

5-1-2010

## Mental Health and Coping Styles among adolescent offsprings of patients with depressive disorders

J Prownebon

U. Trangkasombat

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

---

### Recommended Citation

Prownebon, J and Trangkasombat, U. (2010) "Mental Health and Coping Styles among adolescent offsprings of patients with depressive disorders," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 54: Iss. 3, Article 10.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol54/iss3/10>

This Modern Medicine is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## สุขภาพจิตและวิธีการจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่น ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จารุรัตน์ เกานินบล\*

อุมาพร ตรังคสมบัติ\*\*

**Prownebon J, Trangkasombat U. Mental Health and Coping Styles among adolescent offsprings of patients with depressive disorders. Chula Med J 2010 May – Jun; 54(3): 289 - 99**

**Objective** : *To study of mental health and coping styles among adolescent offsprings of patients with depressive disorders.*

**Participants** : *Sixty-one subjects from the Out-patient Clinic of the King Chulalongkorn Memorial Hospital and Sritanya Hospital*

**Methods** : *The instruments used in this study consisted of a questionnaire on general information, Thai Mental Health Indicator (TMHI-15) and The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience (Thai version). The data were analyzed by SPSS program at statistical significance of  $P < .05$ .*

**Results** : *1) Most subjects had the same mental health level as that of the general public (39.3%). 2) The most frequent method of coping used by the sample was sleeping (80.3%) the least frequent was getting professional counseling such as a psychiatrist (93.4%). 3) Many methods of coping were significantly associated with mental health such as daydreaming, talking and reasoning with parents etc. 4) Factors found to be significantly related to mental health included grade point average, father's education, people confided in when having problem, relationship with father, relationship with mother, activities with family, number of close friends and peer relationship.*

\* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Conclusion** : *Most adolescents offspring of parents with depressive disorders had mental health scores in the same range as the general public. Many factors and coping styles were associated with good mental health. Promoting these factors and coping styles will help adolescents handle the stress associated with parent's depression more effectively.*

**Keywords** : *Mental Health, Coping styles, Adolescent.*

Reprint request: Prownebon J. Graduate Student in Mental Health, Department of Psychiatry,  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. May 15, 2009.

จารุรัตน์ เกานิบล, อุมพร ตรังคสมบัติ. สุขภาพจิตและวิถีจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2553 พ.ศ. - มี.ย.; 54(3): 289 - 99

**วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต วิธีจัดการกับปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**กลุ่มตัวอย่าง** : บุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 61 คน

**ระเบียบวิธีการวิจัย** : โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คนไทย ฉบับสั้น (TMHI-15) และแบบสอบถามวิถีจัดการกับปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS ที่ระดับนัยสำคัญ  $P < .05$

**ผลการศึกษา** : 1) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป (ร้อยละ 39.3) 2) วิธีจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้บ่อยมากที่สุด ได้แก่ การนอนหลับ (ร้อยละ 80.3) วิธีที่เลือกใช้น้อยที่สุด ได้แก่ ไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่น ๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา (ร้อยละ 93.4) 3) ส่วนวิถีจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การวาดฝันถึงสิ่งอยากจะมี อยากจะเป็น และการพยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับบิดามารดา เป็นต้น 4) ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น คะแนนเฉลี่ยสะสม ระดับการศึกษาของบิดา บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ ความสัมพันธ์กับบิดา ความสัมพันธ์กับมารดา การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว จำนวนเพื่อนสนิทและความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อน ๆ

**ผลสรุป** : บุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป จึงควรมีการสนับสนุน ปัจจัยและวิถีจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพจิตดีให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นที่มีบิดามารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประสบความสำเร็จ

**คำสำคัญ** : สุขภาพจิต, วิธีจัดการกับปัญหา, วัยรุ่น.

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในศตวรรษที่ 21 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของปัญหาสุขภาพทั้งหมด<sup>(1)</sup> และจะมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ โรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและคนใกล้ชิด<sup>(2)</sup> จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดพยาธิสภาพทางจิตใจ เช่น เป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 20.0) จากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โรควิตกกังวล (ร้อยละ 10.7) ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาการปรับตัว การติดสารเสพติด รวมทั้งการพยายามฆ่าตัวตาย<sup>(3-6)</sup> การที่บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวมีความบกพร่อง ส่งผลให้เกิดความเครียด และความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพจิตและวิธีการปรับตัวของผู้ที่มีบิดามารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาระยะสุขภาพจิตและวิธีการปรับตัวของเด็กที่มีบิดาหรือมารดาป่วยด้วยโรคดังกล่าว

