าแฝง (Masked Depression) โดยแสดงอาการในลักษณะต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่หันมาสนใจเขา และพบว่า วัยรุ่นบางคนอาจเกิดความเบี่ยงเบนทางเพศได้เป็นครั้งคราวโดยเฉพาะเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบความมั่นใจในตนเอง จะทำให้เกิดปัญหาการร่วมเพศหรือสำส่อนทางเพศได้ วัยรุ่นบางคนอาจบ่นถึงสภาพการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ทำให้พ่อแม่คิดว่าเด็กป่วยทางร่างกายอย่างรุนแรงโดยที่ตัวเด็กเองก็หวังว่าการเข้าอยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นทางหลีกเลี่ยงจากความขัดแย้งที่เขาเผชิญอยู่ อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นมีผลกระทบต่อการพัฒนาเรื่องการศึกษ การงาน สังคม อาชีพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ตลอดจนการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณกร, 2533 อ้างถึงใน ช่อเพชร เป้าเงิน, 2538)

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เกิดร่วมกับปัญหาทางจิต และปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ซึ่งยากต่อการวินิจฉัยหรือบำบัด เช่น มีความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล มีอาการทางจิต และมีความผิดปกติในการกิน ซึ่งอาการเหล่านี้มีแนวโน้มจะเกิดควบคู่กันในวัยรุ่น การเกิดปัญหาที่ต่างกันเกิดจากการได้รับความเครียดที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยในทางลบ

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีลักษณะอาการแสดงออกคล้ายคลึงกับผู้ใหญ่หลายอย่าง โดยพิจารณาจาก อาการ 4 กลุ่ม (สุภาพเพ็ญ คชพลายุทธ์, 2541) คือ

1. ลักษณะอาการทางอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้าสลด ความสนุกสนานลดลง หงุดหงิด เบื่อหน่ายรู้สึกผิด ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ และเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอาจรู้สึกว่ามีเด็กหญิงคนใดมาชอบหรือรักเขา เพราะเขามีปมด้อย วัยรุ่นหญิงจะรู้สึกตนเองว่าไม่มีโอกาสที่จะมีชีวิตสมรสที่เป็นสุข ความรู้สึกไร้ค่านี้ อาจทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

เพิ่มมากขึ้น

2. ลักษณะความคิด คิดถึงตนเองในแง่ร้ายและสิ้นหวัง ประเมินตนเองในทางลบ คิดว่าตนเองบกพร่องล้มเหลว และคิดถึงการฆ่าตัวตาย

3. ลักษณะการแสดงออก จะแสดงออกด้วยความรู้สึกเฉยชา เบื่อหน่าย มีการเคลื่อนไหวช้า รู้สึกเมื่อยล้า นอนหลับยาก และดูเศร้าอย่างชัดเจน ชอบแยกตัว ร้องไห้บ่อยครั้ง อาจโกรธหรือไม่พอใจต่อภาวะซึมเศร้าของตน หงุดหงิดอยากระเบิดออกมา และเมื่อความโกรธลดลงก็จะเกิดความรู้สึกผิดตามมา นอกจากนี้จะพบว่าวัยรุ่นมีความสามารถทางการเรียนลดลง เข้าสังคมกับเพื่อนน้อย แยกตัวจากกิจกรรมหรือกลุ่มเพื่อน หมดหวัง และปฏิเสธการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง

4. ลักษณะทางจิต พบอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับหมดเรี่ยวแรง ส่วนอาการน้ำหนักลดพบได้น้อยกว่าในผู้ใหญ่ ในเด็กจะพบอาการหิวแล้ว ส่วนในวัยรุ่นจะพบอาการหลงผิด

มีการศึกษาที่ติดตามเด็กวัยรุ่นเรียนถึงวัยรุ่นพบว่า เด็กหญิงและเด็กชายมีความแตกต่างของการแสดงออกต่อภาวะซึมเศร้า โดยเด็กหญิงจะแสดงออกด้วยความวิตกกังวล เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ส่วนเด็กชายจะแสดงออกด้วยความรู้สึกไม่เป็นมิตร และต่อต้านสังคม

ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล อาจมีอาการทางคลินิกซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่การทำงาน จากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงและช่วงเวลาของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการใช้สารเสพติด บุหรี่ แอลกอฮอล์ เพิ่มการฆ่าตัวตายและการคิดฆ่าผู้อื่น มีอาการตอบสนองต่อจิตบำบัดน้อยลง และมีปัญหาทางจิตมากขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังต่อไปนี้ (ถัดดา แสนสีหา, 2536; Kaplan & Sadock, 1998; Varcariolis, 2002)

1. การประเมินโดยใช้วิธีการสังเกต ตัวอย่างแบบประเมิน ได้แก่

1.1 Cronholm-Ottosson Scale แบบประเมินนี้ใช้ในยุคแรก ๆ ประกอบด้วย 8 ข้อ มีความเที่ยงตรงสูง และความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.72-0.86 แต่แบบประเมินนี้จะเหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

1.2 Hamilton Rating Scale แบบประเมินประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญ และได้รับการฝึกจึงจะประเมินได้เหมาะสม เป็นแบบประเมินที่ต้องสังเกตอาการย้อนหลัง 1 สัปดาห์ และไม่สามารถประเมินได้บ่อย

1.3 Beck-Rafaelsen Melancholia Scale เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจาก Hamilton ประกอบด้วย 11 ข้อ มีความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.82-0.93 แบบประเมินจะเน้นอาการทางจิต

1.4 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale แบบประเมินประกอบด้วย 10 ข้อ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 แต่จำเป็นต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตร่วมกันเพื่อให้ผลที่สมบูรณ์

2. ประเมินโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง ตัวอย่างแบบประเมิน ได้แก่

2.1 Zung Self-Rating Depression Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งข้อความด้านบวก และด้านลบเท่า ๆ กัน แบบประเมินมีความเชื่อมั่น 0.73 แบบประเมินนี้ไม่ค่อยนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ครอบคลุม

2.2 Walkefield Self-Assessment Inventory พัฒนามาจากแบบประเมินของ Zung ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีความเชื่อมั่น 0.68 แม้จะได้รับความนิยมในระยะหนึ่ง แต่ต่อมามีการวิพากษ์วิจารณ์ว่า แบบประเมินขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนน เมื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจโดยภาพรวม

2.3 Zerssen Adjective Check List ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ ดังนั้นจุดอ่อนของแบบประเมินนี้ คือ แต่ละข้อไม่มีข้อมูลละเอียดเพียงพอ

2.4 Beck Depression Inventory (BDI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 โดยการใช้ครั้งแรกจะมีการสัมภาษณ์ และให้ผู้ป่วยตอบ จากนั้นคนสัมภาษณ์จะกรอกคำตอบลงในแบบประเมินเพื่อลดการผิดพลาดในการรายงาน ต่อมาให้ผู้ป่วยตอบเอง หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงสูง ($r = 0.84$) การตรวจสอบมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 (Beck, 1967) โดยทดสอบกับผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 409 ราย

