



## การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น

รัชจณา ลิงห์ทอง, พย.ม.<sup>1</sup>

บุญวดี เพชรรัตน์, กศ.ม.<sup>2</sup>

ศรีสุดา วนาลีลิน, พร.ด.<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบการได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา ตามการรับรู้ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าและที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

**วัตถุประสงค์และวิธีการ** กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีภาวะซึมเศร้าและที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ได้จากการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 98 คน รวมทั้งหมด 196 คน เครื่องมือคือ แบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดความต้องการพื้นฐานด้านจิตใจ ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนกันยายน ๒๕๕๑ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนการได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาด้วย

**ผล** นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.2 อายุเฉลี่ย 13.5 ปี มีคะแนน CDI เฉลี่ยเท่ากับ 17.5 และนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิงและชายในสัดส่วนเท่ากัน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.6 ปี มีค่าคะแนน CDI เฉลี่ยเท่ากับ 7.2 ทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาโดยรวม อยู่ในระดับมาก และพบว่า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้ได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาทั้งโดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านการได้รับความปลอดภัยและมั่นคง ด้านการได้รับการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่ น้อยกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ

**สรุป** นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า รับรู้ได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาน้อยกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

**คำสำคัญ** : การดูแลจิตใจ นักเรียนวัยรุ่นตอนต้น

<sup>1</sup> โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



## Receiving psychological care from parents of junior high school students

---

Ratchana Singthong, M.N.S.<sup>1</sup>

Boonvadee Petcharat, M.Ed.<sup>2</sup>

Srisuda Vanaleesin, Ph.D.<sup>2</sup>

### Abstract

**Objective** The purpose of this descriptive research was to compare receiving psychological care from parents perceived by junior high school students with and without depression.

**Materials and methods** Subjects were comprised of junior high school students in Suratthani municipality schools who had depression and did not have depression. There were two groups of 98, totalling 196 students. Subjects were simply randomized the questionnaire of receiving psychological care from parents which was constructed by using concepts of basic psychological needs was an equipment to conduct. The data was collected in September 2008. The collected data were analyzed by using descriptive statistics and compared psychological care from parents.

**Results** The results showed that 60.2% of female junior high school students had depression. This group had an average age of 13.5 years and had mean CDI score of 17.5. There was an equal ratio between male and female without depression in junior high school students. The average age was 13.6 years and had mean CDI score of 17.5. Overall, receiving psychological care from parents perceived by junior high school students with and without depression was at a high level. It was found that junior high school students with depression perceived that they received psychological care from parents significantly less than those without depression. It also found that junior high school students with depression perceived that they received psychological care from parents in 3 significant components. These included receiving security and consistency, receiving self-esteem enhancement and receiving love and attention, less than those without depression.

**Conclusion** Adolescents with depression perceived that they received psychological care from parents significantly less than those without depression

**Key words** : junior high school student, psychological

---

<sup>1</sup> Suratthani Hospital

<sup>2</sup> Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

## บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการเด่นชัดในทุกๆ ด้าน เพื่อเตรียมพร้อมไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยเฉพาะพัฒนาการด้านจิตสังคม มีความต้องการสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง และความต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น หากความต้องการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองที่สมบูรณ์ วัยนี้จะมีพลังและมีความยุ่งยากทางอารมณ์ตามมา<sup>1,2</sup> วัยนี้ส่วนใหญ่จะศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียน สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมสามารถเป็นลสิ่งเข้าให้ต้องเผชิญกับภาวะกดดันทางอารมณ์ได้ง่าย เช่น สังคมภายในโรงเรียน หลักสูตรการศึกษา ความวิตกกังวลกับความคาดหวังของบิดามารดา อาจารย์<sup>3</sup> ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นในโรงเรียนต้องเผชิญปัญหาการปรับตัว อาจแสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพจิตแปรปรวนได้ เช่น วิตกกังวลในระดับสูง ซึมเศร้า ก้าวร้าว แยกตัว รวมทั้งการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งพฤติกรรมที่วัยรุ่นแสดงออกอย่างชัดเจนและเป็นปัญหาต่อสังคม มักได้รับความสนใจจากผู้ปกครอง หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแต่การแสดงออกไม่เห็นชัดเจนจะไม่ได้ได้รับความสนใจมากนัก เช่น ภาวะซึมเศร้า แยกตัว<sup>4</sup> เมื่อมีปัญหาวัยรุ่นต้องการความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่โดยเฉพาะบิดามารดา ซึ่งเป็นที่พึ่งที่มีความหมายเป็นอย่างมาก<sup>5</sup> และมีความสำคัญที่สุดในการทำหน้าที่เลี้ยงดูตั้งแต่เล็ก ๆ จนกระทั่งเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น<sup>6</sup> แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลหรือตอบสนองจากผู้ใหญ่ในเวลา ที่วัยรุ่นต้องการความช่วยเหลือ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีความอ่อนแอด้านจิตอารมณ์มาก่อน อาจทำให้มี ปัญหาการปรับตัว รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังตามมา

จากการทบทวนผลงานวิจัยในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๙ เป็นต้นมา พบว่า มีความชุกของ

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นร้อยละ 14.0-46.3<sup>7-11</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่ามีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้าได้บ่อยขึ้นในเด็กอายุ 12-16 ปี แต่จะลดลงเมื่ออายุ 17 ปี<sup>12</sup> และพบว่า ความรู้สึกทุกข์และความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของภาวะซึมเศร้า จะพบมากในเด็กอายุ 14 ปี<sup>13</sup> อย่างไรก็ตามอารมณ์ซึมเศร้าของวัยรุ่นมักไม่แสดงออกมาด้วยการร้องไห้ต่อหน้าผู้อื่น เพราะพวกเขาว่าการร้องไห้เป็นการแสดงออกของบุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ โดยวัยรุ่นจะแสดงท่าทีเศร้าเฉพาะเวลาที่ถูกซักถาม<sup>4,14,15</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมบนฐานข้อมูล เอกสารฉบับเต็มของเครือข่ายห้องสมุดมหาวิทยาลัยไทย (ThaiLIS) ฐานข้อมูลงานวิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (ปี พ.ศ. ๒๕๔๐-ปัจจุบัน) ฐานข้อมูล CINAHL PubMed และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ฉบับเต็มทั่วโลก (ปี พ.ศ. ๒๕๓๘-ปัจจุบัน) พบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารับรู้ได้รับการดูแลจากบิดามารดาน้อยกว่าและถูกควบคุมมากกว่าวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น ๆ<sup>16</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นหญิงที่ทำร้ายตนเองโดยการกินสารพิษรับรู้ได้รับการดูแลจากบิดามารดาน้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงทั่วไป<sup>17</sup> ร่วมกับผลการวิจัยในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ของโรงเรียนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี<sup>9</sup> ที่พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการศึกษารังนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า และที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา ๒๕๕๑ ที่มีคุณสมบัติคือ มีอายุระหว่าง 11-15 ปี และอาศัยอยู่กับบิดาและมารดาอย่างต่อเนื่องภายในเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis)<sup>18</sup> กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .40 ซึ่งถือว่าเป็นขนาดอิทธิพลที่ยอมรับได้โดยทั่วไปในการวิจัยทางการแพทย์<sup>18</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าและที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มละ 98 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 196 คน ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ช่วงเดือนกันยายน ๒๕๕๑ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายสองขั้นตอนโดยการจับฉลากรายชื่อโรงเรียน 1 โรงเรียน จากทั้งหมด 4 โรงเรียน หลังจากนั้นทำการคัดกรองนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนที่สุ่มตัวอย่างได้ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการตอบแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI)<sup>7</sup> แบ่งนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นออกเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นภายในเวลา 1 สัปดาห์ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบแทนที่จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด เพื่อตอบแบบสอบถามการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่

เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าคือ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI ฉบับภาษาไทย มีค่า

ความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ บอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับเด็กอายุระหว่าง 7-17 ปี ใช้จุดตัดแยกเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากเด็กปกติคือคะแนนที่ 15 ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ และแบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ<sup>20</sup> เป็นแกนหลักร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง<sup>1,2,4,5,19,20</sup> จำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าระหว่าง 1-5 (น้อยที่สุดถึงมากที่สุด) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยการรับรู้การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา ทั้งโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมากโดยใช้เกณฑ์แปลผลตามมาตราส่วนสมบูรณ์ คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด ทหารด้วยจำนวนขั้นหรือระดับที่ต้องการ<sup>21</sup>

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาความเชื่อถือได้ของเครื่องมือโดยใช้สูตรของ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อถือได้ทั้งฉบับเท่ากับ .94 ส่วนรายด้านพบว่า ด้านการได้รับความปลอดภัยและมั่นคง ด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่ และด้านการได้รับการส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อถือได้เท่ากับ .82, .88 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบการได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา โดยการทดสอบ t-test

## ผล

ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ค่าคะแนน CDI เฉลี่ยเท่ากับ 17.5 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.2) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.5 ปี (SD=1.2) ผลการเรียนรู้เฉลี่ยเท่ากับ 2.78 ฐานะเศรษฐกิจในครอบครัวมีกินมีใช้อย่างเพียงพอ และมีเงินเก็บ ร้อยละ 59.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดาอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น ร้อยละ 64.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา บิดากับนักเรียน และมารดากับนักเรียน ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น ร้อยละ 64.3, 71.4 และ 71.4 ตามลำดับ และแหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ สูงสุด ได้แก่ เพื่อน และต่ำสุดได้แก่ การไม่ปรึกษาใครเลย ดังตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ค่าคะแนน CDI เฉลี่ยเท่ากับ 7.2 เป็นเพศหญิงและชายในสัดส่วนเท่ากัน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.6 ปี (SD=1.3) ผลการเรียนรู้เฉลี่ยเท่ากับ 2.97 ส่วนใหญ่ฐานะเศรษฐกิจในครอบครัวมีกินมีใช้อย่างเพียงพอและมีเงินเก็บ (ร้อยละ 44.9) ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา บิดากับนักเรียน และมารดากับนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น (ร้อยละ 77.6, 87.8 และ 89.8 ตามลำดับ)

และแหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ สูงสุดได้แก่ มารดา (ร้อยละ 91.8) และได้แก่ การไม่ปรึกษาใครเลย (ร้อยละ 7.1) ดังตารางที่ 1

การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยรวมและรายด้าน พบว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้ได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาโดยรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้าน 2 ด้าน ที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการได้รับความปลอดภัย และมั่นคง และด้านการได้รับการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าโดยรวมและรายด้าน พบว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นรับรู้ได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาโดยรวมและรายด้าน พบว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า รับรู้ได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาทั้งโดยรวมและรายด้านน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าและที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=196)

ข้อมูลทั่วไป	ค่าเฉลี่ย (SD) หรือจำนวน (ร้อยละ)	
	มีภาวะซึมเศร้า (n=98)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=98)
ภาวะซึมเศร้า	17.5 (SD=0.7)	7.2 (SD=1.2)
เพศ		
ชาย	39 (39.8)	59 (60.2)
หญิง	49 (50.0)	49 (50.0)
อายุเฉลี่ย (ปี)	13.5 (SD=1.2)	13.6 (SD=1.3)
ฐานะเศรษฐกิจในครอบครัว		
มีกินมีใช้อย่างเพียงพอและมีเงินเก็บ	58 (59.2)	72 (73.5)
มีกินมีใช้อย่างเพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	8 (8.2)	8 (8.2)
มีกินมีใช้ มีหนี้สินบ้าง	28 (28.6)	18 (18.4)
เป็นหนี้เป็นสินการเงินขาดสน	4 (4.1)	0 (0.0)
ผลการเรียนเฉลี่ย		
2.00 ลงมา	2.78 (SD=0.65)	36 (36.7)
2.01-3.00	12 (12.3)	2.97 (SD=0.57)
3.01-4.00	50 (51.0)	6 (6.1)
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา	48 (49.0)	44 (44.9)
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	63 (64.3)	35 (35.8)
ขัดแย้งทะเลาะกันบ้างถึงบ่อย	76 (77.6)	22 (22.4)
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับนักเรียน		
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	70 (71.4)	28 (28.6)
ขัดแย้งทะเลาะกันบ้างถึงบ่อย	86 (87.8)	12 (12.2)
ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับนักเรียน		
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	70 (71.4)	28 (28.6)
ขัดแย้งทะเลาะกันบ้างถึงบ่อย	88 (89.8)	10 (10.2)
แหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าและที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=196) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ค่าเฉลี่ย (SD) หรือจำนวน (ร้อยละ)	
	มีภาวะซึมเศร้า (n=98)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=98)
เพื่อน	82 (83.7)	76 (77.6)
มารดา	61 (62.2)	58 (59.2)
บิดา	30 (30.6)	7 (7.1)
บิดาและมารดา	78 (79.6)	90 (91.8)
อาจารย์ประจำชั้น	81 (82.7)	77 (78.6)
ไม่ปรึกษาใครเลย	32 (32.7)	0 (0.0)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา โดยรวมและรายด้านระหว่างนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าและที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตาม รายด้านและโดยรวม (n=196)

