

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการศึกษาศาณการณส์สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษา ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 เขตกรุงเทพมหานคร

ธนโชติ เทียมแสง, พย.บ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

วัสดุและวิธีการ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางของนักเรียนมัธยมศึกษา (อายุ 12-18 ปี) ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQA) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วยสถิติ Chi-square test และ Binary logistic regression โดยนำเสนอเป็นค่า odds ratio และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผล กลุ่มตัวอย่าง 3,418 คน อายุเฉลี่ย 15.3 ปี (+1.5SD) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.6 พบความชุกภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงร้อยละ 52.5 และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายร้อยละ 29.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษา ได้แก่ เพศหญิง การไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง มีประวัติการรักษาโรคจิตเวช และมีปัญหาความเครียดในเรื่องการเรียน/ ครอบครัว/ เพื่อน/ อื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

สรุป ความชุกภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบในอัตราที่สูงกว่าภาวะปกติ นักเรียนเพศหญิง การที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง มีประวัติโรคจิตเวชและความเครียดในเรื่องต่างๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวัง

คำสำคัญ การฆ่าตัวตาย นักเรียนมัธยมศึกษา ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า โควิด-19

*ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13

ติดต่อผู้พิมพ์ email: yofamily013@gmail.com

Original Articles

**Mental health issues among secondary school students during
the Coronavirus Disease 2019(COVID-19) pandemic:
a cross-sectional study in Bangkok, Thailand**

Thanachoti Thiamsaeng, B.N.*

Abstract

Objective This study aimed to explore the prevalence and related factors of depression and suicide risk among secondary school students during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic in Bangkok, Thailand.

Material and Methods It is a cross-sectional descriptive study using secondary data from Mental health center 13 collected among students aged 12-18 during April to September 2022. The research tool was PHQA. Data was analyzed by using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, SD). The related factors of depression and suicide risk were analyzed by using Chi-square test and Binary logistic regression and presented with odds ratio and 95% confidence interval (95% CI).

Results 3,418 students were included in this study with age 15.3 (+1.5SD), female 58.6%. The prevalence of depression in all levels was 52.5% and 29.2% of suicide risk. Factors influencing depression and suicide risk were female gender, not living with parents, having mental health history, and overwhelming with stress ($p < .001$).

Conclusion The prevalence of depression and suicide risk among secondary school students in Bangkok during Covid-19 pandemic was higher than in normal situation. Mental health assessment and interventions should be provided in the time of pandemic.

Keywords: Depression, Covid-19, Mental health problems, Students, Suicide

*Mental Health Center 13

Corresponding author email: yofamily013@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 นั้นเป็นปัญหาที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อเด็กและวัยรุ่นทุกประเทศทั่วโลก¹ ไม่เพียงแต่ในประเทศไทยเท่านั้น จากผลการวิจัยและการสำรวจในหลากหลายภาคส่วน พบว่ามีผู้ประสบปัญหาสุขภาพจิต อันเป็นผลพวงจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เป็นจำนวนมาก เนื่องจากการระบาดของโรคนี้ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในเกือบทุกด้าน²⁻⁴

จากการสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนคนไทยในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ตั้งแต่เดือนมีนาคมปี 2563 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าภาวะสุขภาพจิตของประชาชนคนไทยจะผันแปรไปตามช่วงการระบาดของโรค ซึ่งในช่วงเริ่มแรกของการระบาดในราวเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2563 คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด โดยเฉพาะภาวะการมองความสัมพันธ์ในทางลบ หวาดระแวงผู้อื่นง่ายขึ้น รongมาเป็นภาวะความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และรู้สึกเครียด ในช่วงระยะหลังของการระบาดนั้น ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มลดลงเมื่อมีการผ่อนปรนมาตรการต่าง ๆ⁵ อาจกล่าวได้ว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตต่อประชากรทุกกลุ่มวัย ด้วยเงื่อนไขและปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกัน เด็กและเยาวชนในวัยเรียนเป็นหนึ่งในกลุ่มเปราะบางที่มีประสบการณ์ชีวิต ความพร้อม และความเข้มแข็งทางจิตใจน้อยกว่าประชากรในวัยอื่นๆ เนื่องจากอาจจะยังไม่สามารถปรับตัวหรือรับมือกับความเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตและผลกระทบที่ตามมา เช่น การเรียนทางไกลผ่านระบบออนไลน์

การขาดสังคมเพื่อน ขาดการเล่น หรือแม้แต่การต้องแยกจากพ่อแม่ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล เนื่องจากการติดเชื้อหรือเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19

จากรายงานผลการประเมินปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 183,974 คน ที่เข้ารับการประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิตในช่วง 18 เดือนของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 พบว่า ร้อยละ 28.0 ของเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 32.0 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่ร้อยละ 22.0 มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย⁶ สอดคล้องกับผลการสำรวจขององค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ในปี 2021 ที่พบว่า เด็กและเยาวชนมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโคโรนา 19 ที่เพิ่มมากขึ้น โดยเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัว การเรียน และการจ้างงานในอนาคต และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 กลุ่มนักเรียนในประเทศจีนมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 43.7 นอกจากนี้ จากรายงานของ The state of the world's children 2021 ยังพบว่า ในบรรดาเด็กทั่วโลกอย่างน้อย 1 ใน 7 คนได้รับผลกระทบจากมาตรการกักกันโรคโคโรนา 19 ในช่วงที่ผ่านมา และมีเด็กอีกกว่า 1,600 ล้านคน ต้องเผชิญกับการเรียนรู้ที่ต้องหยุดชะงัก ส่งผลให้เด็กและเยาวชนอาจต้องเผชิญกับผลกระทบเรื้อรังด้านสุขภาพจิตต่อไปอีกหลายปี⁷

