

ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครนายก

Predictors of Depression Among Lower Secondary School Students at a Secondary School in Nakhon Nayok Province.

(Received: November 28,2025 ; Revised: November 30,2025 ; Accepted: December 4,2025)

นพภัสสร วิเศษ¹ ณัฐพร รัตนจารย์²

Noppussorn Wises¹ Nuttaporn Ratthanajan²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2568 จำนวน 138 คน โดยใช้การออกแบบการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Design) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 26 พฤษภาคม ถึง 17 มิถุนายน 2568 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) แบบวัดความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบวัดความวิตกกังวล และแบบวัดความเครียด (SPST-20) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการวิจัย ผลการวิจัยสามารถเขียนสมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครนายก ได้ดังนี้ $\hat{Z} = 0.464$ (ความเครียด) โดยความเครียดสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\beta = 0.464$, $t = 5.407$, $p < .001$) ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 24.8 ($R^2 = 0.248$)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความเครียด วัยรุ่น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This survey research aimed to investigate the predictors of depression among lower secondary school students at a secondary school in Nakhon Nayok Province. The sample consisted of 138 lower secondary school students, representing 100% of the target population, selected through total enumeration sampling during the academic year (2025). Data were collected using a cross-sectional descriptive design with 26 questionnaires comprising 17 items administered in May 2568 (2025). The instruments included a personal information form, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20), a family relationship assessment scale developed specifically for this study, and an anxiety assessment tool. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis.

The results revealed that the standardized regression equation for predicting depression among lower secondary school students at a secondary school in Nakhon Nayok Province was as follows:

$\hat{Z} = 0.464$ (stress). Stress significantly predicted depression at the .001 level ($\beta = 0.464$, $t = 5.407$, $p < .001$). The predictors explained 24.8% of the variance in depression ($R^2 = 0.248$).

Keywords: depression, stress, adolescents, lower secondary school students

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Corresponding Author E-mail: Noppassornwises@gmail.com

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Co - Corresponding Author

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าและความเครียดที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กช่วงอายุ 10-19 ปี พบ 1 ใน 7 คนทั่วโลกมีความป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และวัยรุ่นเกือบ 46,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่ง 1 ใน 5 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในช่วงอายุ 11-15 ปี เป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับการปรับตัวในด้านต่างๆ ค่อนข้างมากทั้งการปรับตัวตามพัฒนาการตามวัยซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ส่งผลต่ออารมณ์และสังคม อีกทั้งวัยรุ่นนี้ช่วงต้องการการยอมรับจากเพื่อน และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ และต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น สำหรับปัญหาสุขภาพจิตหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น²

ในประเทศไทย สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น³ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 2.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2559 เป็น 3.5 ต่อแสนประชากรในปี 2563 โดยสาเหตุสำคัญมาจากภาวะซึมเศร้าและความเครียดที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁴ ในปี 2564 พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาประมาณร้อยละ 30-40 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง โดยเฉพาะในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งช่วงอายุ 12-15 ปี เป็นช่วงวัยวิกฤติ (Critical Period) มีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลง และความเครียดในหลายด้าน ทั้งการปรับตัวเข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ ความคาดหวังด้านการ

เรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน รวมถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัว หรือจัดการกับ

ปัญหาเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาในด้านต่างๆ⁵ เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะแสดงอารมณ์หงุดหงิดเด่นชัดกว่าอารมณ์ซึมเศร้าช่วงแรกๆ จะมึอารมณ์ หงุดหงิด โมโหง่าย⁶ ในกลุ่มผู้ชายหากไม่ได้ตามความคาดหวัง จะโกรธ หงุดหงิด ก้าวร้าว เพื่อปกปิดอารมณ์เศร้าที่ซ่อนอยู่⁷ มีความรู้สึกเบื่อ และหมดความสนใจสิ่งแวดล้อมและอนาคต พฤติกรรมแยกตัวหมกมุ่นอยู่กับตนเอง ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ⁸ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร อยากอยู่คนเดียว ท้อแท้ อยากทำร้ายตนเอง⁷ พฤติกรรมการจัดการกับอารมณ์เศร้าของตนเองที่พบบ่อยในผู้ชาย ได้แก่ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เสพกัญชา เล่นวิดีโอเกม⁹ บางรายมีทัศนคติในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกผิด บางรายมีความคิดอยากตาย¹⁰ เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพทำกับครอบครัวและบุคคลอื่น³ อาการซึมเศร้ามักกล่าวส่งผลให้เด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้ต้องออกจากการเรียนกลางคัน ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นเรื่องสำคัญมีความเกี่ยวข้องกับหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นแนวคิดที่อธิบายปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและภายนอก การอบรมเลี้ยงดูและสร้างความผูกพันที่ดีในครอบครัวไม่มีความขัดแย้งทางด้านสัมพันธภาพ และจากการศึกษาของ Wickrama และคณะ¹¹ พบว่าเด็กวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย หรือ ญาติพี่น้องเนื่องมาจากการหย่าร้างของพ่อแม่ หรือสถานการณ์ครอบครัวที่มีปัญหา ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีความเครียดสูงกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับ

บิดามารดาที่สมบูรณ์ นอกจากนี้อาจได้และฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น¹² โดยครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ พบว่ามีความเครียดจากภาระความรับผิดชอบทางการเงิน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบรรยากาศ และสัมพันธภาพภายในครอบครัว ต่อสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน⁷

จากสภาพปัญหาและแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การศึกษาปัจจัยพยากรณ์ ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากวัยนี้เป็นช่วงพัฒนาการสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หากสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน จะทำให้สามารถคัดกรองนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้ตรงเป้าหมาย และนำไปสู่การวางแผนพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหามาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับครู ผู้ปกครอง และบุคลากรด้านสุขภาพ ในการร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้นักเรียนมีพัฒนาการที่สมวัย มีความแข็งแรงทางจิตใจ และเติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมต่อไปในอนาคต ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเรื่องปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของปัจจัยด้านสัมพันธภาพใน

ครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ ทฤษฎี Diathesis-Stress Model ของ Lazarus และ Folkman¹³ ที่อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเกินกว่าความสามารถในการรับมือ ซึ่งในวัยรุ่นมักเกิดจากความกดดันด้านการเรียน ปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์กับผู้อื่น และทฤษฎีระบบนิเวศทางสังคมของ Bronfenbrenner¹⁴ เน้นสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ช่วยสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า¹⁴ จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของวัยรุ่นที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล และความเครียด เป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกิดจากการประเมินความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ความเครียดที่สูงและต่อเนื่องโดยขาดการจัดการที่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁵ 3) ประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ เป็นปัจจัยทางชีววิทยาที่สำคัญในการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่นมีผลต่อภาวะทางอารมณ์และความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า¹⁵

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง

จังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้การออกแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง พฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ.2568 ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ ทฤษฎี Diathesis-Stress Model ของ Lazarus และ Folkman¹³ ที่อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเกินกว่าความสามารถในการรับมือ ซึ่งในวัยรุ่นมักเกิดจากความกดดันด้านการเรียน ปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์กับผู้อื่น และทฤษฎีระบบนิเวศทางสังคมของ Bronfenbrenner¹⁴ เน้นสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ช่วยสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า¹⁴ จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของวัยรุ่นที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล และความเครียด เป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกิดจากการประเมินความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ความเครียดที่สูงและต่อเนื่องโดยขาดการจัดการที่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁵ 3) ประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ เป็นปัจจัยทางชีววิทยาที่สำคัญในการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่นมีผลต่อภาวะทางอารมณ์ และความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า¹⁵

