

ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยินชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดสงขลา

Depression in Hearing Impaired High School Students in Sodsuksasongkhla School, Thailand

จตุรพร แสงกุล, พ.บ.^{1*}, กนกวรรณ โมสิกันนท์, พ.บ.²

Jaturaporn Sangkool, M.D.^{1*} Kanokwan Mosikanon, M.D.²

¹ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย

²สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 ประเทศไทย

¹Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110, Thailand.

²Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Khlong San, Bangkok 10600, Thailand.

*E-mail: sjaturap@medicine.psu.ac.th

Songkla Med J 2016;34(5):281-288

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยินชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 จำนวน 125 คน ให้เด็กอ่านและตอบแบบสอบถามเอง โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory; CDI) ฉบับภาษาไทย

ผลการศึกษา: นักเรียนเข้าร่วมการศึกษา 111 คน จากนักเรียนทั้งหมด 125 คน (ร้อยละ 88.8) อายุ 17.2 ± 2.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.8) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 66.7) พบความชุกของผู้มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิก (CDI มากกว่า 15) ร้อยละ 57.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น [adjusted odds ratio=6.1, 95% confidence interval (95% CI)=2.2, 17.2] การมีพ่อหรือแม่เสียชีวิต (adjusted odds ratio=3.6, 95% CI=1.1, 12.2) และการมีปัญหาทางการเงิน (adjusted odds ratio=3.1, 95% CI=1.1, 8.7)

สรุป: พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนพิการทางการได้ยินสูงถึงร้อยละ 57.3 โดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีพ่อหรือแม่เสียชีวิต หรือมีปัญหาทางการเงิน จึงจำเป็นที่ผู้ปกครอง ครู และแพทย์ ควรให้ความสำคัญ ติดตามเด็กกลุ่มนี้ อย่างไม่ลืมหูลืมตาไป

คำสำคัญ: นักเรียนพิการทางการได้ยิน, นักเรียนมัธยมศึกษา, ภาวะซึมเศร้า

Abstract:

Objective: To study the prevalence of depression and factors related to depression in hearing impaired high school students in Sodsuksasongkhla School, Songkhla province, Thailand.

Material and Method: This study was a cross-sectional study in high school students in Mathayomsuksa 1-6. A total of 125 students were assessed with a self-reported questionnaire and Children's Depression Inventory (CDI) Thai version.

Results: A representative sample of 111 students (88.8%) was taken from the 125 students. The demographic data showed a mean age of 17.2 years, 56.8% were female and 66.7% were Buddhists. The prevalence of clinical depression (CDI>15) was 57.3%. An analysis of the study showed factors significantly related to clinical depression were studying in Mathayomsuksa 1-3 [adjusted odds ratio=6.1, 95% confidence interval (95% CI)=2.2, 17.2], parental death (adjusted odds ratio=3.6, 95% CI=1.1, 12.2) and financial problem (adjusted odds ratio=3.1, 95% CI=1.1, 8.7).

Conclusion: The prevalence of depression in hearing impaired high school students was high (57.3%), especially in those who had financial problem or parental loss or were studying in Mathayomsuksa 1-3. Parents, teachers, and physicians should monitor and follow them closely.

Keywords: hearing impaired students, high school students, depression

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในเด็กจัดเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากอาจนำไปสู่โรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้ พบความชุกของโรคซึมเศร้าในเด็กวัยเรียน ร้อยละ 2-3 และพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4-8 ในเด็กวัยรุ่น¹ การศึกษาในประเทศไทยพบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น ร้อยละ 3.8-19²⁻⁴ การศึกษาของ อุมภาพร ตรังคสมบัติ⁵ พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผลการเรียนต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพ่อแม่ การที่พ่อแม่ไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู การศึกษาและรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลัก

อยู่ในเกณฑ์ต่ำ สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข และปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่ การศึกษาของ ศิริอร ฤทธิ์ไตรรัตน์⁶ พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีญาติอาศัยอยู่ด้วย การมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่เพียงพอ ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่ ถูกเลี้ยงดูแบบควบคุมอย่างเข้มงวดหรือปล่อยปละละเลย และมีการสูญเสียสำคัญในชีวิต