2.5 Center for Epidemiologic Depression Scale (CES-D) พัฒนาขึ้น โดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ถูกปรับปรุงมาใช้ในประเทศไทยโดย พญ. อุมพร ตรังคสมบัติ ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 มีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมรวม 20 ข้อ ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2.6 Children's Depression Inventory (CDI) ที่สร้างขึ้นโดยโควาคส์ (Kovacs, 1985 อ้างถึงใน มั่นทนา นทีธาร, 2546) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินซึมเศร้า BDI ของ เบ็ค แบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น อายุ 7-17 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ เซเลอร์ และสปิริโต (Saylor & Spirit อ้างถึงใน อรรธรณ หนูแก้ว, 2536) โดยใช้แบบประเมิน

นี้หาความเชื่อมั่นในเด็กนักเรียนและในผู้ป่วยเด็กพบว่าได้เท่ากับ .94 และ .80 แบบประเมินนี้ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539)

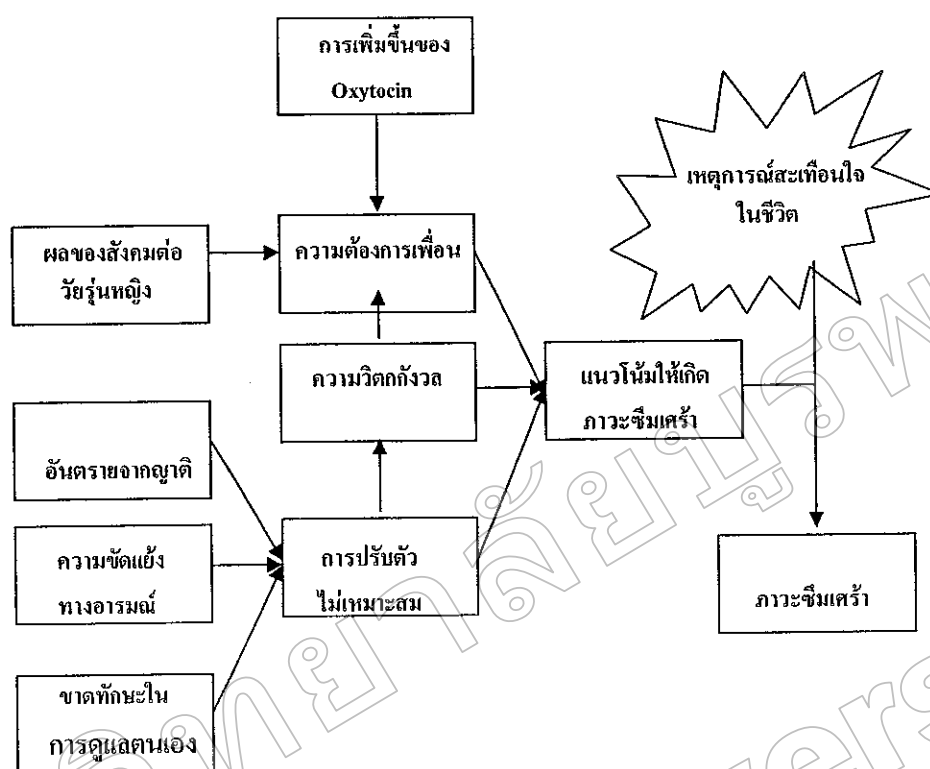
สำหรับการวิจัยนี้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้า คือ แบบสอบวัดภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) เนื่องจากครอบคลุมอาการซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ คือ ด้านอารมณ์เศร้า อาการทางกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้สึกคิด สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เครื่องมือนี้ใช้ได้กับเด็กอายุ 7-17 ปีซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมสูงในเด็ก มีความเชื่อมั่นในระดับสูง และสามารถแยกเด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์ออกจากเด็กปกติได้

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าได้มีผู้ศึกษาไว้หลายปัจจัย และปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาครั้งนี้ ซึ่งน่าจะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสของบิดามารดา การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) ความผูกพันในครอบครัว (Family Connectedness) ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy) และภาวะอ้วน (Obesity) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เพศ

จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าเพศชายประมาณ 3 ต่อ 1 และผู้หญิงยังมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้า 2 เท่าของเพศชาย (ดวงใจ กสานครกุล, 2533 อ้างถึงใน ช่อเพชร เป้าเงิน, 2538) ประชาชนโดยทั่วไปที่ไม่ได้เข้ารับการรักษามีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในหญิงสูงกว่าเพศชาย ความแตกต่างนี้น่าจะมาจากสาเหตุด้านชีวภาพ เช่น ฮอร์โมนเพศ และโครโมโซมในคู่ที่ 5, 11 และโครโมโซม x ตลอดจนความรับผิดชอบทั้งด้านการทำงานและครอบครัว (ดวงใจ กสานครกุล, 2542 อ้างถึงใน ชนวนรณ พยุงผล, 2545) (Kaplan, 1998) ในระยะก่อนวัยรุ่นช่วงอายุ 11-13 ปี วัยรุ่นชายเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าวัยรุ่นหญิง ต่อมา ในช่วงอายุ 15 ปี การเกิดภาวะซึมเศร้าได้เปลี่ยนไป วัยรุ่นหญิงจะพบภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเป็น 2 เท่าของวัยรุ่นชาย (Cyranowski et al., 2000) ตลอดจนจนถึงวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้าน ภาวะสังคม สิ่งแวดล้อม และชีววิทยาของฮอร์โมน ตลอดจนการพบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงหรือสะเทือนใจในชีวิตทำให้วัยรุ่นหญิงเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าวัยรุ่นชายดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวคิดของทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุทางชีววิทยาและทางจิตสังคมที่ทำให้วัยรุ่นหญิงมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Cyranski et al., 2000)

อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีข้อโต้แย้งสำหรับทฤษฎีนี้อีกหลายประการซึ่งสมาคมจิตวิทยาของสหรัฐอเมริกาได้ให้ความเห็นว่าไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งหรือกลุ่มทฤษฎีใดที่อธิบายได้ว่าโรคซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายไม่เท่ากัน (เฮลส์ และเฮลส์, 2545) จากการศึกษาที่ผ่านมาของชอเพอร์ เบ้าเงิน (2538) ผลของการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2536) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นหญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-19 ปี ส่วนวัยรุ่นชายพบได้มากในช่วงอายุ 13-15 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) โรคซึมเศร้าจะพบมากขึ้นตามอายุ (Gurin et al., 1980 อ้างถึงใน ธนวรรณ พยุงผล, 2545) จากการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชเด็กในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ที่แปรผลตามกลุ่มอายุพบว่า ร้อยละ 67.84 ของผู้ป่วยจิตเวชเด็กมีภาวะซึมเศร้าและพบผู้ป่วยซึมเศร้าในช่วงอายุ 15 – 24 ปี ถึงร้อยละ 25.46 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 716 คน (วาสนา สรมณี และพิสมัย คู่พิทักษ์, 2515 อ้างถึงใน ภัทรีนาถ บุญชู, 2543) แสดง