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัด นครนายก ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังเรียน อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวนทั้งสิ้น 138 คน เป็นการสำรวจสำมะโนประชากร (Census Survey) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก ปีการศึกษา 2568 2) มีอายุระหว่าง 12-15 ปี 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่รุนแรง จนไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ 2) นักเรียนที่ไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล 3) แบบสอบถามที่กรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย สถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เงินที่นักเรียนได้รับต่อเดือน พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ประวัติการได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) พัฒนาโดย Kroenke และคณะ¹⁶ ได้รับการแปลและ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย 0 คะแนน; มีบางวัน 1 คะแนน; มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน; มีแทบทุกวัน 3 คะแนน รวมตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน เกณฑ์ให้คะแนน และแปลผลดังนี้ 0-4 คะแนน = ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 5-9 คะแนน = ภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย (mild depression), 10-14 คะแนน = ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression), 15-19 คะแนน = ภาวะซึมเศร้ามาก, 20-27 คะแนน = ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง severe depression)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวลใช้แบบวัดภาวะความวิตกกังวลขณะเผชิญเหตุการณ์ของสปีลเบิร์กเกอร์ (State-Trait Anxiety Inventory: STAI Form Y-1)¹⁷ ฉบับภาษาไทย โดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา¹⁸ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ (1 = ไม่มีเลย, 2 = บ้างเล็กน้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ข้อคำถามทางบวก ให้ 4 คะแนน (ไม่มีเลย) จนถึง 1 คะแนน (มากที่สุด) และข้อคำถามทางลบ ให้ 1 คะแนน (มากที่สุด) จนถึง 4 คะแนน (ไม่มีเลย) โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้น คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน การแปลความหมายคะแนน โดยเทียบตามอันตรายภาคขึ้น ดังนี้ ความวิตกกังวลระดับต่ำ (20-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และระดับสูง (61-80 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) เป็นแบบวัดความเครียดที่พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล และคณะ¹⁹ เป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่รู้สึกเครียด, 2 = รู้สึกเครียดเล็กน้อย, 3 = รู้สึกเครียดปานกลาง, 4 = รู้สึกเครียดมาก, 5 = รู้สึกเครียดมากที่สุด คำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล 0-23 คะแนน = มีความเครียดระดับน้อย (normal stress), 24-41 คะแนน = มีความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress), 42-61 คะแนน = มีความเครียดระดับสูง (high stress), 62 คะแนนขึ้นไป = มีความเครียดในระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ด้านการวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล = 0.80 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) แบบวัดความเครียด (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) และ แบบวัดความวิตกกังวล เท่ากับ .86, .88 และ .85 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การเตรียมการ ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครนายก และทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยนอร์ทกรุงเทพ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน และครูประจำชั้น พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย กลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความยินยอม เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนแต่ละห้องเรียน เพื่อแจกแบบสอบถามที่เตรียมไว้ และอยู่คอยให้คำปรึกษาและตอบข้อสงสัยในการทำแบบสอบถามในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่าน ผู้วิจัยได้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง บันทึกสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบลงในแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ใช้เวลา 25-30 นาที ก่อนเก็บแบบสอบถามตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

- 1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา
- 2.สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า
3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) แบบ Enter method สำหรับศึกษาอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระต่อภาวะซึมเศร้า และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจสอบ multicollinearity ด้วยค่า Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF) และการตรวจสอบ autocorrelation ด้วยค่า Durbin-Watson

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามเงื่อนไขการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้น พบค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.567 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ (1.5 – 2.5) แสดงว่าข้อมูลไม่มีปัญหา Autocorrelation (20) สำหรับการตรวจสอบปัญหา Multicollinearity พบว่าตัวแปรทั้ง 6 ตัว มีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .678 ถึง .906 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.104 ถึง 1.474 (ค่า VIF ของตัวแปรทั้งหมดอยู่ในช่วง (1.104 ถึง 1.474) โดยค่า Tolerance ที่มากกว่า .10 และค่า VIF ที่น้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีปัญหา Multicollinearity²¹ซึ่งสามารถนำตัวแปรอิสระไปใช้ในการวิเคราะห์ความถดถอยได้²²

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2025-011 รหัสโครงการที่ 11/2568ลงวันที่ 26 มีนาคม 2568

ผลการศึกษา

- 1.ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 คน เพศชาย 57 คน (ร้อยละ 41.30), หญิง 81 คน (ร้อยละ 58.70) มีอายุระหว่าง 12-15 ปี (ค่าเฉลี่ย = 13.68, SD = 0.88) โดยอายุ 13 ปี มีจำนวนมากที่สุด 55 คน (ร้อยละ 39.86) รองลงมาคืออายุ 14 ปี 45 คน (ร้อยละ 32.61) อายุ 15 ปี 29 คน (ร้อยละ 21.01) และอายุ 12 ปี 9 คน (ร้อยละ 6.52) กำลังศึกษาชั้นมัธยมปีที่ 2 จำนวนมากที่สุด 66 คน (ร้อยละ 47.83) รองลงมาชั้นมัธยมปีที่ 1 จำนวน 40 คน (ร้อยละ 28.99) ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA) อยู่ระหว่าง 1.29-3.82 (ค่าเฉลี่ย = 2.58, SD = 0.63) โดยเกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.51-3.00 จำนวน 47 คน (ร้อยละ 34.06) รองลงมาคือ GPA ในช่วง 2.01-2.50 จำนวน 28 คน (ร้อยละ 20.29) และต่ำสุด