กลุ่มเด็กพิการหรือทุพพลภาพ เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าสูง การศึกษาของ ประภัสสร ลีวิชัย⁷ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการ

ทางการได้ยินในกรุงเทพมหานครสูงถึงร้อยละ 43 และปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความภูมิใจในตนเองต่ำ และการไม่ได้รับการศึกษาของแม่ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศก็พบภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการได้ยินมากกว่าเด็กที่มีการได้ยินปกติ^{8,9,10} พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.3¹⁰ โดยพบมากในกลุ่มเด็กที่แยกตัว หรือถูกเพื่อนกลั่นแกล้ง¹⁰

ในประเทศไทย จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2555¹¹ พบผู้พิการทางการได้ยินชนิดหูหนวก 2 ข้าง 42,266 คน หูตึง 136,879 คน สื่อความด้วยการพูดและการฟังไม่ได้ 46,637 คน ปัญหาความยากลำบากในการสื่อสารกับผู้อื่น จึงจัดเป็นปัญหาสำคัญของเด็กพิการทางการได้ยิน¹² และมักส่งผลกระทบต่อการศึกษาในโรงเรียนทั่วไป ดังนั้นเด็กส่วนหนึ่งจึงเลือกเข้าเรียนในโรงเรียนเฉพาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน ซึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย มีโรงเรียนสำหรับเด็กพิการทางการได้ยิน 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช และโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา

โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา¹³ รับนักเรียนที่มีความพิการทางการได้ยินในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง โดยเปิดสอนตั้งแต่ชั้นเตรียมความพร้อม ถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เนื่องจากสถานที่ตั้งของโรงเรียนอยู่ใกล้กันมากกับโรงพยาบาลสงขลา-นครินทร์ ดังนั้นการให้บริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา น่าจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านข้อมูลสถิติทางการแพทย์และเป็นการให้บริการแก่ชุมชนในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยิน ชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง

กลุ่มประชากร นักเรียนพิการทางการได้ยิน ชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา

เกณฑ์คัดกลุ่มประชากรเข้าการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่เข้าเรียนในโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา ประจำปีการศึกษา 2556

เกณฑ์คัดกลุ่มประชากรออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ นักเรียนที่ใช้ภาษามือหรืออ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้

ขนาดตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรม พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการได้ยินร้อยละ 43⁷ นำค่าดังกล่าวมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$N = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 PQ}{(d)^2} = \frac{(1.96)^2 (0.43)(1-0.43)}{(0.05)^2} = 376.63$$

โดยที่ Z=ค่า standard normal P=ความชุกของภาวะซึมเศร้า Q=(1-P) d=ค่าความคลาดเคลื่อนที่ผู้วิจัยยอมรับได้

ดังนั้น ในการประมาณค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า จึงต้องใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 377 คน แต่เนื่องจากในภาคใต้มีโรงเรียนสำหรับเด็กพิการทางการได้ยินเพียง 2 แห่ง และด้วยข้อจำกัดด้านระยะทาง งบประมาณ และระยะเวลาการทำวิจัย ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้เพียง 1 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา ซึ่งมีนักเรียนพิการทางการได้ยินที่เข้าศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2556 ทั้งสิ้นจำนวน 125 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามแบบตอบเอง ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่จะทำให้สืบค้นถึงผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพัฒนาจากข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม
2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory; CDI) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย อูมาพร ตรังคสมบัติ¹⁴ แต่ละคำถามประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ซึ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นเครื่องมือประเภท self report ที่ปัจจุบันใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.000001 การศึกษาในเด็กไทย พบว่ามี reliability coefficient (Cronbach's alpha)=0.83

และมีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง จาก receiver operating characteristic curve คะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ 15 คะแนนขึ้นไป ที่คะแนนนี้ CDI ฉบับภาษาไทย มีค่าความไว ร้อยละ 78.7 ความจำเพาะ ร้อยละ 91.3 และความถูกต้อง ร้อยละ 87 และจะใช้จุดตัดที่ 15 คะแนน ในการคัดกรอง ผู้ที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 15 ขึ้นไป จะถือว่ามีความซึมเศร้าที่มีระดับความสำคัญทางคลินิก

ก่อนจะนำแบบสอบถามมาใช้จริง ผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาจากครูผู้สอนภาษามือในโรงเรียน และได้ปรับปรุงจนครุมีความเห็นว่าแบบสอบถามสามารถใช้กับนักเรียนโดยการอ่านและเขียนคำตอบเองได้

วิธีการเก็บข้อมูล โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทย-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ EC 56-218-03-4-3) และได้รับทุนอุดหนุนวิจัยสุขภาพจากกองทุนวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หลังจากนั้นจึงได้ติดต่อคณาจารย์และนักเรียน เพื่อขออนุญาตในการให้ความยินยอม ทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลด้วยความสมัครใจให้นักเรียนอ่านและตอบเอง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ โดยได้รับความอนุเคราะห์จากครูช่วยเป็นล่ามภาษามือให้ เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษามือได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม R version 2.6.2

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ หรือค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหรือศึกษาความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร โดยใช้ chi-square test ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นอย่างหยาบ (crude analysis หรือ bivariate analysis)

3. นำตัวแปรที่สนใจศึกษาและตัวแปรที่ผลการวิเคราะห์จาก bivariate analysis มีค่า p-value<0.2 เข้าใน initial model ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ร่วมกันหลายตัวแปร (multivariate analysis) โดยใช้ logistic regression เป็นการศึกษาวิเคราะห์ที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว และพิจารณาจากค่า p-value<0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บข้อมูล นักเรียนทั้งหมด 125 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน (ร้อยละ 88.8) โดยมีนักเรียน 14 คน ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย (เนื่องจากบางส่วนไม่มาในวันเก็บข้อมูลและบางส่วนไม่สมัครใจเข้าร่วม) กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 12-25 ปี อายุเฉลี่ย 17.2 ± 2.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 63 คน (ร้อยละ 56.8) นับถือศาสนาพุทธ 74 คน (ร้อยละ 66.7) และศาสนาอิสลาม 37 คน (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 60 คน (ร้อยละ 50.5) และเรียนได้เกรดเฉลี่ยสูงสุดมากกว่า 3 (ตารางที่ 1) นักเรียนส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในจังหวัดสงขลา จำนวน 51 คน (ร้อยละ 45.9) และอาศัยอยู่กับพ่อและแม่จำนวน 55 คน (ร้อยละ 49.5)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=111)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	48 (43.2)
หญิง	63 (56.8)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษาตอนต้น	51 (45.9)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	60 (54.1)
ผลการเรียน/เกรดเฉลี่ยล่าสุด	
≤2.00	12 (10.8)
2.01-3.00	36 (32.4)
>3.00	54 (48.7)
ไม่ทราบ	9 (8.1)
ระดับการได้ยิน	
ไม่ได้ยินเลย	36 (32.4)
ได้ยินเล็กน้อย	73 (65.8)
ไม่ตอบ	2 (1.8)

ปัญหาทางการได้ยินและปัญหาสุขภาพ นักเรียน 61 คน (ร้อยละ 55) มีความพิการตั้งแต่กำเนิด ส่วนใหญ่ 96 คน (ร้อยละ 86.5) พิการทางการได้ยินเพียงอย่างเดียว มีความพิการทางเขavnปัญหาและทางสายตาร่วมด้วย จำนวน 11 คน และ

2 คน (ร้อยละ 9.5 และร้อยละ 1.8) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าไม่มีโรคประจำตัวทั้งทางกายและทางจิตเวช จำนวน 91 และ 104 คน (ร้อยละ 82 และร้อยละ 93.7) ตามลำดับ พบการใช้สารเสพติด จำนวน 27 คน (ร้อยละ 24.3) สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ กระท่อม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ แต่ละชนิดมีการใช้ ร้อยละ 18.0 นักเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยถูกทำร้ายทั้งทางร่างกายและทางเพศ จำนวน 96 และ 101 คน (ร้อยละ 86.5 และ 91) ตามลำดับ

ครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ จำนวน 86 คน (ร้อยละ 77.5) ทั้งพ่อและแม่ยังมีชีวิตอยู่ และจำนวน 49 คน (ร้อยละ 45) พ่อและแม่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน พบปัญหาทางการเงินในครอบครัว จำนวน 54 คน (ร้อยละ 48.6) นักเรียนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการเลี้ยงดูของพ่อและแม่เป็นแบบกังวลและเป็นห่วงมาก จำนวน 71 คน (ร้อยละ 64) รองลงมาคือตามใจมาก 31 คน (ร้อยละ 27.9)

ความเจ็บป่วยในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว จำนวน 81 คน (ร้อยละ 73) พบคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 9 คน (ร้อยละ 8.1) ส่วนที่เหลือกลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่ทราบ นอกจากนั้นส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่มีโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และไม่มีประวัติติดยาหรือสารเสพติดในครอบครัว จำนวน 110 และ 105 คน (ร้อยละ 99.1 และ 94.6) ตามลำดับ

สภาพแวดล้อมในโรงเรียน นักเรียนจำนวน 82 คน (ร้อยละ 73.9) เป็นนักเรียนประจำ ที่เหลือเป็นแบบไปกลับ ไม่พบปัญหาเกี่ยวกับการเรียนภาษามือ จำนวน 93 คน (ร้อยละ 83.8) ส่วนใหญ่ จำนวน 54 คน (ร้อยละ 48.6) อยู่ร่วมกับเพื่อนได้ดี และจำนวน 86 คน (ร้อยละ 77.5) คิดว่าครูเอาใจใส่ดีมาก

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้า

มีนักเรียน 1 คน ตอบแบบสอบถาม CDI ฉบับภาษาไทย ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจากนักเรียนที่เหลือ 110 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้า จำนวน 63 คน (ร้อยละ 57.3)

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเบื้องต้น (bivariate analysis) พบว่า ตัวแปรที่อาจจะมีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถนำไปวิเคราะห์ multivariate analysis

ได้ มี 10 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย การมีชีวิตอยู่ของพ่อแม่ ปัญหาทางการเงิน ประวัติการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของคนในครอบครัว ปัญหาการเรียนภาษามือ ประวัติการอยู่ร่วมกับเพื่อนในโรงเรียน ประวัติการถูกทำร้ายทางเพศ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการสูบบุหรี่

ต่อมาเมื่อใช้การวิเคราะห์ร่วมหลายตัวแปร เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ multiple logistic regression พบว่าเหลือเพียง 4 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย การมีชีวิตอยู่ของพ่อแม่ และปัญหาทางการเงิน ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 0.048, 0.03 และ 0.01 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

- นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [adjusted odds ratio=6.1, 95% confidence interval (95% CI)=2.2, 17.2)

- นักเรียนที่มีพ่อหรือแม่เสียชีวิตมีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่พ่อหรือแม่ยังมีชีวิตอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted odds ratio=3.6, 95% CI=1.1, 12.2)

- นักเรียนที่มีปัญหาทางการเงินมีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่ไม่มีปัญหาการเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted odds ratio=3.1, 95% CI=1.1, 8.7) สำหรับเกรดเฉลี่ย แม้พบว่ามีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.048) แต่เมื่อวิเคราะห์ในแต่ละระดับของเกรดเฉลี่ย พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Wald's test p -value>0.05)

วิจารณ์

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยินชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดสงขลา สูงถึงร้อยละ 57.3 ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าการศึกษาของ ประภัสสร สิริวิชัย⁷ ที่ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในกรุงเทพมหานคร รายงานผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43 ผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้อาจเกิดจากกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน หรือช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลต่างกัน ในเวลาที่ต่างกัน