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ทำให้วิถีชีวิตของเด็กและวัยรุ่นต้องเปลี่ยนแปลง

ไปอย่างมาก เด็กจำนวนหนึ่งไม่สามารถปรับตัวกับการเรียนรู้และปรับตัวภายใต้วิถีชีวิตในรูปแบบใหม่ได้ จนอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการเรียนและพัฒนาการในด้านอื่นๆตามมา อาทิ การงดกิจกรรมนอกบ้าน การไม่ได้พบปะเพื่อน ความกังวลเรื่องการเรียน ความรู้สึกไม่มั่นคงเรื่องปลอดภัย ฯลฯ และเมื่อเด็กมีโอกาสดำเนินกิจกรรมน้อยลงก็อาจนำมาซึ่งปัญหาการหมกมุ่นในโลกออนไลน์และติดเกม ซึ่งอาจนำไปสู่การสะสมความก้าวร้าว ก่อให้เกิดปัญหาทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว การใช้ความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ จนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตและเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่แล้วเป็นทุนเดิม⁸ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของเด็กนักเรียน ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช⁹

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และนำผลการวิจัยไปใช้วางแผนระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ให้นักเรียนสามารถดำเนินชีวิตในวิถีใหม่ (New Normal) ได้ตลอดจนเพื่อเป็นการสร้างต้นทุนในการเสริมสร้างวางแผน และพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับปัญหาด้านสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นจากการปรับตัวของนักเรียนภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล Mental Health Check-in ของ

กรมสุขภาพจิตซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มดำเนินการเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2565 จนถึงปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข/ อสม./ จิตอาสาใช้ประเมินค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมาดูแล ตลอดจนประชาชนสามารถประเมินสุขภาพจิตตนเองและเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว⁶ การประเมินประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพลังใจ ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการประเมินที่ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการขออนุญาตใช้ข้อมูลบางส่วน คือ ข้อมูลนักเรียนมัธยมศึกษาอายุระหว่าง 12-18 ปี ในกรุงเทพมหานครที่เข้าทำแบบประเมินในช่วงวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2565 (ระยะเวลา 6 เดือน) โดยมีการทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต และได้รับความอนุเคราะห์การเรียกใช้ข้อมูลแบบปกปิดตัวตนในรูปแบบไฟล์ Microsoft excel จำนวน 5,716 ราย เพื่อให้ นักวิจัยจัดการข้อมูลที่ต้องการศึกษา ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์จำนวน 3,418 ราย ประกอบไปด้วยข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การติดและการได้รับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตนเอง/ ครอบครัว การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง และประวัติการรักษาโรคจิตเวช

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมสุขภาพจิตเลขที่ DMH.IRB 012/2566 เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือทางออนไลน์ผ่าน Google forms เข้าถึงด้วย QR code หรือ

ลิงค์แบบประเมิน โดยใช้ช่องทางสถานศึกษา/ชุมชน/สื่อสังคมออนไลน์เป็นระยะเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน 2565 โดยทำแบบประเมินผ่านเว็บไซต์ Mental Health Check-in (<https://checkin.dmh.go.th>) ข้อมูลประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ปัจจัยครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19

2) ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQA)¹⁰⁻¹¹ เป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับทางวิชาการและใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ¹² เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report) ที่สามารถใช้ได้ในวัยรุ่นอายุ 11-20 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้คะแนนตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน (1 คะแนน) มีมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และมีแทบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวม ตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน โดยตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า PHQA ฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงตรงภายใน (internal consistency) ในระดับดีมาก (Alpha coefficient = 0.92)

3) ข้อมูลความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ใช้คำถามเพิ่มเติม 2 ข้อในส่วนท้ายของ PHQA กรณีที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองให้เลือกตอบเพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยไม่ได้นำมาคิดคะแนนรวม แต่ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์แยกภายใต้ตัวแปรความเสี่ยงการ

ฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับตัวแปรปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติ Chi-square test วิเคราะห์ความถดถอยด้วย Binary logistic regression เพื่อคำนวณหาค่าประมาณการของความเสียงสัมพัทธ์ (Odds ratio) และค่าประมาณแบบช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 3,418 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.6 อายุเฉลี่ย 15.33 ($\pm 1.5SD$) ปี เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 1,754 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3 นักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 63.8 ไม่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในจำนวนนักเรียนที่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 นี้ ได้รับการรักษาจนหายดีแล้วร้อยละ 34.9 นอกจากนี้ยังพบว่า สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ 81.6 อยู่ระหว่างการรักษาหรือได้รับการรักษาจนหายดีแล้วร้อยละ 17.5 เสียชีวิตร้อยละ 0.9 นักเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 97.3 อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีประวัติการรักษาโรคจิตเวชมีเพียงร้อยละ 5.6 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่า มีความเครียดจากปัจจัยเรื่องเรียนร้อยละ 43.9 มีความเครียดจากปัจจัยเรื่องครอบครัว