ให้เห็นว่ากลุ่มอายุน่าจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาคู่มาของภักทรินาญ บุญชู (2543) ผลการศึกษาพบว่าอายุของนักเรียนที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการศึกษาของ เฟลมมิง และคณะ (Fleming et al., 1989) ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชายและนักเรียนหญิง เมื่อควบคุมตัวแปรด้านอายุ

สถานภาพสมรสของบิดามารดา

บิดามารดาที่มีสภาพสมรสอยู่ด้วยกัน จะทำให้บุตรเกิดความเชื่อมั่นในความรัก ความอบอุ่นและการเอาใจใส่ของบิดามารดา ตรงข้ามกับการหย่าร้างหรือการแยกกันอยู่ของบิดามารดาจะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของบิดามารดาที่ดูแลบุตรหลังการหย่าร้าง โดยพบว่าหลังการหย่าร้าง ผู้ที่ดูแลบุตรมักจะเป็นมารดา และมักจะมีรายได้ต่ำเนื่องจากมีการศึกษาและประสบการณ์ไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น หลังการหย่าร้าง อาจทำให้ครอบครัวต้องเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ ซึ่งมักจะมีลักษณะที่เลวลง สังกมและสิ่งแวดล้อมก็มักจะแย่ลง ประกอบกับมารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้มีเวลาในการดูแลบุตรน้อยลง เด็กจึงมีปัญหาในด้านพฤติกรรมและด้านอารมณ์ (ช่อเพชร เบ้าเงิน, 2538) จากการศึกษาของช่อเพชร เบ้าเงิน (2538) วารินทร์ หอมโกศล (2535, อ้างถึงใน ช่อเพชร เบ้าเงิน, 2538) และวิระวรรณ อุประมาณ (2538 อ้างถึงใน ช่อเพชร เบ้าเงิน, 2538) พบว่าสถานภาพการสมรสของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแต่ผลการศึกษาของนักการศึกษาหลายท่าน เช่น อินทิรา พัวสกุล และคณะ (2530) ได้พบว่าวัยรุ่นที่บิดามารดามีสถานภาพสมรสคู่กับสถานภาพหย่าร้างนั้น มีความเครียดแตกต่างกัน

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

มาส โลว์ (Maslow, 1970 อ้างถึงใน อุทัยวรรณ พัทธกัษรพันธ์, 2545) กล่าวว่า “ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีค่า มีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ”

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979 อ้างถึงใน อุทัยวรรณ พัทธกัษรพันธ์, 2545) กล่าวว่า “ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในบุคคล เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเอง”

“ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหมายถึงการพิจารณาตัดสินค่าของตน ความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเองในเรื่องการประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จ การพึ่งตนเอง การปฏิเสธตนเอง การคิดว่าตนเองมีค่าในสังคม ตลอดจนการได้รับความรัก ขอมรับจากบิดามารดา ครู อาจารย์ และเพื่อน” (มยุรี สารวิวงศ์, 2535 อ้างถึงใน อุทัยวรรณ พัทธกัษรพันธ์, 2545)

จกกลณี ดุ้ยเจริญ (2540) กล่าวว่า “ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการประเมินตนเองใน

ด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จทำให้บุคคลยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความนับถือตนเอง”

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ที่กล่าวว่า “ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในบุคคล เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเอง”

การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพจิต (Taft, 1985) ซึ่งสามารถเปลี่ยนได้ตามวัย วุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ของชีวิต ในวัยเด็กสัมพันธ์ภาพที่บิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวมีต่อเด็ก โดยเฉพาะความผูกพันใกล้ชิดที่บิดามารดาอบอ้อมให้จะมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กมากที่สุด (Sullivan, 1953) เมื่อเข้าสู่เด็กวัยรุ่น เพื่อนสนิทจะมีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้นแทนบิดามารดา และสมาชิกในครอบครัว และกลายเป็นบุคคลสำคัญต่อไป ถ้าเด็กวัยรุ่นได้รับความรักจากบุคคลดังกล่าว ก็จะมองตนเองในทางบวก แต่ถ้าครอบครัวและบุคคลสำคัญรอบข้างไม่เห็นคุณค่า ไม่ยอมรับ ก็จะนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทางลบ (Barry, 1989)

การเห็นคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักแสดงความเข้มแข็งออกมาเสมอ แต่แท้จริงแล้วบุคคลเหล่านี้มีความรู้สึกหวาดกลัว ห่อเหี่ยว ไม่มั่นใจในตนเอง มักตกอยู่ในอิทธิพลของบุคคลหัวน้าวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์มีความยุ่งยากใจในการแก้ปัญหาและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ เกิดการสูญเสียพลังอำนาจและรู้สึกโดดเดี่ยว ผลที่ตามมาหลังการเห็นคุณค่าตนเองต่ำก็คือ สุขภาพเสื่อมลง สูญเสียบทบาทในสังคม สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ประสบความสำเร็จน้อย เห็นความเสียหายน้อยเป็นสิ่งที่ผิดร้ายแรง และมีความลังเลที่จะทำสิ่งใหม่ มักจะแสดงออกด้วยความรู้สึกอายหรือรู้สึกผิด มักจะกล่าวโทษตัวเองหรือตำหนิผู้อื่น หลีกเลี่ยงการพบปะผู้อื่น หลีกเลี่ยงการประสานตามักจะยืนก้มตัวและเดินอย่างช้า ๆ มีความลังเลใจที่จะพูดหรือหยุดพูดกล่าวขอโทษบ่อย ๆ คำพูดที่ใช้มักแสดงความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า ไม่ยอมรับคำชมเชย เกิดความเบื่อหน่าย ห่อเหี่ยวหมดหวัง รู้สึกโกรธตัวเอง และกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (อัญชลี วงศ์ทองสวัสดิ์, 2545 อ้างถึงใน สมพงษ์ จินดารุ่งเรืองรัตน์, 2546)

จากการศึกษาของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1989 cited in Steinberg, 1999) ได้ศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของเลวินสัน และคณะ (Lewinsohn et al., 1997) ที่ศึกษาใน เด็กวัยรุ่นจำนวน 1,209 คน อายุเฉลี่ย 16.6 ปี พบว่าตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของทาคาคูระ และซากิฮาระ (Takakura & Sakihara, 2001) ในเด็ก

วัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 3,202 คน อายุ 15-18 ปี พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะสัมพันธ์ทางบวกสูงกับภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น และตัวแปร ดังกล่าวเมื่อนำมาวัดในกลุ่มคนต่างวัฒนธรรม พบว่าความสัมพันธ์มีลักษณะเป็นไปในทำนองเดียวกัน ดังเช่นการศึกษาของปรีชา สุวัชรบุตร (2545) ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร ในเรื่องภาวะซึมเศร้า และการแสวงหาความช่วยเหลือ พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 47.1

นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีจิตใจที่มั่นคง รับรู้ถึงความสำเร็จ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง (Coopersmith, 1981) เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการการเห็นคุณค่าในตนเอง (Mellencamp, 1981) การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำทำให้มอง ภาพลักษณ์ของตนผิดจากความเป็นจริงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Rosenberg, 1981 cited in Mellencamp, 1981) ดังนั้น การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และอาจเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้

การประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

การประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้มีผู้สร้างแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้วิธีการรายงานตนเองไว้หลายแบบ เช่น แบบประเมินอัตมโนทัศน์ของตนเอง (Tennessee Self-Concept Scale) ของฟิตส์ (Fitt) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem Inventory) ของคูเปอร์สมิท (Coopersmith) และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self-Esteem Scale) สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก เนื่องจากมีเนื้อหาที่สั้น กระชับและเข้าใจง่าย

โรเซนเบิร์กได้สร้างแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีพื้นฐานมาจากแบบจำลองของกัตต์แมน (Guttman Model) เพื่อประเมินความรู้สึกรับรองตนเองของบุคคลในด้านการเห็นคุณค่าในตนเองแบบมิติเดียวที่เกี่ยวข้องเฉพาะในเรื่องของตนเองทั้งหมด (Global Self-Esteem) และได้พัฒนาปรับปรุงให้มีความกระชับ และครอบคลุมเนื้อหา โดยเน้นให้เข้าใจง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ เหมาะสำหรับใช้ในกลุ่มวัยรุ่นและนักเรียน โดยเมื่อเริ่มใช้โรเซนเบิร์กได้นำไปใช้กับกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 นอกจากนี้ซิลเบอร์ต และ เทพเพทท์ (Silver & Teppett, 1965 cited in Burn, 1979) ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยวิธีทดสอบซ้ำ ในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

ในประเทศไทยได้มีผู้นำแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กมาใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ เช่น ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ได้นำแบบประเมินมาแปลเป็นภาษาไทย และทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่าง ๆ จำนวน 5 ท่าน และได้นำไป

ทดสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 จารูวรรณ ชูปวา (2541) ได้นำแบบประเมินมาแปลเป็นภาษาไทย และทดสอบ ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่าง ๆ จำนวน 5 ท่าน และได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นในผู้สมรรถาควัยรุ่น จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และอรุณญา แพ้จ้อย (2544) ได้นำแบบประเมินมาใช้ในวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด และทดสอบความเชื่อมั่นในวัยรุ่นชายที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์บำบัดยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

ความผูกพันในครอบครัว (Family Connectedness)

ความผูกพันในครอบครัวมีความหมายคล้ายกับความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relation) โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

เรชนิก และคณะ (Resnick et al., 1997) ได้อธิบายถึงลักษณะของความผูกพันในครอบครัว (Parent-Family Connectedness) หมายถึง ความรู้สึกใกล้ชิดต่อบิดามารดา รับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีความพอใจในสัมพันธภาพในครอบครัว รู้สึกเป็นที่รักและเป็นที่ต้องการในครอบครัว

เสาวภา เบญจพันธุ์ทวี (2540) ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า ลักษณะพฤติกรรมที่พ่อแม่ปฏิบัติต่อลูก พฤติกรรมที่ลูกปฏิบัติต่อพ่อแม่ และพฤติกรรมที่พ่อแม่ปฏิบัติต่อกัน ดังเช่น พ่อแม่ให้ความรักความห่วงใย ไว้วางใจลูก ให้ลูกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแสดงความคิดเห็น มีการพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว ให้กำลังใจลูกและไม่เข้มงวดกวดขันหรือควบคุมมากเกินไป ลูกให้ความรัก ความเคารพต่อพ่อแม่ ยอมรับเกณฑ์มาตรฐานของพ่อแม่ ตลอดจนความกลมเกลียวของพ่อแม่ที่มีต่อกัน

โสภภาพรณ เวียงเพิ่ม (2541) ให้ความหมายของ สัมพันธภาพในครอบครัวว่า ลักษณะทางพฤติกรรมในครอบครัว การแสดงออกด้านความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร และการมีส่วนร่วมในครอบครัว

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเรชนิก และคณะ (Resnick et al., 1997) ที่ให้ความหมายของ ความผูกพันในครอบครัวว่าหมายถึง ความรู้สึกใกล้ชิดต่อบิดามารดา รับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีความพอใจในสัมพันธภาพในครอบครัว รู้สึกเป็นที่รักและเป็นที่ต้องการในครอบครัว

ความผูกพันในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

ความผูกพันในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากความสัมพันธ์ในครอบครัว เด็กที่ได้รับความอบอุ่น การสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้

สิทธิเสรีภาพในการกระทำของเด็ก ระเบียบกฎเกณฑ์ที่พ่อแม่ใช้ปกครองดูแลและจัดการดูแลให้เด็กมีอิสระในขอบเขตที่กำหนด มีส่วนในการพัฒนาความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของเด็ก และเป็นรากฐานที่สำคัญในชีวิต (Copersmith, 1984 อ้างถึงใน อุทัยวรรณ พัทธกัณฑ์วรรณ, 2545) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านการพัฒนาจิตใจในช่วงของวัยรุ่น แต่การเปลี่ยนแปลงภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน ครอบครัวที่ไม่มีเวลาดูแลให้คำปรึกษาหรือครอบครัวที่สร้างความกดดัน มีการกล่าวตำหนิ ทำให้วัยรุ่นรู้สึกเก็บกด มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกตนเองว่าด้อยคุณค่า ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานกับวัยรุ่นที่มีปัญหาฆ่าตัวตายกล่าวว่า วัยรุ่นจะคิดว่าเป็นคนในครอบครัวไม่เข้าใจรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างและไม่มีใครให้ความสำคัญ หลายคนรู้สึกว่าพ่อแม่และแม่ไม่สนใจที่จะรับฟังเขา พ่อและแม่หลายคนมองว่าการที่ลูกวัยรุ่นมีความรู้สึกเช่นนั้นเพราะเป็นคนใจไม่สู้ ขอมแพ้ง่ายๆ ไม่เอาไหน ซึ่งทำให้วัยรุ่นรู้สึกกดดันสับสนและสิ้นหวัง (จันทิตา พุกษานานนท์, 2544) จะเห็นว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือความผูกพันในครอบครัวมีความสำคัญต่อวัยรุ่นดังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

วีรวรรณ อุประมาณ (2538) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าครอบครัวในกลุ่มเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราของการทำหน้าที่ที่ไม่เหมาะสมด้านการสื่อสารและความผูกพันทางอารมณ์ โดยครอบครัวที่มีการเมินเฉยต่อกันและครอบครัวที่มีการสื่อสาร ไม่ถูกต้องทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