ประมาณ 10 ปี อาจมีการเปลี่ยนแปลงในทางสังคมโดยรวม ซึ่งอาจสอดคล้องกับข้อมูลในปัจจุบันที่พบแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นในเด็กวัยรุ่น¹ หรืออาจเกี่ยวข้องกับแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าซึ่งแตกต่างกัน กล่าวคือ การศึกษาของ ประภัสสร สิริวิชัย⁷ ใช้ Center for Epidemiologic Studies Depressive scale (CES-D) แต่การศึกษานี้ใช้ CDI ฉบับภาษาไทย

ในการศึกษานี้ จากการใช้แบบคัดกรองแล้ว พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูง นั้นหมายถึงเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าได้ด้วย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าจากการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.7 ไม่คิดว่าตนเองมีโรคประจำตัวทางจิตเวช นั้นอาจหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างนี้มีความสามารถในการรับรู้ความเจ็บป่วยทางจิตใจของตนเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น หรืออาจรับรู้ได้แต่ไม่เคยไปปรึกษาแพทย์หรือได้รับการวินิจฉัยจาก

แพทย์โดยตรง จึงเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงเป็นอย่างยิ่งว่านักเรียนในกลุ่มนี้จะพลาดโอกาสในการไปรับการรักษา ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไปได้ จึงเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยจะติดตาม โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมให้กับทางโรงเรียนได้ทราบ เพื่อให้การติดตาม หรือพิจารณาเด็กที่อาจเป็นกลุ่มเสี่ยงให้มาปรึกษาแพทย์ต่อไป เพื่อให้ได้รับการตรวจและประเมินทางคลินิกอีกครั้งเพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำ และเพื่อวางแผนในการดูแลช่วยเหลือต่อไป

การศึกษานี้พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 3 ปัจจัย ได้แก่ ระดับชั้นเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น การเสียชีวิตของพ่อหรือแม่ และปัญหาการเงินในครอบครัว ซึ่งอาจแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ ประภัสสร สิริวิชัย⁷ กล่าวคือ การศึกษานี้ไม่พบว่าปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของพ่อหรือแม่ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลในเรื่องความภูมิใจในตนเอง

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (n=110)

	Crude Odds Ratio (95% CI)	Adjusted Odds Ratio (95% CI)	P-value LR-test
ระดับการศึกษา			<0.001
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	1	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4.8 (2.1, 11.3)	6.1 (2.2, 17.2)	
เกรดเฉลี่ย			0.048
≤2.00	1	1	
2.01-3.00	1.6 (0.4, 6.9)	5.5 (1.0, 31.8)	
>3.00	0.4 (0.1, 1.6)	2.4 (0.5, 12.1)	
ไม่ทราบ	0.4 (0.1, 2.4)	0.5 (0.1, 4.1)	
ปัญหาทางการเงินของครอบครัว			0.01
ไม่มีปัญหา	1	1	
มีปัญหา	2.5 (1.1, 5.9)	3.1 (1.1, 8.7)	
ไม่ทราบ	0.6 (0.2, 2.1)	0.5 (0.1, 1.8)	
การมีชีวิตอยู่ของพ่อแม่			0.03
มีชีวิตอยู่ทั้งคู่	1	1	
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	2.9 (1.1, 7.9)	3.6 (1.1, 12.2)	

ปัจจัยเรื่องระดับชั้นเรียน นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น 6.1 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (adjusted odds ratio=6.1, 95% CI=2.2, 17.2) ซึ่งต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมามีพบภาวะซึมเศร้าในเด็กตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ปัจจุบันก็พบข้อมูลว่าอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น^{15,16} และอายุที่เริ่มป่วยลดลงกว่าเมื่อศตวรรษก่อน¹⁶ แม้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดในการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ก็มีผู้สันนิษฐานว่าน่าจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยในทางชีวภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวและสังคม เช่น การที่เด็กโตเป็นหนุ่มสาวเร็วขึ้น ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น¹⁶