ร้อยละ 36.0 มีความเครียดจากปัจจัยเรื่องเพื่อน/ เรื่องอื่น ๆ ร้อยละ 8.2 (ตารางที่ 1)
 ความรัก ร้อยละ 25.8 และมีความเครียดจากปัจจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง (N = 3,418)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	1,414	41.4
	หญิง	2,004	58.6
อายุ	12-15 ปี	1,754	51.3
	16-18 ปี	1,664	48.7
ระดับชั้น	มัธยมต้น	1,754	51.3
	มัธยมปลาย	1,664	48.7
การติดเชื้อไวรัสโควิด 19	ไม่ติดเชื้อ	2,182	63.8
	ติดเชื้อ	1,236	36.2
การรักษาเชื้อไวรัสโควิด 19	ไม่ติดเชื้อ/ ไม่เคยรับการรักษา	2,182	63.8
	อยู่ระหว่างการรักษา	43	1.2
	รักษาจนหายดีแล้ว	1,193	34.9
การติดเชื้อไวรัสโควิด 19 คนในครอบครัว	ไม่ติดเชื้อ	2,788	81.6
	มีการติดเชื้อ	630	18.4
การรักษาเชื้อไวรัสโควิด 19 คนในครอบครัว	ไม่ติดเชื้อ/ ไม่เคยรับการรักษา	2,788	81.6
	อยู่ระหว่างการรักษา/ หายดีแล้ว	598	17.5
	เสียชีวิต	32	0.9
อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง	ไม่ได้อยู่	92	2.7
	อยู่	3,326	97.3
ประวัติการรักษาโรคจิตเวช	ไม่เคย	3,228	94.4
	เคย	190	5.6
ความเครียดจากปัจจัยเรื่องเรียน	ไม่มี	1,917	56.1
	มี	1,501	43.9
ความเครียดจากปัจจัยเรื่องครอบครัว	ไม่มี	2,186	64.0
	มี	1,232	36.0
ความเครียดจากปัจจัยเรื่องเพื่อน/ ความรัก	ไม่มี	2,537	74.2
	มี	881	25.8
ความเครียดจากปัจจัยเรื่องอื่นๆ	ไม่มี	3,137	91.8
	มี	281	8.2

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยอายุ (Mean) = 15.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 1.5

ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 นักเรียนมัธยมจำนวน 3,418 คน เป็นกลุ่มนักเรียนมัธยมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0 - 4) จำนวน 1,622 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 และกลุ่มนักเรียนมัธยมที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (คะแนน 5 - 9) จำนวน 623 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 กลุ่มนักเรียนมัธยมที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (คะแนน 10 - 14) จำนวน 533 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 กลุ่มนักเรียน

มัธยมที่มีภาวะซึมเศร้ามาก (คะแนน 15 - 19) จำนวน 391 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 กลุ่มนักเรียนมัธยมที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (คะแนน 20 - 27) จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 7.3 นักเรียนมัธยมที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่ระดับ 1 คะแนน จำนวน 699 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 กลุ่มนักเรียนมัธยมที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่ระดับ 2 คะแนน จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (N = 3,418)

ปัญหาสุขภาพจิต		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	1,622	47.5
	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	623	18.2
	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	533	15.6
	มีภาวะซึมเศร้ามาก	391	11.4
	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	249	7.3
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	2,422	70.8
	ระดับ 1 คะแนน	699	20.5
	ระดับ 2 คะแนน	297	8.7

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของจำนวนและร้อยละการมีปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร แยกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้วยการทดสอบ Chi-square test พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น การติดและการรับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของคนในครอบครัว การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ประวัติการรักษาโรคจิตเวช