อรวรรณ เมฆสุกะ (2541) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร มีความซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก CDI เท่ากับ 15 ขึ้นไป ร้อยละ 40.74 และมีความซึมเศร้าในระดับรุนแรง CDI เท่ากับ 21 ขึ้นไป ร้อยละ 15.63 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าคือ ปัจจัยทางด้านบิดามารดา ได้แก่ สถานภาพสมรส บรรยากาศทางบ้านที่ไม่เป็นสุข

จุลจรรยา ศรีเพชร (2544) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเรียงตามลำดับคือ ความผูกพันกับบิดามารดาและความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยจำแนกภาวะซึมเศร้าได้ 67.80

ดาเลีย และคณะ (Dalia et al., 1994) ได้ศึกษาโดยการวัดความคิดของวัยรุ่นพบว่ากลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย นั้นมีความรู้สึกที่ครอบครัวมีความเครียดและความสัมพันธ์ที่ไม่ดี เด็กมีความรู้สึกเศร้า หดหู่ และรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง นอกจากนี้เด็กที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายยังมีปัญหาด้านการสื่อสารกับพ่อแม่ และความเข้ากันไม่ได้ด้านอารมณ์

จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นที่ได้รับการเอาใจใส่จากบิดามารดาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำให้ความรัก ความอบอุ่น จะทำให้เด็กวัยรุ่นมีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจเป็นไปอย่างเหมาะสม (จันทร์แรม ทองศิริ, 2539) และสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญปัญหา (จงกลนี ดุ้ยเจริญ, 2540) และครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่สำคัญที่สุด ดังนั้น กล่าวได้ว่าความผูกพันในครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น

การประเมินความผูกพันในครอบครัว

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความผูกพันในครอบครัวของเรชนิกซึ่งมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับงานของผู้วิจัย โดยมีรายละเอียดของแบบประเมินความผูกพันในครอบครัวของเรชนิกคือ ในช่วงแรกเรชนิก แฮร์ริส และบลัม (Resnick, Harris, & Blum, 1993 อ้างถึงใน มัทธนา นทีธาร, 2546) ได้เริ่มพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินปัจจัยในการป้องกันพฤติกรรมที่ทำให้เกิดอัตราการตายในวัยรุ่นและพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น การใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมรุนแรง เป็นต้น หรือพฤติกรรมที่กีดกันทางด้านจิตใจ เช่น ความกีดกันทางอารมณ์ การฆ่าตัวตาย เป็นต้น เครื่องมือจะประกอบด้วยแบบประเมินเพื่อประเมินความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันในโรงเรียน และความผูกพันทางจิตวิญญาณ โดย แบบประเมินนี้ได้ใช้เทคนิคการประมาณ และการปรับปรุงข้อมูลมาตรฐาน ในการพัฒนาเครื่องวัดทางจิตวิทยา เพื่อให้สามารถบ่งชี้ได้ชัดเจนเกี่ยวกับโครงสร้างหลักของเนื้อหาในเรื่องของการดูแลเอาใจใส่ และความผูกพัน โดยส่วนของความผูกพันในครอบครัวในการศึกษาของเขาได้ให้ความหมายว่าความสุข ความรู้สึกใกล้ชิด และการได้รับความเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อเด็กวัยรุ่น แบบประเมินนี้มีการวัดความตรงภายในของเครื่องมือ และความตรงทางโครงสร้าง ส่วนวิธีการให้คะแนนสามารถทำได้ทั้งแบบข้อมูลต่อเนื่อง และการให้คะแนนแบบมาตราอันดับ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่หลายทาง (Cross – Tabular) และการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ได้สะดวกยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาในวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 36,000 คน ในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยในการป้องกันที่มีอำนาจในการทำนาย การเกิดพฤติกรรมอันตรายของวัยรุ่นชายและหญิงมากที่สุดคือ ความผูกพันในครอบครัว

ต่อมาเรชนิก และคณะ (Resnick et al., 1997) ได้ศึกษาปัจจัยปกป้องในเรื่องของครอบครัว โรงเรียน และลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 12,118 คน โดยในเรื่องของความผูกพันในครอบครัว เขาได้สร้างแบบประเมินจำนวน 13 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับความใกล้ชิดต่อบิดามารดา การรับรู้ถึงความเอาใจใส่ของบิดามารดา ความพึงพอใจในสัมพันธภาพของบิดา

มารดาต่อตนเอง และความรู้สึกถึงความรักและเป็นที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยแบบประเมินนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันในครอบครัวเป็นตัวทำนายสำคัญที่ป้องกันความกดดันทางด้านอารมณ์และการฆ่าตัวตายได้

ในประเทศไทยได้มีการใช้แบบประเมินความผูกพันในครอบครัวของเรซนิก และคณะ (Resnick et al., 1997) โดยพิสมัย นพรัตน์ (2543) ได้สร้างแบบประเมินตามแนวคิดและคำจำกัดความของเรซนิกและคณะ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่าง ๆ จำนวน 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 และนำไปทดสอบในนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy)

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนและการปรับตัวกับเพื่อนมีความหมายคล้ายกันโดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ซัลลิแวน (Sullivan, 1953) ได้กล่าวว่า การมีความผูกพันใกล้ชิดเป็นความต้องการชนิดหนึ่งของสัมพันธภาพ เขาอธิบายว่าเป็นลักษณะร่วมกันของมิตรภาพ ซึ่งลักษณะสำคัญของความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนจะเป็นการถกเถียงในกิจกรรมที่กระทำร่วมกัน มีการเปิดเผยตนเอง และความรู้สึกพึงพอใจในสัมพันธภาพ

เบอร์เมสเตอร์ (Buhmester, 1990) กล่าวว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน หมายถึง การแลกเปลี่ยนมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง มีการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพ

ธาดาปูลศรี (2533) กล่าวว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนที่ดีจะทำให้มีอารมณ์ขัน มีความรู้สึกอบอุ่น เข้าใจและเห็นใจผู้อื่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รู้จักแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ ระลึกในหน้าที่และความรับผิดชอบ

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเบอร์เมสเตอร์ (Buhmester, 1990) ที่กล่าวว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน หมายถึง การแลกเปลี่ยนมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง มีการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพ

พัฒนาการทางสังคมที่สำคัญอย่างหนึ่งของวัยรุ่นคือ การคบเพื่อนและกลุ่มเพื่อน ทั้งนี้เพราะเป็นธรรมชาติหรือภาวะปกติของวัยรุ่น เพื่อเสริมความรู้สึกที่มั่นคงในจิตใจ และได้มีโอกาสแสดงความสามารถ ความคิดเห็นให้คนอื่นยอมรับ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ขณะเดียวกันได้มีโอกาสเรียนรู้จากคนอื่น เพื่อปรับปรุงตนเองให้ดียิ่งขึ้น (กิตติกร มีทรัพย์, 2542 อ้างถึงใน สมพงษ์ จินดารุ่งเรืองรัตน์, 2546) เพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก รวมถึงการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน วัยรุ่นจะ