ปัจจัยเรื่องการใช้ชีวิตอยู่ของพ่อแม่ นักเรียนที่พ่อหรือแม่เสียชีวิตมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น 3.6 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่พ่อหรือแม่อียังมีชีวิตอยู่ทั้งคู่ (adjusted odds ratio=3.6, 95% CI=1.1, 12.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริอร ฤทธิไทรรัตน์⁶ และสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตพลวัต (psychodynamic) หลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีของ Sigmund Freud และ Karl Abraham¹⁷ ที่เสนอเรื่องการสูญเสียพ่อแม่ของเด็กว่าเป็นหนึ่งในสาเหตุของภาวะซึมเศร้า โดยอธิบายถึงมุมมองดั้งเดิมของภาวะซึมเศร้า (classic view of depression) ว่ามักเกิดจาก 4 จุดสำคัญ ได้แก่ (1) เด็กที่มีปัญหาความสัมพันธ์กับแม่ในระยะ oral (แรกเกิด - 10 หรือ 18 เดือน) ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าอยู่แล้ว (2) ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการสูญเสียทั้งที่เป็นเรื่องจริงหรือเป็นจินตนาการ (real or imagined object loss) (3) อาการซึมเศร้าเป็นกลไกทางจิตแบบย้อนเข้าหาตนเอง (introjection) เพื่อลดความกังวลที่เกิดจากการสูญเสีย และ (4) มีความรู้สึกทั้งรักและเกลียดผู้ที่เสียไปแล้ว จึงทำให้รู้สึกโกรธตัวเองเมื่อมีการสูญเสียผู้หนึ่งไป รวมถึงทฤษฎีของ Heinz Kohut¹⁷ ที่อธิบายถึงการพัฒนาตัวตนของบุคคลว่า การพัฒนาตัวตนจะต้องมีพ่อแม่ที่สามารถให้ความรู้สึกด้านบวกแก่เด็ก ทำให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเองและความมีตัวตนที่เชื่อมแน่น (self esteem and self cohesion) ถ้าไม่มีพ่อแม่ เด็กจะเกิดการสูญเสียความมั่นใจในตัวเองไปอย่างมากทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยเรื่องปัญหาทางการเงินของครอบครัว นักเรียนที่ครอบครัวมีปัญหาทางการเงินมีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าเป็น

3.1 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ครอบครัวไม่มีปัญหาทางการเงิน (adjusted odds ratio=3.1, 95% CI=1.1, 8.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{5,6} และสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ของเด็กที่มักให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่ไม่เหมาะสมในวัยเด็ก เช่น ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว การถูกทารุณกรรมหรือปล่อยปละละเลยพ่อแม่ที่ใช้สารเสพติด รวมถึงภาวะยากจนในครอบครัว¹

การศึกษาครั้งนี้พบตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ตัวแปรเบื้องต้นถึง 10 ตัวแปร แต่เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ multivariate analysis เหลือปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 3 ปัจจัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรที่เหลืออยู่ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ จำนวนประชากรที่ไม่มากพอที่จะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ อาจมีข้อจำกัดในการถามประวัติบางเรื่อง ที่กลุ่มตัวอย่างอาจไม่สะดวกในการเปิดเผยข้อมูล ถึงแม้ว่าผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยไม่มีการสืบค้นถึงตัวผู้ตอบได้ก็ตาม เช่น ประวัติการใช้สารเสพติด การถูกทำร้ายทางเพศ ซึ่งแม้ในการศึกษาครั้งนี้จะไม่พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคอื่นๆ ทางจิตเวชในอนาคตได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรติดตามปัญหาเหล่านี้ต่อไปด้วย นอกจากนี้ อาจยังมีข้อจำกัดในเรื่องลักษณะของกลุ่มประชากร เนื่องจากเป็นประชากรกลุ่มพิเศษ สื่อสารโดยใช้ภาษามือ แต่ผู้วิจัยไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษามือได้ ต้องอาศัยครูเป็นล่ามภาษามือให้ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่างได้