ในช่วง 1.51-2.00 จำนวน 22 คน (ร้อยละ 15.94) บิดามารดามีสถานภาพหย่าร้างมากที่สุด จำนวน 67 คน (ร้อยละ 48.55) และอยู่ด้วยกันทั้งบิดาและมารดา จำนวน 39 คน (ร้อยละ 28.26) รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 43 คน (ร้อยละ 31.16) รองลงมาน้อยกว่า 9,000 บาท จำนวน 27 คน (ร้อยละ 19.57) มีส่วนน้อยรายได้มากกว่า 15,000 บาท จำนวน 20 คน (ร้อยละ 14.49) กลุ่มตัวอย่างได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 108 คน (ร้อยละ 78.26) และไม่เกิน 2,000 บาท จำนวน 30 คน (ร้อยละ 21.74) เพียงพอกับการใช้จ่าย จำนวน 95 คน (ร้อยละ 68.84) และไม่พอใช้จ่าย จำนวน 43 คน (ร้อยละ 31.16) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่สัมพันธภาพในครอบครัวดี จำนวน 79 คน (ร้อยละ 57.25) และสัมพันธในครอบครัวไม่ดี จำนวน 59 คน (ร้อยละ 42.75) กลุ่มตัวอย่างไม่เคยใช้สารเสพติดใดๆ จำนวน 36 คน (ร้อยละ 26.09) มีพฤติกรรมการใช้บุหรี่หรือของร่วมกับบุหรี่ไฟฟ้าและเครื่องต้มแอลกอฮอล์ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 30.43) ใช้บุหรี่ไฟฟ้าชนิดเดียว จำนวน 30 คน (ร้อยละ 21.74) ใช้บุหรี่ของอย่างเดียว จำนวน 23 คน (ร้อยละ 16.67) ใช้กระท่อม จำนวน 4 คน (ร้อยละ 2.90) และใช้กัญชา จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.17 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย หรือรับการตรวจวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า จำนวน 128 คน (ร้อยละ 92.75) เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน (ร้อยละ 7.25) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย จำนวน 97 คน (ร้อยละ

70.29) และพบว่ามีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 41 คน (ร้อยละ 29.71)

2. ผลการศึกษาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ความเครียดในระดับสูง ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย

3. การศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งใน จังหวัดนครนายก โดยใช้ตัวทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความวิตกกังวล และความเครียด

3.1 ผลการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ พบว่าตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ความเครียด ($r = .489, p < .01$) ความวิตกกังวลและเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .243, p < .01$) และ $r = .186, p < .05$) ตามลำดับ ในขณะที่อายุ เกรดเฉลี่ย และความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าต่ำกว่า .80 ทุกคู่ โดยคู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือ ความวิตกกังวลกับความเครียด ($r = .380, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระกับภาวะซึมเศร้า (n=138)

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	Y
เพศ (X ₁)	1						
อายุ (X ₂)	-.132	1					
เกรดเฉลี่ย (X ₃)	.249**	-.278**	1				
ความสัมพันธ์ในครอบครัว (X ₄)	-.045	.081	-.012	1			
ความวิตกกังวล(X ₅)	.356**	-.144	.331**	.233**	1		
ความเครียด (X ₆)	.306**	-.200*	.054	.128	.380**	1	
ภาวะซึมเศร้า(Y)	.186*	-.067	.013	.028	.243**	.489**	1

3.2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานโดยใช้ความเครียดเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัด นครนายก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (n = 138)

ปัจจัย	B	SEB	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-5.491	8.217	-	-0.668	.505
ความเครียด	0.171	0.032	0.464	5.407	.000***

$R^2 = .248$, Adjusted $R^2 = 0.214$, $F_{(6,131)} = 7.210$, $p < .001$

3.3 เขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก ได้ ดังนี้

$$\hat{Z} = 0.464 (\text{ความเครียด})$$

โดยความเครียดสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\beta = 0.464$,

$t = 5.407$, $p < .001$) ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 24.8 ($R^2 = 0.248$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก จำนวน 138 คน สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ความสัมพันธ์ของสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

1. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($r = .489$, $p < .01$) และเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นๆ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ($M = 44.12$, $SD = 15.07$) และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ($M = 7.46$, $SD = 5.55$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี Diathesis-Stress Model ของ Lazarus และ Folkman¹³ ที่อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเกินกว่าความสามารถในการรับมือ ในวัยรุ่นตอนต้นความเครียดมักเกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัย ได้แก่ ความกดดันทางการเรียน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและฮอร์โมน ความสัมพันธ์กับเพื่อน การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ และ