มีความสุขและปรับตัวได้ดีหากได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และถ้าหากไม่ได้รับความสนใจจากกลุ่ม วัยรุ่นก็จะรู้สึกถูกละเลย ดังนั้นวัยรุ่นจึงเกิดความกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงแก้ไข บุคลิกภาพของตัวเองถ้ารู้ว่ากลุ่มเพื่อนยอมรับในความสามารถของตนเอง (สมร ทองภักดี, 2544 อ้างถึงใน สมพงษ์ จินดารุ่งเรืองรัตน์, 2546)

พัฒนาการของความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนจะค่อย ๆ เกิดขึ้นในระยะวัยรุ่น (Buhrmester & Furman, 1987 อ้างถึงใน มัณฑนา นทีธาร, 2546) การมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูงเป็นสิ่งสำคัญ การไม่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนจะเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียด รู้สึกไม่มั่นคง มีความตึงเครียด และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า การเพิ่มขึ้นของความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนเป็นความสามารถทางสังคม ในช่วงเปลี่ยนผ่านวัย เนื่องจากความต้องการสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลของวัยเด็กและวัยรุ่นแตกต่างกัน ในวัยเด็กความต้องการทางด้านสัมพันธ์ทางของเพื่อนจะอยู่ที่กิจกรรมการเล่น การยอมรับในกลุ่มเพื่อนเล่น โดยเป็นคนสนุกสนานและเป็นเพื่อนเล่นที่ดี ในทางตรงกันข้ามความต้องการของมิตรภาพในเด็กวัยรุ่นจะเป็นสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดมากขึ้น เด็กวัยรุ่นจะต้องมีการความสามารถในการคบค้าสมาคมและสัมพันธ์ทางนอกห้องเรียน มีทักษะที่เหมาะสมในการเปิดเผยตนเอง และมีความสามารถในการสนับสนุนด้านอารมณ์กับเพื่อน (Buhrmester, 1990)

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

จิราภรณ์ แสงเงิน (2545) กล่าวว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนของวัยรุ่น เวลาส่วนใหญ่ของวัยรุ่นใช้ไปในการอยู่นอกบ้านกับกลุ่มเพื่อน ซึ่งกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความสนใจ ค่านิยม และพฤติกรรมของวัยรุ่น มากกว่าครอบครัว แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าอิทธิพลของครอบครัวถูกช่วงชิงโดยกลุ่มเพื่อน การที่กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลมากกว่าเพราะบางเรื่องวัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ปัญหาในเรื่องชีวิตทั่ว ๆ ไป สำหรับวัยรุ่นถือว่า ผู้ปกครองมีความสามารถมากกว่า บางเรื่องเพื่อนก็สามารถเป็นที่ปรึกษาและแนะนำได้ พบว่าวัยรุ่นในเมือง กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลมากกว่าวัยรุ่นชนบท เขาจะต้องพยายามทุกทางที่จะให้กลุ่มยอมรับ นอกจากอิทธิพลกลุ่มเพื่อนแล้ว บทบาทของโรงเรียนยังมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากในการพัฒนาด้านอารมณ์ในตัวเอง ถ้าเด็กมีการปรับตัวที่ดี ก็จะไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า แต่ถ้าเด็กไม่สามารถปรับตัวได้ดีก็จะ ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า ดังงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

คาร์สัน และคณะ (Carson et al., 1982 อ้างถึงใน มัณฑนา นทีธาร, 2545) ได้สำรวจกลุ่มอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นในผู้ป่วยทางจิตเวช โดยศึกษาภาวะโรคจิตเวชของอารมณ์เศร้า (Depression Mood) ในเด็กวัยรุ่นอายุ 14-18 ปี จำนวน 8,206 คน ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่นิวยอร์ก 18 โรงเรียน ใช้แบบสอบถาม SCL-90 พบว่า เพศหญิงมีอารมณ์เศร้ามากกว่าเพศชาย เกี่ยวกับปัจจัย

เรื่องเพื่อน (Peer Factors) หากเด็กวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับเพื่อนในด้านความผูกพันทางอารมณ์สูง จะพบภาวะซึมเศร้าต่ำ

เบอร์เมสเตอร์ (Burmester, 1990) ศึกษาเกี่ยวกับมิตรภาพที่ผูกพันใกล้ชิด ความสามารถในการสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการปรับตัวของเด็กก่อนวัยรุ่นและเด็กวัยรุ่นอายุ 10-13 ปี และ 13-16 ปี พบว่าความผูกพันใกล้ชิดในมิตรภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงกับการปรับตัวและความสามารถในการสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเด็กวัยรุ่นมากกว่าเด็กก่อนวัยรุ่น และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูงจะทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และถ้ามีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนน้อยจะทำให้มีภาวะซึมเศร้า ความไม่เป็นมิตร (Hostile) และวิตกกังวล

สุรพงษ์ ชูเดช และวิภาวดี เอี่ยมวรเมธ (2544) ศึกษาเรื่องตัวแปรในการทำนายสุขภาพจิต และการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี พบว่าด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนและรุ่นพี่สามารถทำนายสุขภาพจิตได้สูงสุดคือทำนายได้ร้อยละ 71

สรุปว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน มีความสำคัญต่อวัยรุ่นเพราะเป็นระยะของการพัฒนาทางด้านเอกลักษณ์และการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง จึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า

การประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน

ในช่วงแรกเฟอร์แมน และเบอร์เมสเตอร์ (Furman & Bhurmester, 1985 cited in Furman & Bhurmester, 1992) ได้พัฒนาแบบประเมินเครือข่ายของสัมพันธภาพ (Network of Relationship Inventory [NRI]) เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และมัธยมศึกษาปีที่ 4 รวมทั้งชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และฉบับปัจจุบันของแบบประเมิน NRI เป็นการประเมินคุณภาพของสัมพันธภาพ 10 ด้าน ได้แก่ ความไว้วางใจในมิตรภาพ การส่งเสริมให้รู้สึกคุณค่า อารมณ์และความรู้สึก มิตรภาพ ความช่วยเหลือ ความผูกพันใกล้ชิด การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ รวมทั้งความขัดแย้ง การลงโทษ และอำนาจ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้าง (Construct Validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคได้เท่ากับ .81 ต่อมาเบอร์เมสเตอร์, เฟอร์แมน, วิทเทนเบิร์ก, และ ไรส์ (Burmester, Furman, Wittenberg, & Reis, 1988 cited in Bhurmester, 1990) ได้พัฒนาแบบประเมินที่จำเพาะเจาะจงมากขึ้นในการประเมินความสามารถที่สำคัญของมิตรภาพที่ใกล้ชิด และสัมพันธภาพที่โรแมนติก แบบประเมินนี้ศึกษาเพื่อเป็นการสำรวจก่อนที่จะพัฒนาแบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy [FI]) ซึ่งแบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน เบอร์เมสเตอร์ใช้ข้อคำถามจากแบบประเมิน NRI ในด้านการแลกเปลี่ยนมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง และความพึงพอใจในสัมพันธภาพ แบบประเมินนี้ได้มีการตรวจสอบความตรงทาง