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกคนที่ยินยอมให้บุตรเข้าร่วมในงานวิจัย โดยฝากแบบสอบถามให้ผู้ป่วยนำไปให้บุตรของผู้ป่วยทดสอบแล้วส่งกลับมาให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2551 – เดือนธันวาคม 2551

เครื่องมือที่ใช้มี 3 ส่วน ส่วนแรกคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการป่วยของบิดามารดา ส่วนที่ 2 คือ แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator = TMHI-15) ของอภิชัยมงคล<sup>(7)</sup> ซึ่งประกอบด้วยข้อความ 15 ข้อ โดยให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์หรือความคิดเห็นและความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใดในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เป็น

คำถามด้านบวก 12 ข้อ และคำถามด้านลบ 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด คุณสมบัติทางสถิติของเครื่องมือพบว่ามีความ Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.70 เครื่องมือส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามวิธีจัดการกับปัญหา ซึ่งได้แปลมาจาก A-Cope (The Adolescent Coping Orientation for Problem Experience) ของ McCubbin, Patterson และ Harris (1981) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ตรีนุช ธงไชย<sup>(8)</sup>(2540) มีข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อเกี่ยวกับวิธีแก้ไขปัญหา โดยมีตัวเลือก 3 ข้อคือ น้อย (เลือกเฉพาะคำตอบ นาน ๆ จะรู้สึกครั้งหรือไม่เคยเลย) ปานกลาง มาก (เลือกคำตอบบ่อย ๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ หรือ เป็นประจำสม่ำเสมอ) มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.66

### ผลการศึกษา

#### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน เป็นบุตรของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive Disorders) มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี อายุเฉลี่ย 14.4 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.7) เป็นเพศชายและหญิงในอัตรา 2 : 1 ร้อยละ 49.2 มีผลการเรียนอยู่ระหว่าง 3.01- 4.00 ส่วนใหญ่มีจำนวนพี่น้องไม่เกิน 2 คน บิดามารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 80.3 ทั้งบิดาและมารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.2 และ 31.1 ตามลำดับ บิดาของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.3 อาชีพมารดาคือ ค่าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.5 ครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 60.7 คิดว่าสถานะทางการเงินในครอบครัว อยู่ในเกณฑ์เพียงพอเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ในอาการป่วยของบิดามารดามีเพียง 21 คน (ร้อยละ 35.0) และคิดว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษา 17 คน (ร้อยละ 81.0) อาการเหมือนเดิม 4 คน (ร้อยละ 19.0) และรับรู้การป่วยมานานมากกว่า 5 ปี 4 คน

(ร้อยละ 19.0) ประมาณ 3-5 ปี 9 คน (ร้อยละ 42.9) และประมาณ 1-3 ปี 8 คน (ร้อยละ 38.1) ในแต่ละวันกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วย น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน 9 คน (ร้อยละ 42.9) มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน 12 คน (ร้อยละ 57.1)

### ภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator = TMHI-15) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 31.23 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.18) ซึ่งอยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป

เมื่อแบ่งระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยใช้คะแนนเฉลี่ยของคนทั่วไปเป็นเกณฑ์ พบว่า 24 คน (ร้อยละ 39.3) มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป 22 คน (ร้อยละ 36.1) มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป และ 15 คน (ร้อยละ 24.6) มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป

### วิถีจัดการกับปัญหา

วิถีจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก (เลือกเฉพาะคำตอบบ่อย ๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ หรือ เป็นประจำสม่ำเสมอ) ได้แก่ การนอนหลับ (ร้อยละ 80.3) การกินอาหารที่ชอบ (ร้อยละ 77.0) การดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 77.0) การพยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น (ร้อยละ 75.4) และการพยายามใกล้ชิดกับคนที่รักและเป็นห่วง (ร้อยละ 75.4) ส่วนวิถีจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้น้อยที่สุด 5 อันดับแรก (เลือกเฉพาะคำตอบนาน ๆ จะมีสักครั้งหรือไม่เคยเลย) ได้แก่ การไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา (ร้อยละ 93.4) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 91.8) การปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา (ร้อยละ 86.9) การขับรถยนต์หรือนั่งรถประจำทางไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีจุดหมาย (ร้อยละ 82.0) และการใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ (ร้อยละ 80.3) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. แสดงความถี่ของวิถีจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้

วิถีจัดการกับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้	ความถี่		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
<b>วิถีที่เลือกเฉพาะคำตอบบ่อย ๆ แต่ไม่สม่ำเสมอ หรือ เป็นประจำสม่ำเสมอ</b>			
1. นอนหลับ	9.8	9.8	80.3
2. กินอาหารที่ชอบ	8.2	14.8	77.0
3. ดูโทรทัศน์	13.1	9.8	77.0
4. พยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น	9.8	14.8	75.4
5. พยายามใกล้ชิดกับคนที่ท่านรักและเป็นห่วง	8.2	16.4	75.4
<b>วิถีที่เลือกเฉพาะคำตอบส่วนนาน ๆ จะมีสักครั้งหรือไม่เคยเลย</b>			
1. ไปหาผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาอื่น ๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา	93.4	6.6	0.0
2. สูบบุหรี่	91.8	4.9	3.3
3. ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา	86.9	13.1	-
4. ขับรถยนต์หรือนั่งรถประจำทางไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีจุดหมาย	82.0	4.9	13.1
5. ใช้ยาที่ได้รับจากแพทย์ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ	80.3	13.1	6.6

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับ ภาวะสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับคะแนนภาวะสุขภาพจิต โดยวิธี Independent Samples T-Test และ One-Way ANOVA พบว่าปัจจัยที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดย  $p < 0.05$  ได้แก่ ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา ระดับการศึกษาของบิดา บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ ความสัมพันธ์กับบิดา ความสัมพันธ์กับมารดา การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว จำนวนเพื่อนสนิท และความสัมพันธ์โดยรวมกับเพื่อน ๆ ส่วนปัจจัยที่ไม่แตกต่างกับภาวะซึมเศร้า คือ เพศ จำนวนพี่น้อง การศึกษาของมารดา อาชีพของบิดาและมารดา เป็นต้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2, 3

### ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีจัดการกับปัญหา กับภาวะสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีจัดการกับปัญหา กับคะแนนภาวะสุขภาพจิต โดยวิธี One-Way ANOVA พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ได้แก่ การจัดระบบชีวิตและสิ่งต่าง ๆ ที่จะต้องทำการพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยลงเงินตนา การว่าจะแก้ปัญหาต่าง ๆ หรือลดความเครียดอย่างไร การปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่ การวาดฝันถึงสิ่งอยากจะทำให้เกิดขึ้น การพยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา การพยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับบิดามารดา การพูดแต่สิ่งดี ๆ กับคนอื่น การพูดคุยกับบิดาถึงสิ่งที่กังวล การปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา การรับประทานยาที่ได้รับจากแพทย์ การทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ การอ่านหนังสือที่ชอบ และการร้องไห้ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนภาวะสุขภาพจิต โดยใช้วิธี Independent Sample T-Test วิเคราะห์

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		t	df	sig
		Mean	S.D.			
<b>เพศ</b>						
ชาย	41	30.51	6.245	-1.305	59	.197
หญิง	20	32.70	5.930			
<b>อายุ</b>						
13 – 15 ปี	48	31.08	6.260	-.352	59	.726
16 – 18 ปี	13	31.77	6.099			
<b>คะแนนเฉลี่ยสะสมในภาคเรียนที่ผ่านมา</b>						
ต่ำกว่า 2.00	5	21.80	3.899	-3.975	59	.001*
2.00 - 4.00	56	32.07	5.637			
<b>บุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องที่ไม่สบายใจ</b>						
บุคคลภายในครอบครัว	40	29.33	6.411	-3.645	59	.001*
บุคคลภายนอกครอบครัว	21	34.86	3.665			
<b>จำนวนเพื่อนสนิทของท่าน</b>						
1 - 5 คน	25	29.32	6.019	-2.064	59	.043*
5 คนขึ้นไป	36	32.56	6.021			
<b>ความสัมพันธ์โดยรวมของท่านกับเพื่อน ๆ</b>						
สนิทสนมกันดี	30	33.70	5.247	3.317	59	.002*
ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง	31	28.84	6.149			