ความคาดหวังจากครอบครัว²³ เมื่อวัยรุ่นไม่สามารถจัดการความเครียดเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลนำไปสู่อารมณ์เชิงลบ ความรู้สึกหมดหวัง และในที่สุดพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hammen และคณะ²³ ที่พบว่าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life events) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานหรือเกิดซ้ำๆ จะส่งผลให้วัยรุ่นมีความไวต่อความเครียดมากขึ้น (stress sensitization) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Grant และคณะ²⁵ ที่รายงานว่าความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดในการพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ในเด็กและวัยรุ่น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต³ ที่รายงานว่าวัยรุ่นไทยร้อยละ 28 มีภาวะเครียดสูง และร้อยละ 32 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า โดยความเครียดในวัยรุ่นไทยมักมาจากแรงกดดันทางการเรียน ความคาดหวังของพ่อแม่ที่สูง ปัญหาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว⁴ นอกจากนี้ การสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ²⁶ พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาประมาณร้อยละ 30-40 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ ที่พบความสัมพันธ์ระดับปานกลางระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้า ($r = .489$) แสดงให้เห็นว่าแม้ความเครียดจะเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสำคัญ เช่น ทักษะการรับมือกับความเครียด (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) และลักษณะบุคลิกภาพ วัยรุ่นที่มีทักษะการจัดการความเครียดที่ดีและได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม

จากครอบครัวและโรงเรียน แม้จะประสบกับความเครียดสูงก็อาจไม่พัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าได้

2. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทางบวกในระดับต่ำ ($r = .243, p < .01$) กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 44.47, SD = 6.68$) สอดคล้องกับทฤษฎี Tripartite Model ของ Clark และ Watson²⁵ ที่อธิบายว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีองค์ประกอบของอารมณ์เชิงลบ (negative affect) ร่วมกันและมีความสัมพันธ์กันในวัยรุ่น ค่าความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับต่ำอาจอธิบายได้ว่า แม้ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจะมีองค์ประกอบที่ทับซ้อนกัน แต่ทั้งสองภาวะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ความวิตกกังวลมีลักษณะเด่นของความกลัว ความกังวลเกี่ยวกับอนาคต และความตื่นตัวทางสรีรวิทยาสูง (physiological hyperarousal) เช่น ตื่นเร็ว มือสั่น เหงื่อออก และความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะเด่นของการขาดอารมณ์เชิงบวก (low positive affect) ความไม่มีความสุข (anhedonia) ความหมดหวัง และการขาดพลังงาน²⁵ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cummings และคณะ²⁷ ที่พบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะร่วม (comorbidity) ของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พบว่าทั้งสองภาวะมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญและอาการวิตกกังวลมักเกิดขึ้นก่อนภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ที่สำคัญในการพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่มีความไวต่ออารมณ์สูง ความวิตกกังวลเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่นไทย โดยมักเกี่ยวข้องกับความกังวลเรื่องการเรียน การสอบ ความสัมพันธ์กับเพื่อน และความคาดหวังของครอบครัว วัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลสูงมักมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเมื่อไม่ได้รับการดูแลและการจัดการที่

เหมาะสม³ ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความเครียดที่พบในการศึกษานี้ ($r = .380, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลและความเครียดมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด บุคคลที่มีความวิตกกังวลสูงมักมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่าเป็นภัยอันตราย (threat appraisal) มากกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้รู้สึกเครียดได้ง่าย และเมื่อความเครียดสะสมโดยไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมก็จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้³

3. สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .028, p > .05$) ทั้งๆ ที่กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.34, SD = 0.815$) และจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ร้อยละ 48.55 ของกลุ่มตัวอย่างมีบิดามารดาหย่าร้าง ร้อยละ 42.75 มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และร้อยละ 31.16 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีระบบนิเวศทางสังคมของ Bronfenbrenner¹⁴ ที่อธิบายว่าครอบครัวเป็นระบบจุลภาค (microsystem) ที่มีอิทธิพลโดยตรงและแข็งแกร่งที่สุดต่อพัฒนาการและสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกัน (protective factor) ที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น¹⁴ ที่แตกต่างจากทฤษฎีและงานวิจัยอื่นๆ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายประการ ได้แก่ 1) เครื่องมือวัดสัมพันธภาพในครอบครัวในการศึกษานี้ อาจไม่ครอบคลุมมิติที่สำคัญเพียงพอ หรืออาจวัดเฉพาะมิติเดียวของความสัมพันธ์ในครอบครัว ในขณะที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (multidimensional construct) ประกอบด้วยคุณภาพของการสื่อสาร (communication quality) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในชีวิตของลูก (parental