และมีความเครียดเรื่องต่างๆ (เรื่องเรียน/ ครอบครัว/ เพื่อน/ ความรัก/ อื่นๆ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ การติดและการรับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของคนในครอบครัว การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ประวัติการรักษาโรคจิตเวช และ มีความเครียดเรื่องต่างๆ (เรื่องเรียน/ ครอบครัว/ เพื่อน/ ความรัก/ อื่นๆ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมัธยมที่มีปัญหาสุขภาพจิตแยกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N = 3,418)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ภาวะซึมเศร้า, n (%)			การฆ่าตัวตาย, n (%)		
		มี	ไม่มี	p-value	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง	p-value
เพศ	ชาย	576(40.7)	838(59.3)	<0.001	259(18.3)	1,155(81.7)	<0.001
	หญิง	1,220(60.9)	784(39.1)		737(36.8)	1,267(63.2)	
อายุ	12-15 ปี	890(50.7)	864(49.3)	0.03	489(27.9)	1,265(72.1)	0.09
	16-18 ปี	906(54.4)	758(45.6)		507(30.5)	1,157(69.5)	
ระดับชั้น	มัธยมต้น	890(50.7)	864(49.3)	0.03	489(27.9)	1,265(72.1)	0.09
	มัธยมปลาย	906(54.4)	758(45.6)		507(30.5)	1,157(69.5)	
ติดเชื้อไวรัสโควิด 19	ไม่ติดเชื้อ	1,151(52.7)	1,031(47.3)	0.75	636(29.1)	1,546(70.9)	0.98
	ติดเชื้อ	645(52.2)	591(47.8)		360(29.1)	876(70.9)	
การรักษา	ไม่ติดเชื้อ/ไม่เคยรับการรักษา	1,151(52.7)	1,031(47.3)	0.71	636(29.2)	1,544(70.8)	0.81
	กำลังรักษา	26(57.8)	19(42.2)		15(33.3)	30(66.7)	
	หายดีแล้ว	619(52.0)	572(48.0)		345(28.9)	848(71.1)	
ครอบครัวติดเชื้อไวรัสโควิด 19	ไม่ติดเชื้อ	1,435(51.5)	1,353(48.5)	0.008	786(28.2)	2,002(71.8)	0.01
	ติดเชื้อ	361(57.3)	269(42.7)		210(33.3)	420(66.7)	
ครอบครัวได้รับการรักษา	ไม่ติดเชื้อ/ไม่เคยรับการรักษา	1,435(51.5)	1,353(48.5)	0.03	786(28.2)	2,002(71.8)	0.03
	รักษา/ หายดี	343(57.4)	255(42.6)		201(33.6)	397(66.4)	
อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง	เสียชีวิต	18(56.2)	14(43.8)	<0.001	9(28.1)	23(71.9)	<0.001
	ไม่ได้อยู่	65(70.7)	27(29.3)		41(44.6)	51(55.4)	
ประวัติโรคจิตเวช	อยู่	1,731(52.0)	1,595(48.0)	<0.001	945(28.4)	2,381(71.6)	<0.001
	ไม่เคย	1,655(51.3)	1,573(48.7)		894(27.7)	2,334(72.3)	
เครียดเรื่องเรียน	เคย	141(74.2)	49(25.8)	<0.001	102(53.7)	88(46.3)	<0.001
	ไม่มี	378(19.7)	1,539(80.3)		207(10.8)	1,710(89.2)	
เครียดเรื่องครอบครัว	มี	1,418(94.5)	83(5.5)	<0.001	789(52.6)	712(47.4)	<0.001
	ไม่มี	595(27.2)	1,591(72.8)		236(10.8)	1,950(89.2)	
เครียดเรื่องเพื่อน/ รัก	มี	1,201(97.5)	31(2.5)	<0.001	760(61.7)	472(38.3)	<0.001
	ไม่มี	946(37.7)	1,591(62.7)		469(18.5)	2,068(81.5)	
เครียดเรื่องอื่นๆ	มี	850(96.5)	31(3.5)	<0.001	527(59.8)	354(40.2)	<0.001
	ไม่มี	1,521(48.5)	1,616(51.5)		822(26.2)	2,315(73.8)	
	มี	275(97.9)	6(2.1)		174(61.9)	107(38.1)	

หมายเหตุ: p-value of Chi-square test

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Binary logistic regression พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศหญิง (OR=2.3, 95%CI=1.9–2.6) อายุน้อย 16-18 ปี (OR=1.2, 95%CI=1.0–1.3) ครอบครัวติดเชื้อไวรัสโควิด 19

(OR=1.3, 95%CI=1.1–1.5) ครอบครัวอยู่ระหว่างการรักษาเชื้อไวรัสโควิด 19 (OR=1.3, 95%CI = 1.1–1.5) อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง (OR = 0.5, 95%CI = 0.3 – 0.7) มีประวัติโรคจิตเวช (OR=2.7, 95%CI=2.0 – 3.8) มีความเครียดเรื่องเรียน (AOR = 69.6, 95%CI = 54.3 – 89.2) มีความเครียดเรื่องครอบครัว (AOR = 103.6,

95%CI = 71.6 – 149.8) ความเครียดเรื่องเพื่อน/ ความรัก (AOR = 46.1, 95%CI = 31.9–66.6) และมีความเครียดเรื่องอื่นๆ (AOR= 48.7, 95%CI = 21.6–109.7)

เมื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนทั้งหมด ได้แก่ เพศ การมีประวัติรักษาโรคจิตเวชและการมีความเครียดในเรื่องต่างๆ (เรียน/ ครอบครัว/ เพื่อน/ ความรัก/ อื่นๆ) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เขต

กรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 1.3, 95%CI = 0.8 – 1.4) อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง (AOR = 0.7, 95%CI = 0.3 – 1.7) มีประวัติโรคจิตเวช (AOR = 2.0, 95%CI = 1.4 – 2.9) มีความเครียดเรื่องเรียน (AOR = 31.5, 95%CI = 23.3 – 42.6) มีความเครียดเรื่องครอบครัว (AOR=40.7,95%CI = 26.6– 62.2) ความเครียดเรื่องเพื่อน/ความรัก (AOR = 17.7, 95%CI = 11.1 – 28.2) และมีความเครียดเรื่องอื่นๆ (AOR = 86.0, 95%CI = 36.0 – 205.4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19