ตารางที่ 3. แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนภาวะสุขภาพจิต โดยใช้วิธี One-Way ANOVAวิเคราะห์

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
ระดับการศึกษาของบิดา					
ไม่ได้เรียน - ประถมศึกษา	16	30.50	5.842	3.123	.022*
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	29.00	7.095		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	12	34.50	4.296		
อนุปริญญา/ ปวส.	5	25.60	6.877		
ปริญญาตรี-สูงกว่าปริญญาตรี	15	33.20	5.116		
ความสัมพันธ์กับบิดา					
ดี	30	33.17	5.522	7.420	.001*
ปานกลาง	24	30.88	5.127		
ไม่ดี	7	24.14	7.493		
ความสัมพันธ์กับมารดา					
ดี	36	33.28	5.558	7.625	.001*
ปานกลาง	21	29.19	5.671		
ไม่ดี	4	23.50	5.508		
การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว					
ทุกวัน/สัปดาห์ละ5-7 วัน	35	33.14	5.611	6.438	.003*
สัปดาห์ละ3-5 วัน	9	31.56	3.644		
สัปดาห์ละ1-3 วัน/ไม่เคย	17	27.12	6.613		

### วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต และวิถีจัดการกับปัญหา ในบุตรวัยรุ่นที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ผลศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง ได้รับคำแนะนำในการปรับตัว ทำให้มีความรุนแรงของโรคน้อยลง การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจึงส่งผลกระทบต่อบุตรไม่มาก นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องฝากแบบสอบถามไปกับผู้ป่วยซึ่งเป็นบิดา หรือ มารดาของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ป่วยจะต้องอธิบายการตอบแบบสอบถามให้บุตรของตนเองเข้าใจ รวมทั้งส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ สำหรับผู้ป่วยที่การดำเนินของโรค

ค่อนข้างรุนแรง จะปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยทันทีที่ทราบรายละเอียด จึงทำให้ข้อมูลที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลจากบุตรของผู้ป่วยที่มีอาการไม่ค่อนรุนแรง ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงแตกต่างจากงานวิจัยที่ทำการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าบุตรของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงสูงที่จะมีพยาธิสภาพทางจิต เกิดอาการซึมเศร้า มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย วิดกกังวล การใช้เสพยาเสพติดสูง มีพัฒนาการในการตอบสนองนาน มีปัญหาในด้านการปรับตัวทางสังคมและอารมณ์ ขาดความเชื่อมั่นต่อบิดามารดา<sup>(9-13)</sup>

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมสูง มีความสัมพันธ์กับบิดาและมารดาอยู่ในระดับดี มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวทุกวัน จะมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี แสดง



ตารางที่ 4. แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตจำแนกตามข้อมูลวิธีการจัดการกับปัญหา โดยใช้ One-Way ANOVA วิเคราะห์

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
1. จัดระบบชีวิตและจัดระบบสิ่งต่างๆ ที่จะต้องทำ					
น้อย	16	29.19	6.575	5.649	.006*
ปานกลาง	20	29.15	6.046		
มาก	25	34.20	4.899		
2. พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยลองจินตนาการว่าจะแก้ปัญหาดังๆ หรือลดความเครียดอย่างไร					
น้อย	11	28.09	5.991	3.757	.029*
ปานกลาง	16	29.56	5.059		
มาก	34	33.03	6.245		
3. ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือกฎระเบียบของพ่อแม่					
น้อย	6	30.00	6.603	3.152	0.050*
ปานกลาง	20	28.75	6.742		
มาก	35	32.86	5.386		
4. วาดฝันถึงสิ่งท่านอยากจะมี อยากจะให้เป็น					
น้อย	4	28.00	6.976	3.781	.029*
ปานกลาง	16	28.31	5.896		
มาก	41	32.68	5.833		
5. พยายามช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา					
น้อย	5	24.60	4.980	6.638	.003*
ปานกลาง	22	29.55	5.966		
มาก	34	33.29	5.557		
6. พยายามใช้เหตุผลและพูดคุยประนีประนอมกับพ่อแม่					
น้อย	5	26.60	4.879	3.804	.028*
ปานกลาง	16	29.06	5.882		
มาก	40	32.68	6.019		
7. พุดแต่สิ่งดี ๆ กับคนอื่น					
น้อย	9	26.33	4.153	5.444	.007*
ปานกลาง	15	29.80	6.109		
มาก	37	33.00	5.940		
8. พุดคุยกับคุณพ่อถึงสิ่งที่กังวล					
น้อย	23	28.13	5.934	8.061	.001*
ปานกลาง	19	31.16	5.294		
มาก	19	35.05	5.349		