สรุป

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยินชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดสงขลา สูงมาก ถึงร้อยละ 57.3 จึงถือว่าเด็กกลุ่มนี้อาจเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ารวมถึงโรคทางจิตเวชอื่นๆ จึงสมควรที่ ครู ผู้ปกครอง และผู้ใกล้ชิด ควรให้ความสำคัญติดตามเด็กกลุ่มนี้เป็นพิเศษตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนต้น และหากพบปัญหาในครอบครัวของเด็ก โดยเฉพาะ

ในเรื่องการสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือมีปัญหาเศรษฐกิจ จะติดตามสอบถามอาการ อารมณ์ ความรู้สึกของเด็กอย่างใกล้ชิด และหากสงสัยว่าเด็กมีอาการของภาวะซึมเศร้าก็ควรรีบส่งปรึกษาแพทย์ กุมารแพทย์ หรือจิตแพทย์โดยเร็ว เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การเก็บข้อมูลกับเด็กกลุ่มที่มีปัญหาทางการได้ยิน ควรมีการทบทวนพัฒนาแบบสอบถามให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด อาจจะต้องมีการลองใช้แบบสอบถามในการศึกษานำร่อง (pilot study) กับกลุ่มอื่น ก่อนเก็บข้อมูลจริงและสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ. Depressive disorders and suicide in children and adolescents. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015; p.1226 – 35.
2. Kaewpomsawan T, Tuntasood B. The prevalence of depression in 2nd year high school students in Bangkok. J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57: 395 – 402.
3. Trangkasombat U, Rujiradarporn N. Gender differences in depressive symptoms in Thai adolescents. Asian Biomedicine 2012; 6: 737 – 45.
4. Tuklang S, Thongtang O, Satra T, et al. Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samutsakhon province. J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57: 283 – 94.
5. Trangkasombat U, Likapichitkul D. Depression in junior high school students in the Bangkok metropolis. J Med Assoc Thai 1996; 41: 162 – 73.
6. Ridhitriratana S. Prevalence and factors of depression in high school students in Petchaburi Province [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001.
7. Siriwichai P. Depression among impaired-hearing students in secondary school underdivision of education for the disabled, Department of General Education, Ministry of Education,

Bangkok [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.

8. Theunissen SC, Rieffe C, Netten AP, et al. Psychopathology and its risk and protective factors in hearing-impaired children and adolescents: a systematic review. JAMA Pediatr 2014; 168: 170 – 7.
9. Fellingner J, Holzinger D, Sattel H, et al. Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. Dev Med Child Neurol 2009; 51: 635 – 41.
10. Theunissen SC, Rieffe C, Kouwenberg M, et al. Depression in hearing-impaired children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2011; 75: 1313 – 17.
11. National Statistical Office [homepage on the Internet]. Table 21 number of persons with disabilities having impairments by type of impairments, sex and area, whole kingdom: 2012. Bangkok: National Statistical Office; c2012 [cited 2016 Jul 13]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/table/files/S-disable/2555/000/00_S-disable_2555_000_000000_02100.xls
12. Moeller MP. Current state of knowledge: psychosocial development in children with hearing impairment. Ear Hearing 2007; 28: 729 – 39.
13. Sodsongkhla school for the deaf [homepage on the Internet]. History of school. Songkhla: Sodsongkhla School; c2013 [cited 2016 Feb 15]. Available from: <http://www.sodsongkhla.com/sodsk1.htm>
14. Trangkasombat U, Likapichitkul D. Depressive symptoms in children: a study using the Children's Depression Inventory. J Psychiatr Assoc Thailand 1996; 41: 221 – 30.
15. Fombonne E. Time trends in affective disorders. In: Cohen P, Slomkowski C, Robins LN, editors. Historical and geographical influences on psychopathology. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1999; p.115 – 39.
16. Harrington R. Affective disorders. In: Rutter M, Taylor E, editors. Child and adolescents psychiatry 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing Company; 2002; p.463 – 85.
17. Sadock BJ. Major depressive and bipolar disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015; p.347 – 80.