ปัจจัย		Crude		Adjusted	
		OR (95%CI)	p-value	AOR (95%CI)	p-value
เพศ	ชาย	1.0		1.0	
	หญิง	2.3 (1.9-2.6)	<0.001	1.03 (0.8-1.4)	0.81
อายุ	12-15 ปี	1.0		1.0	
	16-18 ปี	1.2 (1.0-1.3)	0.03		
ระดับชั้น	มัธยมศึกษาตอนต้น	1.0		1.0	
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.2 (1.0-1.3)	0.03		
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19	ไม่ติดเชื้อ	1.0		1.0	
	ติดเชื้อ	1.02 (0.9-1.2)	0.75		
การรักษาของตนเอง	ไม่ติดเชื้อ/ไม่เคยรับการรักษา	1.0		1.0	
	กำลังรักษา	1.3 (0.6-2.2)	0.51		
	หายดีแล้ว	0.9 (0.8-1.1)	0.66		
	ไม่ติดเชื้อ	1.0		1.0	
ครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19	ติดเชื้อ	1.3 (1.1-1.5)	0.008		
	ไม่ติดเชื้อ/ไม่เคยรับการรักษา	1.0		1.0	
	กำลังรักษา/ หายดี	1.3 (1.1-1.5)	0.009		
อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง	ไม่ได้อยู่	1.0		1.0	
	อยู่	0.5 (0.3-0.7)	0.001	0.7 (0.3-1.7)	0.45

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (ต่อ)

ปัจจัย		Crude		Adjusted	
		OR (95%CI)	p-value	AOR (95%CI)	p-value
เพศ	ชาย	1.0		1.0	
	หญิง	2.3 (1.9-2.6)	<0.001	1.03 (0.8-1.4)	0.81
อายุ	12-15 ปี	1.0		1.0	
	16-18 ปี	1.2 (1.0-1.3)	0.03		
ระดับชั้น	มัธยมศึกษาตอนต้น	1.0		1.0	
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.2 (1.0-1.3)	0.03		
การติดเชื้อไวรัสโควิด 19	ไม่ติดเชื้อ	1.0		1.0	
	ติดเชื้อ	1.02 (0.9-1.2)	0.75		
การรักษาของตนเอง	ไม่ติดเชื้อ/ไม่เคยรับการรักษา	1.0		1.0	
	กำลังรักษา	1.3 (0.6-2.2)	0.51		
	หายดีแล้ว	0.9 (0.8-1.1)	0.66		
	ไม่ติดเชื้อ	1.0		1.0	
ไวรัสโควิด 19	ติดเชื้อ	1.3 (1.1-1.5)	0.008		
	ไม่ติดเชื้อ/ไม่เคยรับการรักษา	1.0		1.0	
	กำลังรักษา/หายดี	1.3 (1.1-1.5)	0.009		
	เสียชีวิต	1.2 (0.6-2.4)	0.59		
อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง	ไม่ได้อยู่	1.0		1.0	
	อยู่	0.5 (0.3-0.7)	0.001	0.7 (0.3-1.7)	0.45
ประวัติโรคจิตเวช	ไม่มี	1.0		1.0	
	มี	2.7 (2.0-3.8)	<0.001	1.4 (0.7-2.8)	0.30
เครียดเรื่องเรียน	ไม่มี	1.0		1.0	
	มี	69.6 (54.3-89.2)	<0.001	31.5 (23.3-42.6)	<0.001
เครียดเรื่องครอบครัว	ไม่มี	1.0		1.0	
	มี	103.6 (71.6-149.8)	<0.001	40.7 (26.6-62.2)	<0.001
เครียดเรื่องเพื่อน/ความรัก	ไม่มี	1.0		1.0	
	มี	46.1 (31.9-66.6)	<0.001	17.7 (11.1-28.2)	<0.001
เครียดเรื่องอื่นๆ	ไม่มี	1.0		1.0	
	มี	48.7 (21.6-109.7)	<0.001	86.0 (36.0-205.4)	<0.001

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Binary logistic regression พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศหญิง (OR = 2.6, 95%CI = 2.2 - 3.1) อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง (OR = 0.3, 95%CI = 0.2 - 0.5) มีประวัติโรคจิตเวช (OR=3.0, 95%CI=2.3-4.1) มีความเครียดเรื่องเรียน (OR=9.2, 95%CI= 7.7 - 10.9) มีความเครียดเรื่องครอบครัว (OR = 13.3, 95%CI =11.1-15.9) ความเครียดเรื่องเพื่อน/ความรัก (OR = 6.4, 95%CI = 5.3 - 7.7) และมีความเครียดเรื่องอื่นๆ (OR =4.6, 95%CI = 3.6-5.9)

เมื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนทั้งหมด ได้แก่ เพศ การมีประวัติรักษาโรคจิตเวชและการมีความเครียดในเรื่องต่างๆ (เรียน/ ครอบครัว/ เพื่อน/ ความรัก/ อื่นๆ) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 1.6, 95%CI = 1.3 - 1.9) อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง (AOR = 0.4, 95%CI = 0.2 - 0.6) มีประวัติโรคจิตเวช (AOR = 1.8, 95%CI = 1.3 - 2.7) มีความเครียดเรื่องเรียน (AOR = 2.54, 95%CI = 2.1 - 3.2) มีความเครียดเรื่องครอบครัว (AOR = 5.4, 95%CI = 4.3 - 6.6) ความเครียดเรื่องเพื่อน/ ความรัก (AOR =2.2, 95%CI =1.8-2.7) และมีความเครียดเรื่องอื่นๆ (AOR = 2.8, 95%CI = 2.1 - 3.8)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงฆ่าตัวตายของเด็กนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัย		Crude		Adjusted	
		OR (95%CI)	p-value	AOR (95%CI)	p-value
เพศ	ชาย	1.0		1.0	
	หญิง	2.6 (2.2-3.1)	<0.001	1.6 (1.3-1.9)	<0.001
อายุ	12-15 ปี	1.0		1.0	
	16-18 ปี	1.1 (0.9-1.3)	0.10		
ระดับชั้น	มัธยมศึกษาตอนต้น	1.0		1.0	
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.1 (0.9-1.3)	0.10		
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ไม่ติดเชื้อ	1.0		1.0	
	ติดเชื้อ	1.0 (0.9-1.2)	0.99		
การรักษาของตนเอง	ไม่ติดเชื้อ/ไม่เคยรับการรักษา	1.0		1.0	
	กำลังรักษา	1.2 (0.6-2.3)	0.54		
	หายดีแล้ว	0.9 (0.8-1.2)	0.88		
ครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ไม่ติดเชื้อ	1.0		1.0	
	ติดเชื้อ	1.2 (1.1-1.5)	0.01		
การรักษาของครอบครัว	ไม่ติดเชื้อ/ไม่เคยรับการรักษา	1.0		1.0	
	กำลังรักษา/ หายดี	1.3 (1.1-1.6)	0.02		
	เสียชีวิต	0.9 (0.5-2.2)	0.99		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงฆ่าตัวตายของเด็กนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (ต่อ)