involvement) ความอบอุ่น (warmth) และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (parenting style) หากเครื่องมือวัดเฉพาะบางมิติ เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว แต่ไม่ได้วัดการสนับสนุนทางอารมณ์หรือคุณภาพของการสื่อสาร ก็อาจไม่สามารถสะท้อนความสัมพันธ์ที่แท้จริงในครอบครัวได้อย่างครบถ้วน 2) กลุ่มตัวอย่างอาจมีการกระจายของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่กว้างพอ (restricted range) ส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ จากข้อมูลพบว่าค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่อนข้างต่ำ ($SD = 0.815$) เมื่อเทียบกับช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ (1-7) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนใกล้เคียงกัน ในกรณีเช่นนี้การหาความสัมพันธ์ทางสถิติจะมีอำนาจการทดสอบ (statistical power) ที่ต่ำ และอาจไม่สามารถตรวจจับความสัมพันธ์ที่มีอยู่จริงได้ 3) ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมในโรงเรียนอาจมีบทบาทสำคัญมากขึ้นเมื่อเทียบกับอิทธิพลจากครอบครัว ตามทฤษฎีพัฒนาการวัยรุ่นของ Erikson² วัยรุ่นกำลังอยู่ในช่วงของการค้นหาอัตลักษณ์ (identity versus role confusion) และต้องการความเป็นอิสระจากครอบครัว จึงให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ความสัมพันธ์กับเพื่อน และประสบการณ์ในโรงเรียนจึงอาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น ที่ใช้เวลาส่วนใหญ่กับเพื่อนมากกว่าครอบครัว และให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของเพื่อนมากขึ้น ดังนั้น ความเครียดที่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน การถูกกลั่นแกล้ง (bullying) การไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน อาจมีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว 4) ในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบท วัยรุ่นอาจได้รับการดูแลและการสนับสนุนจากญาติพี่น้องหรือชุมชนนอกเหนือจากครอบครัว ดังนั้น แม้ว่าสัมพันธภาพกับบิดามารดาอาจไม่ดีนัก แต่การสนับสนุนจากปู่ย่าตายาย ลุงป้า

น้ำอา หรือเพื่อนบ้าน ก็อาจชดเชยและช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ ตามแนวคิดของ Social Convoy Theory ที่อธิบายว่าบุคคลมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมหลายชั้น และการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ สามารถทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีบิดามารดาหย่าร้าง ร้อยละ 48.55) และ ร้อยละ 42.75 มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เป็นข้อมูลต้องให้ความสำคัญและควรได้รับความสนใจงานวิจัยของ Wickrama และคณะ¹¹ พบว่าเด็กวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับปู่ตาตายหรือญาติพี่น้องเนื่องจากการหย่าร้างของพ่อแม่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียดสูงกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาที่สมบูรณ์ นอกจากนี้ยังพบว่ารายได้และฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น¹² ถึงแม้การศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สัมพันธภาพในครอบครัวยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่ครอบคลุมหลายมิติ และควรพิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โครงสร้างครอบครัว คุณภาพของการสื่อสาร รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้า

1. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า เมื่อนำตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียด และความวิตกกังวลเข้าสมการพร้อมกัน มีเพียงความเครียดเท่านั้นที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($\beta = .464$, $t = 5.407$, $p < .001$) โดยสมการพยากรณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 24.8 ($R^2 = 0.248$, Adjusted $R^2 = 0.214$, $F(6, 131) = 7.210$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Diathesis-Stress Model¹³ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Grant และคณะ²⁶ กล่าวว่าความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต (stressful life events) เป็นตัวพยากรณ์ที่แข็งแกร่งของภาวะซึมเศร้าและโรคจิตเวชอื่นๆ ในเด็กและวัยรุ่น