ตารางที่ 4. แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตจำแนกตามข้อมูลวิถีจัดการกับปัญหา โดยใช้ One-Way ANOVA วิเคราะห์ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนสุขภาพจิต		F	sig
		Mean	S.D.		
9. <b>ปรึกษาและพูดคุยกับพระสงฆ์ นักสอนศาสนา</b>					
น้อย	53	31.92	5.919	5.491	.023*
ปานกลาง	8	26.63	6.278		
มาก					
10. <b>ใช้จ่ายที่รับจากแพทย์ เช่นยาแก้ปวด ยานอนหลับ</b>					
น้อย	49	31.86	5.653	5.028	.010*
ปานกลาง	8	25.50	7.231		
มาก	4	35.00	4.243		
11. <b>หันไปทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ</b>					
น้อย	10	26.20	6.321	4.422	.016*
ปานกลาง	13	32.00	4.282		
มาก	38	32.29	6.173		
12. <b>อ่านหนังสือที่ชอบ</b>					
น้อย	11	27.45	5.298	4.073	.022*
ปานกลาง	7	28.71	7.204		
มาก	43	32.60	5.811		
13. <b>ร้องไห้</b>					
น้อย	39	32.18	6.104	3.298	.044*
ปานกลาง	14	31.43	5.360		
มาก	8	26.25	6.205		

ให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถใช่เป็นเกราะป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของบิดาหรือมารดาได้ จึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในเด็กที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และแนะนำให้บิดาหรือมารดาหาวิธีส่งเสริมให้เด็กกลุ่มนี้รักษาระดับของผลการเรียนให้ดีเช่นเดิมหรือดีกว่าเดิม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนต่ำ อาจเนื่องมาจากการได้รับผลกระทบจากการป่วยของบิดามารดา หรืออาจมีอาการของโรคซึมเศร้าแบบซ่อนเร้นก็ได้ เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางพันธุกรรม บุตรที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูง

กว่าคนทั่วไป จึงควรมีการติดตามและประเมินภาวะโรคซึมเศร้าต่อไปด้วย นอกจากการดูแลในด้านผลการเรียนแล้ว ควรมีการฝึกทักษะให้มีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรวัยรุ่น เสนอแนะให้มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เช่นการรับประทานอาหารร่วมกัน การดูโทรทัศน์ ทุกวัน เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ให้เกิดขึ้นในครอบครัว นอกจากปัจจัยทางด้านครอบครัวแล้ว เพื่อนก็มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับดี มีเพื่อนสนิทมากกว่า 5 คนจะมีค่าสุขภาพจิตดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกเพื่อนเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ

จะมีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มที่เลือกบิดามารดาเป็นที่ปรึกษา เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่เพื่อนมีอิทธิพล และมีความสำคัญมาก เพราะฉะนั้นเราควรสนับสนุนให้วัยรุ่นมีกิจกรรม สันทนาการนอกหลักสูตร การมีนัดกับเพื่อนในกิจกรรมที่ดี สร้างกลุ่มเพื่อนที่เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อให้เพื่อนเป็นเกราะป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของบิดาหรือมารดาอีกทางหนึ่งหากความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดีก็อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นได้ ที่สำคัญเราจะต้องให้การดูแลระดับประคองบุตรของผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพไม่ดีทั้งกับบิดามารดา กับเพื่อน เป็นพิเศษ เนื่องจากอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาทางสุขภาพจิตในอนาคตได้

สำหรับวิธีจัดการกับปัญหาอันได้แก่ การนอนหลับ การกินอาหารที่ชอบ ดูโทรทัศน์ การพยายามปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น และการพยายามใกล้ชิดกับคนที่รัก ถึงแม้ว่าจะเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้มากที่สุด แต่วิธีดังกล่าวน่าจะไม่ได้ผลกับวัยรุ่นกลุ่มนี้ เพราะการใช้วิธีนี้มาก หรือน้อยก็ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต แต่การศึกษานี้พบว่าวิธีจัดการกับปัญหาบางวิธีที่เราสามารถส่งเสริมให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ นำไปใช้เพื่อให้พวกเขามีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้ เช่น การฝึกให้เขารู้จักจัดระบบสิ่งต่าง ๆ ที่จะต้องทำ หัดให้พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ให้ลองคิดวิธีแก้ปัญหาด่าง ๆ เพื่อที่จะลดความเครียด วาดฝันถึงสิ่งอยากจะทำให้เกิดขึ้น สอนให้รู้จักช่วยเหลือผู้อื่นแก้ปัญหานี้ แนะนำให้ใช้เหตุผลพูดคุยกับบิดามารดา ปฏิบัติตามกฎระเบียบของบิดามารดาอย่างสม่ำเสมอ ให้อภัยแต่สิ่งดี ๆ กับคนอื่น ฝึกทักษะให้รู้จักพูดคุยกับบิดาถึงสิ่งที่กังวล สนับสนุนให้ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ เช่นการอ่านหนังสือ หรือการรับประทานยาที่ได้รับจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอเช่นกัน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเหล่านี้เป็นประจำ จะมีภาวะสุขภาพจิตดีอย่างเห็นได้ชัด แต่ควรเฝ้าระวังบุตรของผู้ป่วยที่ชอบร้องไห้บ่อย ๆ เพราะกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มักมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำ อาจเป็นอีกกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาทางสุขภาพจิตในอนาคตได้เช่นกัน

## สรุป

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรวัยรุ่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับค่าเฉลี่ยของคนทั่วไป การสนับสนุนปัจจัยที่ดีและใช้วิธีจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตดี และประสบความสำเร็จได้

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยและบุตรของผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัยด้วยดีตลอดในครั้งนี้

## อ้างอิง

1. Doris A, Ebmeier K, Shajahan P. Depressive illness. *Lancet* 1999 Oct 16; 354(9187): 1369-75
2. Sampson SM, Mrazek DA. Depression in adolescence. *Curr Opin Pediatr* 2001 Dec; 13(6):586-90
3. Davies PT, Windle M. Gender-Specific Pathways Between Maternal Depressive Symptoms, Family Discord, and Adolescent Adjustment. *Developmental Psychology* 1997 Jul; 33(4): 657-68
4. Billings AG, Moos RH. Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: A social-environmental perspective. *J Abnorm Child Psychol* 1983 Dec; 11(4): 63-85
5. Weissman M, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *Am J Psychiatry* 2006 Jun; 163(6): 1001-8
6. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM,

- Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986 May 3; 292(6529) :1165-7
7. อภิชาติ มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เชษฐ, ไชติศักดิ์ วรวรรณจุฑา, ระพีพร แก้วคอนไทย. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2547
8. ตรีนุช ธงไชย. ปัญหาความเครียดภายในครอบครัวและวิธีการจัดการกับปัญหาของวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงดูเพียงคนเดียว และครอบครัวปกติ: ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540
9. Bhat AS, Srinivasan K. Psychopathology in the Adolescent Offspring of Parents with Panic Disorder and Depression. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health* 2006; 2(4): 100-7
10. Jason LH, Judy G. Relation of Intelligence and Religiosity to Depressive Disorders in Offspring of Depressed and Nondepressed Mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(5):578-86
11. Pilowsky D, Wickpramaratne P, Nomura Y, Weissman MM. Family Discord, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring 20-Year Follow-up. *J Am Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006 Apr; 45(4): 452 - 60
12. Hammen C, Brennan PA, Shih JH. Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004 Aug; 43(8): 994-1002
13. Lieb R, Isensee B, Hofler M. Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring. *Arch Gen Psychiatry* 2002 Apr; 59(4): 365-74