ปัจจัย		Crude		Adjusted	
		OR (95%CI)	p-value	AOR (95%CI)	p-value
อาศัยอยู่กับ	ไม่ได้อยู่	1.0		1.0	
ผู้ปกครอง	อยู่	0.3 (0.2-0.5)	<0.001	0.4 (0.2-0.6)	<0.001
ประวัติโรคจิตเวช	ไม่มี	1.0		1.0	
	มี	3.0 (2.3-4.1)	<0.001	1.8 (1.3-2.7)	0.002
เครียดเรื่องเรียน	ไม่มี	1.0		1.0	
	มี	9.2 (7.7-10.9)	<0.001	2.5 (2.1-3.2)	<0.001
เครียดเรื่อง	ไม่มี	1.0		1.0	
ครอบครัว	มี	13.3 (11.1-15.9)	<0.001	5.4 (4.3-6.6)	<0.001
เครียดเรื่องเพื่อน/	ไม่มี	1.0		1.0	
ความรัก	มี	6.6 (5.6-7.8)	<0.001	2.2 (1.8-2.7)	<0.001
เครียดเรื่องอื่นๆ	ไม่มี	1.0		1.0	
	มี	4.6 (3.6-5.9)	<0.001	2.8 (2.1-3.8)	<0.001

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร อยู่ที่ร้อยละ 52.5 แบ่งเป็น ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 18.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 15.6 ภาวะซึมเศร้ามากร้อยละ 11.4 และภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 7.3 อย่างไรก็ตาม รายงานผลการประเมินสุขภาพจิตวัยรุ่นในปี 2562 ซึ่งเป็นช่วงก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 พบวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 3.40 และในระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (ปี พ.ศ. 2564 – 2565) พบวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 33.36 ซึ่งเพิ่มสูงมากขึ้นถึง 9.8 เท่า⁶ สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบภาวะซึมเศร้าของนักเรียน/ นักศึกษา สูงถึงร้อยละ 30 ในจำนวนนี้

มีนักเรียนมากกว่าร้อยละ 4 ที่กำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง¹¹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chen et al. ในปี 2020 ที่พบว่าสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ส่งผลให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นถึงร้อยละ 11.78 เนื่องจากวัยรุ่นมีความวิตกกังวลรู้สึกหดหู่ในการปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป¹³

ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ที่เชิงบวกกับการมีภาวะซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงระบาดวิทยาโรคซึมเศร้า ซึ่งมักพบได้ในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในทุกช่วงวัย¹⁴⁻¹⁶ นอกจากนี้การศึกษาในเยาวชนจำนวน 2,966 คน ในสหรัฐอเมริกาและพบว่าในกลุ่มวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นชาย¹⁷ อย่างไรก็ตามวัยรุ่นเป็นช่วงเวลา

ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและทางจิตใจอย่างมาก และภาวะซึมเศร้าก็เป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น การที่ผลการศึกษานี้พบว่า นักเรียนหญิงมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้าสูงนักเรียนชาย สามารถเกิดขึ้นได้จากหลากหลายปัจจัย อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่นของผู้หญิงมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน เช่น เอสโตรเจน/โปรเจสเทอโรน¹⁸ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมสามารถมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ จากการสร้างความกดดันและความเครียด ตลอดจนภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากประสบการณ์ทางสังคมที่น่าเบื่อหน่าย เช่น การโดดเดี่ยวหรือการถูกกลั่นแกล้ง และความคาดหวังทางสังคม¹⁹ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้นักเรียนหญิงมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการพบภาวะซึมเศร้าทั้งสิ้น

การศึกษานี้พบว่า นักเรียนที่อาศัยอยู่กับผู้ปกครองมีความเป็นไปได้ที่สูงขึ้นในการมีภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนที่ไม่อาศัยกับผู้ปกครอง สอดคล้องกับผลการสำรวจผลกระทบต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นจากโครงสร้างครอบครัวในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 พบว่า ถึงแม้วัยรุ่นจะอาศัยกับผู้ปกครอง ซึ่งเป็นสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวที่ไม่พ่อหรือแม่ (เช่น ปู่ย่า ตายาย ญาติหรือครอบครัวเครือขาย) จะมีภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่าคนที่อาศัยกับครอบครัวที่มีผู้ปกครองเป็นพ่อหรือแม่ที่แท้จริง²⁰ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะท้าทายที่เกิดจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้ผู้ปกครองมีความเครียดเพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเด็กและเพิ่ม