2. อำนาจการพยากรณ์ของสมการ สมการพยากรณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 24.8 ($R^2 = 0.248$) ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับการวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์และสุขภาพจิต ตามเกณฑ์ของ Cohen นอกจากนี้ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าไม่มีปัญหา multicollinearity (ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.104-1.474) และไม่มีปัญหา autocorrelation (ค่า Durbin-Watson = 1.567) แสดงว่าสมการนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีความแปรปรวนอีกร้อยละ 75.2 ที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อน การสนับสนุนทางสังคม การถูกกลั่นแกล้ง (bullying) ความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) ทักษะการรับมือกับความเครียด การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งควรได้รับการศึกษาในอนาคต

บทสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารและครูให้ความสำคัญต่อการดูแลด้านสุขภาพจิตในนักเรียน เนื่องจากเป็นช่วงวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ รวมทั้งขาดทักษะชีวิตในการดูแลตนเอง

และเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ครูควรได้รับการอบรมความรู้ ทักษะในการดูแล ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตในนักเรียนทุกคนและต่อเนื่อง รวมทั้งมีเครือข่ายระบบการส่งต่ออย่างสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาเชิงสหสัมพันธ์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างชัดเจน

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนจากโรงเรียนเดียวในจังหวัดนครนายก อาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปใช้กับนักเรียนในพื้นที่อื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเชิงยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดช่วงวัยรุ่น เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ชัดเจนขึ้น และควรพัฒนา

เครื่องมือวัดสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีความละเอียดและครอบคลุมมิติต่างๆ ได้แก่ การสื่อสาร การสนับสนุน ความอบอุ่น และความขัดแย้ง

2. การศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า เช่น การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการจัดการอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเพิ่มอำนาจการพยากรณ์

3. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการเข้ากับหลักสูตรการเรียนการสอน เช่น การสอนทักษะแก้ไขปัญห ทักษะการจัดการอารมณ์ การคิดเชิงบวก รวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิต จัดอบรมครูเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น การให้คำปรึกษา มีระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเครียด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Adolescent mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Erikson EH.(1968). Identity: Youth and crisis. New York: Norton.
3. กรมสุขภาพจิต.(2565). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2565 [Internet]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/report/2565>
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2564). สถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทย [Internet]. กรุงเทพฯ: สสส.; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/document/mental-health-youth-2021>
5. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al.(2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016;387(10036):2423-78. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
6. Videbeck SL.(2020). Psychiatric-mental health nursing. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
7. Kaewjanta N, Rungreangkulkij S.(2022). Depression in men: An overlooked dimension. Thai J Nurs Counc. 2022;37(1):67-82.
8. Malhi GS, Mann JJ. Depression.(2018). Lancet. 2018;392(10161):2299-312. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
9. เนตรชนก แก้วจันทา, รุ่งเรือง กุลกิจรุ่งเรือง, พรสวรรค์ ภูพัฒน์.(2558). การซึมเศร้าในผู้ชาย: มิติที่ถูกมองข้าม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23(2):85-95.

10. Christensen H, Batterham PJ, O'Dea B.(2020). E-health interventions for suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4972. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134972>
11. Wickrama KAS, Conger RD, Abraham WT.(2012). Family adversity and adolescent health: Mediated effects of income and community context. *J Marriage Fam*. 2012;74(3):595-610. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00972.x>
12. Reiss F.(2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2013;90:24-31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
13. Lazarus RS, Folkman S.(1979). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
14. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
15. Engel GL.(1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. Available from: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.(2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606>.
17. Spielberger CD.(1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
18. ชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา.(2534). การแปลและทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพฯ.
19. สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, วรากร จิตต์ประไพกุลศาล, ชุศรี วงศ์รัตน์.(2545). แบบวัดความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) [Internet]. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต; 2545 [เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/test/stress>
20. Field A.(2018). Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 5th ed. London: Sage Publications.
21. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE.(2019). Multivariate data analysis. 8th ed. Hampshire, UK: Cengage Learning.
22. พงษ์ศักดิ์ ชิมมอนต์ส.(2560). สถิติสำหรับการวิจัยทางพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
23. Hammen C, Henry R, Daley SE.(2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):782-7. Available from: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.782>
24. Liu RT, Alloy LB.(2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(5):582-93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.010>
25. Clark LA, Watson D.(1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol*. 1991;100(3):316-36. Available from: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
26. Grant KE, Compas BE, Stuhlmacher AF, Thurm AE, McMahon SD, Halpert JA.(2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. *Psychol Bull*. 2003;129(3):447-66. Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447>
27. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC.(2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol Bull*. 2014;140(3):816-45. Available from: <https://doi.org/10.1037/a0034733>