การรับรู้การได้รับการดูแลจิตใจ จากบิดามารดา	มีภาวะซึมเศร้า (n=98)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=98)	p-value
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	
1. ด้านการได้รับความปลอดภัยและมั่นคง	4.0 (0.5)	4.4 (0.5)	<.01
2. ด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่	3.6 (0.7)	4.1 (0.5)	<.01
3. ด้านการได้รับการส่งเสริมความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง	3.7 (0.6)	3.9 (0.5)	<.01
โดยรวม	3.8 (0.5)	4.1 (0.5)	<.01

## วิจารณ์

นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมักพบอารมณ์เศร้าในวัยรุ่น เพศหญิงมากกว่าเพศชาย<sup>5,9,11</sup> ทั้งนี้เนื่องจาก พัฒนาการทางร่างกายเด็กหญิงเข้าสู่การเป็นวัยรุ่น เร็วกว่าเด็กชาย<sup>5</sup> จึงทำให้วัยรุ่นหญิงมีปัญหาเรื่องการปรับตัวมากกว่าในวัยรุ่นชาย ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความขัดแย้งทะเลาะกันบ้างถึงบ่อย มากกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์กับมารดาก็เช่นกัน พบว่ามารดากับนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความขัดแย้งทะเลาะกันบ้างถึงบ่อย มากกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ลงรอยกัน มีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ทำให้วัยรุ่นรู้สึกหวั่นไหว ไม่มั่นคงว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน เช่น ความกังวลว่าครอบครัวจะแตกแยก ซึ่งโดยปกติตาม พัฒนาการทางความคิดของวัยรุ่น ก็มีแนวโน้มที่จะคิดหรือมองสิ่งรอบตัวในทางลบอยู่แล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น<sup>22</sup> ยิ่งวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ก็จะทำให้มีโอกาสบิดเบือนทางความคิดในการพิจารณาสิ่งต่างๆ เบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่ผู้คนทั่วไปรับรู้มากขึ้น เช่น การมองตนเองในทางลบ การมองสภาพแวดล้อมในทางลบ และการมองอนาคตในทางลบ<sup>23</sup> ดังนั้นนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่อยู่ในครอบครัวที่มีการทะเลาะวิวาทกันเป็นประจำหรือมีความขัดแย้งบ่อยๆ ทำให้เกิดความคับข้องใจ เกิดความกดดันทางจิตใจ ไม่มีความสุขได้<sup>15</sup>

เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา พบว่า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า รับรู้การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาโดยรวมน้อยกว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มี

ภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ แต่จะขอคำปรึกษาจากเพื่อนแทน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า เมื่อมีปัญหา นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า เลือกที่จะขอความช่วยเหลือจากกลุ่มเพื่อน ในขณะที่นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เลือกที่จะขอความช่วยเหลือจากมารดา และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารับรู้การได้รับการดูแลจากบิดามารดา น้อยกว่าและถูกควบคุมมากกว่าวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น ๆ<sup>16</sup> และสอดคล้องกับผลการศึกษาวัยรุ่นหญิงที่ทำร้ายตนเองด้วยการกินสารพิษรับรู้การได้รับการดูแลจากบิดามารดา น้อยกว่าวัยรุ่นหญิงทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญ<sup>17</sup> อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า ผลการศึกษาจะพบความแตกต่างของการได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งโดยรวมและรายด้าน แต่เมื่อพิจารณาระดับของการได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา ส่วนใหญ่ก็อยู่ในระดับเดียวกัน เช่น กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า รับรู้การได้รับความปลอดภัยและมั่นคง อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นทั้งสองกลุ่ม เป็นช่วงวัยของการศึกษาเล่าเรียนที่จะนำไปสู่การเลือกอาชีพในอนาคต ได้รับการส่งเสริมด้านการศึกษาจากบิดามารดา ซึ่งการได้รับการสนับสนุนเรื่องการเรียน เป็นการตอบสนองด้านความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงของตนเอง<sup>24</sup>

## สรุป

การเปรียบเทียบการรับรู้การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดา พบว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า รับรู้การได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดาทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน น้อยกว่า

นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการดูแลจิตใจจากบิดามารดามากขึ้นโดยเฉพาะด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่ ซึ่งอาจต้องได้รับความร่วมมือและประสานงานระหว่างพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงเรียนและผู้ปกครองเพื่อพัฒนาแนวทางการแสดงความรักและเอาใจใส่นักเรียนให้มากขึ้น และควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลจิตใจวัยรุ่นที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้าจากกลุ่มบิดามารดาที่มีความหลากหลายทางสังคม

### เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา นาควัชระ. พัฒนาการและความต้องการของเด็กวัยรุ่น. ใน: พัฒนาการและการเลี้ยงดู พิมพ์ครั้งที่ 13. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2542. หน้า 381-431.
2. สุชา จันทน์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2542.
3. บุญวดี เพชรรัตน์. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2546;11:21-30.
4. สัมภาพ เรื่องตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2543.
5. วินัดดา ปิยะศิลป์. ครอบครัวกับวัยรุ่น. ใน: การพัฒนาครอบครัว กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ; 2546. หน้า 123-66.
6. ปองพล ชุขณะโชติ. ผลการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัวต่อการเกิดตราบาปในเด็กและวัยรุ่น. วารสารสวนปรง 2549;22:51-60.
7. อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539;41:162-72.
8. วินัดดา ปิยะศิลป์. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2542;38:27-32.
9. สุเมธ ฉายศิริกุล, รัชชณา ลิงห์ทอง และสุภาภรณ์ ผิรังคะเปาระ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 2550;21:45-54.
10. อังคณา ปรีชาเมตตา. การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา และโรงเรียนพุทธจักรวิทยา. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
11. ภัทรินาฏ บุญชู. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิต-สังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
12. lovchuk N.M., Batygina G. Z. Prevalence and clinical manifestations of depression in adolescent population. E-Journal of Zh-Nevrol-Psikiatr-Im-S-S-Korsakova 1998;98:33-36. Retrieved from MEDLINE UI: 9791923. [12 April 2008]
13. Rutter M. Psychosocial disturbances: Let's take a closer the beast. J Appl Dev Psychol 1995;20:181-7.
14. Maureen L.T. Pediatric nursing. Pennsylvania: Springhouse; 1995.

15. Morgan I.S. Recognize depression in adolescent. MCN Am J Matern Child Nurs 1994;19:148-55.
16. Rey J.M., Perceptions of poor maternal care are associated with adolescent depression. J Affect Disord 1995;17:34:95-100.
17. Diamond G.M., Didner H., Waniel A., Priel B., Asherov J., & Arbel S. Perceived parental care and control Israeli female adolescents presenting to emergency rooms after self-poisoning. Adolescence 2005; 40 Retrieved from: ProQuest [20 April 2008]
18. Polit D.F., Hungler B.P. Nursing research: principle and method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
19. Maslow A.H. Motivation and personality. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1970.
20. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., & Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
21. ชุติรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สติเบื้องต้นเพื่อการวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิต; 2546.
22. วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. จิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545.
23. Beck A.T. The diagnosis and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1973.
24. รุจา ภูโพบูลย์. การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: โนเบิล; 2547.