ความเป็นไปได้ในการพบภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น²¹

การศึกษาพบว่า การมีประวัติโรคจิตเวชเป็นความสัมพันธ์ที่เชิงบวกกับการมีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายรายการที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชที่มีอยู่เดิมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาที่มีความเครียดหรือวิกฤต การสำรวจผลสุขภาพจิตของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 พบว่า ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชอยู่แต่เดิมจะมีอัตราการแสดงอาการซึมเศร้าที่สูงกว่าคนที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน²² ควรให้ความสำคัญของการให้การดูแลช่วยเหลือที่เป็นพิเศษสำหรับนักเรียนที่มีประวัติโรคจิตเวช โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19

ความเครียดในเรื่องต่างๆ อาทิ การเรียน ครอบครัว และสังคม (เพื่อน/ความรัก) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงการเกิดความเครียดในเรื่องต่างๆ ของชีวิตที่สามารถมีส่วนทำให้อาการซึมเศร้าเกิดขึ้นหรือรุนแรงขึ้น²³ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเครียดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเครียดทางการศึกษา การขัดแย้งในครอบครัว การเป็นเหยื่อจากเพื่อน และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อาจกล่าวได้ว่า การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้เกิดความเครียดจากการเรียนรู้ผ่านระบบทางไกล การปรับความเป็นอยู่ในครอบครัว และการลดการปฏิสัมพันธ์

ทางสังคม ซึ่งอาจมีส่วนทำให้อัตราการซึมเศร้าสูงขึ้นในนักเรียนมัธยมนั่นเอง

นักเรียนมัธยมที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่ระดับ 1 คะแนน จำนวน 699 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 กลุ่มนักเรียนมัธยมที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่ระดับ 2 คะแนน จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 นักเรียนมีความคิดอยากตายหรือไม่อยาก อยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนการประเมินถึงร้อยละ 29.1 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก เมื่อเทียบกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา²⁴⁻²⁵ มีความเป็นไปได้ว่านักเรียนมัธยมกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากอาจมีความคิดไม่อยากอยู่หรือคิดว่าอยากตาย แต่ยังไม่ได้คิดจะฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม เด็กวัยรุ่น/วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะรับข้อมูลจากสื่อและสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายได้มากกว่าผู้ใหญ่ที่อาจนำไปสู่การลอกเลียนแบบได้²⁶ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินซึมเศร้าตระกูล PHQ ในข้อที่ 9 ยังสามารถใช้เป็นตัวพยากรณ์ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้ดี ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงสูงและควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสมทันที²⁷ และจากการสำรวจเรื่องการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยใช้แบบประเมินด้วยตัวเองเช่นเดียวกับการวิจัยนี้มีแนวโน้มที่จะพบสัดส่วนปัญหาการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าการประเมินจากประเมินด้วยวิธีอื่น²⁸ เนื่องจากเป็นคำถามที่มีความอ่อนไหวมากกว่า

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศหญิง การไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครองมีประวัติการรักษาโรคจิตเวช และมีปัญหาความเครียดในเรื่องการเรียน/ ครอบครัว/ เพื่อน/ ความรัก/ อื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ เพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น/

วัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่า วัยรุ่นเพศหญิงจะพบภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้มากกว่าเป็น 2 เท่าของวัยรุ่นเพศชาย²⁹ ซึ่งอาจเป็นผลพวงมาจากความแตกต่างในบทบาทและการเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียด ผู้หญิงมักจะเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์มากกว่า³⁰ การมีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช อาทิ เครียด ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนหรือโรคจิต เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กวัยรุ่น/วัยรุ่น มีโอกาสเกิดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย³¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ความกลัว และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตาม การอาศัยอยู่กับผู้ปกครองถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในทุกมิติในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปกป้องตนเองจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบต่อสุขภาพจิต เด็กที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีทักษะการเผชิญกับปัญหารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ อีกทั้งยังปกป้องการเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้²⁸ แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์ในทางบวกในการศึกษานี้แต่อย่างใด

นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีปัญหาความเครียดในเรื่อง การเรียน/ครอบครัว/เพื่อน/ความรัก/ อื่นๆ มีแนวโน้มพบปัญหาสุขภาพจิตและความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Sangon et al. ในปี 2018 พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .342, p < .01$)²⁸ และการศึกษาในไทย พบว่า นักเรียนที่มีความเครียดในเรื่องใดในระดับปานกลางขึ้นไปจะมีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตและความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่านักเรียนทั่วไปถึง 7.7 เท่า³⁰ อีกทั้งยังสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Social theory) ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ได้ว่า บุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามได้จะเกิดความเครียดและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้³¹

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในหลายประการ อาทิ ข้อมูลทั้งหมดมาจากการรายงานตนเอง (Self-report) ซึ่งแม้จะเป็นการเก็บข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้สูงสุดในกลุ่มวัยรุ่น³¹ แต่ก็เป็นเพียงการให้ข้อมูลด้านเดียว การศึกษาต่อไปควรพิจารณาแนวทางที่ให้ข้อมูลหลากหลายจากผู้ปกครองและครู เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติ ประการต่อมา การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลภาคตัดขวาง นักเรียนถูกประเมินเพียงช่วงเวลาเดียวในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำเป็นต้องมีการศึกษาระยะยาวที่ติดตามวัยรุ่นภายหลังการฉีดวัคซีนและภายหลังการยกเลิกมาตรการกักกันโรค เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตในระยะยาว

สรุป

ความชุกภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายของกลุ่มนักเรียนมัธยมในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าในภาวะปกติ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศหญิง การไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง การมีประวัติการ

รักษาโรคจิตเวช และการมีความเครียดในเรื่องการเรียน/ ครอบครัว/ เพื่อน/ ความรัก/ อื่นๆ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เด็กวัยรุ่น/ วัยเรียนควรได้รับการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตให้กับนักเรียนทุกคนผ่านระบบออนไลน์ และจัดให้มีกิจกรรม โดยมุ่งเน้นในเรื่องการดูแลทางสังคมจิตใจ ตลอดจนสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวและเพื่อน

เอกสารอ้างอิง

1. Günindi Y. The Effect of Online Education on Children's Social Skills during the COVID-19 Pandemic. *International Electronic Journal of Elementary Education*. 2022 Jun;14(5):657-65.
2. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2023 Jul;32(7):1151-77.
3. Hu Y, Qian Y. COVID-19 and adolescent mental health in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health*, 69(1), 26-32. (2021).
4. Power E, Hughes S, Cotter D, Cannon M. Youth mental health in the time of COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 301-305. (2020).

5. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, แพรว ไตลังคะ. มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของการระบาด COVID – 19. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 กรกฎาคม 2564]. แหล่งที่มา: <https://www.thaidmh-elibrary.org/content/7191/มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของการระบาด-covid-19-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspectsof-covid-19-outbreak>
6. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2565]. แหล่งที่มา: <https://checkin.dmh.go.th/dashboard/dash01>
7. United Nations Children’s Fund (UNICEF). The State of the World’s Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health, UNICEF, New York, October 2021.
8. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. J Ment Health Thai [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2564]; ปีที่ 28: 280-291. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/242486>
9. Li SH, Beames JR, Newby JM, Maston K, Christensen H, Werner-Seidler A. The impact of COVID-19 on the lives and mental health of Australian adolescents. European child & adolescent psychiatry. 2022 Sep;31(9):1465-77.
10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of general internal medicine. 2001 Sep;16(9):606-13.
11. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. Journal of Adolescent Health. 2002 Mar 1;30(3):196-204.
12. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย. [Development of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)]. กรุงเทพฯ: ปิยะพันธ์ พับลิชชิ่ง; 2561.
13. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. The lancet. 2012 Mar 17;379(9820):1056-67.
14. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. แหล่งที่มา <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/download/210760/164768/>. (1 มีนาคม 2565).
15. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey–adolescent supplement: Prevalence, correlates, and

- treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44. (2015).
16. Mojtabai, R., Olfson, M., Han, B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 138(6). (2016).
17. Rosenfeld, E. V., Mulye, T. P., Sanchez-Vaznaugh, E. V. Gender disparities in COVID-19 pandemic-related depressive symptoms among adolescents in the United States. *JAMA Pediatrics*, 174(10), 1040-1042. (2020).
18. Ge X, Conger RD, Elder Jr GH. Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental psychology*. 2001 May;37(3):404.
19. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*. 2000 Dec;177(6): 486-92.
20. Elmer T, Mepham K, Stadtfeld C. Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland. *Plos one*. 2020 Jul 23;15(7):e0236337.
21. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in psychology*. 2020 Jul 3;11:1713.
22. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020 Nov 1;59(11):1218-39.
23. Nardi, B., Francesconi, G., Colasante, T. The role of stress in adolescent depression: An integrative review. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1148-1162. (2019)
24. Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., Shear, M. K. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of general psychiatry*, 57(1), 21-27. (2000).
25. Friedrich LS. Gender issues in mental health. Available from: <http://www.minddisorders.com/Flu-Inh/gender-issues-in-mental-health.html>, [Lited15/04/2006]. (2006).
26. Remes, O., Mendes, J. F., Templeton, P. Biological, psychological, and social determinants of depression: a review of recent literature. *Brain sciences*, 11(12), 1633. (2021).
27. ประยูร ศรี ศรีจันทร์, พวงเพชร เกษรสมุทร, วาริรัตน์ ถาน้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

- ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์.
วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563;38(1):86-98.
28. Sangon S, Nintachan P, Kingkaew J. Factors influencing depression in thai disadvantaged adolescents in a province in the central region. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 32(2), 13-38. (2018).
29. โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์, จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(2):(13-3830)
30. Hammen, C. Stress and depression. Annu. Rev. Clin. Psychol., 1, 293-319. (2005).
31. Smith, S. R. Making sense of multiple informants in child and adolescent psychopathology: A guide for clinicians. Journal of psychoeducational assessment, 25(2), 139-149. (2007).clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. J Am Dent Assoc 2018; 149(10):837-49.e19.
32. Meyer-Lueckel H, Paris S. When and How to Intervene in the Caries Process. Oper Dent 2016; 41(S7):S35-S47.