โครงสร้าง (Construct Validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ภาวะอ้วน (Obesity)

มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของภาวะอ้วนไว้ดังนี้

ภาวะอ้วน หมายถึงภาวะที่บุคคลมีน้ำหนักสูงกว่าน้ำหนักมาตรฐานเกินร้อยละ 20 (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539) หรือมากกว่ามาตรฐานตามตารางน้ำหนัก ส่วนสูง (วลัย อินทร์มพรรย์, 2528)

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีปริมาณไขมันมากกว่าเกณฑ์ปกติ (Mahan & Stump, 1996; Townsend, 1994 อ้างถึงใน น้ำฝน ทองตัน ไตรย์, 2541) ซึ่งตามปกติเพศหญิงจะมีไขมันสะสมอยู่ร้อยละ 15-30 ในขณะที่เพศชายจะมีไขมันสะสมอยู่ร้อยละ 15-20 ของน้ำหนักตัว (Hammer, 1997)

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2533) ได้สรุปว่า ภาวะอ้วนหมายถึงสภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ โดยการสะสมของไขมันใต้ผิวหนัง ซึ่งอาจวัดได้โดยเครื่องมือวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง หรือเมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักกับน้ำหนักมาตรฐานของคนที่มีอายุและความสูงเดียวกัน และน้ำหนักเกินมาตรฐานปกติไปร้อยละ 20 หรือเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักและส่วนสูง และตามมาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1 วัน – 19 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสุข พ.ศ. 2530 แล้วอยู่ในเปอร์เซนไทล์ตั้งแต่ 97 ขึ้นไป

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะบุคคลที่มีดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) ที่ได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นตารางเมตรแล้วมีค่าเกิน 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร (กมลพรรณ เมฆวรวิไล และอัมพร ชัยศิริวัฒน์, 2538)

จากความหมายและเกณฑ์การพิจารณาภาวะอ้วน สรุปได้ว่า ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่บุคคลที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าน้ำหนักมาตรฐาน โดยมีการสะสมของไขมันในร่างกายมากกว่าปกติ

สำหรับการศึกษารั้งนี้ ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่บุคคลที่มีดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) ที่ได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นตารางเมตรแล้วมีค่าเกิน 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร (กมลพรรณ เมฆวรวิไล และอัมพร ชัยศิริวัฒน์, 2538)

ภาวะอ้วนกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มมีความสนใจเพศตรงข้าม มีความสนใจในการเปลี่ยนแปลง และการเจริญเติบโตของร่างกาย ตลอดจนรูปร่างหน้าตา ท่าทางของตน สังคมให้คุณค่ากับการมีบุคลิกที่ดี รวมถึงการมีรูปร่างหน้าตาท่าทางที่ดี ประกอบกับการเจริญเติบโตที่รวดเร็ว วัยรุ่นจึงประเมินคุณค่า

ของตนกับมาตรฐานดังกล่าว การรู้สึกรู้สึกล้มคือยั้งขึ้นกับแบบแผนการเจริญเติบโตและลักษณะทางร่างกายที่ตนมีเป็นส่วนใหญ่ (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534) จากการสำรวจของสถาบันสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1975 เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรที่ศึกษา รู้สึกรู้สึกล้มปัญหาเรื่องส้ว และกังวลเรื่องรูปร่างลักษณะของตน (Watson & Lindgren, 1979) วัยรุ่นที่อ้วน อาจมีปมคือยั้งเรื่องรูปร่าง เกิดความอาย บางรายถึงกับแยกตัวจากเพื่อน สูญเสียภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำลง (Hammer, 1997)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนกับภาวะซึมเศร้า เช่น การศึกษาของ เซสโลว์, แฮตซิงค์, วอลเลส และเลแดนเซย์ (Sheslow, Hassink, Wallace, & Delancey, 1993) หาความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเองและภาวะซึมเศร้ากับภาวะอ้วนในเด็กอายุ 5-17 ปี เป็นชาย 24 ราย เป็นหญิง 27 ราย มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายช่วง 22-63 (ค่าเฉลี่ย = 33.3) พบว่า จากผลการสำรวจภาวะซึมเศร้า มีเด็กซึมเศร้าร้อยละ 31 และยังพบว่า เด็กที่อ้วนมักมีความสนใจน้อยต่อการไปโรงเรียน พวกเขาู้สึกว่ารูปร่างของตนเองไม่ดึงดูดใจและไม่ได้รับการยอมรับ เด็กอ้วนเหล่านี้จะมีภาวะซึมเศร้าสูงและมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการศึกษาของวิลลา และคณะ (Vila et al., 1995) เรื่องความผิดปกติของการกินอาหารและอารมณ์ในวัยรุ่นหญิงอ้วนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ซึ่งศึกษาวัยรุ่นหญิงอายุ 13-19 ปี จำนวน 98 ราย โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 เป็นเด็กอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน 15 ราย กลุ่มที่ 2 เป็นเด็กที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินแต่ไม่อ้วน 37 ราย กลุ่มที่ 3 เป็นเด็กอ้วนที่ไม่เป็นเบาหวาน 22 ราย และกลุ่มที่ 4 เป็นเด็กไม่อ้วน แต่มีพฤติกรรมกินอาหารผิดปกติ 22 ราย จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ 1 เด็กอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและ กลุ่มที่ 3 เด็กอ้วนที่ไม่เป็นเบาหวาน มีอัตราการแสดงพฤติกรรมการรับประทานอาหารผิดปกติสูงร่วมกับการรับประทานอาหารว่างมากกว่ากลุ่มที่ไม่อ้วน ในกลุ่มที่ 1 เด็กอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ 2 เด็กที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินแต่ไม่อ้วน

การประเมินภาวะอ้วน

คนอ้วนมีข้อแตกต่างที่สำคัญจากคนปกติ คือ มีไขมันเก็บสะสมไว้ในร่างกายมากเกินไป ในปัจจุบันมีวิธีการอยู่หลายวิธีที่จะตรวจสอบความผิดปกตินี้ได้ แต่ยังไม่วิธีใดที่จะหาปริมาณเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายได้อย่างแม่นยำ (ดุชนัน สุทธิปริชาศรี, 2532) ซึ่งแต่ละวิธีมีรายละเอียดดังนี้

1. การใช้ตารางมาตรฐานน้ำหนัก-ความสูง-อายุ (Table of Average Weight by Height and Age) ตารางนี้จากการวิจัยในระยะต่อมาพบว่า อาจใช้ไม่ได้เนื่องจากไม่ได้นำโครงสร้าง

สัดส่วนของกระดูกและไขมันมาพิจารณาประกอบ (จรวยพร ธรณินทร์, 2538) ปัจจุบันมีเกณฑ์ที่ใช้วัดภาวะโภชนาการเด็กอยู่ 2 เกณฑ์ดังนี้ (Jelliffe, 1966)

1.1 เกณฑ์มาตรฐานสากล (International Reference) องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้แต่ละประเทศโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ให้ใช้มาตรฐาน National Center for Health Statistics (NCHS) ที่สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1976-1980 และได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้อ้างอิงอย่างมีประสิทธิภาพถือเป็นเกณฑ์สากลที่นิยมใช้กันในปัจจุบัน (Foster, 1992)

1.2 เกณฑ์มาตรฐานของแต่ละท้องถิ่น (Local Reference) เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้กับกลุ่มเด็กที่มีเชื้อชาติเดียวกันหรือมีสายพันธุ์ผสมระหว่างกลุ่มอ้างอิงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา (Neuman, 1977) มาตรฐานของแต่ละท้องถิ่นจึงใช้ได้เฉพาะในชุมชนหรือประเทศของกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษาเท่านั้น สำหรับประเทศไทยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กไทยที่สร้างขึ้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2530 โดยได้จัดทำตารางมาตรฐานน้ำหนักและความสูงขึ้นโดยแบ่งภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 1 วัน - 19 ปี เป็น 3 ระดับดังนี้

ภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน คิดจากค่าน้ำหนักและส่วนสูง ระหว่างเปอร์เซนไทล์ที่ 3 และเปอร์เซนไทล์ที่ 10

ภาวะโภชนาการปกติ คิดจากค่าน้ำหนักและส่วนสูง ระหว่างเปอร์เซนไทล์ที่ 10 และเปอร์เซนไทล์ที่ 90

ภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน คิดจากค่าน้ำหนักและส่วนสูง ระหว่างเปอร์เซนไทล์ที่ 90 และเปอร์เซนไทล์ที่ 97

ดังนั้นภาวะอ้วนจึงคิดจากค่าน้ำหนักและส่วนสูงตั้งแต่เปอร์เซนไทล์ที่ 97 ขึ้นไป

2. การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold Thickness) เป็นวิธีที่สามารถบ่งชี้ถึงภาวะอ้วนได้เป็นอย่างดี

3. อัตราส่วนของเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก (Waist Hip Ratio [WHR]) ทำได้โดยการวัดความยาวของเส้นรอบเอวและความยาวของเส้นรอบสะโพก แล้วนำไปคำนวณหาค่าอัตราส่วนของเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก

4. การหาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index [BMI]) เป็นมาตรฐานที่ใช้ประเมินภาวะอ้วน ผอม โดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและส่วนสูงเป็นเมตร แล้วคำนวณหาดัชนีความหนาของร่างกายด้วยสูตร

$$\text{ดัชนีความหนาของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (ตารางเมตร)}}$$

นำค่าดัชนีที่ได้มาประเมินภาวะอ้วนจากเกณฑ์ (กมลพรรค์ เมฆวรรุฒิ และอัมพร ชัยศิริรัตน์, 2538 อ้างถึงใน น้ำฝน ทองตันไตรย์, 2541) ดังต่อไปนี้

ภาวะผอม จะมีค่า BMI ต่ำกว่า 20.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

ภาวะปกติ จะมีค่า BMI ตั้งแต่ 20.0 - 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

ภาวะอ้วน จะมีค่า BMI มากกว่า 24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

5. การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกดีขึ้น หากได้รับการปรึกษา (Counselling) ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นได้พูดถึงปัญหาของตนเอง เพื่อแสวงหาความอบอุ่นใจ และค้นพบทางออกของปัญหา การรักษาทางยาสามารถช่วยวัยรุ่นได้ดี แต่อาจต้องใช้เวลานาน วัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ควรหยุดยาเอง เพียงเพราะรู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้นและคิดว่ายาไม่ได้ผล เมื่อพบวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถช่วยเหลือได้เบื้องต้นดังนี้ (ช่อเพชร เบ้าเงิน, 2538)

1. ช่วยปลอบใจและให้กำลังใจ
2. ช่วยชี้แนะให้เขาเข้าใจความคิดที่ผิดเพี้ยน หรือความคิดในทางลบของเขา
3. ให้คำแนะนำที่สร้างสรรค์ เมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจ
4. ช่วยเขาให้สามารถตั้งเป้าหมายได้ตรงกับความเป็นจริง
5. อย่าคิดว่า ดีเกินไป ที่เขามีภาวะซึมเศร้า
6. อย่าปล่อยให้เขาไปดื่มเหล้า เพื่อดับความเศร้า
7. ถ้าเขาเริ่มพูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย อย่าดูคย ควรรีบแจ้งให้ญาติหรือแพทย์เพื่อที่ตรวจทราบโดยเร็ว
8. พาไปพบแพทย์

นอกจากการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าดังกล่าวมาแล้ว ในระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะสามารถให้การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าดังนี้ (ชนัดดา แนนเกษร, 2549)

1. ประเมินอาการเพื่อค้นหา (Detection) อาการซึมเศร้าของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น ผู้ป่วยอาจบอกลักษณะทางร่างกายต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ซา ร้อนตามตัว พยาบาลควรประเมินอาการและค้นหาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นต้นเหตุของอาการเหล่านี้จริง หากพยาบาลรับฟังปัญหา อาการเหล่านี้และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ จะทำให้สัมพันธภาพในการรักษาพยาบาลดีขึ้น

2. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนทางการพยาบาล ซึ่งการวางแผนการพยาบาล ควรมีทั้งแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว มีวัตถุประสงค์ กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาลด้วย

2.1 การวางแผนการพยาบาลในระยะสั้น ควรมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามเป้าหมายของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและพัฒนาคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การดูแลการรับประทานยาและการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยา ป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2 การวางแผนการพยาบาลในระยะยาว เพื่อมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การสอนผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาและการเน้นความสามารถของผู้ป่วย ในการเผชิญปัญหาการปรับตัวในครอบครัว และสังคมเพื่อการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

3. พัฒนาความรู้และทักษะด้านต่าง ๆ เพื่อการปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น เทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ด้านการสอนผู้ป่วย เช่น การสอนรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทักษะการเผชิญปัญหา การผ่อนคลายความเครียด เช่น การนำดนตรีบำบัดมาใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้า กิจกรรมสันทนาการและการออกกำลังกาย เพื่อลดอาการซึมเศร้า

4. ควรพบญาติเพื่อประเมินสภาพ สถานการณ์ของครอบครัว ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และอธิบายอาการและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ให้ญาติเข้าใจ เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแล

5. ควรแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อมีปัญหา ภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือส่งต่อผู้ป่วยให้สถานพยาบาลที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่นและภาวะซึมเศร้าซึ่งมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรสของบิดามารดา การเห็นคุณค่าในตนเอง ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และภาวะอ่อนน้อมจะเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวนี้