

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น
อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี



นางสาวสุรางคณา คงเพชร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

PREVALENCE OF DEPRESSION AND CONDUCT BEHAVIORS FOR ADOLESCENT
(10-15 YEARS OLD), AT RAJVITHI HOME FOR GIRL

Miss Surangkana Kongphet

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความชุกของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ใน
วัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถาน
สงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

โดย

นางสาวสุรางคณา คงเพชร

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ นายแพทย์ สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไชยณ นภารัตน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(อาจารย์ แพทย์หญิง ปรีชวัน จันทร์ศิริ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ นายแพทย์ สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(แพทย์หญิง วรางคณา รักษ์งาน)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สรุจกคณา คงเพจร : ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงคในวัยรุ่นน
อายุระหวาง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวถถ.
(PREVALENCE OF DEPRESSION AND CONDUCT BEHAVIORS FOR
ADOLESCENT (10-15 YEARS OLD), AT RAJVITHI HOME FOR GIRL) อ.ที่ปรถกษา
วถถยานพนธ์หลัก: อ. นพ. สมรฤกษ สันตถเบญจกุล, 122 หน้า.

วถถอุประสงค : เพื่อศถกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค, บัจจย
ที่เกยวข้อง กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงคและศถกษาความสัมพันธ์ระหวางภาวะ
ซึมเศร้ากับพฤติกรรม ไม่พึงประสงค ในวัยรุ่นนอายุระหวาง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถาน
สงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวถถ

วถถการศถกษา : การวถถยชงพรธนา ณ จุดเวลาใดเวลาหน่ง (Cross-sectional
Descriptive Study) เกบรวบรวบข้อมูลจากผู้รับบริการที่มีอายุระหวาง 10-15 ปี ที่มารับบริการ
ที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิง บ้านราชวถถถ ถานวน 119 คน โดยเกบกลุ่มตัวอย่างจากถานวน
ผู้รับบริการทงหมด เครื่องมือ ในการศถกรองมทงหมด 3 ชุด ได้แก 1) แบบสอบถามข้อมูลพ่นฐาน
2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยตนเอง Children's Depression Inventories 3) แบบ
ประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strength and Difficulties Questionnaire ฉบับผู้ปกครอง สถถถถถ
ใช้ในการวถถระหข้อมูลประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลย ส่วนเบยงเบนมาตรฐาน โดยใช Ch-
Square ในการวถถระหบัจจยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค
และวถถระหความสัมพันธ์ระหวางภาวะซึมเศร้าและ พฤติกรรมไม่พึงประสงค

ผลการศึกษา : พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนอายุระหวาง 10-15 ปี ร้อย
ละ 52.9 , อัตราความชุกของพฤติกรรมไม่พึงประสงค ร้อยละ 12.6 และพบความชุกของการเกด
ทงภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมไม่พึงประสงค ร้อยละ 10.1 โดยระดับการศึกษาของผู้รับบริการม
ความสัมพันธ์กับ คะแนนรวมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา, พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรม
ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน อย่างม่นัยสำคัญทางสถถถถถระดับ $p < 0.01$ นอกจากนถถถถพบวภาวะ
ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมไม่พึงประสงคในระดับที่น้อย ($p > 0.05$)

สรุป : ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงคจากการศถกษาในครถถถถสูง
กว่า การศถกษาอ่นๆในวัยรุ่นนทวไป การทรบบัจจยเลยงจะช่วยให้บุคคลหรือหน่วยงานที่เกยวข้อง
สามารถ วางแผน ช่วยเหลือ แกไข และบองกันได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ภาควถถษา จถถเวษศาสตร

ลายมือช่อ นถถถถ

สาขาวิชา สุขภาพจถถ

ลายมือช่อ อ.ที่ปรถกษาวถถยานพนธ์หลัก

ปีการศึกษา 2556

5574180330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: PREVALENCE / DEPRESSION / CONDUCT BEHAVIOR

SURANGKANA KONGPHET: PREVALENCE OF DEPRESSION AND CONDUCT BEHAVIORS FOR ADOLESCENT (10-15 YEARS OLD), AT RAJVITHI HOME FOR GIRL. ADVISOR: LECTURER SOMRUK SUNTIBENCHAKUL, M.D., 122 pp.

Objective : To study the prevalence of depression and conduct behaviors associated factors relations between depression and conduct behaviors among adolescents (10-15 yearsold) at Rajvithi Home for Girls.

Method : Data were collected from 119 adolescents (10-15 years old) from all girls at Rajvithi Home for Girls. There are 3 sets of instruments, namely:1) General background, 2) Children's Depression Inventories; 3) The Strength and Difficulties Questionnaire for parent. Statistical analyses consisted of percentage, mean, standard deviation. Chi-Square was used to examine the associated factors with depression and conduct behaviors and relations between depression and conduct behaviors.

Result : The overall prevalence of depression, conduct behavior and comorbidity (depression and conduct behavior) in adolescents (10-15 years old) at Rajvithi Home for Girls were 52.9%, 12.6% and 10.1%, respectively. Their education was significantly related to their total difficulties score, emotional symptoms scale and peer problems scale ($p < 0.01$). Furthermore, depression related to conduct behavior at low level ($p > 0.05$).

Conclusion : In this study, the prevalence of depression and conduct behaviors were higher than other studies. The finding of the risk factor will help related persons or organization for providing an appropriate assistance.

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ สมรักษ์ สันติเบญจกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้เสียสละเวลาให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้ข้อคิดเห็น อันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย พร้อมทั้งกรุณาตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของการทำวิทยานิพนธ์ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์แพทย์หญิง ปรีชวัน จันทศิริ ที่ให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และแพทย์หญิง วรางคณา รักษา งาน ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย และกรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำ คำปรึกษา และความรู้เรื่องโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นความรู้ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อูมาพร ตรังคสมบัติ และนายแพทย์ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ที่อนุญาตให้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก ฉบับภาษาไทย และแพทย์หญิง พรรณพิมล หล่อตระกูล และนายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล ที่อนุญาตให้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็ก ฉบับภาษาไทย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี เจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการทุกคนที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง คอยให้การช่วยเหลือให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่แก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

ท้ายนี้ผู้วิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือ และให้ความสะดวกระหว่างที่ผู้วิจัยเข้ามาศึกษา รวมถึงกำลังใจจากเพื่อนๆที่ปรึกษาโท สาขาสุขภาพจิตรุ่นที่ 25 ทุกท่าน และสุดท้ายขอบคุณกำลังใจจากคุณลุง ที่ให้ความรัก ให้ความรู้ ให้ความหวังดี และให้ความเป็นห่วงซึ่งกันและกันเสมอมา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการศึกษา.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
พัฒนาการของวัยรุ่น.....	7
พัฒนาการทางร่างกาย.....	7
พัฒนาการทางอารมณ์.....	8
พัฒนาการทางสังคม.....	10
พัฒนาการทางสติปัญญา	10
พัฒนาการทางจริยธรรม.....	12
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	12
ความหมายของภาวะซึมเศร้า	12
สาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	14
ประเภทของภาวะซึมเศร้า	16
ระดับของภาวะซึมเศร้า	18

อาการของภาวะซีมเศร้า.....	19
การประเมินภาวะซีมเศร้า.....	21
ภาวะซีมเศร้าในวัยรุ่น.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในวัยรุ่น.....	28
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์.....	36
ความหมายของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์.....	36
สาเหตุของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์.....	37
ประเภทของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์.....	38
ระดับของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์.....	39
ลักษณะของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์.....	39
การประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์.....	42
พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์.....	48
การทารุณกรรมและทอดทิ้งเด็ก.....	51
แนวคิดด้านพัฒนาการและความต้องการพื้นฐานของเด็กในสถานสงเคราะห์.....	54
ข้อมูลพื้นฐานสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี.....	56
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	60
รูปแบบการวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เป็นค่าความถี่ และค่าร้อยละในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี	67
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี	70
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพรวมของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี	71
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรายด้านของพฤติกรรมในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี	72
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคะแนนรวมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี.....	77
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคะแนนตามรายด้านพฤติกรรมในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	86
สรุปผลการวิจัย	86
อภิปรายผลการวิจัย	88
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	96
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	96
รายการอ้างอิง	97
ภาคผนวก.....	105
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	128

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
รูปที่ 2	แผนภูมิแสดงค่าร้อยละของระดับอาการซึมเศร้าตามเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า CDI ใน กลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 63 คน.....	83
รูปที่ 3	แผนภูมิแสดงจำนวนตามรายด้านพฤติกรรมตามเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า SDQ ใน วัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี จำนวน 119 คน.....	84



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	33
ตารางที่ 2	สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	35
ตารางที่ 3	สรุปความชุกของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น	47
ตารางที่ 4	สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น	48
ตารางที่ 5	สรุปความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น	50
ตารางที่ 6	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและการเกิดโรคทางจิตเวช	67
ตารางที่ 7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	70
ตารางที่ 8	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนรวมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	71
ตารางที่ 9	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านอารมณ์ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	72
ตารางที่ 10	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	73
ตารางที่ 11	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	74
ตารางที่ 12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	75
ตารางที่ 13	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	76
ตารางที่ 14	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคะแนนรวมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	77
ตารางที่ 15	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมด้านอารมณ์ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	78
ตารางที่ 16	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	78
ตารางที่ 17	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	79
ตารางที่ 18	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	79

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ใน วัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square	80
ตารางที่ 20 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรม	81



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

เด็กและเยาวชนจัดเป็นทรัพยากรบุคคลกลุ่มหนึ่งที่สำคัญ และเป็นรากฐานของประเทศ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล⁽¹⁾ ได้คาดประมาณ จำนวนประชากร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ว่า จำนวนประชากรทั้งประเทศ 64,413,000 คน โดยมีประชากรวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) มีจำนวน 12,892,000 คน และประชากรวัยเรียน (6-21 ปี) มีจำนวน 15,092,000 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่า กลุ่มประชากรเด็กและเยาวชนมีจำนวนที่มากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งประเทศ

จากรายงานของ National Committee for the Prevention of Child Abuse ในสหรัฐอเมริกา ปี 1992 พบว่ามีเด็กถูกทอดทิ้งสูงถึง 3 ล้านราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1.17 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีเด็กตายจากการถูกทอดทิ้งประมาณ 2,000 ถึง 4,000 รายต่อปี เด็กที่ถูกทอดทิ้งรายใหม่ต่อปี ประมาณ 15,000 ถึง 200,000 ราย⁽²⁾ สำหรับในประเทศไทยนั้น พบข้อมูลจากกลุ่มวางแผนและพัฒนากิจการโครงการพัฒนาสังคม สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม (สสช.)⁽³⁾ ได้ทำการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ จำนวน 43,470 ครัวเรือน ระหว่าง ธันวาคม พ.ศ.2548 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2549 ผลการสำรวจ พบว่า ประเทศไทยมีเด็กอายุ 0 - 17 ปี ที่เป็นเด็กกำพร้าและเด็กที่อยู่ในภาวะเสี่ยง คือ เด็กที่พ่อแม่ป่วยเรื้อรังหรือเสียชีวิต ร้อยละ 7.4 คิดเป็น 1,295,121 คน แบ่งเป็นเด็กกำพร้า ร้อยละ 4.7 และเด็กที่อยู่ในภาวะเสี่ยง ร้อยละ 2.7 เมื่อทำการศึกษาว่า เด็กกำพร้าหรือเด็กที่อยู่ในภาวะเสี่ยงในประเทศไทยได้รับการช่วยเหลือในเรื่องใดบ้าง พบว่า ร้อยละ 78.6 ของเด็กเหล่านี้ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือใดๆเลย และได้รับความช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 21.4 โดยความช่วยเหลือทางสภาพจิตใจและปัจจัยทางสังคม ได้รับเพียง ร้อยละ 1.5 ด้านสิ่งของ ร้อยละ 3.1 ด้านการศึกษา ร้อยละ 9.9 ด้านการแพทย์ ร้อยละ 13.5 และเด็กที่ได้รับการช่วยเหลือทุกด้านเพียง ร้อยละ 0.1 จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนเด็กที่ถูกทอดทิ้งและควรได้รับความช่วยเหลือยังมีอยู่จำนวนมาก

จากสถิติผู้รับบริการของสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ประจำเดือนกันยายน 2555⁽⁴⁾ รวมทั้งสิ้น 380 ราย ซึ่งเป็นตัวเลขที่สะท้อนถึงการขาดความเอาใจใส่ ในการให้ความรัก ความอบอุ่นต่อเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครองในปัจจุบัน และมีการปล่อยปละละเลยหรือการทำร้ายทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจ อันเป็นปัญหาที่สังคมควรจะให้การตระหนักและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ซึ่งผู้รับบริการอาจมีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วย แต่ยังคงขาดการติดตามและการดำเนินการเกี่ยวกับการบำบัดหรือหาปัจจัยและแนวทางแก้ไขต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

การเกิดโรคทางจิตเวชในเด็กนั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การที่เด็กถูกทอดทิ้งก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชในเด็กเป็นอย่างมาก สภาพปัญหาทางสุขภาพจิตของเด็กไทยจากกรมสุขภาพจิตพบว่าเด็กถูกทอดทิ้ง 3.7 แสนครัวเรือน⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ พรทิพย์ และคณะ (อ้างใน ดวงทิพย์ ชีรวิทย์)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในสถานศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าเด็กและเยาวชนมีภาวะซึมเศร้าในระดับมากถึงระดับรุนแรงจากร้อยละ 85 เป็น ร้อยละ 67.50 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าเด็กและเยาวชนมีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติถึงเครียดมาก ลดลงจากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 32.50 ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดกิจกรรมในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.60 นอกจากนี้ สุนีย์ ยอดเยี่ยม⁽²⁾ พบว่าปัญหาการถูกละเลยและการถูกทอดทิ้งสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์และอาการทางจิต เด็กที่ถูกละเลยทางร่างกายและทางเพศจะมีปัญหาทางจิตใจได้หลายอย่าง เช่น วิตกกังวล มีพฤติกรรมรุนแรง มีความคิดหวาดระแวง ซึมเศร้า (Depression) และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ จินตนา นนทะเปาระยะ⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า เด็กในสถานสงเคราะห์ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ไม่ทั่วถึงเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่อยู่กับครอบครัว ทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) และขาดความรู้สึกผูกพัน (bonding) ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้เป็นพื้นฐานการสร้าง ความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจในอนาคต ปัญหาที่น่าวิตกว่าจะเกิดขึ้นตามมาคือ “ภาวะซึมเศร้า (Depression)” โดยการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในเด็กที่พบบ่อยคือ เด็กจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและเด็กจะแสดงออกทางพฤติกรรมกลายเป็นคนชอบทะเลาะ ก้าวร้าวต่อต้าน (Conduct Behavior) และหงุดหงิดง่าย

Depression เป็นภาวะอาการที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น โดยพบว่ามี ความชุกร้อยละ 0.6-1.7 ในเด็กวัยเรียน และร้อยละ 1.6-8.0 ในวัยรุ่น โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ประมาณ 1:1 ในวัยเด็ก และเป็น 1:2 หลังจากเข้าสู่วัยรุ่น พบว่าความชุกของภาวะอาการในกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก การศึกษาในประเทศไทยพบว่า depression behaviors มีความชุก ร้อยละ 7.1 ในเด็กวัยเรียน และพบว่า วัยรุ่นร้อยละ 13.3 มีปัญหาอารมณ์ซึมเศร้าที่รุนแรง depression behaviors เป็นภาวะอาการที่มีผลกระทบต่อเด็กและวัยรุ่นอย่างมาก และผู้ป่วย depression มักเป็นโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย โดยพบว่ามีพฤติกรรม conduct behavior เป็นร้อยละ 10-80 ในผู้ป่วยซึมเศร้า ร้อยละ 40-90⁽⁸⁾

โดยการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกศึกษากลุ่มวัยรุ่น อายุ 10-15 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน ทำให้ต้องมีการปรับตัวหลายด้านพร้อมๆกันจึงเป็นวัยที่จะเกิดปัญหาได้มากและเนื่องจากเด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ มักมีระดับพัฒนาการทางด้านสติปัญญาที่ช้ากว่าเด็กที่อยู่กับครอบครัว การศึกษาเพื่อการคัดกรองครั้งนี้จึงจำเป็นต้องประเมินระดับพัฒนาการทางสติปัญญาของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับแบบคัดกรอง โดยตามทฤษฎีพัฒนาการตามแนวคิด Jean Piaget นั้นวัยรุ่นเป็นวัยที่สามารถเรียนรู้ เข้าใจเหตุการณ์ต่างๆได้ลึกซึ้งแบบ abstract thinking มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์และสังเคราะห์สิ่งต่างๆได้มากขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10 - 15 ปี สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์มากกว่าเด็กที่อยู่กับครอบครัว เพื่อหาขนาดของความชุกที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10 - 15 ปี สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี อีกทั้งยังเป็นการหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์กับการรับบริการในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีอีกด้วย ซึ่งหากวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวมีการปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้พัฒนาตนเองและเกิดบุคลิกภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตต่อไป การประเมินดังกล่าวเป็นการคัดกรองภาวะเสี่ยง ของภาวะทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อเป็นการตระหนักและติดตามการดำเนินการอันจะเป็นประโยชน์ แก่ผู้รับบริการ ทั้งในเรื่องของการคุ้มครองสวัสดิภาพ ฟื้นฟู พัฒนา และป้องกัน ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

คำถามการวิจัย (Research Questions)

คำถามหลัก

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี เป็นเท่าใด

คำถามรอง

- 1.1. ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี คือปัจจัยใด
- 1.2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อหาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

วัตถุประสงค์รอง

- 1.1. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี
- 1.2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

ขอบเขตการศึกษา (Conceptual Study)

1. ประชากรในการวิจัย คือ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่เป็นผู้รับบริการของสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ทั้งที่เป็นผู้รับบริการเก่าและผู้รับบริการใหม่ ในระหว่างเดือน มิถุนายน 2556 ถึง สิงหาคม 2556 ทั้งหมด โดยผู้วิจัยเลือกวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มเด็กประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ที่สามารถเข้าใจภาษา อ่านออก เขียนได้ ผู้วิจัยไม่รวมผู้รับบริการที่มีระดับ IQ น้อยกว่า 70 (ประเมินระดับ IQ โดยสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี) และผู้รับบริการที่ไม่ได้พักอาศัยที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวอาจเป็นปัญหาในการเก็บข้อมูล จึงกำหนดขอบเขตการศึกษาไว้เพียงวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปี

2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า (Depression) และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Conduct behavior) ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ซึ่งได้แก่

2.1 ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ผลการเรียน ระยะเวลาในการเข้ารับบริการ

ส่วนปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ประวัติภาวะทางจิตเวช ประวัติภาวะทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด (อดีต, ปัจจุบัน) นั้นไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องเก็บข้อมูลเป็นความลับไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้

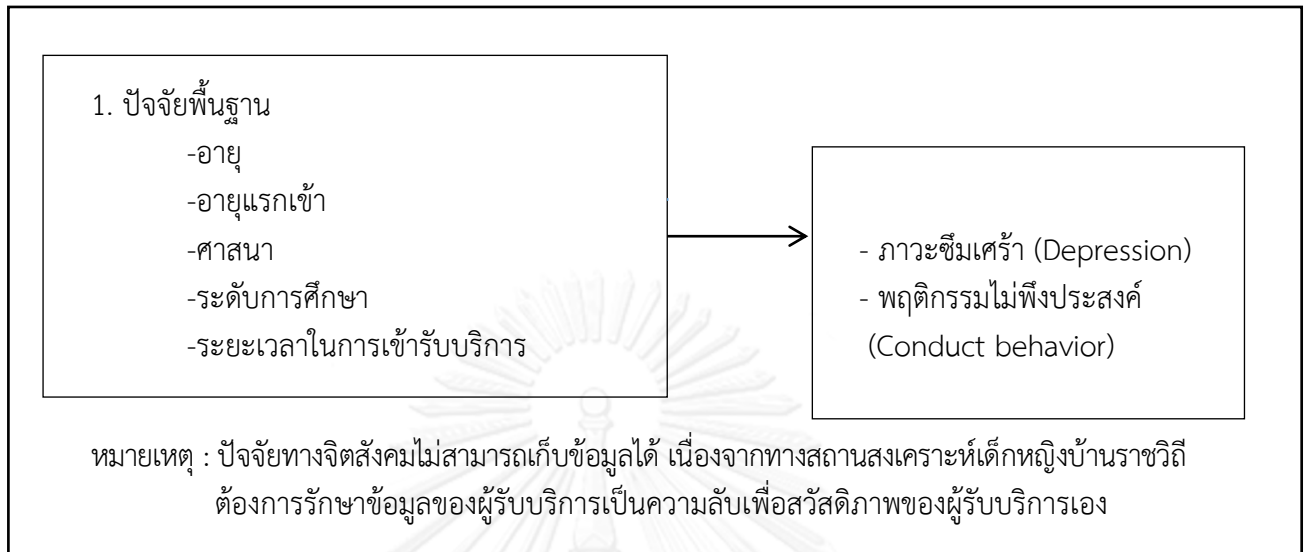
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างด้วยการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยถือว่าเป็นความจริงที่เชื่อถือได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

- ภาวะซึมเศร้า (Depression) คือ สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นต่อความไม่เป็นสุขหรือความทุกข์ระทมโดยคะแนนรวม 15 คะแนนขึ้นไป ในแบบคัดกรอง CDI (Children's Depressive Inventory) ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

- พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Conduct behavior) คือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นที่มีลักษณะล่วงละเมิดสิทธิของผู้อื่น หรือกระทำผิดต่อกฎระเบียบกฎเกณฑ์ของสังคมโดยพฤติกรรมนั้นเกิดซ้ำๆ โดยคะแนนรวมด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ 4 คะแนนขึ้นไป ในแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับผู้ปกครอง (ประเมินโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็กที่เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ อาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวข้องกับความสุขของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ รวมถึงทราบปัจจัยเสี่ยงและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในการวิเคราะห์วางแผน ดำเนินงานส่งเสริมพัฒนา ป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์ให้ทันกับยุคสมัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าและรวบรวมวรรณกรรมตลอดงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

พัฒนาการของวัยรุ่น

- พัฒนาการทางร่างกาย
- พัฒนาการทางอารมณ์
- พัฒนาการทางสังคม
- พัฒนาการทางสติปัญญา
- พัฒนาการทางจริยธรรม

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซีมเศร้า

- ความหมายของภาวะซีมเศร้า
- สาเหตุของภาวะซีมเศร้า
- ประเภทของภาวะซีมเศร้า
- ระดับของภาวะซีมเศร้า
- อาการของภาวะซีมเศร้า
- การประเมินภาวะซีมเศร้า
- ภาวะซีมเศร้าในวัยรุ่น
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในวัยรุ่น

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

- ความหมายของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
- สาเหตุของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
- ประเภทของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
- ระดับของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
- อาการของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
- การประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
- พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

การทารุณกรรมและทอดทิ้งเด็ก

แนวคิดด้านพัฒนาการและความต้องการพื้นฐานของเด็กในสถานสงเคราะห์
ข้อมูลพื้นฐานสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

พัฒนาการของวัยรุ่น

องค์การอนามัยโลก หรือ WHO (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่าคือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี⁽⁹⁾ โดยมีการแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ วัยรุ่นตอนต้น อยู่ในช่วงอายุ 10-13 ปี วัยรุ่นตอนกลาง อยู่ในช่วง 14-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 17-19 ปี⁽¹⁰⁾

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปี ซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนกลาง เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อเปลี่ยนผ่านก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัยรุ่นหญิงในด้านต่างๆ จะช่วยให้มีความเข้าใจ และสามารถพัฒนาศักยภาพตามธรรมชาติที่วัยรุ่นมีอยู่ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งพัฒนาการที่สำคัญในวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางสามารถสรุปได้ ดังนี้

พัฒนาการทางร่างกาย⁽¹¹⁻¹³⁾

เมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่น ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ด้านความสูง น้ำหนักและรูปร่างจะดำเนินไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเจริญเติบโตของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสืบพันธุ์ซึ่งแสดงให้เห็นการมีวุฒิภาวะทางเพศ การเจริญเติบโตหลายอย่างของเด็กชายและเด็กหญิงเป็นเรื่องคู่ขนานกัน แต่ในบางด้านก็ขึ้นอยู่กับเพศ เช่น เด็กชายจะมีกล้ามเนื้อและความแข็งแรงเพิ่มขึ้น ส่วนเด็กหญิงจะมีเนื้อเยื่อที่เป็นไขมันมากขึ้นทำให้รูปร่างได้สัดส่วนมากขึ้น เด็กหญิงมักเข้าสู่วัยรุ่นก่อนเด็กชาย (วัยเดียวกัน) ประมาณ 2 ปี ดังนั้นเด็กหญิงที่เรียนชั้นประถมตอนปลายมักจะสูงกว่าเด็กชายวัยเดียวกัน

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของวัยรุ่นเป็นผลมาจากฮอริโมน ซึ่งเป็นสารเคมีที่ต่อมไร้ท่อ (Ductless Gland) สร้างขึ้น ฮอริโมนบางอย่างจะถูกสร้างขึ้นเป็นครั้งแรกในวัยรุ่น หน้าที่ของฮอริโมนคือการกระตุ้นอวัยวะหรือเนื้อเยื่อในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางขนาดและรูปร่างของร่างกาย (Changes in Body Size and Configuration) ในวัยรุ่นหญิงมีการเติบโตเริ่มจากส่วนปลายเข้าสู่ลำตัว (Proximo-distal Development) แต่จะมีไขมันมากกว่าเด็กชายตามบริเวณแขนขา ทำให้มองไม่เห็นเอ็นและเส้นเลือด ไหล่ของเด็กหญิงเริ่มบอบบางลงในขณะที่สะโพกผายขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับเด็กชายที่ไหล่จะหนาขึ้นและสะโพกจะเล็กลง แต่เด็กหญิงจะมีไขมันมากกว่าเด็กชาย และมักมีความแข็งแรงทางกล้ามเนื้อน้อยกว่า (อย่างไรก็ตามเป็นข้อยกเว้นในนักกีฬา)

พัฒนาการของลักษณะทางเพศปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Development of Primary and Secondary Sex Characteristics) ในวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลง 2 อย่างในลักษณะทางเพศ ประการแรกคือ การเปลี่ยนแปลงทางระบบสืบพันธุ์ อวัยวะเพศจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและเริ่มทำหน้าที่ เด็กหญิงจะมีการตกไข่และการเปลี่ยนแปลงทางอวัยวะสืบพันธุ์นี้ เรียกว่า “การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศปฐมภูมิ” (Primary Sex Characteristics) การเปลี่ยนแปลงประการที่สอง คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ไม่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ เช่น การมีขนตามตัว การเปลี่ยนแปลงที่ต่อมเหงื่อ (Apocrine Glands) ต่อมไขมัน (Sebaceous Glands) และกล้ามเนื้อที่กล่องเสียง ซึ่งเรียกว่า “การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศทุติยภูมิ” (Secondary Sex Characteristics) ระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศนี้เรียกว่า “ระยะแรกเริ่ม” (Puberty) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแรกในวัยรุ่นหญิงคือการเริ่มมีหน้าอก วัยรุ่นบางคนอาจมีขนตามตัวที่ลับก่อนมีหน้าอก และการมีประจำเดือนเป็นครั้งแรก (Menarche) วัยรุ่นหญิงผิวขาวประมาณร้อยละ 50 จะมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 12-14 ปี ร้อยละ 80 จะมีประจำเดือนเมื่ออายุ 11 ปีครึ่ง-14 ปีครึ่ง และน้อยกว่าร้อยละ 2 ที่มีประจำเดือนก่อนอายุ 10 ปีหรือภายหลังอายุ 16 ปี การมีประจำเดือนไม่ได้แสดงว่าวัยรุ่นมีวุฒิภาวะในการสืบพันธุ์เสมอไป ในบางกรณีของ

การมีประจำเดือนไม่มีการตกไข่และวัยรุ่นหญิงบางคน อาจจะไม่ตกไข่อีกนานถึง 10 เดือนหรือหนึ่งปี หลังการมีประจำเดือนครั้งแรก วัยรุ่นหญิงมีลักษณะทางเพศแบบทุติยภูมิตามลำดับ ซึ่งมีพัฒนาการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. Pre-pubescence เป็นระยะที่ลักษณะทางเพศต่างๆเริ่มพัฒนาเข้าสู่ขั้นที่สอง เช่น สะโพกเริ่มผาย หน้าอกเริ่มขยาย
2. Pubescence เป็นระยะที่ลักษณะทางเพศต่างๆยังคงพัฒนาสืไปอีกและอวัยวะสืบพันธุ์เริ่มทำหน้าที่แต่ยังไม่สมบูรณ์ คือ เริ่มมีประจำเดือน
3. Post-pubescence เป็นระยะที่ลักษณะทางเพศทุกส่วนเจริญเติบโตเต็มที่ อวัยวะสืบพันธุ์ทำหน้าที่ของมันได้

พัฒนาการทางอารมณ์^(12, 14, 15)

วัยรุ่นเป็นวัยที่ได้ชื่อว่าวัย “พายุบุแคม” หมายถึงมีความรู้สึกรุนแรง ความรู้สึกอย่างเปิดเผย และตรงเกินไป วัยรุ่นอาจรู้สึกว่าตนมีความเชื่อมั่นแต่ในบางครั้งก็รู้สึกหดหู อ่อนไหว ไม่คงที่มีความสงสัยอยู่ตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของวัยรุ่นก็มาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของวัยรุ่น โดยทั่วไปสามารถแบ่งประเภทของอารมณ์ได้ 2 ประเภท คือ

1. อารมณ์ทุกข์ หรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์เป็นภาวะของอารมณ์ที่เกิดจากความรู้สึกที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการของตน อารมณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยๆกับวัยรุ่น ได้แก่

1.1 ความกังวลใจ (Worry) เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด และเป็นความรู้สึกที่เกิดโดยมีสาเหตุจากการคาดหวังหรือจินตนาการของตนและเกิดจากสถานภาพทางสังคมแต่ละคนด้วย

1.2 ความวิตก (Anxiety) มีลักษณะคล้ายกับความกังวลใจเป็นสภาวะของความกลัวที่ไม่รุนแรง ความวิตกกังวลจะมีลักษณะของความกลัวในสิ่งที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้ เช่น เมื่อเผชิญกับสิ่งใหม่ๆบางอย่างทำให้วิตกไปว่าไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ ความวิตกจึงเกิดจากสภาวะของความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัย ขาดความรู้สึกอบอุ่นหรือขาดความรักและเป็นสภาวะที่เกิดจากความรู้สึกรับผิดชอบต่อการกระทำของตน

1.3 ความริษยา (Jealousy) เป็นภาวะของความวิตกกังวลอย่างหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกที่กลัวจะสูญเสียความรักให้แก่ผู้อื่นเมื่อเกิดอารมณ์ริษยาขึ้น บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงและอาจจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและอาจทำร้ายผู้อื่นได้

1.4 ความอิจฉา (Envy) เป็นความรู้สึกที่ใกล้เคียงกับความริษยา แต่แตกต่างกันตรงที่ความอิจฉาเกิดจากความปรารถนาที่จะได้สิ่งซึ่งคนอื่นมีอยู่แต่ตนเองไม่มี

1.5 ความกลัว (Fear) เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกว่ามีภัยคุกคาม บุคคลที่มีความรู้สึกกลัวในสิ่งต่างๆ โดยอารมณ์กลัวเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละคน ความกลัวของวัยรุ่นอาจแบ่งได้ 3 ประเภท คือ

1.5.1 กลัวเกี่ยวกับตนเอง เช่น กลัวสอบตก กลัวไม่มีแฟน กลัวความล้มเหลวในการเรียนและการทำงาน เป็นต้น

1.5.2 กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เช่น กลัวความตาย กลัวความมืด กลัวการอยู่กับคนอื่น เป็นต้น

1.5.3 กลัวสิ่งที่เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ สัตว์และสิ่งของ เช่น พายุ สัตว์ เป็นต้น

1.6 ความโกรธ (Anger) สาเหตุสำคัญของความโกรธของวัยรุ่นก็คือ การถูกขัดขวาง สิทธิที่พึงจะได้รับ การถูกผู้อื่นดูหมิ่นเหยียดหยาม การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น การถูกล้อเลียน การถูกเปรียบเทียบกับผู้ที่เด่นกว่าตน สาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธของวัยรุ่นส่วนใหญ่มาจาก ความสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่ากิจกรรมประจำวัน เนื่องจากวัยรุ่นมีอารมณ์อ่อนไหวง่ายและรุนแรง เมื่อเกิดอารมณ์โกรธก็มักจะแสดงออกอย่างเปิดเผยแต่ก็มักจะแสดงออกทางวาจา เช่น การใช้คำพูด ข่มขู่ การเยาะเย้ยถากถาง หรืออาจขว้างปาสิ่งของ ทูบตี ซึ่งการแสดงออกทางกายนี้มีแนวโน้มลดลง เมื่ออยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย

1.7 ความรู้สึกผิด (Guilt) เป็นอารมณ์ทุกข์ร้อนของวัยรุ่นที่พบว่าตนได้ฝ่าฝืนหรือ ละเมิดสิ่งที่คิดว่าถูกต้องหรือศีลธรรม ซึ่งได้รับจากการอบรมสั่งสอนของพ่อแม่หรือครู เมื่อวัยรุ่นรู้สึกว่า ตนไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งสอนได้ก็อาจจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ

2. อารมณ์สุข เป็นอารมณ์ที่เกิดจากความรู้สึกที่เป็นไปในทางพึงพอใจ เนื่องจากได้รับการตอบสนองความต้องการของตน อารมณ์ที่ก่อให้เกิดความสุขสามารถแบ่งได้ดังนี้

2.1 ความร่าเริง สนุกสนาน (Joy) เป็นอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความสุข ความชื่นชม ความปิติ ความสุขของวัยรุ่นแต่ละคนแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากภาวะการรับรู้และการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ ความร่าเริงสนุกสนานและความสุขใจของวัยรุ่นมีปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

2.1.1 การปรับตัวได้ดีและได้รับการตอบสนองความต้องการของตน เช่น การได้รับการยอมรับจากเพื่อน การประสบความสำเร็จในการเรียน เป็นต้น

2.1.2 ความรู้สึกที่ว่าตน “เหนือ” กว่าผู้อื่น เช่น การได้แสดงความสามารถ พิเศษของตน การได้รับรางวัลจากการประกวดผลงาน เป็นต้น

2.1.3 การยอมรับในเอกลักษณ์ของตน ได้แก่ การยอมรับทั้งข้อดีและ ข้อบกพร่องของตน ไม่หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น ซึ่งเป็นลักษณะของคนที่น่าเชื่อถือตนเอง รู้จักใช้ความสามารถของตนเต็มตามศักยภาพ

2.2 ความรัก (Affection) เป็นอารมณ์ของความรู้สึกพอใจซึ่งอารมณ์รักนี้จะเกิดขึ้น เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น สิ่งเร้านี้อาจเป็นบุคคล สัตว์ และสิ่งของ ความรักเป็นสภาพทางอารมณ์ที่เกิด จากการรับรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆ สำหรับความรักในวัยรุ่นจะต่างจากรักในวัยเด็ก โดยวัยรุ่นจะเปลี่ยนความรักจากบุคคลในครอบครัวมาสู่เพื่อน กลุ่มเพื่อน และบุคคลอื่น นอกจากนี้ วัยรุ่นเริ่มมีความสนใจเพศตรงข้ามอีกด้วย ซึ่งความรักของวัยรุ่นสามารถแบ่งได้ดังนี้

2.2.1 ความรักตนเอง เกิดจากเห็นความสำคัญของตนเอง เช่น เริ่มดูแล สุขภาพร่างกายด้วยการออกกำลังกาย การบริหารร่างกาย การระมัดระวังดูแลรูปร่างให้สวยงาม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นมีความรักและสนใจตนเอง ต้องการให้ตนเองดูดีในสายตาของ ผู้อื่น

2.2.2 ความรักเพื่อน วัยแรกเริ่มมักมีเพื่อนมากมาย กลุ่มเพื่อนจะมีลักษณะ นิสัยและรสนิยมเหมือนกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนเพศเดียวกัน

2.2.3 ความรักที่มีต่อบุคคลที่ตนชื่นชอบเป็นพิเศษ เป็นความรู้สึกที่มีต่อบุคคลที่เก่ง มีความสามารถในด้านที่ตนสนใจอยู่ วัยรุ่นจะพยายามติดตามข่าว ผลงาน ความเคลื่อนไหว บุคคลที่วัยรุ่นชื่นชมมักเป็นนักกีฬา นักดนตรี นักร้อง นักแสดง

2.2.4 ความรักเพื่อนต่างเพศ เนื่องจากฮอร์โมนเพศเริ่มทำงานในช่วงวัยนี้ วัยรุ่นจึงมีความตื่นเต้นทางเพศสูง มีความต้องการที่จะเป็นที่รัก มีความพยายามที่จะทำตัวให้เป็น จุดสนใจของเพศตรงข้าม

พัฒนาการทางสังคม^(11, 12)

วัยรุ่นจะเอาใจใส่ต่อการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน (Peer-Group Belongingness) เนื่องจากวัยรุ่นเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของพัฒนาการที่จะเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นจึงมีปฏิกริยาต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ทางอารมณ์ และความคิด โดยการแยกตัวออกมาจากครอบครัว เป็นกลุ่มของเขาเองเพราะต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น การรวมกลุ่มกันทำให้วัยรุ่นมีโอกาสที่จะรับผิดชอบในเรื่องของตนเองร่วมกัน มีโอกาสทดลองวิธีการปฏิบัติต่างๆเมื่อเผชิญกับสภาพการณ์ใหม่ๆ และเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของกันและกัน ที่สำคัญการมีกลุ่มเพื่อนทำให้วัยรุ่นมีกลุ่มอ้างอิง (Reference Group) หรือกลุ่มที่เป็นฐานของเอกลักษณ์ในขณะที่ตนกำลังจะผ่านจากการเป็นวัยรุ่นสู่การเป็นผู้ใหญ่และวัยรุ่นมักจะแยกตัวจากพี่น้องต่างเพศมากกว่าพี่น้องเพศเดียวกัน

วัฒนธรรมของวัยรุ่นจะประกอบด้วยค่านิยมเฉพาะที่วัยรุ่นยึดถือ และในขณะเดียวกันก็ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ค่านิยมส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับบรรณนิยม การแต่งกาย ภาษา ดนตรี และการใช้เวลาว่าง Fuhrmann (1990, อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล)⁽¹³⁾ ได้ศึกษารายงานเกี่ยวกับ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่มีต่อวัยรุ่น พบว่า

ช่วงวัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นจะให้คำจำกัดความของกลุ่มเพื่อนว่าเป็นคนที่จะทำอะไรร่วมกันได้ ความสัมพันธ์จะอยู่ในรูปของการมีกิจกรรมร่วมกัน

ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง สัมพันธภาพของเพื่อนจะเป็นเชิงการมีความสัมพันธ์มากกว่าการทำกิจกรรมร่วมกันโดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงความสัมพันธ์แนบแน่นในกลุ่มเพื่อนมากกว่าในครอบครัว

ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย สัมพันธภาพเริ่มจะมั่นคงและราบเรียบขึ้นเพราะวัยรุ่นจะมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้น วัยรุ่นจะเรียนรู้ที่จะเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลและลักษณะบุคลิกภาพเฉพาะของแต่ละคน

ตั้งแต่วัยเด็กตอนกลางจนถึงวัยรุ่นตอนกลาง สังคมของวัยรุ่นกว้างขวางขึ้นและให้ความสำคัญของกลุ่มเพื่อนจะอยู่ที่ความต้องการจะมีกลุ่มอ้างอิงหรือมีเหตุผลในการคบเพื่อนและความพยายามที่จะเป็นอิสระของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นต้องการเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้นการได้รับความรักและการนับถือจากพ่อแม่จึงยังไม่เพียงพอ ในขณะเดียวกันวัยรุ่นก็ไม่ต้องพึ่งพาพ่อแม่มากเหมือนเมื่อก่อน จึงต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนเพิ่มขึ้น

พัฒนาการทางสติปัญญา⁽¹¹⁻¹³⁾

พัฒนาการทางด้านสติปัญญาของวัยรุ่นจะเข้าสู่ขั้น “ความคิดด้านนามธรรม” (Formal Operations) ตามทฤษฎีของ Piaget วัยรุ่นจะคิดถึงหลายๆด้านได้ในเวลาเดียวกัน เข้าใจการเปรียบเทียบ อุปมาอุปมัยและสามารถคิดในด้านตรงกันข้ามได้ด้วย นอกจากนั้นยังเข้าใจเวลาในประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากของตนด้วย ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพในด้านปริมาณมีเรื่องสำคัญอยู่ 2 เรื่อง คือ ประการแรก สมมติฐานที่ว่าด้วยการแยกความแตกต่างตามอายุ (Age Differential Hypothesis) และประการที่สอง เส้นทางของพัฒนาการทางปัญญา (The Course of Mental Growth) ส่วนการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพนั้นไม่ได้รับการศึกษามากเหมือนวัยเด็ก มีการทดลองน้อยมากเกี่ยวกับพัฒนาการทางภาษาความจำและการรับรู้ในวัยรุ่น แต่จะศึกษาเกี่ยวกับการใช้เหตุผลและการแก้ปัญหาของวัยรุ่นมากกว่า

ตามทฤษฎีของ Piaget ซึ่งได้จำแนกพัฒนาการทางสติปัญญาออกเป็น 4 ระยะ ซึ่งวัยรุ่น อายุ 10-15 ปี อยู่ในช่วง Formal Operations คือระยะการคิดเชิงตรรกซึ่งประกอบด้วยเซต (Set) ขององค์ประกอบ (Elements) ซึ่งมีวัตถุ ลักษณะความสัมพันธ์และความคิด (Operations) กล่าวคือ ในช่วงวัยรุ่นจะเริ่มพัฒนากระบวนการคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลเต็มที่ ซึ่งมีลักษณะเด่น 4 ประการ คือ

1. การคิดแบบใช้ตรรกจากเงื่อนไขที่กำหนด (proportional logic) คือ การคิดลักษณะสรุปผลเชิงตรรกจากการพิจารณาเงื่อนไขต่างๆที่กำหนด ซึ่งอาจเป็นการใช้เงื่อนไขชนิดเดียว (ถ้า P เป็นจริงแล้ว Q ก็เป็นจริงด้วย) หรือจากการใช้เงื่อนไขหลายมิติ (มี P หรือ Q อย่างเดียวเท่านั้นที่เป็นจริง แต่ทั้ง P และ Q จะไม่เป็นจริงพร้อมกัน)

2. การคิดแบบใช้เหตุผลเชิงสัดส่วน (proportional reasoning) ลักษณะเป็นการเปรียบเทียบสัดส่วนที่มีความซับซ้อนมากขึ้นจากช่วงวัยเด็ก สามารถเชื่อมโยงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงหรือการทรงสภาพเดิมได้ (conservation)

3. การคิดแบบแยกตัวแปรเพื่อสรุปผล (isolation of variables) วัยรุ่นจะสามารถจำแนกตัวแปรต่างๆว่ามีผลอย่างไร และสามารถเอาตัวแปรใดใส่เข้ามาเพื่อทดลองสรุปผลหรือเพื่อจะเอาตัวแปรใดออกเพื่อหาเหตุผลอื่นๆ ซึ่งวัยรุ่นจะจัดระบบทดสอบโดยการตั้งสมมติฐานอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน มีการควบคุมและศึกษาผลที่ละตัวแปร

4. การคิดแบบใช้เหตุผลสรุปเป็นองค์รวม (combinational reasoning) การคิดลักษณะนี้คือการคิดโดยใช้เหตุผลหาข้อสรุปในเชิงองค์รวมของสิ่งที่ปรากฏ เช่น เมื่อกำหนดให้มีค่าของ A, B, C วัยรุ่นจะสามารถมองเห็นทั้ง 3 ค่านี้ในเชิงเดียว คือ A, B, C หรือเชิงคู่ คือ AB, AC, BC หรือในเชิงรวมทั้งหมด ABC ก็ได้

วัยรุ่นสามารถคิดใคร่ครวญโน้มนำทัศน์ ความคิดและกระบวนการคิดของตนเอง สามารถที่จะนำสิ่งที่มีในระดับรูปธรรมมาหาความสัมพันธ์หรือลักษณะเบื้องต้น และสามารถคิดถึงผลหลายอย่างที่อาจจะไม่ได้เกิดขึ้นในชีวิตจริง ดังนั้นวัยรุ่นจึงสามารถสร้างความคิด (Ideas) ความเป็นไปได้ (Possibilities) และรู้จักตนเองผ่านความคิด การวิจารณ์ตนเองและผู้อื่น

ในภาษาและความจำ (Language and Memory) พัฒนาการทางด้านคำศัพท์และประโยคยังคงมีต่อไปเรื่อยๆ เมื่อวัยรุ่นสามารถคิดเชิงนามธรรมได้ก็จะทำให้เริ่มเข้าใจภาษาอย่างเป็นทางการมากขึ้น เช่น ไวยากรณ์ และการสร้างรูปประโยค และสามารถเข้าใจการอุปมาโดยไม่ใช่คำเชื่อม (Metaphor) และการใช้คำเปรียบเทียบ (Simile) และด้านความจำ พบว่าวัยรุ่นมีวิธีการจำที่มากขึ้น (Mnemonic schemes) และมีประสิทธิภาพมากขึ้น วัยรุ่นสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลเพื่อลดทอนขั้นตอนการจำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือที่เรียกว่า “วิธีการจัดระบบข้อมูล”

ความสามารถในการเคลื่อนย้ายของระดับความคิด (Conceptual Orientation Shifts) ของวัยรุ่นนั้นมองสิ่งของในลักษณะเป็นความคิดรวบยอดของสิ่งนั้น เช่น เมื่อพบจักรยาน วัยเด็กจะมองสิ่งของตามลักษณะ คือ “จักรยานมีล้อ” วัยรุ่นมองว่า “จักรยานเป็นยานพาหนะที่มีสองล้อ”

พัฒนาการทางจริยธรรม^(16, 17)

Kohlberg มีความเชื่อว่าพัฒนาการทางจริยธรรมส่วนใหญ่ของคนเราเกิดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับก่อนกฎเกณฑ์ ระดับตามกฎเกณฑ์ และระดับเหนือกฎเกณฑ์ โดยวัยรุ่นมักจะอยู่ในช่วงระดับตามกฎเกณฑ์

ระดับตามกฎเกณฑ์ หมายถึง อยู่ในช่วงที่วัยรุ่นพยายามทำความดี เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มพวกของตน หรือพยายามปฏิบัติตนให้เหมือนกับคนอื่น ๆ หรือให้ถูกต้องตามเกณฑ์ของกลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพื่อน วัยรุ่นที่อยู่ในช่วงอายุประมาณ 10-13 ปี จะตกอยู่ในลักษณะนี้มาก กล่าวคือ วัยรุ่นจะปฏิบัติตนให้คล้ายตามกลุ่มหรือได้รับการยอมรับหรือการยกย่องจากกลุ่มของตน (mutual interpersonal expectations relations and interpersonal conformity) วัยรุ่นที่อยู่ในช่วงอายุประมาณ 13-16 ปี พัฒนาการทางจริยธรรมจะเลื่อนจากขั้นที่ยึดกลุ่มเป็นหลัก เป็นขั้นที่ยึดระเบียบค่านิยม กฎหมาย หรือศาสนาเป็นหลัก (social system and conscience) กล่าวคือ วัยรุ่นมีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามค่านิยม ระเบียบแบบแผน ประเพณีของสังคมตามหน้าที่และบทบาทของตน ในฐานะเป็นสมาชิกของสังคม แต่วัยรุ่นยังไม่มีความรู้สึกในเรื่องการเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว การที่วัยรุ่นอายุ 13-16 ปี พยายามปฏิบัติตนคล้ายตามสังคมเพื่อให้ตนรู้สึกเหมือนคนส่วนใหญ่ในสังคมนั้นเอง

วัยรุ่นบางคนอาจมีการพัฒนาทางจริยธรรมในขั้นระดับเหนือกฎเกณฑ์ นั่นคือ การมองเห็นความสำคัญของส่วนรวมมากกว่าส่วนตน มีความสำนึก หรืออุดมคติสากล ซึ่งระดับพัฒนาการทางจริยธรรมของวัยรุ่นสามารถพัฒนาได้จากการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมของครอบครัว

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หรือ Depression มาจากคำว่า Deprive ในภาษาละตินซึ่งมีความหมายว่าต่ำกว่าตำแหน่งเดิม หรือลดต่ำลง⁽¹⁸⁾ โดยมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatry Association)⁽¹⁹⁾ ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่งโดยแสดงออกทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อายากร้องไห้ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิด เช่น คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นคนไม่ดี และแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น แยกตัวหรือมีอาการก้าวร้าว เป็นต้น

Beck⁽²⁰⁾ อธิบายความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น เสียใจ เศร้าโศก อ้างว้าง โดดเดี่ยว เชื่องซึม มีความคิดความรู้สึกในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต่ำหนิตนเอง มีพฤติกรรมที่ถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการออกห่างหรือหลีกเลี่ยงสังคม รวมถึงมีความคิดฆ่าตัวตายด้วย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมที่ทำ เช่น เชื่องช้าลง (Retardation) หรือ กระวนกระวาย (Agitation) เป็นต้น

Lazure⁽²¹⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุขเกิดขึ้นต่อเนื่องและยาวนาน เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่รุนแรง หรือสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต และเป็นภาวะของโรคหากอาการเกิดขึ้นยาวนานหนึ่งเดือนขึ้นไป

Rice⁽²²⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความรู้สึกโศกเศร้า หมดหวัง จิตใจหดหู่ ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม ความคิดและความเคลื่อนไหวช้าลง บางครั้งอาจมีอาการป่วยทางกายร่วมด้วย ได้แก่ อาการปวดท้อง เหนื่อย อ่อนเพลีย ทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองไร้สาระ มีพฤติกรรมแยกตัว หรือวิตกกังวลได้

Clark and Fairburn⁽²³⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆของร่างกาย เช่น ทำให้รู้สึกเศร้าเสียใจมากและหมดหวัง การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง โกรธง่าย ความจำไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย การกิน และการนอนหลับลดลง ความสนใจต่อตนเองลดลง

อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽²⁴⁾ ได้ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด

มานิช หล่อตระกูล⁽²⁵⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของจิตใจต่อการสูญเสียความกดดัน หรือความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกในแง่ลบต่อตนเอง คิดถึงแต่เรื่องความผิดที่ตนเองได้กระทำไป ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกว่าชีวิตไร้คุณค่า มีความคิดฆ่าตัวตาย เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือหมกหมุ่นในเรื่องอาการทางร่างกายต่างๆ สมาธิและความจำลดลง สัมพันธภาพกับผู้อื่นแย่งลง

ฉวีวรรณ สัตยธรรม⁽²⁶⁾ ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นลักษณะการแสดงออกของความผิดปกติทางอารมณ์ รู้สึกเศร้า สิ้นหวัง สลด หดหู่ ท้อแท้ ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดอารมณ์เบิกบาน

ดวงใจ กสานติกุล⁽²⁷⁾ ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นอารมณ์ทุกข์ (dysphonic mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ มีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปกลายเป็นคนแยกตัว เงียบขรึมและสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

สรุทธิ สังข์ศรี⁽²⁸⁾ ให้ความหมายของอารมณ์เศร้า ว่าเป็นการที่ไม่สามารถรู้สึกพึงพอใจไม่ว่าจะหนทางใดใด เช่น ไม่สามารถหัวเราะได้เมื่อมีเรื่องตลก ไม่สามารถยินดีได้เมื่อมีเรื่องโชคดี ไม่สามารถมีอารมณ์รื่นเริงเหมือนคนอื่น โดยจะพบความรู้สึกเศร้านี้เมื่อสูญเสียสิ่งสำคัญหรือไม่ได้บางสิ่งบางอย่างที่คาดหวังไว้

จากการให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้รู้สึกหดหู่ โศกเศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ไม่มีชีวิตชีวา เบื่อหน่าย มองโลกและตนเองในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เชื่องช้า หรือกระวนกระวาย การเปลี่ยนแปลงทั้งสองด้านส่งผลกระทบต่อด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

อลิสซา วัชรสินธุ (2531, อ้างใน วันเพ็ญ บุญประกอบ)⁽²⁹⁾ ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน จึงได้มีผู้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. สาเหตุทางพันธุกรรม พันธุกรรมมีบทบาทสำคัญมากในภาวะซึมเศร้าที่พบสลับกับอาการ mania (Bipolar disorder) ใน unipolar depression แม้จะพบบทบาทน้อยกว่าใน bipolar แต่ก็มีหลักฐานจากหลายการศึกษาถึงบทบาทของพันธุกรรม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นครั้งแรกในวัยเด็กหรือวัยรุ่น การศึกษาเด็กที่พ่อแม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป ในทำนองเดียวกันการศึกษานิติของเด็กที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าญาติของเด็กทั่วไป

2. สาเหตุทางจิตสังคม ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมหลายอย่างเป็นสาเหตุให้เด็กเกิดโรคซึมเศร้า การที่เด็กมีแม่ที่มีปัญหาทุกข์ใจเลี้ยงลูกได้ไม่ดี หรือมีครอบครัวที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง ปัญหาเศรษฐกิจและที่อยู่อาศัย ทำให้เด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นกระทันหัน เช่น การเสียชีวิตหรือการหย่าร้างของพ่อแม่ และเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตที่เรื้อรัง เช่น การถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายหรือทางเพศและการถูกทอดทิ้ง

3. กลไกทางจิตใจ มีทฤษฎีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Seligman กล่าวว่า การที่พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งรอบตัวที่ไม่ดีหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ อาจทำให้ขาดแรงจูงใจ เฉยชา และซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ Beck (1973) ยังกล่าวถึงทฤษฎีทางความคิดที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่าคนที่มีความคิดในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษากลไกทางจิตใจอื่นๆพบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก ได้แก่ ความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถและไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน

4. กลไกทางชีวภาพ การสังเกตยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการค้นพบยาที่รักษาโรคซึมเศร้านำไปสู่สมมติฐานของสารสื่อประสาท Monoamines ที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากสารดังกล่าวลดลง มีการศึกษาพบความผิดปกติของฮอร์โมนที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น เด็กที่ซึมจะไม่ตอบสนองแบบปกติต่อ Dexamethasone suppression test, thyroid releasing hormone test, การหลั่งของ growth hormone ภายหลัง hypoglycemia หรือให้ clonidine นอกจากนี้มีการศึกษาพบความผิดปกติของคลื่นสมองขณะหลับในเด็กที่ซึมเศร้า

ดวงใจ กษานติกุล (อ้างใน เกษม ต้นติผลาชีวะ)⁽³⁰⁾ ได้แบ่งสาเหตุของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models) นักจิตวิทยาได้อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่างตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์ดิบขั้นพื้นฐาน (Primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดในอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุดจะเกิดขึ้นภายหลัง

2. สาเหตุจากความคิดแง่ลบ (Negative Cognition) Beck (1973) อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้ สิ้นหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไรก็รู้สึกอย่างนั้น และความคิดบิดเบือน มีผลมาจากประสบการณ์ชีวิตที่เลวร้าย ผู้ป่วยซึมเศร้ามี Cognitive triad คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ มองว่าตนเองไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจ มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย

เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมหรือสิ่งแวดล้อม และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหมดหนทางแก้ไข

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavior models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคมืดเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ถดถอย (Learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้นเนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังหลายครั้งหรือเกิดจากขาดแรงเสริม (Noncontingent reinforcement) เนื่องจากบุคคลเหล่านั้นไม่เคยประสบความสำเร็จใดเลย ขาดแรงจูงใจ และขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุจากความผิดปกติทางชีวภาพ (Biological models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง Kraepelin เชื่อว่าศูนย์ควบคุมการทำงานในร่างกาย (Inner control) ทำงานมากขึ้นในภาวะ Mania และทำงานลดลงในภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติทางชีวภาพอาจจำแนกได้เป็น

4.1 ความไม่สมดุลของสาร Biogenic Amine ในเซลล์ประสาท (Neurons) หรือข้อต่อปลายประสาท (Synapses)

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) โดยเฉพาะผู้ป่วย Crushing Syndrome หรือผู้ป่วยโรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวภาพ (Circadian rhythm) ดังเห็นได้จากผู้ป่วยมีอาการเศร้ารุนแรงในช่วงเช้าตรู่และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ (Diurnal variation of mood) และคลื่นสมองขณะหลับ (Sleep EEG) ซึ่งสนับสนุนมากที่สุดว่าโรคมืดเศร้าเกี่ยวข้องกับระดับชีวภาพ หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายไอเดียมและโพแทสเซียมทั้งในและนอกเซลล์ประสาท เป็นต้น

สุวันทนา อารีพรค (2535, อ้างใน รุ่งมณี ยิ่งยืน)⁽³¹⁾ ได้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. Biochemical hypothesis สารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ที่เกี่ยวข้องกับโรคมืดเศร้า เช่น Norepinephrine และ Serotonin เป็นต้น ในภาวะซึมเศร้าสารทั้งสองนี้จะลดลงโดยมีผลต่ออารมณ์ การหลับ ตื่น และอารมณ์ทางเพศเหมือนกันแต่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวไม่เหมือนกัน

2. Genetic hypothesis คนที่มีพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคมืดเศร้ามีโอกาสเป็นโรคนี้อีก 16% ในพี่น้องฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคมืดเศร้าอีกคนจะเป็นด้วย ร้อยละ 43 แต่ถ้าเกิดกับฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบอีกคนมีโอกาสเป็น ร้อยละ 19

3. Endocrinological hypothesis การเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะใกล้ระยะประจำเดือน หลังการแท้ง และการคลอดใหม่ๆ ทำให้เกิดข้อสงสัยว่าระดับฮอร์โมนเพศหญิงจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

4. Psychodynamic hypothesis ความเสียใจธรรมดา (Normal grief) จะกลายเป็นโรคมืดเศร้า (Melancholy หรือ Depression) เมื่อมีความโกรธหรือความเกลียดชัง เกิดขึ้นร่วมกับความรักใน Love object ในขณะที่ความเสียใจธรรมดา (Mourning) เป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียจริง แต่โรคมืดเศร้า (Melancholy) อาจเกิดจากความคิดฝันในจิตใจได้สำนึกว่าตนได้สูญเสียสิ่งที่ตนรัก

5. Family and social hypothesis นักพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวว่า โรคมืดเศร้าเป็น Learned form of helplessness ซึ่ง Models of helplessness ในครอบครัว อาจได้แก่ การแตกแยกของครอบครัว หรือความแปรปรวนใน Mother-child relationship ในช่วงต้นของชีวิตทำให้บุคคลมีจุดอ่อนต่อโรคมืดเศร้า

สมภพ เรื่องตระกูล⁽³²⁾ ได้กล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. พันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของโรคซึมเศร้าพบลักษณะสำคัญ ดังนี้
 - 1.1 ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้สูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5-3 เท่า
 - 1.2 ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคด้วย ในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และถ้าบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า
 - 1.3 จากการศึกษาคู่แฝดพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน หากคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนจะเป็นด้วย ร้อยละ 54 และโอกาสที่คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วย ร้อยละ 24
 - 1.4 การศึกษาโรคนี้นี้ในบุตรบุญธรรมที่บิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้ง 2 คน พบว่าบุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่บิดามารดาซึ่งเป็นปกติ
 2. ความผิดปกติทางชีวเคมีสมอง ในปัจจุบันพบว่าความผิดปกติของ Monoamine metabolism ในระบบประสาทส่วนกลาง เป็นสาเหตุสำคัญของโรคอารมณ์แปรปรวน โดยในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจะมี functional deficit ของ norepinephrine หรือ serotonin
 3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ
 - 3.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ มีผู้เสนอข้อสันนิษฐานว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีแนวความคิดเกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งชีวิตที่ผ่านมา และจะมีต่อไปในอนาคตทางด้านลบและไม่มีคุณค่า
 - 3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจ พบว่า
 - 3.2.1 โรคซึมเศร้านักเกิดภายหลังผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รักหรือการหย่าร้าง
 - 3.2.2 ปัจจัยทางจิตใจเป็นสาเหตุสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในครั้งแรกแต่จะมีผลเพียงเล็กน้อยในการป่วยครั้งต่อไป
 4. โรคทางกายเรื้อรังและสารเสพติด โรคทางกายเรื้อรัง เช่น กลุ่มอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง (Chronic fatigue syndrome) และการเสพติดสุราและโคเคน อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีอาการเกิดซ้ำได้
- การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น ไม่สามารถระบุได้ว่าเกิดจากสาเหตุเพียงอันใดอันหนึ่งได้ โดยชัดเจน แต่มีความเกี่ยวข้องกันในแต่ละสาเหตุซึ่งซับซ้อนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ทั้งจากตัวบุคคล พันธุกรรม ครอบครัว สังคมหรือสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

ประเภทของภาวะซึมเศร้า^(33, 34)

ภาวะซึมเศร้ามีหลายชนิดและเรียกชื่อต่างกันไป ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 7 ประเภท ดังนี้

1. โรคซึมเศร้า (major depression/depressive disorder/depressive illness) เกิดขึ้นโดยมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำและเป็นอาการแสดงออกที่เด่นชัดที่สุด และพบว่าอาการซึมเศร้านี้มักเกิดร่วมกับอาการอื่นๆ ได้แก่ ขาดชีวิตชีวา ท้อแท้ หดหู่ อ้างว้าง เหนงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง สิ้นความสามารถ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าและไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป อาจมีภาวะหลุดจากโลกของความเป็นจริง (out of reality) ได้แก่ ประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) การรับรู้สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าผิด

(illusion) การรู้จักตนเองลดลงหรือหายไป (poor judgement) อาการดังกล่าวมักจะเกิดขึ้นเป็นครั้งๆ แล้วหายไปแต่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยๆมีผลรบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. เมลาโงโคลิก ดีเพรสชัน (melancholic depression) หมายถึง สภาวะของอารมณ์ซึมเศร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเสียความสนใจและความพึงพอใจในกิจกรรมทุกอย่างหรือเกือบทุกอย่างและอาการจะไม่ได้ดีขึ้นแม้เพียงชั่วคราที่มีสิ่งดีๆเกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งเราเรียกว่า “สภาวะไร้อารมณ์โดยสิ้นเชิง (anhedonia)” คือสภาวะที่ไม่สามารถมีอารมณ์พึงพอใจได้เลย เพราะแม้แต่ในคนที่ เป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงก็ยังมีความรู้สึกเบิกบานชั่วคราได้

3. โรคจิตอารมณ์ซึมเศร้า (psychotic depression) ซึ่งสภาวะนี้จะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการหลงผิด (delusion) หูแว่ว (hallucination) โดยมักเกิดร่วมกันไปกับอารมณ์เศร้านั้นด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจจะมีอาการหลงผิดว่าได้ทำบาปอย่างมากจนให้อภัยตนเองไม่ได้

4. โรคซึมเศร้านอกแบบ (atypical depression) ซึ่งพบได้ไม่น้อยโดยมีอาการแสดงออกตรงข้ามกับโรคซึมเศร้าทั่วไป เช่น คนอารมณ์ซึมเศร้านอนหรืองินน้อยกว่าปกติ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกแบบนี้จะนอนมาก กินมาก และน้ำหนักขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการร่วมเหล่านี้เราเรียกว่า “อาการทางกายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต” ลักษณะของโรคซึมเศร้านอกแบบนี้พบว่า มักจะมีอาการเรื้อรังมากกว่าที่จะเป็นแบบครั้งคราวและมักจะมีอาการเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น ผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการเหมือนคนไม่มีชีวิตชีวา ไม่สนใจกิจกรรมทุกอย่าง และจะรู้สึกอ่อนไหวอย่างรุนแรงต่อการถูกปฏิเสธโดยเฉพาะเรื่องอกหักหรือผิดหวังจากสิ่งที่คาดหวังไว้

5. โรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดอ่อนแต่เรื้อรัง (dysthymic disorder) หรือโรคดิสโทเมีย ซึ่งมีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 ปี ร่วมกับแสดงอาการขณะเกิดอารมณ์เศร้าต่อไปอย่างน้อย 2 อาการ ได้แก่

1. เบื่ออาหารหรือกินจุ (appetite change)
2. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง (sleep pattern change) อาจนอนไม่หลับ หรือหลับมากผิดปกติ
3. เรี่ยวแรงน้อย ไร้กำลัง หรืออ่อนเพลียง่าย (low energy or fatigue)
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem)
5. ไม่มีสมาธิและความสามารถในการตัดสินใจลดลง (difficulty concentrating or making decisions)

6. รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (feelings of hopelessness)

ผู้ป่วยโรคนี้มีอาการไม่รุนแรงเท่ากับคนเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง แต่จะเกิดนานเรื้อรังจนผู้ป่วยไม่เคยรู้สึกว่ามันสบายดีจริงๆ อาการของโรคนี้เหมือนกับคนมีไข้ต่ำๆซึ่งไม่สามารถขจัดให้หายไป ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถหยุดคิดกังวลเกี่ยวกับเรื่องปัญหาในการทำงานหรือปัญหาในบ้านได้ ซึ่งทำให้เขารู้สึกไม่มีความสุขตลอดเวลา ผู้ป่วยจะทุ่มเทกำลังทั้งหมดไปกับการทำงานจนไม่เหลือแรงไว้สำหรับพักผ่อนหรือกิจกรรมภายในครอบครัว จนทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ชีวิตและหากว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดอ่อนไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มพัฒนาอาการของโรคจนเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงต่อไปได้ เรียกว่า “โรคซึมเศร้าซ้ำซ้อน (double depression)” ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงโดยทั่วไป โรคซึมเศร้าซ้ำซ้อนนี้จะรุนแรงกว่าและรักษายากกว่า และผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบมากกว่าหรือไม่หายขาด

6. โรคอารมณ์ซึ่มเศร้าชนิดมีอารมณ์แปรปรวน (bipolar disorder) กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีก็ก้าวร้าวด้วยกับอาการซึ่มเศร้าตามปกติ โดยอาการของโรคจะแบ่งออกเป็นระยะกำเริบ โดยพบว่าบางระยะจะมีอาการอารมณ์ขึ้นหรือดีก็ก้าวร้าวอย่างมากและบางระยะจะมีอารมณ์ลงหรือซึ่มเศร้าอย่างหนัก ระยะเวลาอารมณ์ขึ้นหรือมาเนีย (mania) จะเป็นอยู่นานประมาณ 1-3 เดือน ติดต่อกัน และระยะอารมณ์ลงหรือซึ่มเศร้าจะเป็นอยู่นาน 6-9 เดือน โดยจะมีระยะปกติหรือเกือบปกติคั่นกลางอยู่ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคนี้อาจมีลักษณะที่เรียกว่าอารมณ์ขึ้นลงเร็วมาก คือ มีระยะของอารมณ์ขึ้นและลงมากกว่า 4 ครั้งต่อปี

ในระยะอารมณ์ขึ้นหรือมาเนียจะมีอาการดังต่อไปนี้

1. มีพลังเพิ่มขึ้นมาก
2. ไม่นอนและไม่รู้สึกรู้ว่าต้องการนอน ผู้ป่วยอาจจะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ
3. ชอบทำอะไรที่เสี่ยง บ้าบิ่น มุทะลุ ขาดความยับยั้งชั่งใจ
4. เชื่อมั่นในความสามารถและอำนาจของตนเองโดยที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง
5. พฤติกรรมการพูด พลังทางร่างกาย กิจกรรมทางสังคมหรือแรงขับทางเพศจะเพิ่มขึ้นมาก

6. อารมณ์ขึ้นสุดๆทั้งด้านอารมณ์ดี กระวนกระวาย อารมณ์ร้ายและเปลี่ยนแปลงเร็ว
7. มีพฤติกรรมน่ากลัว กวนโมโห ก้าวร้าวต่อผู้อื่น
8. มักจะใช้จ่ายเสพติด เช่น โคเคน เหล้า และยานอนหลับ

ทั้งนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอารมณ์ขึ้นนั้นมักจะมีพฤติกรรมในลักษณะอันตรายต่อตนเองซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการทำงาน ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนและครอบครัว คนที่เป็นโรคนี้นั้นมีแนวโน้มที่จะมองข้ามผลที่จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดและอันตรายจากพฤติกรรมของตน เช่น อาจจะทำหน้าที่งานมหาศาล ตัดสินใจผิดพลาดทางธุรกิจ อาจมีปัญหาจากพฤติกรรมส่อทางเพศหรือแม้แต่ทำผิดกฎหมาย

7. โรคอารมณ์ซึ่มเศร้าตามฤดูกาล หรือ เอสเอตี (seasonal affective disorder) ซึ่งมักจะเกิดตามฤดูกาลไม่ค่อยพบในประเทศไทย อาการจะเกิดเมื่อมีอากาศครึ้มหรือในช่วงที่มีแสงแดดอ่อน ในต่างประเทศมักจะเกิดในช่วงหน้าหนาว ระยะเวลาเกิดอาการนานประมาณ 5 เดือน นอกจากนั้นอาการทั่วไปมีลักษณะเหมือนโรคซึ่มเศร้าทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยล้า และไม่ยอมเข้าสังคม อาการอื่นๆอาจมีปะปนบ้าง เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับมากผิดปกติ จนไม่สามารถทำงานตามปกติได้ บางคนอาจมีความต้องการอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากจนทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มสูงขึ้น

ระดับของภาวะซึ่มเศร้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatry Association)⁽¹⁹⁾ ได้แบ่งระดับภาวะซึ่มเศร้า 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึ่มเศร้าระดับต้นหรือระดับอ่อน (mild depression or blue moods)

หมายถึง ผู้ที่มีอารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งมักมาจากการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก ความคิด การแก้ปัญหาที่ยังปกติ มีการเคลื่อนไหวเป็นไปตามปกติ สามารถสื่อสาร และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับกลาง (moderate depression or neurotic depression)

หมายถึง ผู้ที่หาความสุขไม่ได้ เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ ท้อแท้ หดหวังและมีอารมณ์โกรธ ความคิดจะวกไปวนมาเกี่ยวกับตัวเอง ย้ำคิดย้ำทำ การตัดสินใจไม่ดี (adjustment disorders) ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวที่ผิดปกติ การนอนหลับผิดปกติ การเคลื่อนไหวช้า อ่อนเพลีย ดูแลตนเองน้อยลง รับประทานอาหารน้อยลง การสื่อสารมักจะออกมาในรูปความไม่พอใจตนเอง ไม่ยืดหยุ่น และพูดน้อย

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression or psychotic depression)

หมายถึง ผู้ที่มีอารมณ์เฉยชา สิ้นหวัง มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมาก ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีลักษณะความคิดแบบหลงผิด (delusion) เกี่ยวกับตนเอง มีความคิดแบบ depersonalization เช่น รู้สึกว่าหัวใจถูกทำลายไป แขนขาขาดหายไป ไม่สนใจตัวเอง ไม่เคลื่อนไหว น้ำหนักลดลงมาก จะมีลักษณะของ early morning awaken คือ ตื่นเข้าไป โดยเฉพาะช่วงเช้ามืดจะมีอาการมาก

อาการของภาวะซึมเศร้า

พฤติกรรมหรืออาการที่แสดงออกถึงภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไปจำแนกออกได้หลายด้าน⁽³⁵⁾ เช่น

1. ด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนแปรปรวน รู้สึกเหนื่อยล้า ความต้องการทางเพศลดลง น้ำหนักลด โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหารหรือลิ้มรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ

1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีกหรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

2. ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆทั้งวัน แต่ก็ยังมีเวลาที่มีอารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้านี้ก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังในตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุก ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งในเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ และความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ายิ่งและเกิดขึ้นต่อเนื่อง มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ายิ่งตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง ไร้เกียรติตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใดๆเลย หดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา

3. ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวออกจากสังคมหรือต้องการที่จะตาย โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

3.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ก็ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มี การเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

4. ด้านความคิด สติปัญญาและการรับรู้ มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ ต่ำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้า

4.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

4.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆที่ตนเองทำไม่ประสบความสำเร็จ โทษตัวเองแม้แต่ในเรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตนหรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้แต่ในเรื่องเล็กน้อย เช่น เลือกเสื้อผ้าที่จะแต่งตัว เป็นต้น วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้นแม้ยังไม่มีอาการแสดง

4.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกายของตนเอง คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

อาการทางคลินิก สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association)⁽¹⁹⁾ ดังนี้

1. มีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์เดียวกัน และมีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ (Functioning) นอกจากนี้ต้องมีอาการอย่างน้อยหนึ่งในสองอาการต่อไปนี้ คือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood) หรือขาดความพอใจหรือยินดี (Loss of interest or pleasure) โดยไม่รวมอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป (General medical condition) มีการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่สอดคล้องกับอารมณ์ (Mood incongruent delusions or hallucination)

1.1 อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood) ตลอดเวลาและเกือบทุกวัน โดยอาจเป็นการบอกเล่าของผู้ป่วย (Subjective report) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (ในเด็กและวัยรุ่นอาจมีอารมณ์หงุดหงิด/อารมณ์ไม่ดีได้)

1.2 รู้สึกไม่สนุกสนาน (Anhedonia) ในกิจกรรมที่มักทำเป็นประจำ โดยเป็นอยู่ตลอดเวลาและเกือบทุกวัน

1.3 น้ำหนักลดลง (Weight loss) เนื่องจากวัยรุ่นกำลังเจริญเติบโตจึงไม่อาจเห็นน้ำหนักลดได้เหมือนผู้ใหญ่ แต่น้ำหนักอาจไม่เพิ่มตามเกณฑ์หรือบางคนน้ำหนักเพิ่ม หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น (Decrease or increase in appetite)

1.4 นอนไม่หลับ (Insomnia) หรือนอนมาก (Hypersomnia) วัยรุ่นอาจเริ่มมี terminal insomnia และ abnormal pattern of REM sleep

1.5 เคลื่อนไหวเร็วขึ้น (Psychomotor agitation) หรือเคลื่อนไหวช้าลง (Psychomotor retardation) มีอาการเซื่องซึมคล้ายอาการไข้หวัด บางคนหาอะไรทำเพื่อกระตุ้นตนเอง และมักเข้าสังคมน้อยลง

1.6 อ่อนเพลีย (Fatigue) หรือหมดเรี่ยวแรง (Loss of energy) ตลอดเวลา

1.7 มีความรู้สึกไม่ดีในตนเอง (Low self-esteem) โดยวัยรุ่นอาจบอกตนเองว่าโง่ น่าเกลียด หรือในแง่ที่กล่าวว่าตนเองที่เป็นรูปร่างตลอดเวลา

1.8 ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง (Diminished ability to think or concentrate) จะเห็นได้จากผลการเรียนตกลง ทำการบ้านไม่เสร็จ

1.9 มีความคิดซ้ำๆเกี่ยวกับความตาย (Recurrent thoughts of death) มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ (Recurrent suicidal ideation) โดยไม่มีการวางแผนที่ชัดเจนหรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย (Committing) หรือมีการวางแผนเพื่อให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (Committing suicide)

2. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Maxed Episode

3. อาการที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (Distress) อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก หรือทำให้เกิดการเสื่อมเสียหน้าที่ทางด้านสังคม ด้านอาชีพหรือด้านอื่นๆที่สำคัญ

4. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง (ยกเว้นสารเสพติด) หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป

ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นบางคนอาจแสดงออกในรูปของภาวะวิตกกังวล (Anxiety disorder) เช่น อาการ Panic หรือ อาการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive) หรือแสดงออกในรูปอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งเรียกว่าเป็นอาการ Depressive equivalents หรือเป็น masked depression⁽³⁶⁾

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้านั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกต (Interviewer and observer rated scale) ซึ่งมีดังนี้

1.1 Raskin Scale (Three-Area Severity of Depression Scale) พัฒนาขึ้น ในปี ค.ศ. 1988 โดย Raskin (อ้างใน Yonkers & Samson)⁽³⁷⁾ สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบบประเมินประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม เน้นการประเมินด้านประสบการณ์ที่แสดงออกชัดเจน (คำพูด) ด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิและประเมินอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารหรือการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิด แบบประเมินมีการตรวจสอบคุณภาพ โดยหาค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยนอกที่มีอายุระหว่าง 18-55 ปี จำนวน 86 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.88 แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คาดคะเนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยา จึงเหมาะที่จะใช้ประเมินกับกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังสามารถใช้แบบประเมินนี้วัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการบำบัดรักษา แม้ว่าแบบประเมินนี้จะมีข้อคำถามที่สั้นและมีความเชื่อมั่นสูงแต่ก็มีข้อจำกัดคือ ต้องมีข้อมูลด้านการทดสอบและวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของทางจิตมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

1.2 Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D/HRSD) ถูกพัฒนาขึ้นโดย Hamilton (อ้างใน Yonkers & Samson)⁽³⁷⁾ จิตแพทย์ชาวอังกฤษ มีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะแรกๆ ที่มีลักษณะของอาการรุนแรง ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม เน้นการประเมินในด้านอารมณ์ (depressed affect) อาการทางกาย (vegetative symptoms) เช่น อ่อนล้า ปากแห้ง นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นต้น ความวิตกกังวล (anxiety) ความหงุดหงิดกระวนกระวายและการหysteria (agitation and insight) แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยมีค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 0.90 ซึ่งแบบประเมินนี้มีความสัมพันธ์สูงกับการประเมินโดยการสังเกตอื่นๆ ได้แก่ Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MARDS), the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) และ the Bach Melancholia Scale (BMS) และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's coefficient alpha) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 120 ราย หลังการบำบัดรักษาได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 ในการใช้แบบประเมินนี้ผู้ประเมินจะต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม

การศึกษาในประเทศไทย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง⁽³⁸⁾ ได้แปลแบบประเมิน HRSD เป็นภาษาไทยร่วมกับรายงานการทดสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือได้ของแบบประเมินว่าค่า interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี (kappa เท่ากับ 0.87) ความแม่นยำของแบบประเมินเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (concurrent validity) อยู่ในเกณฑ์ดี [Spearman's correlation coefficient เท่ากับ - 0.8239 (p<0.0001)] ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) เป็นที่น่าพอใจ (standardized cronbach's coefficient เท่ากับ 0.7380) ดังนั้นจึงสามารถใช้ได้ดีสำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสำหรับคนไทย

1.3 Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MARDS) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1979 โดย Montgomery และ Asberg (อ้างใน Yonkers & Samson)⁽³⁷⁾ ใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการประเมินอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า จุดประสงค์ของการสร้างแบบประเมินนี้มี 2 ประการ คือ เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงในการรักษาและเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ โดยที่ไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม การให้คะแนนจะต้องประกอบด้วย การสัมภาษณ์และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย เช่น อารมณ์โศกเศร้าจะแสดงออกทางคำพูดหรือสีหน้าและท่าทาง จากการศึกษาหลายครั้งได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และตรวจสอบความตรงพบว่า แบบประเมินนี้มีอาการแสดงเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 70 มีความเข้ากันได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับโรคซึมเศร้ารุนแรง

(Research Diagnosis Criteria for major depressive disorder) แบบประเมินนี้มีประโยชน์ในการค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดพลาดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา การให้คะแนนประเมินง่าย ผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม ข้อความในแบบประเมินสั้น

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง (Self-report) มีดังนี้

2.1 Children's Depression Inventory (CDI)⁽³⁹⁾ แบบวัด CDI นั้นเหมาะสำหรับเด็กและวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-16 ปี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CDI ฉบับภาษาไทย ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CDI เป็นเครื่องมือที่ใช้แพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่ง อุมพร ตรังคมบัติ แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆที่พบในวัยรุ่น แต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนความรุนแรงของอาการ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลยหรือน้อย 1 คะแนน หมายถึง มีอาการบ่อยๆ และ 2 คะแนน หมายถึง มีอาการตลอดเวลา คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-54 คะแนน จากการวิจัย พบว่า CDI ฉบับภาษาไทย มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 10^{-6}$

การศึกษาในเด็กไทยของ อุมพร ตรังคมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽²⁴⁾ พบว่า มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และมีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูงจาก receiver operating characteristic curve คะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก คือ 15 คะแนนขึ้นไป ที่คะแนนนี้ CDI ฉบับภาษาไทยมีความไว (sensitivity) เท่ากับ ร้อยละ 78.7 ความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ ร้อยละ 91.3 และมีความแม่นยำ (accuracy) เท่ากับ ร้อยละ 87

2.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 ปรับปรุงจากแบบประเมิน Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) แบบประเมิน Raskin Scale และแบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale (MMPI-D) ซึ่งแบบประเมิน CES-D ถูกพัฒนาโดย Radloff⁽⁴⁰⁾ เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 20 ข้อ คำถามเน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feeling) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก (behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (somatic disturbance) แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบคุณสมบัติความตรง โดยได้วิเคราะห์ความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion relates validity) กับความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) พบว่าแบบประเมินนี้มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) และ Raskin Scale โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์อยู่ในระหว่าง 0.69 ถึง 0.75 และผลการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างโดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่า คำถามทั้ง 20 ข้อ สามารถวัดคุณลักษณะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้ตามโครงสร้างที่กำหนด และได้มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มประชากรอเมริกาทั่วไป 3 กลุ่ม และในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในคลินิก 1 กลุ่ม ได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 ในกลุ่มประชากรทั่วไป และในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบประเมินนี้สะดวกในการใช้ ประหยัดเวลา และง่ายต่อการแปลผล

การศึกษาในประเทศไทย อุมพร ตรังคสมบัติ , วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์⁽⁴¹⁾ ได้แปลแบบประเมิน CES-D เป็นภาษาไทยพร้อมกับทำการศึกษาประสิทธิภาพของเครื่องมือในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นไทยพบว่า ความเที่ยงของเครื่องมือวัดโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 และจากการศึกษาความตรงในการจำแนกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน CES-D ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าคะแนน CES-D ที่สูงขึ้นจะแปรผันตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นเช่นกัน

2.3 Beck Depression Inventory (BDI), First revision (BDI-IA), Second revision (BDI-II) พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1961 โดย Beck และคณะ (อ้างใน Yonkers & Samson)⁽³⁷⁾ สร้างขึ้นเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อการประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับการติดตามการเปลี่ยนแปลง หรือเพื่ออธิบายถึงความเจ็บป่วย ข้อคำถามเดิมของแบบประเมินได้จากการสังเกตลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในระหว่างการทำจิตวิเคราะห์บำบัด มีการปรับปรุงครั้งแรกในปี 1978 โดยการตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออกและปรับเปลี่ยนข้อคำถามในบางข้อ ในปี 1993 ได้มีการปรับปรุงระดับคะแนนเพื่อใช้ในการบำบัดทางปัญญา และในปี 1996 ได้ออกแบบประเมินเป็นฉบับใหม่ คือ BDI-II ซึ่งปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV แบบประเมินนี้สร้างบนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยม ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม แบบประเมินนี้ได้ตรวจสอบคุณภาพโดยมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยศึกษา 9 ครั้ง ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 63-248 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และศึกษา 9 ครั้ง ในกลุ่มนักเรียนจำนวน 91-568 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.82 ถึง 0.92 และตรวจสอบความตรงในผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) เท่ากับ 0.91 ถึง 0.86 และการศึกษา 8 ครั้ง ในผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับแบบประเมิน Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) เท่ากับ 0.57 ถึง 0.83 เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่ายและประเมินซ้ำได้ ทำให้มีผู้นิยมนำไปใช้ในการพัฒนา งานบริการและงานวิจัยมาก

2.4 Reynold's Adolescent Depression Scale (RADS) สร้างขึ้นโดย William M. Reynolds (1981, อ้างใน เรไร ทิวะทัศน์)⁽⁴²⁾ เพื่อใช้วัดอารมณ์ซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี แบบทดสอบ RADS ไม่ได้ใช้เป็นเกณฑ์ (Criteria) เพื่อการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะแต่สร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อช่วยประเมินอาการทางคลินิกที่สัมพันธ์กับระดับของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและนำไปประกอบการวินิจฉัยเพื่อประเมินพยาธิสภาพทางจิตใจ 2) สำหรับใช้ในการแยกเด็กนักเรียนที่มีความซึมเศร้าในโรงเรียนและวัยรุ่นทั่วไปหรือในสถานรักษา 3) เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น 4) ช่วยประเมินผลการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบบทดสอบ RADS ใช้วัดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม แม้ว่าจะกำหนดช่วงอายุที่วัดคือ 13-18 ปี แต่ก็สามารถใช้กับบุคคลที่อายุนอกเหนือจากนี้ เช่น ผู้ที่เรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย นอกจากนั้น RADS ยังใช้วัดโดยการพูดโต้ตอบ สำหรับวัยรุ่นที่ไม่สามารถเขียนได้ด้วย ซึ่งแบบทดสอบ

RADS มีจุดตัด (Cutoff point score) ที่ 77 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นพยาธิสภาพทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Reynolds ที่ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (High school) จำนวน 2,402 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.92 นอกจากนี้ RADS ยังถูกนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ หลายกลุ่ม พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามีค่า 0.90 ถึง 0.96 สำหรับค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบทดสอบนี้ใช้ได้เนื่องจากได้นำเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-III และ RDC ร่วม นอกจากนี้ยังวิเคราะห์คุณสมบัติความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion Related Validity) พบว่าแบบทดสอบนี้มีความสัมพันธ์กับแบบทดสอบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) , Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) , Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) และ Children's Depression Inventory (CDI) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระหว่าง 0.68 ถึง 0.76 ส่วนความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ได้ใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่า คำถามทั้ง 30 ข้อ สามารถวัดคุณลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้

2.5 Symptom Distress Checklist-90 (SCL-90) (อ้างใน Matti Holi⁽⁴³⁾ และศิริเพชร ศิริวัฒน์⁽⁴⁴⁾) สร้างขึ้นโดย Leonard R. Derogatis และคณะ (1973) ดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดย ละเอียด ชูประยูร และคณะ (2521) แบบวัดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามสั้นๆ 90 ข้อ โดยให้บุคคลประเมินตนเองในสภาพที่เป็นจริงในขณะนั้น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการที่มีอยู่ในคนทั่วไป เช่นเดียวกัน โดยมีเกณฑ์การหามาตรฐานของแบบวัดนี้ในคนปกติซึ่งมีระดับความเข้มของอาการไม่ถึงเกณฑ์ของความผิดปกติ ซึ่ง ทวี ท้าวคำลือ ได้ทำการทดสอบเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับพนักงานขับรถเมลล์ โดยวิธี Known Group Technique ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำนวน 30 คน และคนไข้จิตเวชจำนวน 30 คน เปรียบเทียบผลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง โดยใช้ T-Test พบว่าปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมลล์น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ทุกด้าน ซึ่งถือว่าเครื่องมือที่ใช้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและสามารถใช้ได้ในสภาพแวดล้อมปัจจุบัน สำหรับค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ข้อคำถามในแต่ละด้านของแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 อยู่ระหว่าง 0.52 ถึง 0.85 เมื่อรวมทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.95 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้า คือ แบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory : CDI) ของ Maria Kovacs ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมภาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอาจจะถูกคาดหวังว่าไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้เพราะอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นมักถูกปิดบังด้วยอาการอื่นๆ ทำให้จิตแพทย์ไม่เชื่อว่าวัยรุ่นจะมีภาวะซึมเศร้าได้แต่จากการศึกษาในช่วงหลายปีที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในวัยรุ่นซึ่งภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะมีอาการคล้ายคลึงในวัยผู้ใหญ่ โดยสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เศร้า ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย หดเหี่ยวแรง ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ มีปัญหาการรับประทานอาหาร อาจเบื่ออาหารหรือรับประทานมากเกินไป ปกติ ปัญหาการนอนอาจแสดงออกในรูปแบบของ การนอนไม่หลับ ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ส่งผลให้รู้สึกอ่อนเพลียในเวลากลางวัน วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า

บางรายจะหมกมุ่นคิดมากเกี่ยวกับสุขภาพและรูปร่างหน้าตาของตนเอง รู้สึกตำหนิตนเอง มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ ในรายที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นมีลักษณะที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ กล่าวคือภาวะซึมเศร้าของผู้ใหญ่มีความชัดเจน มีระยะเวลายาวนานเป็นเดือนหรือเป็นปี แต่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพหลายด้าน โดย

Hill (อ้างใน เรไร ทิวะทัศน์)⁽⁴²⁾ ได้พิจารณาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ความรู้สึกเศร้า (Depressive feeling) เป็นความรู้สึกไม่มีความสุข อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของตัวบุคคลหรือความบกพร่องหน้าที่ทางด้านชีววิทยา ซึ่งพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กและวัยรุ่นมีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ไม่มีความสุข หรือร้องไห้ ซึ่งถือว่าเป็นธรรมดา ไม่จัดว่าเป็นอาการของโรค ความรู้สึกเศร้านั้นมักเกิดจากการสูญเสียบุคคลที่รัก แต่จะไม่มีความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ตำหนิตนเอง หรือคิดว่าตนเองไร้ค่าซึ่งแตกต่างจากโรคซึมเศร้า ซึ่งลักษณะอาการที่บ่งถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่อาจพบได้ในวัยรุ่น ได้แก่

- 1.1 หวาดกลัว (fear) และคิดว่าตนเองไร้ความสามารถ (helplessness)
- 1.2 โกรธคนอื่นหรือตนเอง
- 1.3 อับอายและสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง
- 1.4 แยกตนเองออกจากสังคม

พบว่าในวัยรุ่นชายที่มีภาวะซึมเศร้าอาจแสดงออกเป็นอารมณ์โกรธหรือพฤติกรรมต่อต้านสังคม ส่วนในวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าอาจแสดงออกเป็นความรู้สึกอายน้อยและหวาดกลัว

2. โรคซึมเศร้า (Depressive syndrome) ในวัยรุ่นนั้นบางครั้งภาวะซึมเศร้าอาจแสดงออกทางความผิดปกติอื่นๆแทนที่จะมีอาการเหมือนผู้ใหญ่ เช่น ปัสสาวะรดที่นอน โรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้านานกว่าความรู้สึกเศร้าธรรมดา คือจะมีความรู้สึกต่อต้านฉุนเฉียวง่าย มีความรู้สึกผิด วิตกกังวล ทดแทนกับความทุกข์ที่ไม่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจ อาจมีความเครียดที่เป็นสาเหตุของอาการทางกาย เช่น เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ มีความคิดที่ประเมินตนเองในแง่ลบ มองโลกในแง่ร้าย สิ้นหวัง และพบว่าพฤติกรรมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นชายในอัตราสูง ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมต่อต้านสังคม ซึ่งอาจทำให้แพทย์ละความสนใจด้านปัญหาทางอารมณ์ไปสนใจแก้ปัญหาพฤติกรรมมากกว่า

อุมาพร ตรังคสมบัติ (อ้างใน จันท์ทิพา พฤชานนท์ และ ประสพศรี อึ้งถาวร)⁽⁴⁵⁾ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้าจากการปรับตัวต่อความเครียด (adjustment disorder with depressed mood) ในโรคนี้นี้เด็กจะมีอาการซึมเศร้าหลังจากมีภาวะเครียดทางสังคม (psychosocial stresses) เช่น การเจ็บป่วยของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งของบิดามารดา เป็นต้น อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่ในระยะเวลาที่ไม่นาน เมื่อความเครียดหายไปหรือมีการปรับตัวที่ดีขึ้นอาการก็จะหายไป อาการแสดงออกด้านต่างๆของ depressive symptoms มีดังนี้

1. ด้านอารมณ์ วัยรุ่นจะมีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ร้องไห้ง่าย รู้สึกหงุดหงิด บางรายอาจมีลักษณะฉุนเฉียวไม่โง่งาย นอกจากนั้นจะไม่รู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำ
2. ด้านอาการทางกาย อาจมีอาการเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ ด้านความรู้สึกนึกคิด มีความคิดความอ่านที่ช้าลง สมาธิลดลง
3. ด้านการมองตนเองและชีวิต จะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ดี ไม่น่ารัก รู้สึกผิด (guilt) รู้สึกชีวิตหมดหวัง บางรายอาจรู้สึกท้อแท้ หรืออาจมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

นางพางา ลิ้มสุวรรณ และโกวิท นพพร⁽⁴⁶⁾ กล่าวว่า ความคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นแยกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กและวัยรุ่นไม่มีความเศร้าเลย โดยอาศัยหลักที่ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ต้องมี Superego ก่อน เมื่อเด็กและวัยรุ่นยังไม่มี Superego ดังนั้นเด็กและวัยรุ่นจึงยังไม่มีภาวะซึมเศร้า
2. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กและวัยรุ่นจะมีโรคซึมเศร้าได้ แต่จะมีลักษณะพิเศษเฉพาะตัวซึ่งแตกต่างกันไปในผู้ศึกษาแต่ละคน
3. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กและวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าแฝง (Masked Depression) ซึ่งหมายความว่า เด็กมีโรคซึมเศร้าได้ แต่อาการแสดงออกไม่ออกมาในรูปแบบของอารมณ์แต่จะแสดงออกเป็นอาการทางกายหรือพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ ความประพฤตินอกปกติ เป็นต้น

อาการและอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นมีลักษณะคล้ายหรือไม่แตกต่างกับอาการซึมเศร้าของผู้ใหญ่นัก มีอาการหลักๆเหมือนกัน คือ รู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ดูถูกตนเอง รู้สึกผิด หมดความสนใจ ในทุกสิ่งอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง รับประทานอาหารไม่ได้ และคิดหมกมุ่นเรื่องการฆ่าตัวตาย ได้เช่นเดียวกับผู้ใหญ่แต่ก็พบอาการซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ได้แก่

1. วัยรุ่นอาจไม่ยอมรับว่ามีอารมณ์เศร้า แต่ใช้คำว่า โดดเดี่ยว หงุดหงิด ฉุนเฉียว หรือเบื่อ และไม่ยอมมาพบจิตแพทย์เองแต่มักจะถูกผู้ปกครองนำมาตรวจ
2. วัยรุ่นมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ค่อนข้างมากกว่าผู้ใหญ่
3. อาการนอนมากหรือรับประทานอาหารมากขึ้น มักพบในวัยรุ่นที่ซึมเศร้าแทนที่จะนอนไม่หลับหรือรับประทานอาหารไม่ลง

Rice⁽²²⁾ ได้แบ่งลักษณะอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น ออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ซึมเศร้าเฉียบพลัน (Acute Depression) เป็นอาการที่ดูเป็นลักษณะรุนแรงและเฉียบพลันหรือกะทันหัน โดยวัยรุ่นมักจะบ่นถึงความเบื่อ แยกตัวเอง และมีเวลาพบปะเพื่อนฝูง ญาติมิตร และครอบครัวน้อยลง บางครั้งอาจจะร้องไห้ง่ายและชอบฝันกลางวันมากขึ้น อาการจะมีช่วงระยะเวลาสั้นๆ อันนำมาสู่อาการเจ็บป่วยทางกายหรือปัญหาอื่นๆตามมา เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาในสิ่งผิดกฎหมาย ปัญหายาเสพติด และการสูญเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือคนในครอบครัว
2. ซึมเศร้าแบบเรื้อรัง (Chronic Depression) จะพบได้มากขึ้นในวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นมักมีประสบการณ์ในการจัดการหรือขจัดออกของปัญหาในรูปแบบทางอารมณ์ที่ไม่สมบูรณ์ หรือจากประสบการณ์การขาดความรักจากครอบครัวหรือเพื่อนบ่อยๆ จะทำให้วัยรุ่นเบื่อหน่ายโลกและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อารมณ์ซึมเศร้านี้อาจจะปรากฏออกมาเป็นระยะเวลา 1 ปี และมักจะเกิดขึ้นควบคู่กับปัญหาทางจิตอื่นๆและอาการสูญเสียความพึงพอใจทุกอย่าง เรียกว่า Melancholia
3. ซึมเศร้าแบบปิดบัง (Masked Depression) เป็นอาการที่สังเกตได้ยาก วัยรุ่นจะรู้สึกเศร้าแต่พวกเขาจะพยายามหนีหรือปฏิเสธภาวะซึมเศร้านั้น โดยอาจแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมของกิจกรรมต่างๆนั้น โดยเฉพาะผู้หญิงที่มักจะมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงความโดดเดี่ยว หรือเหงา และอาจมีกิจกรรมข้างนอกบ้านหรือกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น บางรายอาจใช้สารเสพติด หรือกระทำผิดกฎหมาย รวมทั้งมีอาการหงุดหงิดและโกรธง่ายด้วย

Hill (อ้างใน ซ่อเพเซอร์ เบ้าเงิน)⁽⁴⁷⁾ อาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีดังนี้

1. การปฏิเสธโรงเรียน (School refusal) ซึ่งเกิดจากความวิตกกังวลต่อการพลัดพราก ซึ่งมาปรากฏในวัยรุ่นเป็นกลไกที่แสดงออกของความรู้สึกโดดเดี่ยว เศร้าหมอง
2. พฤติกรรมต่อต้านสังคม ต่อต้านกฎเกณฑ์ ซึ่งจัดว่าเป็นความประพฤติที่ผิดปกติ (Conduct disorder) แสดงถึงว่าบุคคลนั้นมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self-esteem) การใช้ยาต้านเศร้าในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมได้ผลดีเท่ากับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า
3. ผลการเรียนต่ำ ซึ่งพบว่าเกิดจากการขาดสมาธิ (Poor concentration) มากกว่าจากปัญหาด้านสติปัญญา
4. พฤติกรรมเฉยเมย เบื่อหน่าย ไม่ยินดีในร้าย ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยทำ
5. อาจมีอาการประสาทหลอน
6. นอนออกจากบ้าน
7. มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นบางครั้งไม่เป็นที่สังเกตเพราะผู้ใหญ่โดยทั่วไปมีความรู้สึกว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น ชอบมีปัญหาซึ่งเป็นปกติของวัยรุ่น เป็นความจริงที่ว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือมีปัญหาขัดแย้งกับผู้ใหญ่แต่ผู้ใหญ่ต้องใช้ความรู้ทางจิตวิทยา หรือการดูแลเอาใจใส่ คอยสังเกตพฤติกรรมของวัยรุ่นให้ดีกว่าอะไรที่เป็นเรื่องตามธรรมชาติและอะไรเป็นสัญญาณซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออนาคตของวัยรุ่นได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

เรไร ทิวะทัศน์⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 871 คน โดยแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า Reynold's Adolescent Depression Scale (RADS) พบว่านักเรียนวัยรุ่น ร้อยละ 22.04 มีภาวะซึมเศร้า นักเรียนที่มีผลการเรียนและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีภาวะซึมเศร้าต่างกันน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพสมรสของบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา การอบรมเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องมีผลต่อภาวะซึมเศร้า

ซ่อเพเซอร์ เบ้าเงิน⁽⁴⁷⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นเท่ากับ ร้อยละ 49.8 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 22.5 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผลการเรียนของนักเรียน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว

ภัทรินาฏ บุญชู⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,700 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) พบความชุก ร้อยละ 28.8 นักเรียนหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนชาย ปัจจัยด้านผลการเรียน เศรษฐฐานะของครอบครัว จำนวนพี่น้อง การอยู่ร่วมกับบิดามารดาจริง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ศิริอร ฤทธิ์ไตรรัตน์⁽⁴⁹⁾ ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,369 คน ในโรงเรียน 3 แห่ง ใช้แบบประเมินปัญหาสุขภาพแบบตอบด้วยตนเอง (Health-Related Self-Report) ของ ดวงใจ กสานติกุล และคณะ พบว่ามีความชุกในโรงเรียน ก. ข. และ ค. เท่ากับร้อยละ 15.7 , 14.8 และ 11.9 ตามลำดับ นักเรียน

ที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาและมีญาติอาศัยอยู่ด้วย การมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่เพียงพอ สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่ การถูกเลี้ยงดูแบบเข้มงวดหรือปล่อยปละละเลย และการเคยสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด

มันทนา นทีธาร⁽⁵⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 610 คน เพื่อหาความชุกและอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Beck Depression Inventory (BDI) พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.9 ปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายได้ ร้อยละ 49.6 และความผูกพันในครอบครัวสามารถทำนายได้ ร้อยละ 3.1

รัชจณา สิงห์ทอง⁽⁵¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 526 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.6 โดยเมื่อจำแนกตามเพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่าภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์กับภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความพึงพอใจในชีวิต พฤติกรรมการเผชิญปัญหากับแรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รุ่งมณี ยิ่งยืน⁽³¹⁾ ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายและไม่ได้กระทำผิดกฎหมาย ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ เยาวชนที่กระทำผิดกฎหมาย อยู่ในการควบคุมดูแลของสำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 180 คน และเยาวชนที่ไม่ได้กระทำผิดกฎหมาย ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 338 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) พบว่า เยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 23.3 โดยพบว่า อาชีพของบิดา การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกผูกพันในครอบครัว และความพึงพอใจในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเยาวชนที่ไม่ได้กระทำผิดกฎหมายมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.6 โดยพบว่า ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ผู้ที่พักอาศัยด้วย ลักษณะที่อยู่อาศัย ความเพียงพอของการใช้จ่าย การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกผูกพันในครอบครัว และความพึงพอใจในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽⁵²⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาความชุกของอาการและลักษณะของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยทางจิต-สังคมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,264 คน มีอายุระหว่าง 10-17 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก (CDI เท่ากับ 15 คะแนนขึ้นไป) มีร้อยละ 40.8 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (CDI เท่ากับ 21 ขึ้นไป) มีร้อยละ 13.3 และพบว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีปัญหาทางจิต-สังคมสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่งในทุกด้านและพบว่า ผลการเรียนรู้ที่ต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา การที่บิดามารดาไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู การศึกษาและรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุขและปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว⁽⁵³⁾ ศึกษาจิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่อาศัยอยู่ที่วัดสระแก้ว จังหวัดอ่างทอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 257 ราย โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) พบความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปี เท่ากับ ร้อยละ 34.2 โดยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย จำนวน 36 ราย โดยพบวาระร้อยละ 86.1 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และร้อยละ 13.9 พยายามฆ่าตัวตายมาในอดีต การเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีจิตพยาธิสภาพรุนแรงกว่าโดยพบความชุกของโรคทางจิตเวชสูงกว่า ความผิดปกติพบบ่อยที่สุดคือภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีระดับของภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงกว่ากลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบปัจจัยเครียดทางจิตสังคม พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของเด็ก การถูกบิดามารดาทอดทิ้ง และการถูกทารุณกรรมทางร่างกายในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ลำเจียก กำธร⁽⁵⁴⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 360 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Beck Depression Inventory (BDI) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 86.4 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 49.8 ระดับรุนแรง ร้อยละ 18.3 และระดับน้อย ร้อยละ 18.3

จรรยา วัฒนโสภณ⁽⁵⁵⁾ ได้ทำการศึกษา ผลการทำกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางร่างกายหรือทางเพศ ที่มีอายุ 12-18 ปี ที่อยู่ในการดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ บ้านพญาไท จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินระดับสติปัญญาแบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSEI) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลองทำกิจกรรมบำบัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทำกิจกรรมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.01$ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.01$ อีกทั้งกลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม โดยโปรแกรมกิจกรรมบำบัดที่นำมาใช้ในการทดลองครั้งนี้ มีผลทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นและภาวะซึมเศร้ามลดลง

ประภัสสร สิริวิชัย⁽⁵⁶⁾ ได้ทำการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 207 คน อายุ 13-24 ปี โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีค่า ร้อยละ 43 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 53.9 และร้อยละ 46.1 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ มีอายุ 16-19 ปี

คิดเป็นร้อยละ 68.9 และพบว่าความภาคภูมิใจในตนเอง และการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ⁽⁵⁷⁾ ได้ทำการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยนอกเด็กธาลัสซีเมีย ณ คลินิกโรคเลือดเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 370 คน (อายุ 10-15 ปี) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Children's Depression Inventory (CDI) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กธาลัสซีเมีย คิดเป็นร้อยละ 35.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ มีเพศหญิงร้อยละ 52.3 และเพศชาย ร้อยละ 47.7 โดยพบว่าความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิก ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และพบว่า ผลการเรียนรู้ ประวัติถูกทารุณกรรม และระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ฤทัยรัตน์ ศรีทอง⁽⁵⁸⁾ ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร และความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของบุคลากรที่มีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวชในเด็ก จำนวน 97 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 13-15 ปี โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) พบความชุกของภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 60.8 และยังพบว่า ปัจจัยการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ เพียงด้านเดียว โดยกลุ่มตัวอย่างที่เรียนในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 86.7 ส่วนคนที่เรียนในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.1

เพชรไพลิน สรรพสุ⁽⁵⁹⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 11-15 ปี จำนวน 382 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Children's Depression Inventory (CDI) พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.5 พบชนิดของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 20.4 และระดับปานกลาง ร้อยละ 19.1 ได้รับการอบรมเลี้ยงดูเอาใจใส่มากที่สุด ร้อยละ 40.1 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแบบรักตามใจ ร้อยละ 21.7 แบบทอดทิ้ง ร้อยละ 19.6 และแบบควบคุม ร้อยละ 18.6 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แก้วตา ลีลาตระการกุล⁽⁶⁰⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 53 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 11.3 และยิ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อังสนา เบญจมินทร์⁽⁶¹⁾ ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปี โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) พบว่าเด็กที่มีความปวดเรื้อรังมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 77.80 มีแผนการนอนหลับแบบตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง ร้อยละ 41.70 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 66.7 และยิ่งพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

คลักษณา กิติทัศน์เศรณี⁽⁶²⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี เขต 1 จำนวน 382 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17 โดยพบว่ามีรายได้ของครอบครัว ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ความสัมพันธ์กับเพื่อน และรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

Rutter M. และคณะ⁽⁶³⁾ ได้ทำการสัมภาษณ์วัยรุ่น จำนวน 184 คน อายุ 14-15 ปี พบว่าวัยรุ่นชายร้อยละ 42 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 48 มีอารมณ์เศร้า และวัยรุ่นชายร้อยละ 7 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 8 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

Mckelvey R. และคณะ⁽⁶⁴⁾ ได้ทำการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในเด็กและเยาวชนชาวเวียดนามที่อาศัยอยู่ในออสเตรเลีย อายุ 9-17 ปี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ DISC-C (The Diagnostic Interview Schedule for Children) กับเด็ก และ DISC-P (The Diagnostic Interview Schedule for parent) กับผู้ปกครอง สุ่มตัวอย่างเด็ก 519 คน พบว่า เด็กเป็นโรคทางจิตเวชเพียงโรคเดียว ร้อยละ 4 และเป็น 2 โรค ร้อยละ 0.4 เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็ก ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง พบว่า มีความผิดปกติโรคเดียว ร้อยละ 10 , เป็น 2 โรค ร้อยละ 3.7 , เป็น 3 โรค ร้อยละ 1.3, เป็น 4 โรค ร้อยละ 0.6 และเป็น 5 โรค ร้อยละ 0.2 สำหรับโรคที่ผิดปกติจากการสำรวจข้อมูลจากเด็กพบ Major depression ร้อยละ 1.10 และ Anxiety disorder เป็นโรคที่พบมากที่สุด

Aseltine R.H. และคณะ⁽⁶⁵⁾ พบว่าการหย่าร้างของบิดามารดาเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้ 2 ทาง คือ การหย่าร้างเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดปัญหาและความเครียดจำนวนมากที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและการหย่าร้างยังทำให้ปฏิกิริยาต่อความเครียดรุนแรงขึ้น ซึ่งในกลุ่มที่มีปฏิกิริยาต่อความเครียดรุนแรงจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

Lasko S.D. และคณะ⁽⁶⁶⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 455 คน (อายุ 14-19 ปี) พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความใกล้ชิดกับบิดามารดาต่ำ

Aseltine R.H. และคณะ⁽⁶⁷⁾ พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าวร่วมกับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น ความขัดแย้งของบิดามารดาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือกระบวนการหย่าร้างในครอบครัวก็เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากทางอารมณ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้เช่นกัน

Capron C. และคณะ⁽⁶⁸⁾ ได้ศึกษาผลของการมีประจำเดือนครั้งแรกและโครงสร้างของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้า และปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นหญิง จำนวน 553 คน (อายุ 12-13 ปี) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) พบว่าการมีประจำเดือนครั้งแรกเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในครอบครัวที่ขาดการดูแลเอาใจใส่ โดยการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมน รวมถึงความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม ทั้งครอบครัวที่ไม่มั่นคง หรืออาจเป็นประสบการณ์ทางด้านจิตสังคมของเด็ก ซึ่งล้วนนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาภาวะซึมเศร้าได้

Liu Y.L.⁽⁶⁹⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่และลูกกับอาการซึมเศร้าในเด็กได้หวั่น โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) พบว่าการปฏิบัติของพ่อแม่ เช่น การเอาใจใส่ดูแล การเฉยชา การวางอำนาจ และการสื่อสารจากพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะซึมเศร้าของลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่และลูกมีความสำคัญมากกว่าแม่และลูก ในการทำนายการพัฒนาการรู้จักตนเอง และการเคารพตัวเองในเด็กวัยรุ่น และยังช่วยในการทำนายภาวะซึมเศร้า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกและไม่แสดงออกด้วย

ตารางที่ 1 สรุปความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้วิจัย	ประเทศ	ปี	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ	ความชุก	เครื่องมือ
เรไร ทิวทัศน์	Thailand	1992	มัธยมศึกษาตอนปลาย	13-20 ปี	22.04	RADS
ช่อเพชร เบ้าเงิน	Thailand	1995	วัยรุ่น	13-18 ปี	49.8	CDI
ภัทรินาฏ บุญชู	Thailand	2000	มัธยมศึกษาปีที่4	15-16 ปี	28.8	CES-D
ศิริอร ฤทธิไตรรัตน์	Thailand	2001	มัธยมศึกษา ตอนปลาย	16-18 ปี	14.13	HRSR
มณฑนา นทีธาร	Thailand	2003	วัยรุ่น	15-18 ปี	50.9	BDI
รัชจณา สิงห์ทอง	Thailand	2002	มัธยมศึกษาตอนต้น	13-15 ปี	41.6	CDI
รุ่งมณี ยิ่งยีน	Thailand	2006	เยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายและเยาวชนที่ไม่ได้กระทำผิดกฎหมาย	14-18 ปี	23.3 , 13.6	CES-D
อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล	Thailand	1996	มัธยมศึกษาตอนต้น	10-17 ปี	40.8	CDI
ลำเจียก กำธร	Thailand	1998	เด็กและเยาวชน	13-20 ปี	86.4	BDI
ประภัสสร สิริวิชัย	Thailand	2002	นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน	13-24 ปี	43	CES-D
ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ	Thailand	2001	ผู้ป่วยนอกเด็กธาลัสซีเมีย	10-15 ปี	35.1	CDI
ฤทัยรัตน์ ศรีทอง	Thailand	2008	เด็กในสถานแรกรับ	13-15 ปี	60.8	CES-D
เพชรไพลิน สรรพสุ	Thailand	2005	มัธยมศึกษาตอนต้น	11-15 ปี	39.5	CDI
แก้วตา สีสาทระการกุล	Thailand	2010	มัธยมศึกษาปีที่ 1	11-13 ปี	11.3	CDI
อังสนา เบญจมินทร์	Thailand	2010	เด็กที่มีความปวดเรื้อรัง	10-15 ปี	66.7	CDI

ตารางที่ 1 (ต่อ) สรุปความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้วิจัย	ประเทศ	ปี	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ	ความชุก	เครื่องมือ
ศลักษณา กิติทัศน์เศรษฐี	Thailand	2008	นักเรียนระดับ ช่วงชั้นที่ 4	16-18 ปี	17	CES-D
Rutter M. et al	England	1976	วัยรุ่น(วัยรุ่นชาย และวัยรุ่นหญิง)	14-15 ปี	42 , 48	การ สัมภาษณ์
Mckelvey R. et al	Australia	2000	เด็กและเยาวชน	9-17 ปี	1.10	DISC-C

- RADS = Reynold's Adolescent Depression Scale
 CDI = Children's Depression Inventory
 CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale
 BDI = Beck Beck Depression Inventory
 HRSR = Health-Related Self-Report
 DISC-C = The Diagnostic Interview Schedule for Children

ตารางที่ 2 สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจัย	จากการ Review Textbooks	จากการ Review Journals
เพศ	✓ *พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย	✓ *พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	✓	✓
ระดับการศึกษา	✓ *เรียนในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า	-
จำนวนพี่น้อง	✓	-
การมีประจำเดือน	-	✓ *การมีประจำเดือนครั้งแรก
รายได้	✓ *การมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่เพียงพอ	-
การถูกทารุณกรรม	-	✓
การเจ็บป่วยทางกาย	-	✓ *การเจ็บป่วยเรื้อรัง
คุณภาพการนอน	✓	-
ลักษณะที่อยู่อาศัย	✓	-
การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว	-	✓
การดื่มสุราหรือสารเสพติด ของบุคคล ในครอบครัว	✓ * การดื่มสุรา	-
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	✓	✓
รูปแบบการเลี้ยงดู	✓ *เลี้ยงแบบตามใจ เลี้ยงแบบเข้มงวด เลี้ยงแบบปล่อยปละละเลย	✓ *เลี้ยงแบบทอดทิ้ง
อาชีพของบิดามารดา	✓ *อาชีพของบิดา	-
การศึกษาของบิดามารดา	✓ *การศึกษาของมารดา	✓
ความรู้สึกผูกพันในครอบครัว	✓	✓
สถานภาพสมรส ของบิดามารดา	✓	✓ *ภาวะครอบครัวแตกแยก หย่าร้าง
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	✓	✓
ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง	✓ *สัมพันธ์ภาพแบบต่างคนต่างอยู่	-
ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน	✓	-
การสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต	✓	-
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	✓	✓
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มุ่งปรับอารมณ์	✓	-
ความพึงพอใจในชีวิต	✓	-
แรงสนับสนุนทางสังคม	✓	✓ *แรงสนับสนุนในครอบครัวต่ำ

หมายเหตุ : เครื่องหมาย ✓ หมายถึง ปัจจัยที่กล่าวถึงนั้นถูกพบในการ Review Textbooks หรือ Review Journals

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

ความหมายของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

การให้ความหมายหรือคำจำกัดความ วัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมหรือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ มีหลายความหมาย อาจแตกต่างกันตามวัฒนธรรมที่อาศัยอยู่หรือในบริบทของการศึกษา โดยคำจำกัดความของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม ดังนี้

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี⁽⁷⁰⁾ ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบน (Deviant Behavior) ว่าหมายถึง พฤติกรรมที่ขัดแย้งกับบรรทัดฐานของสังคม การฝ่าฝืนนั้นสังคมเห็นว่าบุคคลต้องได้รับการลงโทษ โดยการกระทำที่ไม่พึงประสงค์จะมีลักษณะของ พฤติกรรมที่ขัดกับบรรทัดฐานหรือกฎหมายของสังคม และการมีพฤติกรรมทางเพศที่ขัดกับบรรทัดฐานของสังคม

ศรีเรือน แก้วกังวาล⁽⁷¹⁾ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวว่า หมายถึง การกระทำหรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของสังคม ทำให้ผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน เกิดความเสียหายทั้งทางร่างกาย จิตใจและทรัพย์สิน แบ่งเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย

พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา หมายถึง การกระทำหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทางวาจาหรือคำพูด ส่งผลให้เกิดความเสียหายแก่ตนเองและผู้อื่นได้ เช่น ประชดประชัน พูดคำหยาบ ล้อเลียน ตวาด ตะคอก การข่มขู่ โต้เถียง พูดเสียงดัง นินทาผู้อื่น

พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย หมายถึง การกระทำหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทางการกระทำส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อตนเองและผู้อื่นได้ เช่น การแย่งของผู้อื่น การชก ตะ ต่อย หัก ทุบ ผลัก การขว้างปา การชกชก การล้อเลียนท่าทาง ทุบโต๊ะ เก้าอี้

ศรียา นิยมธรรม⁽⁷²⁾ ได้ให้ความหมายของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ว่า หมายถึง เด็กที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับเพศและวัย โดยพฤติกรรมนั้นไปขัดขวางการเรียนรู้ของตนเอง การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการพึงพอใจส่วนตัวในระดับที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

ผดุง อารยะวิญญู⁽⁷³⁾ กล่าวไว้ว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม หมายถึง วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติและเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ครูกล่าวตักเตือนแล้วไม่สามารถเลิกแสดงพฤติกรรมดังกล่าวได้

สมพร สุทัศนีย์⁽⁷⁴⁾ กล่าวไว้ว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ หมายถึง วัยรุ่นที่มีสภาพความเป็นอยู่หรือสภาพแวดล้อมบางอย่างที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม และกลายเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อตนเอง กลุ่มเพื่อน และสังคม

Scheuermann และ Hall⁽⁷⁵⁾ กล่าวไว้ว่า หลักในการพิจารณาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของนักเรียนขึ้นอยู่กับความถี่ ความยาวนาน ความรุนแรงในการเกิดพฤติกรรม และพิจารณาความเหมาะสมของการแสดงพฤติกรรมแต่ละช่วงวัย

จากคำนิยามที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ คือพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับบรรทัดฐานหรือกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติของสังคม โดยปัญหาพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต้องมีความถี่ ความรุนแรง มีความยาวนานในการแสดงพฤติกรรมและเป็นการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามช่วงวัย

สาเหตุของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ⁽⁷⁶⁾

สาเหตุของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ สามารถแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านพันธุกรรม จากการศึกษาคู่แฝดและบุตรบุญธรรม พบว่า พฤติกรรมไม่พึงประสงค์มีสาเหตุมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยวัยรุ่นที่บิดามารดาผู้ให้กำเนิดหรือบิดามารดาบุญธรรมมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมหรือพี่น้องมีความประพฤติดีผิดปกติ มีความเสี่ยงสูงที่จะมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และพบในอัตราที่สูงกว่าปกติในวัยรุ่นซึ่ง บิดามารดาติดสุรา เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนหรือโรคจิตเภทหรือบิดามารดามีประวัติเคยเป็นโรคสมาธิสั้น ความประพฤติดีผิดปกติ

2. ด้านชีวภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่

2.1 ฮอโมนเพศ โดยพบว่าเด็กชายที่มีระดับ androstenedione (ฮอโมนเพศชาย) สูงจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนเด็กชายที่มี testosterone (ฮอโมนเพศชาย) สูงจะมีความอดทนต่ำ หงุดหงิดง่าย และมีแนวโน้มสูงที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2 ชีวเคมีของสมอง โดยพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซึ่งพบว่าการมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นระยะมีความสัมพันธ์กับ serotonin function จากการทดลองพบว่าระดับ 5-HIAA ในน้ำไขสันหลังที่ต่ำผิดปกติจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และขาดมนุษย์สัมพันธ์ ซึ่งการตรวจหาระดับ 5-HTAA และ HVA ในน้ำไขสันหลังทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.3 โรคของระบบประสาท พบว่าเด็กและวัยรุ่นซึ่งมีพฤติกรรมแบบเด็กเกรมี ความผิดปกติของระบบประสาทซึ่งไม่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง เด็กที่เป็นโรคนี้จะมี autonomic arousal (การตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติ) ต่ำ ซึ่งมีผลให้เด็กมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดช้ากว่าปกติ และเมื่อมีปฏิกิริยาออกไปแล้วใช้เวลานานกว่าจะกลับคืนสู่สภาวะปกติ ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องต่อการเรียนรู้วิธีเอาตัวรอดจากอันตราย หรือการถูกลงโทษ โดยเมื่อประสบภัยผู้ป่วยอยู่เฉยๆไม่หลีกเลี่ยง (passive avoidance) ได้มีงานวิจัยพบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมี autonomic arousal สูงจะมีโอกาสทำความผิดทางอาญาน้อยกว่าเด็กที่มี autonomic arousal ต่ำ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการมีเซาว์ปัญญาต่ำกับพฤติกรรมเกร และพฤติกรรมเกร เช่นนี้จะมิตลอดไปและไม่ขึ้นกับระดับสังคมของผู้ป่วย จากการตรวจตามปกติจะพบว่าเด็กมีความบกพร่องของภาษาพูดและหน้าที่ในเชิงบริหาร (executive function) ซึ่งหมายถึงการมีความตั้งใจ มีสมาธิ การคิดอย่างมีเหตุผล การวางแผนงาน ความสามารถยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและการติดตามผลงานจนสำเร็จ

3. ด้านจิตใจ

3.1 พฤติกรรมการเรียนรู้ วัยรุ่นเกรและมีพฤติกรรมก้าวร้าว จะมีการเรียนรู้ที่แตกต่างจากวัยรุ่นซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชชนิดอื่นและวัยรุ่นปกติ โดยวัยรุ่นจะขาดวุฒิภาวะในการทำหน้าที่ขาดการรู้การเข้าใจอย่างมีเหตุผล และขาดเหตุผลทางด้านจริยธรรม เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยและก้าวร้าวมาก พบวัยรุ่นที่ก้าวร้าวมากจะมีลักษณะดังนี้ 1) มองว่าผู้อื่นไม่เป็นมิตรและเป็นปรปักษ์กับตน 2) มักมีวิธีการแก้ไขปัญหาคือไม่เหมาะสมและ 3) เข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ชวนทะเลาะวิวาทมากกว่า นอกจากนี้วัยรุ่นจะขาดความสามารถในการเข้าใจความคิดเห็นของผู้อื่น วัยรุ่นที่ก้าวร้าวจะให้ความสนใจวิธีแก้ปัญหาคือสังคมที่มีลักษณะก้าวร้าวรุนแรงและมักรับเอาวิธีการผิดๆนั้นมาใช้โดยจะนึกถึงการแก้ไขปัญหาคือวิธีรุนแรง โดยขาดการควบคุมอารมณ์ (impulsivity) ในการศึกษาระยะยาว Cloninger ระบุว่าวัยรุ่นชายที่มีความโน้มเอียงสูงที่จะเป็นวัยรุ่น

ที่เกเร มีลักษณะขาดการควบคุมอารมณ์ มีความวิตกกังวลน้อย และไม่สนใจการได้รับรางวัลหรือสิ่งตอบแทน ซึ่งมีการศึกษาพบว่า เด็กโรงเรียนอนุบาลซึ่งมีลักษณะดังกล่าวจะมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมในอนาคต และเด็กที่ให้ความสนใจสูงต่อการได้รับรางวัลหรือสิ่งตอบแทน (reward dependence) มีโอกาสน้อยที่จะเป็นเด็กเกเร

3.2 ปัจจัยทางครอบครัว ซึ่งพบว่าบิดามารดาที่เป็นโรคทางจิตเวชร่วมกับสิ่งแวดล้อมทางบ้านซึ่งขาดระเบียบ และบุคคลในบ้านไม่ทำหน้าที่ของตนเป็นสภาพที่พบได้บ่อยในเด็กที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ปัจจัยเสี่ยงสูงที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมนี้ คือ บิดามีบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม มีพฤติกรรมแบบอาชญากรและติดสุรา นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาเป็นโรคทางจิตเวชต่อไปนี้อัตราที่สูงกว่าปกติ ได้แก่ บุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม somatization หรือติดสุรา

วัยรุ่นก้าวร้าวจะมีบิดามารดาซึ่งก้าวร้าว โดยเฉพาะกระบวนการซึ่งเป็นสื่อ นำความก้าวร้าวสู่วัยรุ่น คือ การก้าวร้าวต่อลูกของตน กระบวนการนั้นได้แก่ การยอมรับว่าการมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการถือตนเองเป็นใหญ่ (egocentrism) เป็นสิ่งปกติและถูกต้อง

สัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งมีลักษณะไม่เกื้อกูลกัน และขาดสมรรถภาพในการแก้ไขปัญหา อาจทำให้เด็กเติบโตเป็นเด็กเกเร ครอบครัวของเด็กเกเรมักไม่สนใจหรือให้ความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จ วัฒนธรรม และจริยธรรม นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธภาพระหว่างมารดากับเด็กมีข้อขัดแย้งกัน โดยจากการศึกษาครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ พบว่าการหย่าร้างของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับความประพฤติของวัยรุ่น และความบาดหมางกันอย่างรุนแรงของบิดามารดาจะมีผลสะท้อนให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะมีพฤติกรรมนี้ นอกจากนี้ยังพบว่าในครอบครัวขนาดใหญ่ บุตรคนกลาง (โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุน้อยกว่าบุตรคนโตหลายปี) มีความเสี่ยงจะมีพฤติกรรมนี้

4. ด้านสังคม

พบว่าการที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และถูกเพื่อนปฏิเสธการคบค้าสมาคมตั้งแต่อายุน้อย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเกเร สภาพครอบครัวที่ยากจนและอยู่กันอย่างแออัด จะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงต่ออาการของวัยรุ่น ความแตกต่างของวัฒนธรรมมีผลต่อการมีพฤติกรรมนี้ด้วย เช่น ในบางวัฒนธรรมยอมรับว่าการมีพฤติกรรมรุนแรงเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

ประเภทของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์⁽⁷⁷⁾

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Conduct disorder) สามารถจำแนกประเภท ได้ดังนี้

1. childhood-onset คือ เริ่มมีอาการอย่างน้อยหนึ่งหัวข้อของ Conduct Disorder ก่อนอายุ 10 ปี ส่วนใหญ่มักมีอาการในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง โดยจะแสดงความก้าวร้าวทางกายภาพต่อผู้อื่นทำให้มีผลต่อความสัมพันธ์กับเพื่อน อาจมีความผิดปกติของอาการที่ตรงกันข้ามในเกณฑ์วินิจฉัยในช่วงวัยเด็กตอนต้น และมักมีอาการที่ตรงกับเกณฑ์เต็มรูปแบบก่อนวัยรุ่น ซึ่งเด็กเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติของการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง และกลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมมากกว่าเป็นผู้ที่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น

2. adolescent-onset คือเริ่มมีอาการหลังอายุ 10 ปี (ไม่มีอาการเข้าเกณฑ์ใดเลยของ Conduct Disorder ก่อนอายุ 10 ปี) เมื่อเปรียบเทียบกับประเภท childhood-onset บุคคลเหล่านี้มีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับเพื่อนแบบมีกฎเกณฑ์มากขึ้น บุคคลเหล่านี้มีโอกาสน้อยที่จะมีความผิดปกติของการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่องหรือการพัฒนาเป็น

ผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม อัตราส่วนของการดำเนินชีวิตที่ผิดปกติในเพศชายกับเพศหญิง นั้นต่ำกว่า ประเภท childhood-onset

ระดับของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์^(78, 79)

1. ระดับอ่อน (Mild) มีปัญหาพฤติกรรมเกินเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV เพียงไม่กี่ข้อ และปัญหาพฤติกรรมนั้นๆ ก่อผลเสียเพียงเล็กน้อยต่อผู้อื่น เช่น การโกหก หนีโรงเรียน ออกนอกบ้าน เวลากลางคืนโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง

2. ระดับปานกลาง (Moderate) จำนวนของพฤติกรรมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และผลของปัญหาทางพฤติกรรมนั้นก่อผลเสียต่อผู้อื่นแต่ไม่มากนัก

3. ระดับรุนแรง (Severe) มีปัญหาพฤติกรรมที่เกินเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV หลายข้อ หรือปัญหาพฤติกรรมนั้นๆ ก่อผลเสียชัดเจนต่อผู้อื่น เช่น บังคับการร่วมเพศ ทำร้ายร่างกาย ใช้อาวุธ ขโมย โดยเผชิญหน้ากับเจ้าของ ฆาตกรรม

ลักษณะของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

ศรีเรือน แก้วกังวาล⁽⁷¹⁾ ได้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงถึงการไม่มีความสามารถจะสร้างสัมพันธภาพอันดีซึ่งกับใครๆ ไม่รู้จักผูกพันกับใคร มักมีเพื่อนในจินตนาการ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมในรูปแบบต่างๆ เช่น ก้าวร้าว อิจฉา ชอบครอบงำคนอื่น ชอบทำตัวเป็นนาย ชอบหาเรื่องทะเลาะวิวาท ชอบทำตัวเป็นศัตรู ขาดความรับผิดชอบ ชอบทำร้ายผู้อื่น

ผดุง อารยะวิญญู⁽⁷³⁾ ได้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ มีดังนี้

1. ก่อความวุ่นวาย ก่อปัญหา
2. ไม่อยู่นิ่งเฉย เคลื่อนไหวอยู่เสมอ ลุกจากที่บ่อยๆ หันหน้าหันหลัง
3. เล่นมือเล่นเท้าตัวเอง
4. ทำเสียงดัง
5. โหดร้าย ก้าวร้าว
6. ดื้อดึง ไม่เชื่อฟัง
7. โกรธง่าย
8. มีความวิตกกังวล หวาดกลัว ไม่มีความกล้า
9. พุดผิดปกติ
10. เบื่ออาหาร
11. ร้องไห้บ่อย
12. พุดปิด
13. ลักขโมย
14. ท้องผูกบ่อยๆ
15. ปวดหัวบ่อยๆ
16. เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ
17. ไม่กล้าสู้หน้า
18. เกียจคร้าน ไม่ทำงานที่ได้รับมอบหมาย

19. เหลวไหล ไม่ทำงาน
20. มีความรู้สึกสับสน วุ่นวาย
21. ถดถอย ปลีกตัวออกจากสังคมและอื่นๆ

เด็กบางคนอาจมีลักษณะเพียงลักษณะเดียวหรือหลายลักษณะ ลักษณะที่เห็นได้ชัด และพบบ่อยในโรงเรียน ได้แก่ ก้าวร้าว ซึ่งอาจเป็นการก้าวร้าว ต่อครู เพื่อน การหาเรื่องทะเลาะกัน เกเร กล่าววาจาหยาบคาย

Essa Essa⁽⁸⁰⁾ แบ่งลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวและต่อต้านสังคม

- | | |
|----------------------|--|
| 1. ตี | 6. พุดล้อเลียน/ตั่งฉายา |
| 2. กัด | 7. ไม่แบ่งปัน |
| 3. ขว้างของ | 8. การให้สินบน/การให้ของโดยมีข้อแลกเปลี่ยน |
| 4. ทำร้ายคนอื่น | 9. การนำของผู้อื่นมาเป็นของตน |
| 5. สบถ สาบาน สาปแช่ง | 10. ไม่ร่วมมือ |

กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมรบกวน

1. รบกวนเวลารวมกลุ่ม
2. เดินออกไปจากห้องเรียน
3. วิ่งไปอย่างไม่มีจุดหมายรอบๆห้อง
4. ตะโกนในห้องเรียน
5. ทิ้งขว้างของเพื่อทำให้เกิดเสียงดัง

กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมทำลาย

1. ฉีกหนังสือ
2. ทำของเล่นตก
3. เอาของทิ้งลงในชักโครก
4. ใช้กระดาษอย่างสิ้นเปลือง
5. ทำลายงานของคนอื่น

กลุ่มที่ 4 พฤติกรรมทางอารมณ์และพึ่งพาผู้อื่น

- | | |
|--------------------|--|
| 1. ร้องไห้ | 6. ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทำเลอะเสื้อผ้า |
| 2. นอนฟาดแข็งฟาดขา | 7. เกาะติดคนอื่น |
| 3. ทำปากยื่นปากยาว | 8. เรียกร้องความสนใจ |
| 4. ทำเสียงเด็กทารก | 9. ส่งเสียงดัง |
| 5. ดุคนี่ว | 10. เล่นอวัยวะเพศ |

กลุ่มที่ 5 ความร่วมมือในกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมโรงเรียน

1. ไม่ร่วมกิจกรรม
2. ไม่ร่วมในการเล่นทางสังคม
3. อายเมื่อทำกิจกรรมกลุ่ม
4. เล่นกับของเล่นเพียงชิ้นเดียว
5. ร่วมในกิจกรรมพัฒนากล้ามเนื้อใหญ่ๆครั้ง
6. ร่วมในกิจกรรมแสดงนานๆครั้ง

7. พุดนานๆครั้ง

8. ความสนใจสั้น

กลุ่มที่ 6 พฤติกรรมเกี่ยวกับการกิน

1. กินยาก

2. กินมาก

3. กินมูมมาม

วารี ธีระจิตร⁽⁸¹⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มีลักษณะ ดังนี้

การก้าวร้าว (aggression) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นถูกขัดขวางทำให้เกิดความวิตกกังวลตลอดจนการโกรธจนทำให้เกิดการอยากที่จะต่อสู้ และแสดงการก้าวร้าวออกมา ความตึงเครียดจะเกิดจากการถูกยับยั้งไม่ให้กระทำการใดสิ่งหนึ่ง

ความเกเร (delinquency) มักมีสาเหตุมาจากการขาดความสุขอย่างใดอย่างหนึ่งก่อให้เกิดความกระวนกระวายใจ และแสดงอาการก้าวร้าวออกมา ซึ่งโดยมากวัยรุ่นเกเรจะมาจากครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม วัยรุ่นประเภทนี้จะรวมกลุ่มก่อความสงบสุขของผู้อื่นเสมอ เช่น เกะกะ ระบายผู้อื่น พุดจาหยาบคาย เป็นต้น

อาการทางคลินิก สำหรับการประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association)⁽¹⁹⁾ ดังนี้

เด็กและวัยรุ่นมีความประพฤติฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ของสังคม โดยกระทำซ้ำๆและมีตลอดเวลา พฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย

1. ก้าวร้าวและทำร้ายผู้อื่น หรือสัตว์ โดยพาลหาเรื่องหรือข่มขู่ทะเลาะวิวาทโดยใช้กำลังและใช้อาวุธ เช่น มีด ไม้ และปืน มีพฤติกรรมทารุณโหดร้ายต่อคนหรือสัตว์ ลักษณะซึ่งหน้า เช่น วิ่งราวหรือปล้นโดยใช้อาวุธ หรือข่มขืนล่วงเกินทางเพศ ความรุนแรงของพฤติกรรมอาจแสดงออกในรูปของการข่มขืน ทำร้ายร่างกาย หรือฆาตกรรม

2. ทำลายทรัพย์สิน ซึ่งมักจะเป็นการกระทำที่จงใจทำลายทรัพย์สิน เช่น วางเพลิง โดยตั้งใจให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงหรือมีวิธีการรุนแรงแบบอื่น เช่น ทบกระຈก

3. หลอกหลวง หรือลักขโมย เช่น ลอบเข้าไปในบ้าน หรือรถเพื่อลักขโมย มักโกหกหรือไม่รักษาสัญญา เพื่อเอาทรัพย์สินของผู้อื่น หรือมีพฤติกรรมแบบขโมยของตามห้างสรรพสินค้า

4. ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์อย่างร้ายแรง เช่น กฎข้อบังคับของโรงเรียนหรือของผู้ปกครอง โดยมักเที่ยวเตร่กลางคืน ขัดต่อคำสั่งบิดามารดาหรือหน้โรงเรียนก่อนอายุ 13 ปี และอาจหนีออกจากบ้านไปค้างคืนที่อื่นมากกว่า 2 ครั้ง

โดยเด็กและวัยรุ่นต้องมีอาการอย่างน้อย 3 อย่างในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา และในช่วงเวลา 6 เดือนต้องมีอาการอย่างน้อย 1 เดือน อาการดังกล่าวทำให้วัยรุ่นมีปัญหาด้านกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม การศึกษาหรืออาชีพการงาน วัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า 18 ปี อาจมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ถ้าอาการที่มีอยู่ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม อาการจะปรากฏในสถานการณ์ต่างๆกัน เช่น บ้าน โรงเรียน หรือชุมชน

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งกับตนเอง และบุคคลรอบข้าง เป็นการกระทำที่วัยรุ่นแสดงออกในทางที่ไม่เหมาะสมไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่น และเป็นการกระทำที่สร้างความเดือดร้อนต่อผู้อื่น สามารถแบ่งกลุ่มได้ 2 ลักษณะ คือ ทางวาจา เช่น

การพูดจากร้าวร้าว หยาบคาย ตะโกนเสียงดัง ตำหนิ โต้เถียง และทางการกระทำ เช่น ทำร้ายร่างกาย ผู้อื่น โกรธโมโห เครียด หงุดหงิด วิตกกังวล

การประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

ข้อที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมจะช่วยวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ในสภาพแวดล้อม และสถานะของอินทรีย์ที่มีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทำให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งผลที่ได้จากการวิเคราะห์พฤติกรรมนี้เองจะช่วยให้สามารถกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่เหมาะสม ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ มีดังนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรม Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) พัฒนาโดย Robert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ ในปี 1994 ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามข้อที่เป็นปัญหา แบ่งเป็น 5 หมวด คือ พฤติกรรมเกรหรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Conduct problem) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) พฤติกรรมทางอารมณ์ (Emotional problem) พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer problem) และพฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคม (Prosocial behavior) ซึ่งแสดงถึงด้านดีของเด็กกลุ่ม 1-4 รวม 20 ข้อ เป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (total difficulties score) ส่วนในกลุ่มที่ 5 เป็นจุดแข็งของเด็ก (strength score) และแบบประเมินผลกระทบของพฤติกรรมว่ามีความเรื้อรังส่งผลกระทบต่อด้านใดบ้าง 5 ข้อ การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน โดยแปลผลตามกลุ่มของพฤติกรรม คือ คะแนนรวมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 14 คะแนนขึ้นไปถือเป็นกลุ่มเสี่ยง , 4 คะแนนขึ้นไป ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง 6 คะแนนขึ้นไป ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์, 5 คะแนนขึ้นไป ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และคะแนนที่ต่ำกว่า 5 คะแนน ถือเป็นกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม

SDQ จากผลการศึกษาวิจัยประชากรในชุมชนประเทศอังกฤษ สำรวจเด็กอายุ 5-15 ปี จำนวน 7,984 คน โดย Robert Goodman และคณะ⁽⁸²⁾ ใช้แบบสอบถาม SDQ ทั้ง 3 ชุด พบว่า มีค่า sensitivity 63.3% (95% CI 59.7-66.9%), specificity 94.65 (94.1-95.1%), positive predictive value 52.7%, negative predictive value 96.4% (96.0-96.8%)

ซึ่ง SDQ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ศึกษาในชุมชนครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 โดย มาโนช หล่อตระกูล และพรรณพิมล หล่อตระกูล⁽⁸³⁾ ศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียนในจังหวัดนครนายก อายุ 11-16 ปี รวม 5,780 คน โดยได้ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ความสอดคล้องภายในเนื้อหา (internal consistency) และความเท่าเทียมในการวัด (equivalent) ในแบบประเมินพฤติกรรม SDQ ทั้ง 3 ชุด (ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ครูเป็นผู้ประเมิน และนักเรียนเป็นผู้ประเมินตนเอง) ได้กำหนดค่าจุดตัด (cut off point) ที่เหมาะสมในการสืบค้นปัญหาแต่ละด้านของแบบประเมินแต่ละชุด และ สมชาติ สุทธิกาญจน⁽⁸⁴⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบประเมินพฤติกรรม CBCL (child Behavior checklist) และ SDQ (strengths and Difficulties Questionnaire) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาพบ ค่า reliability อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ internal consistency เท่ากับ 0.73 (Mean Cronbach), internal consistency ของ self report problem score ต่ำ (0.41), cross information correlation (mean:0.34) retest stability หลังจาก 4-6 เดือน (mean=0.62) ค่า SDQ score ที่สูงกว่า 90 percentile ทำนายความเป็นไปได้ของความผิดปกติที่

วินิจฉัยทางจิตเวช (ความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช) ค่า mean odds ratio สำหรับผู้ปกครอง เท่ากับ 15.7, สำหรับครู เท่ากับ 15.2 และสำหรับนักเรียน เท่ากับ 6.2

2. แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist (TYC)⁽⁸⁵⁾ พัฒนามาจาก Child Behavior Checklist ของ T.M.Achenbach (1983) โดยนำมาใช้ในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2528 เพื่อการวิจัยเปรียบเทียบบรรดาวิชาของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ในเด็กและวัยรุ่นไทย กับเด็กและวัยรุ่นอเมริกัน มีการทดสอบค่า Test-retest reliability และ Inter-interviewer reliability ของแบบประเมิน ซึ่งเท่ากับ 0.81 และ 0.91 ตามลำดับ แบบประเมินนี้ประกอบด้วยแบบประเมินพฤติกรรม 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับครู 2) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมด้วยตนเองสำหรับเด็กประเมินตนเอง แบบประเมินนี้ใช้ประเมินลักษณะพฤติกรรมที่แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ พฤติกรรมแบบเก็บกดและแบบแสดงออก ในพฤติกรรมแต่ละประเภทจะแยกเป็นปัญหาย่อยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางจิตเวชหรือพฤติกรรมผิดปกติ ซึ่งแตกต่างกันออกไปในเด็กชายและเด็กหญิงกับวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง ลักษณะของแบบประเมินนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมต่างๆ 135 ข้อ การให้คะแนนตามความมากน้อยของพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้จากเด็กในปัจจุบันหรือในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มี 3 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว 1 คะแนน มีพฤติกรรมดังกล่าวเพียงเล็กน้อย 2 คะแนน มีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมาก

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ คือ แบบประเมินพฤติกรรม Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) พัฒนาโดย Robert Goodman ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และพรณพิมล หล่อตระกูล

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น⁽⁷⁶⁾

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้มากที่สุดวัยหนึ่ง ซึ่งแสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรมได้หลายประการ เช่น ไม่เชื่อฟัง ต่อต้าน ตื้อ ละเมินกุกเกณฑ์กติกาต่างๆ มีเพศสัมพันธ์ ทำผิดกฎหมาย ใช้ยาเสพติด ปัญหาพฤติกรรมบางอย่างมักเกิดขึ้นมานานจนทำให้การแก้ไขทำได้ยาก การแสดงออกของพฤติกรรมวัยรุ่นสามารถแบ่งเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

1. วัยรุ่นชอบโกหก โกหกบ่อยหรือไม่พูดความจริงหรือพูดกำกวม จริงบ้าง ไม่จริงบ้าง มักมีสาเหตุคือจิตใจที่จะไม่พูดความจริง ปิดบังอำพรางความเป็นส่วนตัวของเขา ไม่ต้องการให้ใครรู้ ไม่กล้าพูดความจริง

2. วัยรุ่นชอบขโมยของ ซึ่งมักมีสาเหตุสำคัญๆคือ ขาดการอบรมปมนิสัยหรือจริยธรรม ขาดแคลนในสิ่งที่ต้องการปรารถนา และต้องการแก้แค้นพ่อแม่ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ หรือองค์กรที่ตนสังกัด

3. วัยรุ่นที่มีนิสัยเกียจคร้าน ไม่อยากทำอะไร นอนตลอดเวลาทั้งวัน หากวัยรุ่นมีพฤติกรรมเช่นนี้ ผู้ปกครองหรือผู้ใหญ่จะต้องไม่ด่วนตักใจหรือตำหนิให้เขารู้สึกไม่ดีแต่ควรสังเกตพฤติกรรมว่าเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดหรือเป็นเพียงพฤติกรรมทั่วไปเท่านั้น

4. วัยรุ่นทำตัวสกปรก เช่น ไม่อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้าไม่สะอาด นอกจากนั้นยังรวมถึงความไม่เป็นระเบียบอื่นๆ เช่น ปล่อยปละละเลยห้องพักหรือห้องส่วนตัวให้รกรุงรัง ทั้งของใช้ทั้งส่วนตัวและส่วนรวมของบ้าน

5. ชอบแต่งตัวประหลาด ซึ่งการแต่งตัวแปลกๆแหวกแนวเป็นที่นิยมมากในกลุ่มวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นการย้อมสีผม การสักลาย การเจาะลิ้น ใส่ตุ้มหูที่หนังตา ปลายจุมก เป็นต้น มีให้เห็นกันมาก

สาเหตุของพฤติกรรมวัยรุ่น

ปัจจัยทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของสารเคมี การสื่อประสาท โรคทางกาย สารพิษ จิตใจ โรคระบบประสาท บุคลิกภาพ ความคิด การมองโลก การปรับตัว สังคม การเลี้ยงดู ปัญหาของพ่อแม่ ตัวอย่างของสังคม สื่อต่างๆ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาแล้วแต่มีผลต่อพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อย่างพฤติกรรมการผิดวินัยของวัยรุ่น ดังนี้

อรรวรรณ พรหมใหม่⁽⁸⁶⁾ ได้ศึกษาสาเหตุของความประพฤติที่ผิดวินัยของนักเรียน ดังนี้

1. สภาพเกี่ยวกับตัวนักเรียน โดยพบว่านักเรียนอาจมีปัญหาในด้านต่อไปนี้

1.1 สภาพทางร่างกาย เช่น สุขภาพไม่ดีก็นั่งหลับในห้องเรียน หิวบ่อย จึงขอรับประทานขนมในห้องเรียน อารมณ์หงุดหงิดเป็นประจำ

1.2 สภาพส่วนตัว อาจจะทำไปโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เช่น เตะฟุตบอลไปโดน กระชกจนแตก ชอบทำอะไรตามใจตนเอง เช่น โวยวายในขณะที่เรียนหนังสือ ต้องการแสดงพฤติกรรมเด่นและดัง เช่น แต่งกายผิดระเบียบ ชอบเลียนแบบความประพฤติที่ไม่ดีของผู้อื่น เช่น พูดจาไม่สุภาพ

1.3 สภาพทางจิตใจ เช่น เป็นนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาหย่าร้าง หรือทะเลาะกันเป็นประจำทำให้นักเรียนสุขภาพจิตเสียจึงขอแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่เสมอ

2. สภาพสิ่งแวดล้อมนักเรียนอาจมีปัญหาสืบเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่

2.1 สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนไม่ดี เช่น โรงเรียนไม่น่าอยู่ แออัดเกินไป อากาศไม่ดี มีสิ่งรบกวนต่างๆทั้งเสียงและกลิ่น

2.2 เพื่อนไม่ดี เช่น นักเรียนถูกเพื่อนรังแก หรือแกล้ง

2.3 สิ่งแวดล้อมนอกโรงเรียน เช่น การจราจรติดขัด ทำให้นักเรียนมาสาย

3. ครู เป็นบุคคลที่สำคัญที่ทำให้ให้นักเรียนเกิดปัญหาทางวินัย ได้แก่

3.1 ครูมีบุคลิกภาพไม่ดี พูดจา วางตัวและแต่งกายไม่เหมาะสม
3.2 ครูไม่เตรียมการสอน เข้าห้องเรียนแล้วเริ่มต้นด้วยการดุด่านักเรียน
3.3 ครูขาดความชำนาญในการสอน สอนติดขัด ทำให้เป็นที่น่าเบื่อและไม่ได้รับความสนใจจากนักเรียน

3.4 ครูไม่ยุติธรรมและมีอคติต่อนักเรียน ทำให้นักเรียนไม่เคารพหรือเสื่อมศรัทธาในตัวครู

3.5 ครูขาดเทคนิควิธีในการสอนที่ดี เช่น สอนไม่รู้เรื่อง

3.6 ครูขาดเทคนิควิธีในการอบรมนักเรียน เช่น ครอบงำนักเรียนไม่เป็น

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ปฎิมา พูนทรัพย์ (อ้างใน อิศรียา ดาราทอง)⁽⁷⁶⁾ ที่ศึกษาทัศนะเกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกระทำผิดวินัยของนักเรียน ดังนี้

1. สาเหตุมาจากความบกพร่องของเด็ก เช่น ความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา และขาดการตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมและอารมณ์ เป็นต้น

2. สาเหตุมาจากความบกพร่องของครู เช่น ความบกพร่องทางบุคลิกภาพของครู เจตคติของครูที่มีต่อเด็ก การหาเสียงและความรักจากเด็ก และปัญหาส่วนตัวและลักษณะส่วนตัวของครู เป็นต้น

3. สาเหตุมาจากการบริหารงานภายในโรงเรียน เช่น การเคร่งครัดมากเกินไปของโรงเรียน และการจัดระบบการเรียนการสอน เป็นต้น

4. สาเหตุมาจากกลุ่มเพื่อน ถ้าอยู่ในกลุ่มเพื่อนเกร โดยฝ่าฝืนระเบียบวินัยอยู่เสมอ ก็อาจถูกชักจูงให้ละเมิดวินัยของโรงเรียนไปด้วยก็ได้

5. สาเหตุจากสภาพแวดล้อมอื่นๆของเด็ก

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นอาจมาจากสาเหตุปัจจัยต่างๆมากมาย ซึ่งยากจะแก้ไข การป้องกันปัญหาจึงมีความจำเป็นและสำคัญมากกว่าการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การป้องกันดังกล่าว ควรเริ่มตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิตเด็ก เด็กที่มีพัฒนาการของบุคลิกภาพดีจะมีภูมิคุ้มกันโรคทางจิตเวชต่างๆ และช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้อย่างมากเช่นกัน บิดามารดา และครูอาจารย์และผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กทั้งหลาย จึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่น เป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้สังคมและสิ่งแวดล้อมก็ควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น เช่นเดียวกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

ศรिता ตุลเตมีย์⁽⁸⁷⁾ ศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการก่อวินในชั้นเรียนของนักเรียนที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาโดยใช้การเสริมแรงแบบดีอาร์เอในการทำแบบฝึกหัดวิชาคณิตศาสตร์ การเสริมแรงแบบดีอาร์เอเป็นการใช้แรงเสริมทางบวกเพื่อลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จำนวน 3 คน รูปแบบการวิจัยแบบสลับกลับ (ABA Reversal Design) ผลการวิจัย พบว่าการเสริมแรงแบบดีอาร์เอสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้

ธีรภา เกษประดิษฐ์⁽⁸⁸⁾ ได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 4 ภาค ซึ่งได้ทำการศึกษาในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน 4 แห่ง จำนวน 1,170 คน ร้อยละ 84 จากผลการศึกษาพบว่า ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจเป็นชาย ร้อยละ 90.7 อายุ 15-18 ปี ร้อยละ 91.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.9 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 45.8 สถานภาพครอบครัวบิดามารดายังคงอยู่ด้วยกัน บิดามารดามีอาชีพรับจ้าง คิดที่ถูกร้อยละ 100 คดีอาชญากรรมที่พบเมื่อเปรียบเทียบในรายภาคจะพบว่าภาคเหนือ เด็กจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงสุด ร้อยละ 65.4 รองลงมาปัญหาทางเพศ ร้อยละ 58.8 ภาคกลาง ปัญหาพฤติกรรมที่สูงที่สุดคือพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 53.8 รองลงมาปัญหาทางเพศ ร้อยละ 50.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหาพฤติกรรมทางเพศเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 64.1 รองลงมาคือปัญหาพฤติกรรมเกรง/กระทำผิดกฎระเบียบ ภาคใต้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวสูงสุด ร้อยละ 55.9 รองลงมา ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ ร้อยละ 52 ระดับความรุนแรงพบว่าภาคเหนือในระดับที่ต้องให้การรักษา ร้อยละ 81.8 ภาคใต้ ร้อยละ 69 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 66 และภาคกลาง ร้อยละ 62.4 ในผู้หญิงจะพบความรุนแรงของปัญหาที่ผิดปกติ ภาคกลาง ร้อยละ 79.2 รองลงมาคือ ภาคเหนือ ร้อยละ 68.4 ระดับความคิดเห็นของผู้ดูแล/ครูอยู่ในระดับที่เห็นด้วยกับระบบการดูแลในภาพรวมเกิน ร้อยละ 50 และพบความชุกของพฤติกรรมเกรงรวมทั้ง 4 ภาค คิดเป็นร้อยละ 53.1

น้อมพร เสน่ห์ธรรมศิริ⁽⁸⁹⁾ ทำการวิจัยโดยใช้การจัดประสบการณ์ส่งเสริมพฤติกรรมความมีวินัยอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือระหว่างครูและผู้ปกครองในการส่งเสริมพฤติกรรมความรับผิดชอบของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ผลการวิจัยพบว่าการจัดประสบการณ์ส่งเสริมพฤติกรรมความมีวินัยอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือระหว่างครูและผู้ปกครองสามารถพัฒนาพฤติกรรมความรับผิดชอบของนักเรียนได้

อรรวรรณ พรหมไหม⁽⁸⁶⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร โดยพบว่า พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ด้านความประพฤติเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ พฤติกรรมการใช้วาจาหยาบคายไม่สุภาพกับผู้อื่น ใช้อารมณ์และความวุ่นวายเป็นตัวตัดสินปัญหา และในช่วงว่างนักเรียนจะรวมกลุ่มกับเพื่อนเพื่อออกนอกบริเวณโรงเรียน ตามลำดับ

บัวทิพย์ ใจตรงดี⁽⁹⁰⁾ ได้ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิง โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

อิสริยา ดาราทอง⁽⁷⁶⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของนักเรียนอาชีวศึกษาและความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนอาชีวศึกษาระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช) ชั้นปีที่ 1-3 และระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส) ชั้นปีที่ 1-2 ในวิทยาลัยอาชีวศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร 5 วิทยาลัย จำนวน 1,051 คน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (SDQ) พบว่านักเรียนประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ตนเอง คิดเป็นร้อยละ 2.21 ในขณะที่อาจารย์ประเมินว่านักเรียนที่ตนเองดูแลนั้นมีปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ 0.51 โดยลักษณะพฤติกรรมไม่พึงประสงค์จากนักเรียนประเมินใน 3 อันดับแรก คือ จงใจแต่งกายผิดระเบียบของโรงเรียน ร้อยละ 44 หนีเรียนหรือขาดเรียนโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 36.5 เล่นการพนัน ร้อยละ 30.3 และลักษณะพฤติกรรมไม่พึงประสงค์จากอาจารย์ประเมินใน 3 อันดับแรก คือ จงใจแต่งกายผิดระเบียบของโรงเรียน ร้อยละ 9.7 หนีเรียนหรือขาดเรียนโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 8.9 ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.8 และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา สาขาที่เรียน และเกรดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gail A. Wasserman และคณะ⁽⁹¹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเกรงในเด็กที่กระทำผิดกฎหมาย โดยปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการกระทำพฤติกรรมเกรง ปัจจัยส่วนหนึ่งนั้นเกี่ยวข้องกับเรื่องสภาวะทางอารมณ์คือ ขาดการควบคุมในพฤติกรรมเกรงที่กระทำลงไป

Jennifer R.Lance⁽⁹²⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Deviant Behavior) ของวัยรุ่น อายุ 14-18 ปี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมไม่พึงประสงค์กับความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมไม่สัมพันธ์กัน แต่ในรายด้านของความฉลาดทางอารมณ์ในส่วนของการจัดการความสัมพันธ์ และ self-control นั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

Marriage, Fine, Moretti และ Haley (อ้างใน รัชนิย์ อุดชาชน)⁽⁹³⁾ ได้ทำการศึกษาเด็กและวัยรุ่นจำนวน 60 คน มี 11 คนที่มีปัญหา affective disorder ร่วมกับพฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorder) และอาการของความรุนแรง ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะของพฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorder) ร่วมกับ affective disorder และแนะนำว่าในกลุ่มนี้มีอัตราเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าในกลุ่มอื่นๆ

Briere and Runtz (อ้างใน รัชนิย์ อุดชาชน)⁽⁹³⁾ ผู้ที่มีประวัติถูกทารุณกรรมทางกาย มักจะมีความรู้สึกในการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ เป็นอาการทางจิต มีปัญหาทางเพศ

David N. Sanger (อ้างใน รัชนิย์ อุดชาชน)⁽⁹³⁾ ได้ทำการศึกษาเด็กและเยาวชนจำนวน 150 คน เป็นเด็กชาย 99 คน เด็กหญิง 51 คน ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองของสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก Odyssey House รัฐ New Hampshire ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ทารุณกรรมทางกายมากที่สุด คือ เด็กชาย 53 คน และเด็กหญิง 32 คน พบการทารุณกรรมทางเพศเป็นเด็กชาย 4 คน และเด็กหญิง 19 คน ครอบครั

เด็กที่ศึกษาส่วนมากเป็นครอบครัวที่มีปัญหา เกือบครึ่งหนึ่งที่ บิดามารดามักจะทะเลาะวิวาท พุ่ตีกันบ่อยครั้ง และพบว่าลักษณะการถูกรุ้ทำทารุณไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการกระทำผิดของเด็ก และเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kodak, Northup และ Krlley⁽⁹⁴⁾ ศึกษาการประเมินผลของชนิดของความสนใจที่มีต่อการแสดงพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน ที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมรบกวนชั้นเรียน และใช้ภาษาไม่สุภาพ การวิจัยใช้แรงเสริมที่แตกต่างกันทั้งหมด 6 แบบ เก็บข้อมูลโดยใช้การบันทึกความถี่ในการแสดงพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่า ชนิดของความสนใจมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม โดยพฤติกรรมมีแนวโน้มสูงหลังการดูค่า ต่ำหนิ นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้คำพูดมีผลเป็นอย่างมากต่อการแสดงพฤติกรรมโดยเฉพาะคำพูดในเชิงตำหนิหรือการพูดโดยไม่เชื่อมโยงกับพฤติกรรม

Holmgren และ คณะ⁽⁹⁵⁾ ศึกษาผลของการแก้ปัญหาพฤติกรรมอันธพาล (Bully) โดยใช้วิธีการแสดงบทบาทสมมติ การวางกฎระเบียบของโรงเรียนร่วมกัน และการอภิปรายเกี่ยวกับลักษณะหรือพฤติกรรมของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาเกรด 6-7 จำนวน 190 คน และ ครูจำนวน 4 คน ทำการทดลองในวิชาภาษาอังกฤษและวิชาคณิตศาสตร์ ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนในโรงเรียนรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น พฤติกรรมอันธพาลในห้องเรียนลดลง นักเรียนรู้วิธีการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดจากพฤติกรรมอันธพาลมากขึ้น

ตารางที่ 3 สรุปความชุกของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

ผู้วิจัย	ประเทศ	ปี	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ	ความชุก	เครื่องมือ
ธีรภา เกษประดิษฐ์	Thailand	2001	เด็กและเยาวชน	12-18 ปี	53.1	TYC
อิสริยา ดาราทอง	Thailand	2008	นักเรียนอาชีวศึกษา (นักเรียนประเมินตนเอง, อาจารย์ประเมิน)	15-20 ปี	2.21, 0.51	SDQ

TYC = Thai Youth Checklist

SDQ = The Strength and Difficulties Questionnaire

ตารางที่ 4 สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

ปัจจัย	จากการ Review Textbooks	จากการ Review Journals
เพศ	✓ *พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง	-
ระดับชั้นปีการศึกษา	✓ *พบในระดับชั้น ปวช.1 มากกว่าระดับชั้นที่สูงกว่า	-
สาขาที่เรียน	✓ *สาขาช่างกล ช่างยนต์ ก่อสร้าง ไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์	-
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	✓	-
ความฉลาดทางอารมณ์	✓ *มีผลกับพฤติกรรมทางเพศ	✓ *ขาดการควบคุมอารมณ์ และ handling relationship
ถูกกระทำทารุณกรรมทางกาย	-	✓
การใช้แรงเสริมทางบวก	✓ * ABA Reversal Design , Good Behavior Game มักมีแนวโน้มพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง	✓ *การตำหนิ ดุด่า มักมีแนวโน้มพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มากขึ้น
การเลี้ยงดู	✓ *มีการตกลงถึงการกระทำร่วมกัน	-
ความสัมพันธ์ระหว่าง บิดา มารดา	-	✓ *ทะเลาะวิวาท ทูบตี
อาชีพของบิดามารดา	✓ *อาชีพรับจ้าง	-

หมายเหตุ : เครื่องหมาย ✓ หมายถึง ปัจจัยที่กล่าวถึงนั้นถูกพบในการ Review Textbooks หรือ Review Journals

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

ปราโมทย์ สุคนิชย์⁽³⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น โดยการทบทวนเอกสาร พบว่าการศึกษาในชุมชนพบความชุกของโรคซึมเศร้ามารวร้อยละ 2.6-21.3 ในเด็กกลุ่มอายุต่างๆ โดยความชุกในเด็กเล็กจะต่ำกว่าวัยรุ่น เด็กชายและเด็กหญิงมีความชุกไม่ต่างกัน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นเพศหญิงจะมีความชุกสูงกว่า 3-4 เท่า นอกจากนี้การศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก พบว่ามีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ร้อยละ 0-61 ขึ้นกับชนิดของปัญหา และยังพบอาการซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น Attention Deficit Disorder (ADHD) , Conduct disorder และ Anxiety disorders

จริญญา แก้วสกุลทอง⁽⁹⁶⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จำนวน 286 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) พบว่ามีภาวะซึมเศร้า

แฝงอยู่ร้อยละ 61.5 เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรค คือ Mood Disorders, Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Substance-Related Disorders, Schizophrenia, Conduct Disorder, Mental retardation and Learning Disorders และโรคอื่นๆ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ ร้อยละ 78.72, 70.31, 67.64, 66.67, 61.54, 41.17 และ 35.71 ตามลำดับ โดยพบว่าระดับการเสพติดนิโคติน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ บุคลิกลักษณะ Neuroticism และปัญหาด้านการเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัลญา แก้วอินทร์⁽⁹⁷⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสิงห์บุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 582 คน โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) แบบทดสอบเพื่อวัดปัญหาความเครียดในครอบครัว The Adolescent Family Inventory of Life Events and Changes (A-FILE) และแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.9 และความชุกของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 18.7 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่า ผลการเรียนต่ำ สุขภาพที่ไม่ดี และสถานภาพสมรสของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชนิย์ อุดชาชน⁽⁹³⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะจิตสังคมของเด็กชายที่กระทำผิดกฎหมาย พบว่า ลักษณะที่กระทำผิดและข้อหาที่เด็กกระทำผิดส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.2 เป็นข้อหาลักทรัพย์ รองลงมา มีสารเสพติดในครอบครอง ร้อยละ 18.5 พกพาอาวุธกับวิ่งราว ร้อยละ 1.4 สาเหตุส่วนใหญ่ ทำตามเพื่อนหรือเพื่อนชวน รองลงมา ต้องการเงินและถูกบังคับ ส่วนสภาวะจิตใจหลังกระทำผิดกฎหมาย พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงและมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 52.8

สุวรรณณี พุทธิศรี และ ศศิธร ยิ่งสำหรั⁽⁹⁸⁾ ได้ศึกษา ความชุกของโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น ก่อนเข้ามาอยู่ในสถานพินิจ ผลการศึกษาพบโรคทางจิตเวชรวมร้อยละ 96 โดยเป็น Conduct disorder ร้อยละ 74, Substance dependence ร้อยละ 66, Separation anxiety disorder ร้อยละ 45, Oppositional defiant disorder ร้อยละ 28, Attention deficit hyperactivity disorder ร้อยละ 28, Substance abuse ร้อยละ 10, Major depressive disorder ร้อยละ 7, Mania ร้อยละ 5, Schizophrenia ร้อยละ 1, Dysthymic disorder ร้อยละ 1, Brief psychotic disorder ร้อยละ 1, Substance induced psychosis ร้อยละ 1, Alcohol hallucinosis ร้อยละ 1

จิราวรรณ แทนวัฒนกุล และคณะ⁽⁹⁹⁾ ได้ศึกษา การทารุณกรรมและปล่อยปละละเลยเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 73.7 รูปแบบที่พบมากที่สุด คือ ด้านร่างกาย ร้อยละ 54.6 ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านปล่อยปละละเลย และด้านเพศ ร้อยละ 52.2, 37.6, 2.8 ตามลำดับ ถูกกระทำในระดับรุนแรงเล็กน้อย ร้อยละ 85 ผู้กระทำเป็นบิดามารดา ร้อยละ 92.2 เด็กที่ถูกกระทำมีผลต่อพฤติกรรม ร้อยละ 86 และไม่มีผลกระทบ ร้อยละ 24 โอกาสเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 5.77 เท่าของกลุ่มอ้างอิง ด้านเพศมีโอกาสเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สูงสุดคือ 12.99 เท่า เด็กที่ถูกกระทำในระดับรุนแรงเล็กน้อยโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูงสุด 5.94 เท่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การจัดการด้วยตนเองถึงร้อยละ 87.5 วิธีที่ใช้สูงสุด ได้แก่ 1) โยน ขว้างปาข้าวของ 2) ร้องไห้ 3) เงียบเก็บกดความรู้สึก 4) ต่ำโถ้ตอบ 5) คิดว่าตนเองเป็นคนผิด

Charlotte Waddell and Cody Shepherd⁽¹⁰⁰⁾ ได้มีการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวช ในเด็กและเยาวชนโดยได้ทำการวิเคราะห์จากการศึกษา 6 การวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ เด็กและเยาวชน ใน Canada , the United States , Great Britain , Australia , New Zealand พบว่ามี Anxiety disorder ร้อยละ 6.5, Conduct disorder ร้อยละ 3.3, Attention deficit hyperactivity disorder ร้อยละ 3.3, Depressive disorder ร้อยละ 2.1, Substance abuse ร้อยละ 0.8, PDD ร้อยละ 0.3, OCD ร้อยละ 0.2, Schizophrenia ร้อยละ 0.1, Tourette's disorder ร้อยละ 0.1, Eating disorder ร้อยละ 0.1, Bipolar disorder น้อยกว่าร้อยละ 0.1 ซึ่งพบความชุกทั้งหมด ร้อยละ 15 หลังจากนั้น นำผลที่ได้มาประมาณตัวเลขความชุกของโรคจิตเวชเปรียบเทียบกับใน British Columbia จากจำนวน เด็กทั้งหมด 936,500 คน มีผู้ที่เป็นโรคทางสุขภาพจิตถึง 140,000 คน ซึ่งส่งผลเสียในการดำเนินชีวิต ทั้งที่บ้าน โรงเรียน เพื่อน และสังคมได้

Dadds MR. และคณะ⁽¹⁰¹⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมเกรงในวัยเด็ก วิเคราะห์รูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวในบ้าน โดยการดูรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ระหว่างมืออาหกรเย็น และพบว่ารูปแบบการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และปัญหาพฤติกรรมเกรงในเด็ก โดยครอบครัวเด็กที่มีพฤติกรรมเกรงจะมีรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ที่สูง เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมเกรงจะแสดงความต้องการและต่อต้านรวมไปถึงการแสดงพฤติกรรมที่ ตรงกันข้ามสูง

ตารางที่ 5 สรุปความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

ผู้วิจัย	ประเทศ	ปี	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ	ความชุก	เครื่องมือ
ปราโมทย์ สุคนิษฐ์	Thailand	2540	เด็กและวัยรุ่น	-	21.3 (Depression)	-
จริญญา แก้วสกุลทอง	Thailand	2009	วัยรุ่น	11-20 ปี	61.5 (Depression) 61.54 (Conduct Disorder)	CES-D, DSM-IV
กัลญา แก้วอินทร์	Thailand	2551	มัธยมศึกษา ตอนต้น	12-15 ปี	36.9 (Depression) 18.7 (Conduct Disorder)	CDI, A-FILE, SDQ
รัชนิย์ อุดชาชน	Thailand	2540	เด็กชายที่กระทำ ผิดกฎหมาย	-	52.8 (Depression)	-
สุวรรณณี พุทธิศรี และ ศศิธร ยิ่งสำหรั	Thailand	2547	เด็กและวัยรุ่น ก่อนเข้ามาอยู่ใน สถานพินิจ	-	7 (Depression) 74 (Conduct Disorder)	-
Charlotte Waddell and Cody Shepherd	Canada	2002	เด็กและเยาวชน	-	2.1 (Depression) 3.3 (Conduct Disorder)	-

CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale

CDI = Children's Depression Inventory

A-FILE = The Adolescent Family Inventory of Life Events and Changes

SDQ = The Strength and Difficulties Questionnaire

การทารุณกรรมและทอดทิ้งเด็ก

เด็กเป็นเสมือนปรอทที่วัดความเป็นไปในครอบครัว เมื่อใดที่เราพบเห็นเด็กที่มีความสุข ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นเครื่องแสดงว่าเด็กมาจากครอบครัวที่มีความรัก ความอบอุ่นและความเข้าใจ ในทางกลับกันเด็กที่มีท่าทีหวาดวิตก เศร้าสร้อย น่าจะมาจากครอบครัวที่ขาดความรักความอบอุ่น เด็กอาจถูกทารุณกรรมหรือทอดทิ้ง⁽¹⁰²⁾

คำนิยามการทารุณกรรมเด็ก⁽¹⁰²⁾

การทารุณกรรมเด็ก (Child abuse) คือการกระทำของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก ทำให้เด็กได้รับอันตรายทางร่างกาย, จิตใจ, อารมณ์ และทางเพศ หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง

ลักษณะของการทารุณกรรมเด็ก⁽¹⁰²⁾

ลักษณะของการทารุณกรรมเด็ก แบ่งออกได้ดังนี้

1. การทารุณกรรมร่างกาย (Physical abuse) คือการที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กทำให้เด็กเกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย โดยการบาดเจ็บดังกล่าวเกิดจากการตั้งใจทำไม่ใช่อุบัติเหตุ
2. การทารุณกรรมทางเพศ (Sexual abuse) คือการกระทำกิจกรรมทางเพศต่อเด็ก โดยที่เด็กไม่สามารถให้ความยินยอมพร้อมใจ หรือไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะเข้าใจการกระทำเหล่านี้ กิจกรรมดังกล่าวทำเพื่อความพึงพอใจทางเพศของผู้กระทำ
3. การทารุณกรรมจิตใจ (Emotion abuse) คือการที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฏิเสธ เหยียดเหยียดไม่สนใจหรือข่มขู่เด็ก ใช้คำพูดหรือการกระทำทำให้เด็กหวาดกลัวและเกิดขึ้นซ้ำซาก ก่อให้เกิดความเสียหายต่อพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจและทางสังคม
4. การทอดทิ้ง (Neglect) คือการที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กไม่เอาใจใส่ในสิ่งจำเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาสุขภาพอนามัย ทำให้เด็กได้รับอันตรายหรือเสี่ยงอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก

สาเหตุของการทารุณกรรมเด็ก⁽¹⁰²⁾

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดการทารุณกรรมในเด็กพบดังนี้

1. ปัจจัยในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด
 - ประวัติบิดามารดาเคยถูกกระทำทารุณมาก่อน พบว่าร้อยละ 30 ของบิดามารดาที่ทารุณลูกเคยมีประวัติถูกกระทำทารุณมาก่อนในวัยเด็ก เด็กที่ถูกกระทำทารุณมักกลายเป็น abuser เมื่อโตขึ้น

- การใช้ความรุนแรงในครอบครัว พบว่าร้อยละ 50 ของครอบครัวที่มีการใช้ความรุนแรง จะมีการทารุณกรรมเด็กเกิดขึ้น นอกจากนี้ในครอบครัวที่มีการทารุณกรรมเด็กดังกล่าว คู่สมรสมักถูกกระทำทารุณด้วย

- บิดามารดาอายุน้อย
- บิดามารดาขาดทักษะในการดูแลบุตร
- มีการหย่าร้าง
- ครอบครัวอยู่อย่างโดดเดี่ยว

2. ความยากจน ทำให้เกิดความเครียด ขาดเวลาที่จะเลี้ยงดูเอาใจใส่บุตร

3. การติดสารเสพติด เป็นตัวที่ทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำให้เกิดการใช้ความรุนแรง และมักตามมาด้วยการทารุณกรรมเด็ก

4. สภาพสังคม ในสภาพสังคมที่ไม่ปลอดภัย มีการใช้ความรุนแรงและมีการระบาดของยาเสพติด ทำให้เด็กไม่มีโอกาสออกมาใช้ชีวิตนอกบ้านได้อย่างปลอดภัย เด็กขาดทักษะทางสังคมที่จะช่วยแก้ปัญหาเมื่อโตขึ้น รวมทั้งขาดที่พึ่งทางสังคมที่จะเข้ามาช่วยเหลือเด็ก ส่งผลให้เด็กเหล่านี้นายต่อการตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง

ผลกระทบของการทารุณกรรมเด็ก

พนม เกตุมาน (อ้างถึงใน สราญภัทร อนุมิตราชกิจ)⁽¹⁰³⁾ ได้อธิบายถึงผลกระทบของการกระทำทารุณกรรมต่อเด็ก ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อพัฒนาการในส่วนต่างๆของเด็ก ดังนี้

1. ผลกระทบทางร่างกาย ในเด็กเล็กการทอดทิ้งเด็กจะทำให้เด็กไม่เติบโตมีพัฒนาการช้า ภูมิคุ้มกันต่ำ มีพฤติกรรมผิดปกติต่างๆ เช่น โภกศีรยะ โยกตัว ฯลฯ การทารุณกรรมทางร่างกาย ในตัวเด็กเล็ก อาจทำให้เด็กบาดเจ็บกระดูกหัก มีบาดแผลทำให้เด็กพิการหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ในกรณีของเด็กที่ถูกล่อลวงละเมิดทางเพศจะเกิดอาการอักเสบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะอักเสบ และปวดมีตกขาวหรือหนองบริเวณอวัยวะเพศมีอาการปวดท้องได้

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ เด็กอาจจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติได้ กล่าวคือ เด็กจะมีความวิตกกังวลสูง ทำอะไรมักจะไม่ประสบความสำเร็จ ส่งผลให้เด็กมีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดความมั่นใจท้อแท้ บางรายมีพฤติกรรมทำลายตนเอง เช่น การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3. ผลกระทบด้านคุณภาพประชากร ผลของการกระทำทารุณกรรมได้หล่อหลอมบุคลิกภาพที่ไม่พึงประสงค์ และบั่นทอนศักยภาพในการพัฒนาตนเองของเด็ก เช่น การได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองกลายเป็นเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาหรืออาจมีบุคลิกภาพก้าวร้าว และมีปัญหาด้านความปลอดภัยและพร้อมที่จะทารุณกรรมบุตรหลานต่อไป

4. ผลกระทบด้านสังคม เด็กที่ถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรง อาจจะหนีออกจากบ้าน กลายเป็นเด็กเร่ร่อน ง่ายต่อการถูกชักจูงไปสู่ปัญหาอาชญากรรม หรือมีโอกาสที่จะกระทำผิดกฎหมายได้สูงมาก และเชื่อว่าเด็กที่ถูกทารุณกรรมจนมีบุคลิกภาพก้าวร้าว มักจะก่ออาชญากรรมต่อชีวิตร่างกายสูง ซึ่งกระทบกระเทือนต่อสวัสดิภาพของสังคม

การป้องกันการเกิดการทารุณกรรมเด็ก⁽¹⁰²⁾

การป้องกันมิให้เกิดการทารุณกรรมเด็ก ต้องทำในทุกระดับ แต่ที่สำคัญที่สุดคือในระดับครอบครัว

ระดับครอบครัว

- ยุติการใช้ความรุนแรงผู้ปกครองควรรู้จักวิธีระงับอารมณ์ อย่าลงโทษเด็กโดยใช้ความรุนแรง ฝึกระเบียบวินัยโดยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การตี

- อย่าคาดหวังในตัวลูกเกินความสามารถที่เด็กจะทำได้ ให้คำชมเชยเมื่อเด็กทำสิ่งที่ดี

- เรียนรู้ทักษะการเป็นพ่อแม่ เรียนรู้เข้าใจพัฒนาการของเด็ก และตอบสนองความต้องการของเด็ก

ระดับชุมชน

ช่วยกันเฝ้าระวัง รายงานเมื่อพบเห็นการทารุณกรรมเด็กและให้การช่วยเหลือ

ระดับประเทศ

รัฐต้องเห็นความสำคัญของปัญหา จัดให้มีหน่วยงานที่ช่วยเหลือดูแลเด็กที่ถูกทารุณกรรม จัดระบบการรับรายงาน ออกกฎหมายต่างๆ ที่รองรับการทำงานช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรม

ภาวะซึมเศร้าในเด็กที่ถูกทารุณกรรม⁽¹⁰⁴⁾

เด็กที่มีภาวะซึมเศร้านักพบในเด็กหญิงและกลุ่มวัยที่โตขึ้น, พ่อแม่ไม่เชื่อว่าลูกถูกทารุณกรรม, ครอบครัวไม่สนับสนุนช่วยเหลือเด็ก, ไม่ค่อยมีเพื่อน, มีแม่ค่อนข้างซึมเศร้า เด็กเหล่านี้มักจะแสดงอารมณ์เศร้าโดยการทำร้ายตนเองและใช้สารเสพติด พ่อแม่ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายให้ลูกเห็น ลูกก็จะมีโอกาสกระทำตามค่อนข้างสูง ในเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศจากการศึกษาของ Sansonet-Hyden และคณะ⁽¹⁰⁵⁾ พบว่าเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายจิตเวช มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้า ถึงร้อยละ 71 และในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอุบัติการณ์ของการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มเด็กป่วยทางจิตที่ไม่มีประวัติการถูกทารุณกรรมทางเพศ ทั้งนี้ Finkalhor และ Browne (อ้างถึงใน สุวพักตร์ เวศม์วิบูลย์)⁽¹⁰⁶⁾ ได้ตั้งสมมติฐานว่า ภาวะซึมเศร้านี้เกิดขึ้นจากการที่เด็กรู้สึกว่าจะตนถูกทรยศจากผู้ใหญ่ เป็นผลทำให้พวกเขาขาดความไว้วางใจบุคคล มีความรู้สึกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนความรู้สึกเป็นตราบาป (stigmatization) ก่อให้เกิดความรู้สึกเลวร้าย อับอาย รู้สึกผิด ซึ่งจะมีผลต่อการมองภาพพจน์ของตนเองไปในทางลบ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ในเด็กโต ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองจะสัมพันธ์กับความรู้สึกเศร้า ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น การรับประทานยาเกินขนาด การหนีออกจากบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเกิด Traumatic stress ของ Smith และ Bentovim (อ้างถึงใน สุวพัทธ์ เวศม์วิบูลย์)⁽¹⁰⁶⁾ ว่ากลไกการเกิดความเครียดจากการถูกทารุณกรรมของเด็กหญิงจะเก็บความรู้สึกของการถูกทำร้ายเอาไว้ภายในจิตใจ กลายเป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจของเด็กและก่อให้เกิดความวิตกกังวล มองภาพตนเองไปในทางลบ และใช้กลไกทางจิตแบบลงโทษตนเอง (introjection) ซึ่งแสดงพฤติกรรมออกมาโดยการทำร้ายตนเองหรือทำให้ตนเองบาดเจ็บ รวมทั้งแสดงอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์เศร้า

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม⁽¹⁰⁴⁾

ในเด็กที่ขาดคุณค่าในตนเองเนื่องจากถูกทารุณกรรมมายาวนาน จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวและใช้ความรุนแรง โดยดูแบบอย่างมาจากผู้ปกครอง เด็กขาดคุณค่าในตัวเอง ไม่นับถือตนเอง และไม่สนใจต่อการกระทำของตนเอง รวมทั้งยังเป็นปรีภัยต่อผู้ใหญ่และสังคม เนื่องจากขาดความไว้วางใจและขาดความผูกพัน (attachment)

ทฤษฎีการเกิด Traumatic stress ของ Smith และ Bentovim (อ้างถึงใน สุวพัทธ์ เวศม์วิบูลย์)⁽¹⁰⁶⁾ ว่ากลไกการเกิดความเครียดจากการถูกทารุณกรรมของเด็กชาย จะแสดงความเครียดเหล่านี้ออกมาภายนอก โดยแสดงความโกรธเกลียดออกมาและใช้กลไกทางจิตแบบกล่าวโทษบุคคลอื่น (Projection) เด็กจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและไม่เหมาะสม ชอบใช้กำลังในการตัดสินปัญหาต่างๆ ต่อด้านสังคม และการใช้สารเสพติดต่างๆ รวมทั้งแสดงบทบาทการทารุณบุคคลอื่นหรือบุคคลที่อ่อนแอกว่า

แนวคิดด้านพัฒนาการและความต้องการพื้นฐานของเด็กในสถานสงเคราะห์

กรมประชาสงเคราะห์ (อ้างถึงใน พิมญาดา จรัสศรี)⁽¹⁰⁷⁾ ได้อธิบายพัฒนาการและความต้องการพื้นฐานของเด็กในสถานสงเคราะห์ ดังนี้

1. ด้านพัฒนาการ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พัฒนาการของวัยรุ่นจะเกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง มักจะมีปัญหาความขัดแย้งกับผู้ปกครอง เพราะเด็กวัยนี้จะมีความคิดเป็นของตนเอง มีอารมณ์ขึ้นๆลงๆอยู่ตลอดเวลาอย่างรวดเร็ว และยังให้ความสำคัญกับความคิดของเพื่อนมากกว่าผู้ปกครอง

2. ด้านความต้องการพื้นฐาน

2.1. เด็กต้องได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ปกครองอยู่บนพื้นฐานของความรักและความเข้าใจ รวมทั้งได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้องสมวัย

2.2. เด็กต้องได้รับสารอาหารอย่างน้อยที่สุดตามกำหนดไว้ในแต่ละวัย

2.3. เด็กต้องได้รับการส่งเสริมและป้องกันโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงได้และได้รับการรักษาตามการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน

2.4. เด็กต้องอาศัยอยู่ในที่ที่ถูกสุขลักษณะและไม่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัยต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

2.5. เด็กต้องได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นอย่างน้อย และต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้ มีทักษะในการดำเนินชีวิตและเติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ

2.6. เด็กต้องได้รับการพัฒนาให้มีสุนทรียภาพ มีความรักและอนุรักษ์มรดกวัฒนธรรมและเอกลักษณ์ของชาติ

2.7. เด็กต้องได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาความรู้เพื่อการประกอบอาชีพอย่างสุจริตและเหมาะสมกับวัย

2.8. เด็กต้องมีความสามารถและมีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามระบอบประชาธิปไตย

2.9. เด็กต้องมีสิทธิและโอกาสในการรับบริการขั้นพื้นฐานด้านต่างๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน

2.10. เด็กต้องได้รับโอกาสในการรับรู้และพิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ขั้นพื้นฐาน

3. ความต้องการเกี่ยวกับพัฒนาการด้านสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของเด็กช่วงวัยรุ่นดังต่อไปนี้

3.1. ต้องการให้ผู้ปกครองดูแลอย่างใกล้ชิดด้วยความรัก ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ต้องการการยอมรับ ความใกล้ชิด ความเข้าใจจากผู้ปกครอง ครู และเพื่อน และต้องการการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

3.2. ต้องการให้ผู้ปกครองสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก เพื่อการตอบสนองและการปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม

3.3. ต้องการการแสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเองกับผู้ปกครองและบุคคลอื่นๆ เพื่อพูดคุย ซักถาม ตอบสนองความอยากรู้อยากเห็นของตนเองและต้องการคำอธิบายในเรื่องความผิดและความถูกต้อง

3.4. ต้องการการเรียนรู้ด้านร่างกายโดยเฉพาะเรื่องเพศอย่างถูกต้องและเหมาะสม

3.5. ต้องการการปฏิบัติหน้าที่ การทำกิจกรรม และการมีความรับผิดชอบทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน

3.6. ต้องการรับทราบผลจากการกระทำของตน และต้องการได้รับความภูมิใจจากกิจกรรมและผลงาน

3.7. ต้องการสร้างสรรค์และพัฒนาศักยภาพของตนเอง

- 3.8. ต้องการการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมในด้านของวัฒนธรรม ประเพณีไทย
- 3.9. ต้องการการพัฒนาด้านความสามารถในการใช้เหตุผล
- 3.10. ต้องการการใช้เหตุผลในการตัดสินใจและแก้ปัญหา
- 3.11. ต้องการฝึกอาชีพ
- 3.12. ต้องการคำตอบที่เป็นไปได้ในรูปแบบต่างๆ
- 3.13. ต้องการรับรู้และเรียนรู้ปัญหาความขัดแย้งของพฤติกรรมทางสังคม
- 3.14. มีความสนใจเพศตรงข้าม
- 3.15. ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน
- 3.16. ต้องการความมั่นใจในทิศทางการดำเนินชีวิต
- 3.17. ต้องการความมั่นใจในตนเองและความมั่นคงทางอารมณ์

ข้อมูลพื้นฐานสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีมีประวัติสืบเนื่องมาแต่ “โรงเรียนเด็กอนาถา” ซึ่งพระวิมาดาเธอ กรมพระสุนทรสาลินีนาฏ ได้ทรงบริจาคทรัพย์ สร้างขึ้นที่ตำบลสวนมะลิ ถนนบำรุงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เมื่อ พ.ศ. 2433 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ รับเลี้ยงเด็กทารก เด็กหญิงและเด็กชายบุตรคนยากจน ที่กำพร้าหรือที่บิดามารดาไม่สามารถเลี้ยงดูได้ ต่อมาได้กลายเป็นสถานสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ เมื่อปี พ.ศ. 2492 ปัจจุบันสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีเป็นหน่วยงานสังกัด สำนักคุ้มครองสวัสดิภาพหญิงและเด็ก กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สถานที่ตั้งและอาคารที่พัก

สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 255 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 มีเนื้อที่ 58 ไร่ 1 งาน 4 ตารางวา ประกอบด้วย อาคารที่ทำการ บ้านพักเด็ก บ้านพักเจ้าหน้าที่ ตลอดจนอาคารอื่นๆ รวมทั้งสิ้น 46 หลัง

วัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง

1. เพื่อให้การสงเคราะห์และพัฒนาเด็ก โดยให้บริการ ด้านปัจจัย 4 ด้านการศึกษา ทั้งสายสามัญและสายอาชีพแก่เด็ก ตามความสามารถและแนวถนัด เพื่อให้เด็กสามารถประกอบอาชีพช่วยเหลือตนเองและอยู่ในสังคม ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุขต่อไป

2. เพื่อให้เด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาทางครอบครัวและสังคมได้รับการพัฒนาด้านต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพอนามัย จิตใจ วิชาความรู้ การประกอบอาชีพและทักษะชีวิต โดยครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วม จนสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3. เพื่อให้ครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเด็ก เยาวชนที่ประสบปัญหา เพื่อให้เกิดผลอย่างยั่งยืน

กลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ

เด็กหญิงอายุ 5-18 ปี ซึ่งตกอยู่ในสภาพอันสมควรได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากประสบปัญหาทางสังคม ดังนี้

- ขาดผู้อุปการะ
- ครอบครัวยากจนหรือครอบครัวประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม
- ครอบครัวแตกแยก
- บิดามารดาเป็นผู้รับการสงเคราะห์หรือบิดามารดาต้องโทษ ฯลฯ

โดยสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีจะรับเด็กโดยตรงจากหน่วยงานของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ หรือหน่วยงานอื่น เข้าไว้ในความอุปการะเพื่อให้การสงเคราะห์และคุ้มครองสวัสดิภาพ

งานของสถานสงเคราะห์

1. ดำเนินการฟื้นฟูและพัฒนาเด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาครอบครัวและสังคมให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข
2. พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้และเทคนิควิธีการในการพัฒนาและเลี้ยงดูเด็กที่ประสบปัญหา
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหา
4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการ ให้งานมีความเป็นระบบ ได้มาตรฐาน มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้

การบริการของสถานสงเคราะห์

1. บริการด้านการเลี้ยงดูเด็ก

มีการจัดบ้านพักเด็ก จำนวน 18 หลัง ให้เด็กอยู่ร่วมกัน หลังละประมาณ 20-25 คน แบ่งเป็น

- บ้านพักแรกรับ จำนวน 1 หลัง

- บ้านพัฒนาการเด็ก 5-8 ปี จำนวน 1 หลัง
- บ้านพัฒนาการเด็ก 9-12 ปี จำนวน 2 หลัง
- บ้านพักนักร้อง จำนวน 2 หลัง
- บ้านเด็กคละอายุ จำนวน 12 หลัง

โดยจัดให้มีแม่บ้านประจำบ้านพักแต่ละหลัง เพื่อให้การเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอน ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้ความรักความอบอุ่นกับเด็กๆอย่างใกล้ชิดเสมือนเป็นมารดาทดแทน

2.บริการด้านการรักษาพยาบาลและอนามัย

สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีมุ่งเน้นให้เด็กทุกคนมีพลานามัยที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ จัดให้มีการตรวจสุขภาพและสร้างภูมิคุ้มกันโรคต่างๆเป็นประจำ รวมทั้งให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเด็กเจ็บป่วย หรือหากเด็กมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง จะมีการส่งเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการอบรมให้ความรู้เด็กด้านสุขอนามัย เพื่อให้รู้จักดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ

3.บริการด้านการศึกษา

สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี เปิดโอกาสให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาที่เหมาะสมตามศักยภาพอย่างเท่าเทียมกัน แบ่งเป็น

- การศึกษาภายในสถานสงเคราะห์ มีโรงเรียนประชาสงเคราะห์บ้านราชวิถี ซึ่งจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โดยใช้หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 ของกระทรวงศึกษาธิการ พร้อมจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ เพิ่มพูนทักษะในด้านต่างๆ และประสานศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนเขตราชเทวี มาจัดการเรียนการสอน การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ควบคู่ไปกับการฝึกวิชาชีพระยะสั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนส่งเด็กเข้ารับการศึกษาภายนอกสถานสงเคราะห์

- การศึกษาภายนอกสถานสงเคราะห์ มีการสนับสนุนให้เด็กไปศึกษาภายนอกในสถานศึกษาต่างๆตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลจนถึงระดับชั้นอุดมศึกษา รวมทั้งส่งเด็กไปฝึกอาชีพที่ศูนย์สงเคราะห์และฝึกอาชีพในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

4.บริการด้านการจัดหางาน

มีการติดต่อสถานประกอบการ นายจ้าง ให้แก่เด็กที่สำเร็จการศึกษาทั้งสายสามัญและสายอาชีพที่ประสงค์จะทำงานโดยการไปเยี่ยมสถานประกอบการที่จะจัดส่งเด็กไปทำงาน เพื่อดูความเหมาะสมก่อนจัดหางานให้กับเด็ก และเตรียมความพร้อมเด็กก่อนส่งไปสู่สังคมภายนอก

5.บริการด้านสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยา

ให้การสงเคราะห์พัฒนาและปรับสภาพโดยดำเนินงานตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยา บ้านราชวิถีมีการจัดทำทะเบียนประวัติของเด็กที่เข้ารับบริการใหม่ทุกคน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาพฤติกรรมของเด็ก ทำหนังสือติดตามบิดามารดา ติดต่อทำหลักฐานทะเบียนราษฎร เพื่อส่งเด็กคืนสู่ครอบครัวหรือจัดหาครอบครัวทดแทนให้กับเด็ก นอกจากนี้ยังดำเนินการ ป้องกัน แก้ไข และพัฒนาเด็กตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยา โดยให้การช่วยเหลือเฉพาะรายกลุ่ม บุคคล หรือประชุมรายกรณีร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีระบบการคัดกรองเด็กเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลและพัฒนาอย่างเหมาะสม ควบคู่ไปกับการแนะแนวและคอยให้คำปรึกษาแก่เด็กอย่างใกล้ชิด มีการติดตามประเมินผลเด็กอย่างต่อเนื่องภายหลังเด็กกลับคืนสู่ครอบครัว

6.บริการด้านนันทนาการและกิจกรรมต่างๆ

เพื่อให้เด็กได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ความสามารถเฉพาะตัวของเด็กแต่ละคนจะถูกถ่ายทอดผ่านหลายกิจกรรม ซึ่งทางสถานสงเคราะห์ฯมีกิจกรรม ชมรมต่างๆ ให้เด็กได้เลือกแสดงความสามารถ เช่น ชมรมดนตรีสากล ชมรมดนตรีไทย ชมรมนาฏศิลป์ ชมรมประสานเสียง ชมรมศิลปะ ชมรมกีฬา(บาสเกตบอล วอลเลย์บอล เทนนิส ฟุตบอล กรีฑา) เป็นต้น

ทั้งนี้สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิทยายังเล็งเห็นถึงวัฒนธรรมประเพณีต่างๆของไทย จึงจัดให้มีการสืบสานขนบธรรมเนียมประเพณีตามเทศกาลงานสำคัญต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการเปิดมุมมองใหม่ๆให้กับเด็ก ฝึกเด็กให้เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันในลักษณะของการจัดกิจกรรมเข้าค่ายกับหน่วยงานต่างๆ การทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มบุคคลภายนอก พร้อมทั้งสนับสนุนให้เด็กทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการให้และการแบ่งปันด้วยกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ โดยการทำกิจกรรมกับผู้เข้ารับการสงเคราะห์ตามสถานสงเคราะห์ต่างๆ เช่น สถานสงเคราะห์เด็กอ่อน สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพิการทางสมองและปัญญา และสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – Sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย(Target Population)

คือ วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ประชากรตัวอย่าง (Sampled Population)

คือ วัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง (Sampled)

คือ วัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี
ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size Calculation)

คำนวณโดยการใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา⁽¹⁰⁸⁾ คือ

$$N = \frac{Z^2 \alpha PQ}{d^2}$$

เมื่อ N = ขนาดตัวอย่าง

Z_α = 1.96 (ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95%)

P = ความชุกของภาวะซึมเศร้า มีค่าเท่ากับ 0.4⁽⁵²⁾

Q = $1 - P$ ได้เท่ากับ 0.6

d = acceptable error = 0.1

$$N = \frac{(1.96)^2 PQ}{d^2}$$

$$= 92.1984$$

$$= 93 \text{ คน}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้จำนวนวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่เป็นผู้รับบริการของ สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ทั้งที่เป็นผู้รับบริการเก่าและใหม่ ในระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ถึง สิงหาคม 2556 ทั้งหมดซึ่งจำนวนประชากรตัวอย่างมีทั้งสิ้น 119 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจจำนวนผู้รับบริการที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปี ของสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ทั้งที่เป็นผู้รับบริการเก่าและใหม่ ในระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ถึง สิงหาคม 2556 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 209 คน
2. คัดผู้รับบริการที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีเท่านั้น จำนวนทั้งหมด 170 คน
3. คัดผู้รับบริการที่มีระดับพัฒนาการทางสติปัญญาที่มากกว่า 70 ขึ้นไป โดยข้อมูลระดับพัฒนาการทางสติปัญญาทางสถานสงเคราะห์มีข้อมูลอยู่แล้ว จำนวนทั้งหมด 119 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ประกอบด้วย ปัจจัยข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ อายุแรกเข้า ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเข้ารับบริการ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางจิตเวช แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Depression)

แบบประเมินด้วยตนเอง Children's Depression Inventories ของ มาเรีย โควแควส์ (Maria Kovacs, 1985) จากการศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มคนไข้และเด็กปกติจำนวนมาก พบว่า validity reliability ของ CDI อยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยมี internal consistency = 0.07-0.86, item-total score correlation coefficient = 0.29-0.62, test retest correlation coefficient = 0.82 ($p < 0.0001$) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539)⁽²⁴⁾ ซึ่งได้ทำการศึกษาคความเหมาะสมของเครื่องมือในการวัดภาวะซึมเศร้าในเด็กไทยอายุ 10-15 ปี จำนวน 139 คน พบว่า CDI มี inter-item correlation มีค่าเฉลี่ย = 0.1526, item-total score correlation coefficient = 0.09-0.57 และ reliability coefficient อยู่ในเกณฑ์ดี คือ ค่า α เท่ากับ 0.83 IOC curre พบว่า cutting point ที่แยกเด็กที่มีอารมณ์เศร้าออกจากเด็กที่ไม่มีอารมณ์เศร้า คือค่าคะแนน CDI ที่ 15 ขึ้นไป โดยที่ค่าคะแนนนี้ CDI มี sensitivity = 78.7%, specificity = 91.3%, positive predictive value = 89.4% ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ Children's Depression Inventories จาก อุมพร ตรังคสมบัติ เรียบร้อยแล้ว

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า CDI มีคุณสมบัติทางสถิติที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า โดยพิจารณาถึงพัฒนาการทางด้านสติปัญญา (Cognitive theory) ของ เพียเจท์ (Jean Piaget) แล้วพบว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษาครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่างที่ อุมพร ตรังคสมบัติ ใช้ศึกษาอยู่ในขั้นพัฒนาการวัยเดียวกันคือ ระยะแก้ปัญหาด้วยเหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete Operational Stage) กับระยะแก้ปัญหาด้วยเหตุผลเชิงนามธรรม (Formal Operational period) เมื่อยึดหลักทฤษฎีดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยคาดว่ากลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีความเข้าใจภาษา และความหมายของแบบประเมินด้วยตนเอง CDI นี้ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น พบค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.826 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แต่ละข้อจะมีตัวเลือกให้เลือก 3 ตัวเลือก ซึ่งผู้ตอบต้องเลือกข้อความให้ตรงกับความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของตนมากที่สุด

การให้คะแนนและการแปลผล

ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวก มี 14 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 ซึ่งการให้คะแนนจะเรียงลำดับจากน้อยไปหามากคือ 0, 1, 2

ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางลบ มี 13 ข้อ คือ ข้อ 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25 ซึ่งการให้คะแนนจะเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยคือ 2, 1, 0

การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-54 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Conduct behavior)

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับผู้ปกครอง ซึ่งสร้างโดย Robert Goodman จิตแพทย์ชาวอังกฤษ มีการศึกษาแบบประเมินพฤติกรรม SDQ จากผลการศึกษาวิจัยประชากรในชุมชนประเทศอังกฤษ สำหรับเด็กอายุ 5-15 ปี จำนวน 7,984 คน โดย Robert Goodman และคณะ⁽⁸²⁾ ใช้แบบสอบถาม SDQ ทั้ง 3 ชุด พบว่ามี Sensitivity 63.3% (95% CI 59.7-66.8%) Specificity 94.6% (94.1-95.1%) Positive Predictive Value 52.7% และ Negative Predictive Value 96.4% (96.0-96.8%) แบบประเมินพฤติกรรมในเด็ก SDQ นี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด คือ แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง, ครู และนักเรียน ทั้ง 3 ฉบับได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ศึกษาในชุมชน โดย พรณพิมล หล่อตระกูล และมานิช หล่อตระกูล⁽⁸³⁾ โดยได้ทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความสอดคล้องภายในเนื้อหา (Internal Consistency) และความเท่าเทียมในการวัด (Equivalent) รวมทั้งได้กำหนดค่าจุดตัด (Cut off Point) ที่เหมาะในการสืบค้นปัญหาแต่ละด้านของแบบประเมินในแต่ละชุด ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้เฉพาะชุดสำหรับผู้ปกครอง (ประเมินโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเป็นระยะเวลา 1 ปี ขึ้นไป) ซึ่งได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น ในเด็กมัธยมต้นโรงเรียนบ้านคูเมือง โดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ 0.72 ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้อนุญาตให้ใช้โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น พบค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.656 โดยในด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.764 ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พบค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.768 ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ พบค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.821 ด้านพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พบค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.137 ด้านพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม พบค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.812 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แต่ละข้อจะมีตัวเลือกให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่จริง อาจจะจริง จริง มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามที่เป็นปัญหา โดยแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Conduct Problems), พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity), มีปัญหาทางอารมณ์ (Emotional Problem), พฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคม (Prosocial Behavior) ซึ่งแสดงถึงด้านดีของเด็กกลุ่ม 1 - 4 รวมกันเป็น 20 ข้อ เป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (total difficulties score) ส่วนในกลุ่มที่ 5 เป็นจุดแข็งของเด็ก (strength score) หน้าที่ 2 ในด้านหลังของแบบประเมิน เป็นการประเมินผลกระทบของพฤติกรรมว่ามีความรื้อรังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างตัวเด็กเอง มีผลต่อสัมพันธ์ทางสังคม ชีวิตประจำวันของเด็กมากน้อยอย่างไร มีอยู่ 5 ข้อ ซึ่งผู้ตอบต้องเลือกข้อความให้ตรงกับความรู้สึกของตนมากที่สุด

การให้คะแนนและการแปลผล

ข้อคำถามมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มเป็นกลุ่มพฤติกรรม 5 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ (5 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 3, 8, 13, 16, 24
กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (5 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 5, 7, 12, 18, 22
กลุ่มพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (5 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 2, 10, 15, 21, 25
กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (5 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 6, 11, 14, 19, 23
กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม (5 ข้อ)	ได้แก่ข้อ 1, 4, 9, 17, 20

ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวก มี 20 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24 ซึ่งการให้คะแนนจะเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก คือ 0, 1, 2

ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางลบ มี 5 ข้อ คือ ข้อ 7, 11, 14, 21, 25 ซึ่งการให้คะแนนจะเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยคือ 2, 1, 0

การคิดคะแนนได้จากการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน โดยแปลผลตามกลุ่มของพฤติกรรม ดังนี้

กลุ่มข้อคำถาม	ปกติ	เสี่ยง	มีปัญหา
คะแนนรวมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา	0 – 13	14 – 16	17 – 40
พฤติกรรมดานอารมณ์	0 – 3	4	5 – 10
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	0 – 3	4	5 – 10
พฤติกรรมไม่ฟังประสงค์	0 – 5	6	7 – 10
พฤติกรรมดานความสัมพันธ์กับเพื่อน	0 – 4	5	6 – 10
พฤติกรรมดานสัมพันธ์ภาพทางสังคม	5 – 10	0 – 4

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

- ศึกษาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้องโดยการศึกษาจากวารสาร วิทยานิพนธ์ งานวิจัย และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติดำเนินการจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และ คณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์
- ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้ปกครองสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี
- เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเตรียมสถานที่
- ขออนุญาตเข้าไปสังเกตการณ์และทำความรู้จักกับเด็กและวัยรุ่นสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วทำการสังเกตการณ์เพื่อสร้างความไว้วางใจในการเข้าร่วมงานวิจัย
- ผู้วิจัยเริ่มทำการคัดกรองผู้ที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ทั้งนี้ผู้วิจัยจะแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่อาจได้รับกับผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ในการเป็นกลุ่มตัวอย่างและตอบข้อซักถาม หากผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีข้อสงสัย หากผู้รับบริการสนใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะขอให้อาสาสมัครลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในแบบใบขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มทำการบันทึกข้อมูลส่วนตัว
- ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการประเมินอย่างละเอียดซึ่งในแบบประเมินพฤติกรรมไม่ฟังประสงค์ สำหรับผู้ดูแลเด็กในการประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) จะมีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็กทั้งหมดโดยในกรณีที่เด็กเข้ารับบริการต่ำกว่า 6 เดือน ให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลทำความคุ้นเคยกับเด็กเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน
- ทำการประเมินภาวะทางจิตเวชที่ระบุ

9. ผู้วิจัยนำผลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

10. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์เพื่อส่งต่อเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS 17.0 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่

- Chi-Square เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความชุกของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี จำนวน 119 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2556 ถึงเดือนกันยายน 2556 ซึ่งผู้วิจัย ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยจำแนกตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซีมเศร้า และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เป็นค่าความถี่ และค่าร้อยละในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี
- ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี โดยใช้ Chi-Square
- ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพรวมของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี โดยใช้ Chi-Square
- ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรายด้านของพฤติกรรมในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี โดยใช้ Chi-Square
- ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและคะแนนรวมของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี โดยใช้ Chi-Square
- ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและคะแนนตามรายด้านพฤติกรรมในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี โดยใช้ Chi-Square

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เป็นค่าความถี่ และค่าร้อยละในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและการเกิดโรคทางจิตเวช

ตัวแปร	จำนวน(n=119)	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ		
(Mean \pm S.D. = 12.32 \pm 1.74 , Min = 10, Max = 15)		
อายุแรกเข้า		
(Mean \pm S.D. = 7.83 \pm 2.12 , Min = 5, Max = 13)		
5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี	102	85.7
11-13 ปี	17	14.3
ศาสนา		
พุทธ	118	99.2
อิสลาม	1	0.8
ระดับการศึกษาปัจจุบัน		
(มี 1 รายที่เป็นการศึกษาสูงสุด)		
ประถมศึกษา	92	77.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	22.7
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ		
(Mean \pm S.D. = 4.60 \pm 2.28 , Min = 0.33, Max = 10.17)		
< 3 ปี	31	26.1
3 – 5 ปี	38	31.9
> 5 ปี	50	42.0
ภาวะซึมเศร้า		
คะแนนภาวะซึมเศร้า		
(Mean \pm S.D. = 15.38 \pm 7.52 , Min = 0, Max = 39)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	63	52.9
มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน >15 ขึ้นไป)	56	47.1

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและการเกิดโรคทางจิตเวช

ตัวแปร	จำนวน(n=119)	ร้อยละ
พฤติกรรม		
คะแนนรวมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา		
(Mean \pm S.D. = 17.63 \pm 5.27, Min = 0, Max = 37)	19	16.0
ปกติ	39	32.8
เสี่ยง	61	51.2
มีปัญหา		
พฤติกรรมด้านอารมณ์		
(Mean \pm S.D. = 2.05 \pm 2.09, Min = 0, Max = 10)		
ปกติ	92	77.3
เสี่ยง	12	10.1
มีปัญหา	15	12.6
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง		
(Mean \pm S.D. = 2.43 \pm 2.15, Min = 0, Max = 8)		
ปกติ	81	68.0
เสี่ยง	14	11.8
มีปัญหา	24	20.2
พฤติกรรมไม่พึงประสงค์		
(Mean \pm S.D. = 3.25 \pm 2.47, Min = 0, Max = 10)		
ปกติ	95	79.8
เสี่ยง	9	7.6
มีปัญหา	15	12.6
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน		
(Mean \pm S.D. = 3.29 \pm 1.54, Min = 0, Max = 8)		
ปกติ	97	81.6
เสี่ยง	16	13.4
มีปัญหา	6	5.0
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
(Mean \pm S.D. = 6.72 \pm 2.19, Min = 3, Max = 10)		
ปกติ	104	87.4
มีปัญหา	15	12.6

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและการเกิดโรคทางจิตเวช

ตัวแปร	จำนวน(n=119)	ร้อยละ
การเกิดโรคร่วม		
ไม่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์	49	41.2
มีภาวะซึมเศร้าอย่างเดียว	46	38.7
มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อย่างเดียว	3	2.5
มีทั้งภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์	12	10.1
เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์	4	3.4
มีทั้งภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์	5	4.2

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เข้ารับบริการเมื่ออายุระหว่าง 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.7 และเข้ารับบริการเมื่ออายุระหว่าง 11-13 ปี ร้อยละ 14.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.2 และมีเพียง 1 ราย ที่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 0.8 โดยระดับการศึกษาปัจจุบันนั้น ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.3 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 22.7 ผู้รับบริการส่วนใหญ่พักอาศัยและเข้ารับบริการที่สถานสงเคราะห์บ้านเด็กหญิงราชวิถีมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมาเข้ารับบริการระหว่าง 3 – 5 ปี และเข้ารับบริการน้อยกว่า 3 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 31.9 และร้อยละ 26.1 ตามลำดับ

โดยพบว่า วัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิง บ้านราชวิถี ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก ร้อยละ 52.9 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.1

วัยรุ่นส่วนใหญ่มีคะแนนรวมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ร้อยละ 51.2 รองลงมาคือ กลุ่มที่เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 32.8 และร้อยละ 16 ตามลำดับ

พฤติกรรมด้านอารมณ์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือกลุ่มมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 12.6 และร้อยละ 10.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือกลุ่มมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 20.2 และร้อยละ 11.8 ตามลำดับ

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 79.8 รองลงมาคือกลุ่มมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 12.6 และร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 81.6 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 13.4 และร้อยละ 5 ตามลำดับ

และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 87.4 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คิดเป็นร้อยละ 12.6

โดยวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่มีปัญหาคือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมไม่ฟังประสงค์, พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ กับเพื่อน โดยคิดเป็นร้อยละ 20.2, 12.6, 12.6, 12.6, 5.0 ตามลำดับ

โดยพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่ฟังประสงค์ ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเดียว ร้อยละ 38.7 กลุ่มที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่ฟังประสงค์ ร้อยละ 10.1 กลุ่มที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมไม่ฟังประสงค์ ร้อยละ 4.2 กลุ่มเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมไม่ฟังประสงค์ ร้อยละ 3.4 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่ฟังประสงค์อย่างเดียว ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ปัจจัย (n=119)	ภาวะซึมเศร้า				df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=56)		กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (n=63)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุแรกเข้า						
5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี	48	47.1	54	52.9	1	1.000
11-13 ปี	8	47.1	9	52.9		
ระดับการศึกษาปัจจุบัน						
ประถมศึกษา	42	45.7	50	54.3	1	0.570
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	51.9	13	48.1		
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ						
< 3 ปี	11	35.5	20	64.5	2	0.314
3 – 5 ปี	20	52.6	18	47.4		
> 5 ปี	25	50.0	25	50.0		

จากตารางที่ 7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า

ปัจจัยอายุแรกเข้าของผู้รับบริการ ระดับการศึกษาปัจจุบัน และระยะเวลาที่เข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงอายุแรกเข้าพบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง กลุ่มที่ 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี และ 11-13 ปี มีค่าเท่ากัน คือ ร้อยละ 52.9 สำหรับระดับการศึกษาปัจจุบัน พบว่า กลุ่มที่เรียนอยู่ระดับประถมศึกษามีค่าร้อยละของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คือ ร้อยละ 54.3 และ ร้อยละ 48.1 โดยระยะเวลาที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่อยู่ < 3 ปี มีค่าร้อยละของภาวะซึมเศร้าสูงสุดคือ ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ > 5 ปี ร้อยละ 50 และ 3 – 5 ปี ร้อยละ 47.4

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพรวมของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนรวมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ปัจจัย (n=119)	พฤติกรรมที่เป็นปัญหา						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=19)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=39)		กลุ่มที่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=61)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุแรกเข้า								
5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี	17	16.7	33	32.4	52	51.0	2	0.874
11-13 ปี	2	11.8	6	35.3	9	52.9		
ระดับการศึกษาปัจจุบัน								
ประถมศึกษา	17	18.5	35	38.0	40	43.5	2	0.007*
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	7.4	4	14.8	21	77.8		
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ								
< 3 ปี	4	12.9	13	41.9	14	45.2	4	0.233
3 – 5 ปี	9	23.7	13	34.2	16	42.1		
> 5 ปี	6	12.0	13	26.0	31	62.0		

* $p < 0.01$

จากตารางที่ 8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนรวมด้านของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า

ระดับการศึกษาปัจจุบันของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยปัจจัยด้านอื่นๆ คือ อายุแรกเข้า และระยะเวลาที่เข้ารับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในแต่ละช่วงอายุแรกเข้าพบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา กลุ่มที่ 11-13 ปี สูงกว่ากลุ่ม 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี คือ ร้อยละ 52.9 และ ร้อยละ 51.0 สำหรับระดับการศึกษาปัจจุบัน พบว่า กลุ่มที่เรียนอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ร้อยละ 77.8 กลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คือ ร้อยละ 43.5 โดยระยะเวลาที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่อยู่ > 5 ปี มีค่าร้อยละของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูงสุดคือ ร้อยละ 62.0 รองลงมาคือ < 3 ปี ร้อยละ 45.2 และ 3 – 5 ปี ร้อยละ 42.1

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรายด้านของพฤติกรรมในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านอารมณ์ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ปัจจัย (n=119)	พฤติกรรมด้านอารมณ์						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=92)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=12)		กลุ่มที่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=15)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุแรกเข้า								
5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี	81	79.4	10	9.8	11	10.8	-	0.274 ^a
11-13 ปี	11	64.7	2	11.8	4	23.5		
ระดับการศึกษาปัจจุบัน								
ประถมศึกษา	85	92.4	3	3.3	4	4.3	-	<0.001*
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	25.9	9	33.3	11	40.7		
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ								
< 3 ปี	27	87.1	1	3.2	3	9.7	-	0.081 ^a
3 – 5 ปี	28	73.7	2	5.3	8	21.1		
> 5 ปี	37	74.0	9	18.0	4	8.0		

* $p < 0.01$

a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านอารมณ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า

ระดับการศึกษาปัจจุบันของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยปัจจัยด้านอื่นๆ คือ อายุแรกเข้า และระยะเวลาที่เข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอารมณ์

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ในแต่ละช่วงอายุแรกเข้า พบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ กลุ่มที่ 11-13 ปี สูงกว่ากลุ่ม 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี คือ ร้อยละ 23.5 และ ร้อยละ 10.8 สำหรับระดับการศึกษาปัจจุบัน พบว่า กลุ่มที่เรียนอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ร้อยละ 40.7 กลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คือ ร้อยละ 4.3 โดยระยะเวลาที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่อยู่ 3 – 5 ปี มีค่าร้อยละของปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์สูงสุดคือ ร้อยละ 21.1 รองลงมาคือ < 3 ปี ร้อยละ 9.7 และ > 5 ปี ร้อยละ 8.0

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ปัจจัย (n=119)	พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=81)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=14)		กลุ่มที่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=21)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุแรกเข้า								
5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี	67	65.7	14	13.7	21	20.6	-	0.289 ^a
11-13 ปี	14	82.4	0	0	3	17.6		
ระดับการศึกษาปัจจุบัน								
ประถมศึกษา	64	69.6	10	10.9	18	19.6	2	0.785
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	63.0	4	14.8	6	22.2		
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ								
< 3 ปี	24	77.4	1	3.2	6	19.4	-	0.204 ^a
3 – 5 ปี	28	73.7	5	13.2	5	13.2		
> 5 ปี	29	58.0	8	16.0	13	26.0		

a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 10 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า

ปัจจัยอายุแรกเข้าของผู้รับบริการ ระดับการศึกษาปัจจุบัน และระยะเวลาที่เข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในแต่ละช่วงอายุแรกเข้าพบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง กลุ่มที่ 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี สูงกว่ากลุ่ม 11-13 ปี คือ ร้อยละ 20.6 และ ร้อยละ 17.6 สำหรับระดับการศึกษาปัจจุบัน พบว่า กลุ่มที่เรียนอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 22.2 กลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คือ ร้อยละ 19.6 โดยระยะเวลาที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่อยู่ > 5 ปี มีค่าร้อยละของปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งสูงสุดคือ ร้อยละ 26.0 รองลงมาคือ < 3 ปี ร้อยละ 19.4 และ 3 – 5 ปี ร้อยละ 13.2

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ปัจจัย (n=119)	พฤติกรรมไม่พึงประสงค์						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=95)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=9)		กลุ่มที่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=15)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุแรกเข้า								
5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี	84	82.4	6	5.9	12	11.8	-	0.115 ^a
11-13 ปี	11	64.7	3	17.6	3	17.6		
ระดับการศึกษาปัจจุบัน								
ประถมศึกษา	72	78.3	8	8.7	12	13.0	-	0.845 ^a
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	85.2	1	3.7	3	11.1		
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ								
< 3 ปี	26	83.9	1	3.2	4	12.9	-	0.655 ^a
3 – 5 ปี	32	84.2	2	5.3	4	10.5		
> 5 ปี	37	74.0	6	12.0	7	14.0		

a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 11 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า

ปัจจัยอายุแรกเข้าของผู้รับบริการ ระดับการศึกษาปัจจุบัน และระยะเวลาที่เข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในแต่ละช่วงอายุแรกเข้า พบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ กลุ่มที่ 11-13 ปี สูงกว่ากลุ่ม 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี คือ ร้อยละ 17.6 และ ร้อยละ 11.8 สำหรับระดับการศึกษาปัจจุบัน พบว่า กลุ่มที่เรียนอยู่ระดับประถมศึกษามีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 13.0 กลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คือ ร้อยละ 11.1 โดยระยะเวลาที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่อยู่ > 5 ปี มีค่าร้อยละของปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ สูงสุดคือ ร้อยละ 14.0 รองลงมาคือ < 3 ปี ร้อยละ 12.9 และ 3 – 5 ปี ร้อยละ 10.5

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ปัจจัย (n=119)	พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=97)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=16)		กลุ่มที่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุแรกเข้า								
5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี	83	81.4	15	14.7	4	3.9	-	0.250 ^a
11-13 ปี	14	82.4	1	5.9	2	11.8		
ระดับการศึกษาปัจจุบัน								
ประถมศึกษา	81	88.0	8	8.7	3	3.3	-	0.004 [*]
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	59.3	8	29.6	3	11.1		
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ								
< 3 ปี	25	80.6	2	6.5	4	12.9	-	0.125 ^a
3 – 5 ปี	31	81.6	7	18.4	0	0		
> 5 ปี	41	82.0	7	14.0	2	4.0		

* $p < 0.01$

a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 12 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า

ระดับการศึกษาปัจจุบันของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยปัจจัยด้านอื่นๆ คือ อายุแรกเข้า และระยะเวลาที่เข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนในแต่ละช่วงอายุแรกเข้าพบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน กลุ่มที่ 11-13 ปี สูงกว่ากลุ่ม 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี คือ ร้อยละ 11.8 และ ร้อยละ 3.9 สำหรับระดับการศึกษาปัจจุบันพบว่า กลุ่มที่เรียนอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 11.1 กลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาคือ ร้อยละ 3.3 โดยระยะเวลาที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่อยู่ < 3 ปี มีค่าร้อยละของปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน สูงสุดคือ ร้อยละ 12.9 รองลงมาคือ > 5 ปี ร้อยละ 4.0 และ 3 – 5 ปี ร้อยละ 0

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ปัจจัย (n=119)	พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม				df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มี พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=104)		กลุ่มที่มี พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=15)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุแรกเข้า						
5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี	91	89.2	11	10.8	-	0.227 ^a
11-13 ปี	13	76.5	4	23.5		
ระดับการศึกษาปัจจุบัน						
ประถมศึกษา	81	88.0	11	12.0	-	0.744 ^a
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	85.2	4	14.8		
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ						
< 3 ปี	27	87.1	4	12.9	-	1.000 ^a
3 – 5 ปี	33	86.8	5	13.2		
> 5 ปี	44	88.0	6	12.0		

a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า

ปัจจัยอายุแรกเข้าของผู้รับบริการ ระดับการศึกษาปัจจุบัน และระยะเวลาที่เข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมในแต่ละช่วงอายุแรกเข้าพบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม กลุ่มที่ 11-13 ปี สูงกว่ากลุ่ม 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี คือ ร้อยละ 23.5 และ ร้อยละ 10.8 สำหรับระดับการศึกษาปัจจุบันพบว่า กลุ่มที่เรียนอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 14.8 กลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาคือ ร้อยละ 12.0 โดยระยะเวลาที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่อยู่ 3 - 5 ปี มีค่าร้อยละของปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงสุดคือ ร้อยละ 13.2 รองลงมาคือ < 3 ปี ร้อยละ 12.9 และ > 5 ปี ร้อยละ 12.0

และจากตารางที่ 8 ถึง ตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนรวมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพฤติกรรมด้านต่างๆโดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า

ระดับการศึกษาปัจจุบันของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา, พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคะแนนรวมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคะแนนรวมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ภาวะซึมเศร้า (n=119)	พฤติกรรมที่เป็นปัญหา						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=19)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=39)		กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=61)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	9	16.1	24	42.9	23	41.1	2	0.066
มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน >15 ขึ้นไป)	10	15.9	15	23.8	38	60.3		

จากตารางที่ 14 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคะแนนรวมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าของมีอัตราส่วนของค่าร้อยละสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ร้อยละ 60.3 และ ร้อยละ 41.1

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคะแนนตามรายด้านพฤติกรรมในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมด้านอารมณ์ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ภาวะซึมเศร้า (n=119)	พฤติกรรมด้านอารมณ์						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=92)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=12)		กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=15)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	43	76.8	7	12.5	6		
มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน >15 ขึ้นไป)	49	77.8	5	7.9	9	14.3		

จากตารางที่ 15 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมด้านอารมณ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าของมีอัตราส่วนของค่าร้อยละสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ร้อยละ 14.3 และ ร้อยละ 10.7

ตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ภาวะซึมเศร้า (n=119)	พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=81)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=14)		กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=24)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	41	73.2	5	8.9	10		
มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน >15 ขึ้นไป)	40	63.5	9	14.3	14	22.2		

จากตารางที่ 16 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งโดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าของมีอัตราส่วนของค่าร้อยละสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ร้อยละ 22.2 และ ร้อยละ 17.9

ตารางที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้ากับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ภาวะซีมเศร้า (n=119)	พฤติกรรมไม่พึงประสงค์						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=95)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=9)		กลุ่มที่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=15)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีภาวะซีมเศร้า	49	87.5	4	7.1	3	5.4	-	0.067 ^a
มีภาวะซีมเศร้า (คะแนน >15 ขึ้นไป)	46	73.0	5	7.9	12	19.0		

a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 17 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้ากับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ภาวะซีมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซีมเศร้าของมีอัตราส่วนค่าร้อยละสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีมเศร้า คือ ร้อยละ 19.0 และ ร้อยละ 5.4

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้ากับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ภาวะซีมเศร้า (n=119)	พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน						df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=97)		กลุ่มเสี่ยงที่จะมี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=16)		กลุ่มที่มี พฤติกรรมที่ เป็นปัญหา (n=6)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีภาวะซีมเศร้า	48	85.7	7	12.5	1	1.8	-	0.327 ^a
มีภาวะซีมเศร้า (คะแนน >15 ขึ้นไป)	49	77.8	9	14.3	5	7.9		

a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 18 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าของมีอัตราส่วนของค่าร้อยละสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ร้อยละ 7.9 และ ร้อยละ 1.8

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ในวัยรุ่น โดยใช้ Chi-Square

ปัจจัย (n=119)	พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม				df	p-value
	กลุ่มที่ไม่มี		กลุ่มที่มี			
	พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=104)	พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (n=15)	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	50	89.3	6	10.7	1	0.558
มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน >15 ขึ้นไป)	54	85.7	9	14.3		

จากตารางที่ 19 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยใช้สถิติ Chi-Square พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

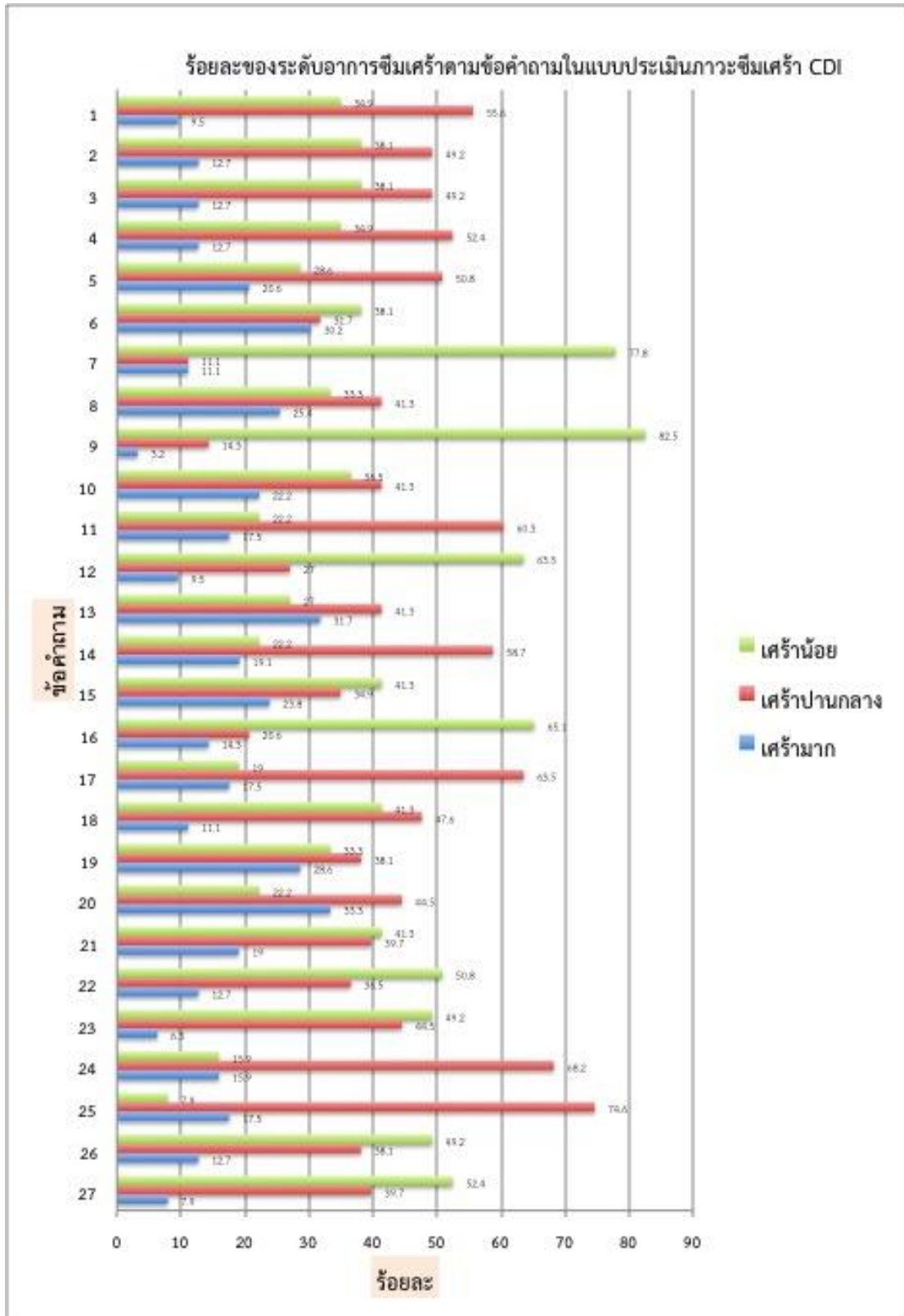
เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าของมีอัตราส่วนของค่าร้อยละสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ร้อยละ 14.3 และ ร้อยละ 10.7

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรม

พฤติกรรม	จำนวน (n=119)	ร้อยละ
กลุ่มที่เสี่ยงและไม่มีปัญหาพฤติกรรม	74	62.2
กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์	8	6.7
กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	8	6.7
กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่ฟังประสงค์	6	5.0
กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน	2	1.7
กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพทางสังคม	4	3.4
กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมด้านอารมณ์และพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	1	0.8
กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมด้านอารมณ์และพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน	1	0.8
กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมไม่ฟังประสงค์	4	3.4
กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพทางสังคม	4	3.4
กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และ พฤติกรรมไม่ฟังประสงค์	1	0.8
กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และ พฤติกรรมสัมพันธ์ภาพทางสังคม	2	1.7
กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, พฤติกรรมสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และ พฤติกรรมสัมพันธ์ภาพทางสังคม	1	0.8
กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, พฤติกรรมไม่ฟังประสงค์ และ พฤติกรรมสัมพันธ์ภาพทางสังคม	1	0.8
กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, พฤติกรรมไม่ฟังประสงค์, พฤติกรรมสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และ พฤติกรรมสัมพันธ์ภาพทางสังคม	2	1.7

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เสี่ยงและไม่มีปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ 62.2 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์เพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 6.7 และกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 6.7 กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์เพียงอย่างเดียว ร้อยละ 5.0 กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมสัมพันธ์สภาพทางสังคม ร้อยละ 3.4 กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 3.4 กลุ่มที่มีปัญหาทั้ง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมสัมพันธ์สภาพทางสังคม ร้อยละ 3.4 กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรม สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ร้อยละ 1.7 กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และ พฤติกรรมสัมพันธ์สภาพทางสังคม ร้อยละ 1.7 กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, พฤติกรรมไม่พึงประสงค์, พฤติกรรมสัมพันธ์สภาพกับเพื่อน และ พฤติกรรมสัมพันธ์สภาพทางสังคม ร้อยละ 1.7 กลุ่มที่มีปัญหาทั้ง พฤติกรรมด้านอารมณ์และพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 0.8 กลุ่มที่มีปัญหา ทั้งพฤติกรรมด้านอารมณ์และ พฤติกรรมสัมพันธ์สภาพกับเพื่อน ร้อยละ 0.8 กลุ่มที่มีปัญหาทั้งพฤติกรรม ด้านอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่ นิ่ง และ พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 0.8 กลุ่มที่มีปัญหาทั้ง พฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, พฤติกรรมสัมพันธ์สภาพกับเพื่อน และ พฤติกรรม สัมพันธ์ภาพทางสังคม ร้อยละ 0.8 กลุ่มที่มี ปัญหาทั้งพฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และ พฤติกรรม สัมพันธ์ภาพทางสังคม ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ

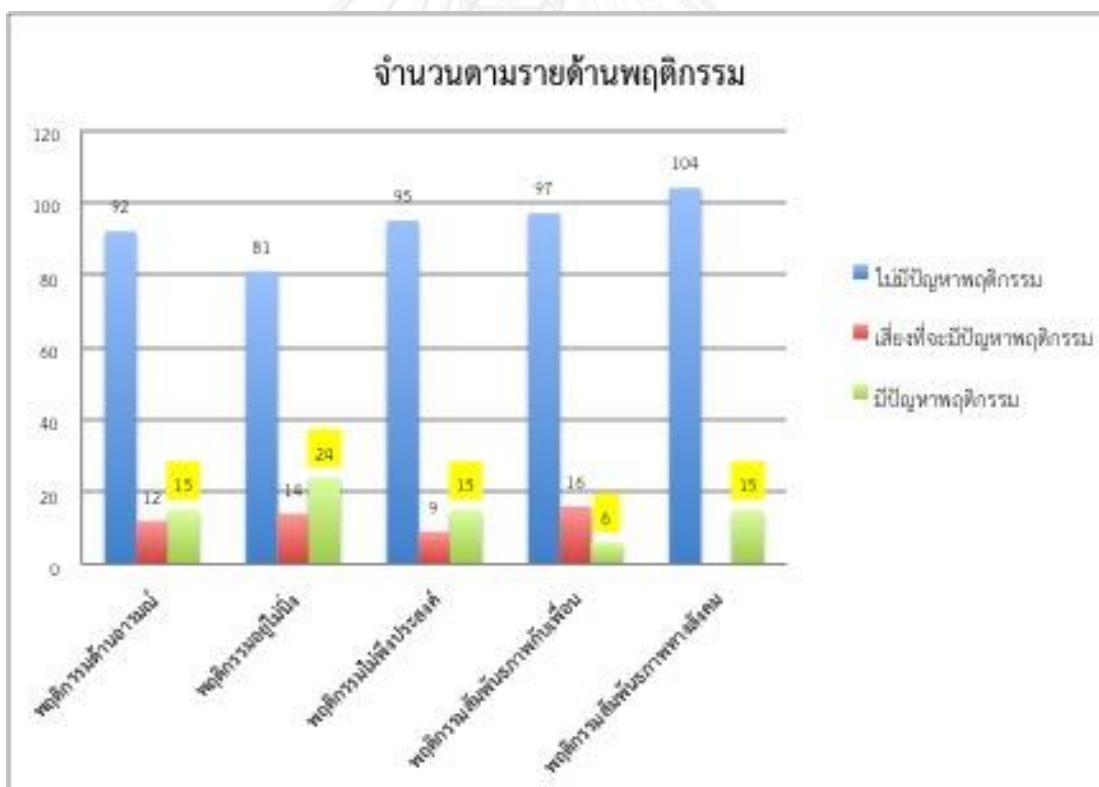
รูปที่ 2 แผนภูมิแสดงค่าร้อยละของระดับอาการซึมเศร้าตามเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า CDI ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 63 คน



จากรูปภาพที่ 1 พบว่าผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ตอบคำถาม ข้อ 25 ข้อ 17 ข้อ 14 เป็นสามอันดับแรกที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางไปจนถึงมาก ซึ่งข้อคำถามดังกล่าว เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับความรักจากผู้อื่น (ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่าและไม่มีใครรักฉันจริง) , รู้สึกเหนื่อย (เหนื่อยบ่อยครั้งและเหนื่อยตลอดเวลา) และ การมองตนเอง (ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดีและฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด)

โดยยังพบว่าผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ตอบคำถาม ข้อ 9 ข้อ 7 ข้อ 16 เป็นสามอันดับแรกที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยซึ่งข้อคำถามดังกล่าว เป็นคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย) , การมองตนเอง (ฉันชอบตนเอง) และ การนอนหลับ (ฉันนอนหลับสบาย)

รูปที่ 3 แผนภูมิแสดงจำนวนตามรายด้านพฤติกรรมตามเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า SDQ ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี จำนวน 119 คน



จากแผนภูมิแสดงจำนวนตามรายด้านพฤติกรรมตามเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า SDQ ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี จำนวน 119 คน พบว่า

พฤติกรรมด้านอารมณ์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 92 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 81 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 24 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 และ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ตามลำดับ

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 95 คนคิดเป็นร้อยละ 79.8 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 97 คน คิดเป็นร้อยละ 81.6 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 16 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 ตามลำดับ

และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 104 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6

โดยวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่มีปัญหาคือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมไม่พึงประสงค์, พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ กับเพื่อน โดยคิดเป็นร้อยละ 20.2, 12.6, 12.6, 12.6, 5.0 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อประมาณค่าความชุกของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี จำนวน 119 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2556 ถึงเดือนกันยายน 2556 โดยเครื่องมือที่ใช้แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินภาวะซีมเศร้าและแบบประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการบรรยายลักษณะของวัยรุ่น ใช้สถิติเชิงอนุมาน ด้วยวิธี Chi-Square เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่าง 119 คน ส่วนใหญ่เข้ารับบริการเมื่ออายุระหว่าง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.7 และเข้ารับบริการเมื่ออายุระหว่าง 11-13 ปี ร้อยละ 14.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.2 และมีเพียง 1 ราย ที่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 0.8 โดยระดับการศึกษาปัจจุบันนั้น ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.3 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 22.7 ผู้รับบริการส่วนใหญ่พักอาศัยและเข้ารับบริการที่สถานสงเคราะห์บ้านเด็กหญิงราชวิถี มากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมาเข้ารับบริการระหว่าง 3 – 5 ปี และเข้ารับบริการน้อยกว่า 3 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 31.9 และร้อยละ 26.1 ตามลำดับ

2. ความชุกของภาวะซีมเศร้าในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ผลการศึกษา พบวัยรุ่นที่มีคะแนนเข้าเกณฑ์ภาวะซีมเศร้าของแบบประเมินภาวะซีมเศร้า CDI จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซีมเศร้า เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-Square พบว่าทั้งปัจจัย อายุแรกเข้า ระดับการศึกษาปัจจุบัน และระยะเวลาที่มารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

4. ความชุกของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ผลการศึกษา พบวัยรุ่นที่มีคะแนนเข้าเกณฑ์กลุ่มพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของแบบประเมินพฤติกรรม SDQ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคะแนนรวมด้านของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และพฤติกรรมรายด้าน ด้วยสถิติ Chi-Square พบว่า ระดับการศึกษาปัจจุบันของผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา, พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.01$

โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ด้วยวิธีสถิติ Chi-Square พบว่า ปัจจัยอายุแรกเข้า ระดับการศึกษาปัจจุบัน และระยะเวลาที่เข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

6. ความชุกของการเกิดภาวะร่วมของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ผลการศึกษา พบวัยรุ่นที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1

7. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ด้วยสถิติ Chi-Square พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

8. ร้อยละของระดับอาการซึมเศร้าตามเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า CDI ในกลุ่มวัยรุ่น ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 63 คน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CDI ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 63 คน พบว่าผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ตอบคำถาม ข้อ 25 ข้อ 17 ข้อ 14 เป็นสามอันดับแรกที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางไปจนถึงมาก ซึ่งข้อคำถามดังกล่าว เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับความรักจากผู้อื่น (ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่าและไม่มีใครรักฉันจริง) , รู้สึกเหนื่อย (เหนื่อยบ่อยครั้งและเหนื่อยตลอดเวลา) และ การมองตนเอง (ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดีและฉันเป็น คนหน้าตาน่าเกลียด)

โดยยังพบว่าผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ตอบคำถาม ข้อ 9 ข้อ 7 ข้อ 16 เป็นสามอันดับแรกที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยซึ่งข้อความดังกล่าว เป็นคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย) , การมองตนเอง (ฉันชอบตนเอง) และ การนอนหลับ (ฉันนอนหลับสบาย)

9. ความชุกของพฤติกรรมในแต่ละด้านในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

พฤติกรรมด้านอารมณ์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 92 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 81 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 24 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 และ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ตามลำดับ

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 95 คนคิดเป็นร้อยละ 79.8 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 97 คน คิดเป็นร้อยละ 81.6 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 16 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 ตามลำดับ

และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 104 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6

โดยวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่มีปัญหาคือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมไม่พึงประสงค์, พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ กับเพื่อน โดยคิดเป็นร้อยละ 20.2, 12.6, 12.6, 12.6, 5.0 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 52.9 ซึ่งพบมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของ ประภัสสร สิริวิชัย⁽⁵⁶⁾ ได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 207 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43, การศึกษาของ Mckelvey R. และคณะ⁽⁶⁴⁾ ซึ่งได้ทำการศึกษาความชุก

ของโรคทางจิตเวชในเด็กและเยาวชนชาวเวียดนามที่อาศัยอยู่ในออสเตรเลีย จำนวน 519 คน การสำรวจข้อมูลจากเด็กพบ Major depression ร้อยละ 1.10 และ มัณฑนา นทีธาร์⁽⁵⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 610 คน พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.9 ผลการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีครั้งนี้มากกว่าผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจเป็นผลกระทบทางจิตสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ช่วงเวลาที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแตกต่างกัน⁽⁴⁹⁾ จากการศึกษาของมัณฑนา นทีธาร์⁽⁵⁰⁾ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ได้ออกแบบเพื่อการประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับการติดตามการเปลี่ยนแปลงหรือเพื่ออธิบายถึงความเจ็บป่วย โดยได้ปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม จึงทำให้มีข้อคำถามในด้านภาวะซึมเศร้า น้อย อาจเป็นสาเหตุให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการศึกษาในครั้งนี้ อีกทั้งการศึกษาของ ประภัสสร สิริวิชัย⁽⁵⁶⁾ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ซึ่งเป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ความชุกจึงน้อยกว่าการศึกษาครั้งนี้ และการศึกษาของ Mckelvey R. และคณะ⁽⁶⁴⁾ ที่ใช้แบบสัมภาษณ์ DISC-C (The Diagnostic Interview Schedule for Children) กับเด็ก และ DISC-P (The Diagnostic Interview Schedule for parent) กับผู้ปกครอง ซึ่งอาจไม่ได้เจาะจงลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้ามากนัก นอกจากนี้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ที่ผู้วิจัยใช้ครั้งนี้สามารถคัดกรองแยกวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ไม่สามารถจำแนกโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆได้ ดังนั้นอัตราความชุกจึงอาจสูงกว่าการศึกษาอื่นๆ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าการประเมินความชุกของภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่างทั่วไปที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ อันได้แก่ การศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ ของ ช่อเพชร เบ้าเงิน⁽⁴⁷⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นเท่ากับ ร้อยละ 49.8, รัชจณา สิงห์ทอง⁽⁵¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 526 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.6, อุมภาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽⁵²⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาความชุกของอาการและลักษณะของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยทางจิต-สังคมที่เกี่ยวข้องในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,264 คน มีอายุระหว่าง 10-17 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก มีร้อยละ 40.8, เพชรไพลิน สรรพสุ⁽⁵⁹⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีอายุระหว่าง 11-15 ปี จำนวน 382 คน พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.5 และ แก้วตา ลีลาตระการกุล⁽⁶⁰⁾ ได้ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 53 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 11.3 อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นทั่วไป ความแตกต่างของความชุกอาจเนื่องมาจากวัยรุ่นที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี นั้น มีปัจจัยทางจิตสังคมที่เสี่ยงต่อสวัสดิภาพความเป็นอยู่มากกว่าวัยรุ่นทั่วไป ทำให้วัยรุ่นมีความคิดเกี่ยวกับตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญ หรือโลกและอนาคตของตนเองในทางลบ ซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁹⁾ จึงพบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้ค่อนข้างสูง

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

อายุแรกเข้า

ผลจากการศึกษาพบว่า อายุแรกเข้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่ภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงอายุแรกเข้าพบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง กลุ่มที่ 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี และ 11-13 ปี มีค่าเท่ากัน คือ ร้อยละ 52.9 อาจเนื่องมาจากเด็กและวัยรุ่น บางรายเข้ารับบริการที่สถานสงเคราะห์อื่นมาก่อน เช่น สถานสงเคราะห์เด็กก่อน (อายุแรกเข้าต่ำกว่า 5 ปี) เป็นต้น ทำให้เราไม่สามารถทราบข้อมูล อายุแรกเข้าในสถานสงเคราะห์ที่แท้จริงได้ทราบเพียงข้อมูลในการเข้ารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีเท่านั้น อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งกลุ่มอายุแรกเข้าที่กว้าง คือมีเพียง 2 กลุ่มเท่านั้น หากมีการแบ่งกลุ่มที่ละเอียดกว่านี้อาจจะเห็นแนวโน้มที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ระดับการศึกษาปัจจุบัน

ผลจากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจเป็นผลมาจากเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการวิจัยครั้งนี้ คัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ IQ สูงกว่า 70 โดยกลุ่มที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า 70 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้า นั้นไม่ได้ถูกรวมเข้าไปในกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จึงอาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาปัจจุบันกับภาวะซึมเศร้า

แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่ภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับการศึกษาปัจจุบัน พบว่า กลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษามีค่าร้อยละของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คือ ร้อยละ 54.3 และ ร้อยละ 48.1 ทั้งนี้อาจมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลให้เด็กกลุ่มนี้ มีภาวะซึมเศร้าสูง ไม่ว่าจะเป็นการที่เด็กสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเกิดจาก self image ของตนเองที่มองภาพพจน์ตนเองไม่ดี ขาดความมั่นคงทางจิตใจ คิดว่าตนเองมีปมด้อยที่ไม่ได้รับการศึกษาสามารถอธิบายตามทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (อ้างใน สุภาเพ็ญ คชพลาญกุล)⁽¹¹⁰⁾ ว่าภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเมื่อ ego รับรู้ถึงจุดหมาย และรับรู้ถึงความไร้ที่พึ่งที่จะได้มา ego จะเกิดการไร้สมรรถภาพและความภาคภูมิใจในตนเองก็จะเสียไปอาจกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ

ผลจากการศึกษา พบว่า ระยะเวลาที่เข้ารับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่มีข้อมูลการเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่างในสถานสงเคราะห์อื่นก่อนเข้ารับที่สถานสงเคราะห์ เด็กหญิงบ้านราชวิถี ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นข้อมูลระยะเวลาการเข้ารับบริการที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เข้ารับบริการกับภาวะซึมเศร้า

แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงระยะเวลาที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่อยู่ < 3 ปี มีค่าร้อยละของภาวะซึมเศร้าสูงสุดคือ ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ > 5 ปี ร้อยละ 50 และ 3 – 5 ปี ร้อยละ 47.4 ซึ่งอาจเกิดจากการที่วัยรุ่นได้ผ่านเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตได้ไม่นาน หรือต้องแยกจากครอบครัวทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจทำให้พบ ภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

3. ความชุกของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการ ที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

การศึกษาความชุกของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับ บริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีครั้งนี้ พบความชุกของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 12.6 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นวัยรุ่นหญิง โดยวัยรุ่นหญิงมักจะพบความชุกของพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์น้อยกว่าวัยรุ่นชาย⁽¹¹⁾ ดังนั้นหากมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นชาย อาจพบความชุกที่ สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ที่คล้ายคลึงกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบขนาดของความชุกของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในการศึกษา ครั้งนี้ได้

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับ บริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

อายุแรกเข้า

ผลจากการศึกษา พบว่า อายุแรกเข้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ อาจเนื่อง มาจากเด็กและวัยรุ่นบางรายเข้ารับบริการที่สถานสงเคราะห์อื่น ๆ มาก่อน เช่น สถานสงเคราะห์เด็กอ่อน (อายุแรกเข้า ต่ำกว่า 5 ปี) เป็นต้น ทำให้เราไม่สามารถทราบข้อมูล อายุแรกเข้าในสถานสงเคราะห์ที่ แท้จริงได้ทราบเพียงข้อมูลในการเข้ารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีเท่านั้น แต่เมื่อ เปรียบเทียบค่าร้อยละของคนที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในแต่ละช่วงอายุแรกเข้าพบว่า ค่าร้อย ละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ กลุ่มที่ 11-13 ปี สูงกว่ากลุ่ม 5 ปี ถึง น้อยกว่า 11 ปี คือ ร้อยละ 17.6 และ ร้อยละ 11.8 ซึ่งเด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์นั้นไม่ได้อยู่กับ พ่อแม่ผู้ปกครอง รูปแบบความผูกพัน (Attachment) จึงผิดปกติไป ความสัมพันธ์ของเด็กที่มีกับคนรอบตัวจะเป็น พื้นฐานการสร้างความสัมพันธ์กับคนภายนอกครอบครัว เด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์จะไม่สามารถมี ความผูกพันที่มั่นคงได้ ไม่ไว้วางใจใคร โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ตั้งแต่อายุน้อย โดย รูปแบบความผูกพันที่ผิดปกติดังกล่าวมักจะส่งผลต่อการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่นไปจนถึงวัยผู้ใหญ่

เช่น เด็กไม่สามารถเข้าสังคมได้ อาจมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้บ้างแต่ตื่นเงิน ไม่ยืนยาว มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์หรือก้าวร้าวได้ โดยพบว่าเด็กบางคนที่ถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว โทกข โขโมย ทำพฤติกรรมที่ต่อต้านกฎเกณฑ์ของสังคม มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

ซึ่งผลเปรียบเทียบกับค่าร้อยละของคนที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในแต่ละช่วงอายุแรก เข้าพบว่า ค่าร้อยละของกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ กลุ่มที่ 11-13 ปี สูงกว่ากลุ่ม 5 ปี ถึ้นน้อยกว่า 11 ปี อาจเป็นเพราะว่าการประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก โดยเจ้าหน้าที่ 1 ท่าน จะต้องทำการประเมินเด็กที่ตนดูแลประมาณ 20 คน ซึ่งอาจทำให้ประเมินไม่ทั่วถึง รวมถึงเกณฑ์การคัดเข้าในการวิจัยครั้งนี้ คัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ IQ สูงกว่า 70 โดยกลุ่มที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า 70 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ นั้นไม่ได้ถูกรวมเข้าไปในกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จึงอาจส่งผลให้ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีรูปแบบความผูกพันที่กล่าวมาข้างต้น

ระดับการศึกษาปัจจุบัน

ผลจากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ อาจเป็นผลมาจากเกณฑ์การคัดเข้าในการวิจัยครั้งนี้ คัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ IQ สูงกว่า 70 โดยกลุ่มที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า 70 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่จะมีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์นั้นไม่ได้ถูกรวมเข้าไปในกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จึงอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาปัจจุบันกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับค่าร้อยละของคนที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในแต่ละระดับการศึกษาปัจจุบัน พบว่า กลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 13.0 และกลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 11.1 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีวุฒิภาวะมากกว่ากลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ซึ่งวุฒิภาวะนั้นมีผลต่อการตัดสินใจ การยับยั้งชั่งใจ การควบคุมอารมณ์ รวมถึงการใช้เหตุผลที่มากขึ้น จึงอาจทำให้การศึกษาค้นคว้าพบปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในกลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นน้อยกว่ากลุ่มที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา

ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ

ผลจากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เข้ารับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไม่มีข้อมูลการเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่างในสถานสงเคราะห์อื่นก่อนเข้ารับที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นข้อมูลระยะเวลาการเข้ารับบริการที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เข้ารับบริการกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับค่าร้อยละของคนที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในแต่ละช่วงระยะเวลาที่เข้ารับบริการ พบว่า กลุ่มที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ > 5 ปี มีค่าร้อยละของปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ สูงสุดคือ ร้อยละ 14.0 รองลงมาคือ < 3 ปี ร้อยละ 12.9 และ 3 – 5 ปี ร้อยละ 10.5 ซึ่งเด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์นั้นไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ผู้ปกครอง รูปแบบความผูกพัน (Attachment) จึงผิดปกติไป ความสัมพันธ์ของเด็กที่มีกับคนรอบตัวจะเป็นพื้นฐานการสร้างความสัมพันธ์กับคนภายนอก

ครอบครัว เด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์จะไม่สามารถมีความผูกพันที่มั่นคงได้ ไม่ไว้ใจใคร โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นระยะเวลานานจะยังมีรูปแบบความผูกพันที่ผิดปกติไป โดยรูปแบบความผูกพันที่ผิดปกติดังกล่าวมักจะส่งผลต่อการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่นไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ เช่น เด็กไม่สามารถเข้าสังคมได้ อาจมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้บ้างแต่ต้นเงิน ไม่ยืนยาว มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์หรือก้าวร้าวได้ จึงอาจทำให้การศึกษาครั้งนี้พบปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในกลุ่มที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ > 5 ปี มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

5. ความชุกของการเกิดภาวะร่วมของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

การศึกษาความชุกของการเกิดภาวะร่วมของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีครั้งนี้ พบความชุกของ การเกิดภาวะร่วมของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 10.1 โดยจากการทบทวน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาการเกิดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบขนาดของความชุกของการเกิดภาวะร่วมของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ได้

6. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี โดยรวมพบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ อาจเป็นผลมาจากเกณฑ์การคัดเข้าในการวิจัยครั้งนี้ คัดเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ IQ สูงกว่า 70 โดยกลุ่มที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า 70 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าและมีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์นั้นไม่ได้ถูกรวมเข้าไปในกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ประเมินโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเจ้าหน้าที่ 1 ท่าน ต้องทำการประเมินเด็กที่ตนดูแล จำนวน 20 คน ซึ่งอาจประเมินได้ไม่ทั่วถึง จึงอาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าร้อยละของปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามี อัตราส่วนของค่าร้อยละของปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ ร้อยละ 19.0 และ ร้อยละ 5.4 ซึ่งเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ผู้ปกครอง จึงทำให้รูปแบบความผูกพัน (Attachment) นั้นผิดปกติไป อันส่งผลต่อการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่นไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่าเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักจะมีพฤติกรรม ก้าวร้าว โทก โทก ขโมย ทำพฤติกรรมที่ต่อต้านกฎเกณฑ์ของสังคม มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

7. ร้อยละของระดับอาการซึมเศร้าตามเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า CDI ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 63 คน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CDI ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 63 คน พบว่าผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ตอบคำถาม ข้อ 25 ข้อ 17 ข้อ 14 เป็นสามอันดับแรกที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางไปจนถึงมาก ซึ่งข้อคำถามดังกล่าว เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับความรักจากผู้อื่น (ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่าและไม่มีใครรักฉันจริง) , รู้สึกเหนื่อย (เหนื่อยบ่อยครั้งและเหนื่อยตลอดเวลา) และ การมองตนเอง (ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดีและฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด) ซึ่งเด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์นั้นไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ผู้ปกครอง ทำให้เด็กรู้สึกที่ตนเองไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัวหรือคนรอบข้าง รู้สึกไม่แน่ใจว่ามีใครรักตนจริงหรือเปล่า อีกทั้งเด็กที่มีรูปแบบความผูกพันที่ผิดปกติไปมักจะไม่มีความมั่นคงทางความสัมพันธ์ ไม่ไว้ใจใคร โดยเด็กในสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่มักมองตนเอง และอนาคตในแง่ลบ เช่น การมองตนเองว่าตนเป็นคนหน้าตาไม่ดี ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง บางรายอาจรู้สึกเหนื่อย ไม่มีพลังงานในการทำกิจกรรมต่างๆ

โดยยังพบว่าผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ตอบคำถาม ข้อ 9 ข้อ 7 ข้อ 16 เป็นสามอันดับแรกที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยซึ่งข้อคำถามดังกล่าว เป็นคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย) , การมองตนเอง (ฉันชอบตนเอง) และ การนอนหลับ (ฉันนอนหลับสบาย) อาจเป็นผลมาจากเด็กที่อยู่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี มีการตอบสนองในเรื่องของปัจจัยสี่ให้กับเด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ เช่น มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม โดยแบ่งเป็นบ้านพักแต่ละหลัง ในแต่ละหลังจะมีสมาชิกร่วม 20 คน , มีอาหารเลี้ยงทั้งสามมื้อ , มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล, รวมทั้งเครื่องนุ่งห่มเครื่องแต่งกายให้เด็กทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ทำให้เด็กได้รับการตอบสนองในเรื่องของความเป็นอยู่ที่เหมาะสม จึงทำให้เด็กไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ซึ่งการที่เด็กไม่มีความคิดจะฆ่าตัวตาย และรู้สึกชอบตนเอง นั้นอาจเป็นมาจากสภาพแวดล้อมในสถานสงเคราะห์ที่ทำให้เด็กมีกลุ่มเพื่อน มีสถานที่พักผ่อน รวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่อาจทำให้เด็กไม่คิดหมกหมุ่นในเรื่องเหตุการณ์ที่ผ่านมา

8. ความชุกของพฤติกรรมในแต่ละด้านในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

เมื่อวิเคราะห์ความชุกตามรายด้านพฤติกรรมตามเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า SDQ ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี จำนวน 119 คน พบว่า

พฤติกรรมด้านอารมณ์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 92 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมยูนีนิ่งพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 81 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 24 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 และ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ตามลำดับ

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 95 คนคิดเป็นร้อยละ 79.8 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 97 คน คิดเป็นร้อยละ 81.6 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 16 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 ตามลำดับ

และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 104 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6

โดยวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่มีปัญหาคือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมไม่พึงประสงค์, พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ กับเพื่อน โดยคิดเป็นร้อยละ 20.2, 12.6, 12.6, 12.6, 5.0 ตามลำดับ อาจเป็นผลมาจากการประเมินพฤติกรรมครั้งนี้ ประเมินโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ชัดเจนมากกว่ากลุ่มพฤติกรรมอื่นๆ รวมถึงพฤติกรรมทางด้านอารมณ์เป็นพฤติกรรมที่บุคคลภายนอกสังเกตเป็นภาพรวม โดยพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน อาจประเมินอย่างละเอียดหรือสังเกตจากภายนอกไม่ได้ เพราะเด็กบางรายอาจมีเพื่อนเยอะ แต่ลักษณะความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดีหรือไม่ยืดยาว ซึ่งการประเมินในครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ 1 ท่าน ต้องประเมินเด็กที่ตนดูแลประมาณ 20 คน จึงทำให้ไม่ทั่วถึงในการประเมินได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพบความชุกของภาวะซีมีเศร้าในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่ สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ร้อยละ 52.9 ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู สถานสงเคราะห์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับควรเฝ้าระวังและหันมาให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวให้มากขึ้น และตระหนักถึงผลกระทบจากภาวะซีมีเศร้าที่จะเกิดตามมา เพื่อวางแผนช่วยเหลือ แก้ไข และป้องกันได้อย่างถูกต้อง เช่น การสร้างความเข้มแข็งให้หน่วยงานดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนและสถานสงเคราะห์ การจัดตั้งทีมให้ความรู้แก่พ่อแม่ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล และครู ในเรื่องอารมณ์และพฤติกรรม การจัดกิจกรรมกลุ่มให้เด็กรับรู้อารมณ์เศร้าของตนเองและวิธีแก้ไข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะวัยรุ่นหญิง อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของวัยรุ่นทั่วไปได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซีมีเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อาจมีความแตกต่างกัน

2. ในการศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคมเพิ่มมากขึ้นโดยขอความร่วมมือกับหน่วยสังคมสงเคราะห์ของสถานสงเคราะห์ในการอนุญาตขอข้อมูลด้านจิตสังคมเชิงลึก เพื่อเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซีมีเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์กับปัจจัยต่างๆเพิ่มเติม

3. ในการศึกษาต่อไปควรมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวัยรุ่นหญิงและชายในสถานสงเคราะห์ และกลุ่มวัยรุ่นหญิงและชายในครอบครัวทั่วไป เพื่อเป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างและปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะซีมีเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

รายการอ้างอิง

1. ข้อมูลประชากรในประเทศไทยพ.ศ.2555 [Internet]. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555 [cited 25 พฤศจิกายน]. Available from: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population_thai.html.
2. สุณี๋ย ยอดเยี่ยม. Child abuse or neglect กรุงเทพมหานคร: Ramamental; 2555 [cited 2555 24 กันยายน]. Available from: <http://www.ramamental.com/psychiatrist/child-abuse-or-neglect/>.
3. พรทิพย์ ศรีวัชรินทร์. เด็กกำพร้า-ภาวะเสี่ยงมีถึงร้อยละ80ที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ 2555 [cited 2555 25 พฤศจิกายน]. Available from: http://news.sanook.com/social/social_107432.php.
4. สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี. สถิติผู้รับบริการของสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ประจำเดือนกันยายน. 2555.
5. สุนันท์ ดวงจันทร์, editor พันธมิตรร่วมใจ เด็กไทยสุขภาพดี. การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่1 สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชินี; 2549; กรุงเทพมหานคร.
6. ดวงทิพย์ อีระวิทย์. สถานการณ์ทางสุขภาพในเด็กและเยาวชน. กรุงเทพมหานคร: 2549.
7. จินตนา นนทะเปาระยะ. แนวทางและการมีส่วนร่วมช่วยเหลือและพัฒนาเด็กกำพร้า. กรุงเทพมหานคร: สหทัยมูลนิธิ; 2530.
8. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. Mood disorder part I : Depressive disorder: ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย; 2555 [cited 2555 24 กันยายน]. Available from: http://www.rcpsycht.org/cap/detail_articleldr.php?news_id=58.
9. WorldHealthOrganization. Adolescent development: World Health Organization; 2014 [cited 2014 8 January]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/index.html.
10. สุวรรณมา เรื่องกาญจนาเศรษฐ์. กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ; 2551.
11. เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. พัฒนาการมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพรส; 2549. 181-208 p.
12. สุชา จันท์เอม, สุรางค์ จันท์เอม. จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: วัชรินทร์การพิมพ์; 2513. 59-84 p.
13. ศรีเรือน แก้วกั้งวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย 8ed. 2, editor. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545. 329-87 p.
14. พรพิมล จันท์พลับ. พัฒนาการวัยรุ่น. พระนครศรีอยุธยา: โรงพิมพ์วัฒนาพร; 2538.

15. พรพิมล เจียมนาครินทร์. พัฒนาการวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: บริษัท คอมฟอร์ม จำกัด; 2539.
16. เพ็ญแข ประจันปัจฉนีก, รัชนี ลาขโรจน์, สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. พัฒนาการวัยรุ่นและการอบรม. 2 ed. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด นำกัการพิมพ์; 2529. 49-91 p.
17. พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ. 5 ed. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอคทีฟ พริ้น จำกัด; 2553. 171-3 p.
18. สมศร เชื้อหิรัญ. คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้นการพยาบาลจิตเวช. 5 ed. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรไทย; 2532.
19. AmericanPsychiatricAssociation. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Wasington,DC.: AmericanPsychiatricAssociation; 2000.
20. Beck AT. The diagnostic and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1973.
21. Lazure A. Adolescent psychiatry. New York: Churchill Livington; 1989.
22. Rice FP. The adolescent: Development, relationships, and culture. 6 ed. Boston: Allyn & Bacon; 1990.
23. Clark DME, Fairburn CG. Panic disorder and social phobia. Science and practice of cognitive behaviour therapy. New York: Oxford University Press; 1997.
24. อุมภาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. อาการซึมเศร้าในเด็ก : การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539;41:222-34.
25. มาโนช หล่อตระกูล. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย: แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2541;43(1):67-83.
26. ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 9 ed. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข; 2550.
27. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้า รักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
28. สรวุฒิ สังข์รัตมี. การศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครราชสีมา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา; 2540.
29. วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน, นงพงา ลี้มสุวรรณ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2538.
30. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์. 2 ed. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2538.
31. รุ่งมณี ยี่งยืน. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายและไม่ได้กระทำผิดกฎหมาย ในจังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
32. สมภพ เรื่องตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.

33. ปุณยภาพ สิทธิพรอนันต์. ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล์หมอ; 2550 ตุลาคม. 23-8 p.
34. สายฝน เอกวารงกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553. 8-14 p.
35. Beck AT. Depression : Clinical,experimental and theoretical aspects. . Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
36. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540;42:35-49.
37. Yonkers KA, Samson J. Mood disorder measures. In: American Psychiatric Association, editor. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
38. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539;41(4):235-46.
39. ใบเรียม เงามาม. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
40. Radloff LS. The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Applied psychological measurement. 1977;1(3):385-401.
41. อุมภาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540;42(1):2-13.
42. เรไร ทิวะทัศน์. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
43. Matti Holi. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Helsinki: Helsinki University Printing House; 2003.
44. ศิริเพชร ศิริวัฒนา. ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว : ศึกษาเฉพาะกรณีผลกระทบต่อสุขภาพจิตในหญิงที่ถูกสามีทุบตีทำร้ายร่างกาย [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
45. จันท์ทิพา พฤกษานนท์, ประสพศรี อึ้งถาวร. การดูแลสุขภาพเด็ก : Child health supervision. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรเมดิเพรส; 2536.
46. นงพงา ลิ้มสุวรรณ, โกวิท นพพร. อุบัติการณ์ของโรคอารมณ์เศร้าในเด็กไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2527;1:21-7.
47. ช่อเพชร เบ้าเงิน. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.

48. ภัทรินาฏ บุญชู. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิต-สังคม กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
49. ศิริอร ฤทธิไธรัตน์. ความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
50. มัณฑนา นทีธาร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
51. รัชฉณา สิงห์ทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2545.
52. อุมารพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539;41(3 (กรกฎาคม-กันยายน)):162-73.
53. อุมารพร ตรังคสมบัติ, อรวรรณ หนูแก้ว. จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2541;43(1(มกราคม-มีนาคม)):22-38.
54. ลำเจียก กำธร. ความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผลและภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
55. จรียา วัฒนโสภณ. ผลการทำกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2544;9(3 (กันยายน)):140-6.
56. ประภัสสร สิริวิชัย. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
57. ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
58. ฤทัยรัตน์ ศรีทอง. ภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญาพรและความรู้เจตคติและการปฏิบัติ ของบุคลากรที่มีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวชในเด็ก [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
59. Petpailin Subpasu. The relationship between parenting style and risks of depression in early adolescent in Dusit district, Bangkok [Master of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2005.

60. แก้วตา ลีลาตระการกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่1 [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
61. อังสนา เบญจมินทร์. คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
62. ศลักษณา กิตติศันต์เศรษฐี. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่4 ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี เขต1 [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.
63. Rutter M, Graham P, Chadwick O, Yule W. ADOLESCENT TURMOIL: FACT OR FICTION? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1976;17(1):35-56.
64. McKelvey R, Sang D, Baldassar L, Davies L, Roberts L, Cutler N. The prevalence of psychiatric disorders among Vietnamese children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*. 2002;177(8):413-7.
65. Asepline RH, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*. 1996;94(3 (March)):446-51.
66. Lasko DS, Field TM, Gonzalez KP, Harding J, Yando R, Bendell D. Adolescent depressed mood and parental unhappiness. *Journal of Adolescence*. 1996;31(121):49-57.
67. Asepline RH, Schilling EA, James A, Margaret M, Jacobs DC. An evaluation of national alcohol screening day. *Alcohol and Alcoholism*. 2008;43(1):97-103.
68. Capron C, Therond C, Duyme M. Brief report: effect of menarcheal status and family structure on depression symptoms and emotional/behavioural problems in young adolescent girls. *Journal of Adolescence*. 2007;30(1 (February)):175-9.
69. Liu YL. Parent-child interaction and children's depression: the relationships between parent-child interaction and children's depressive symptoms in Taiwan. *Journal of Adolescence*. 2003;26(4 (August)):447-57.
70. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. พฤติกรรมเบี่ยงเบนและปัญหาสังคม (Deviant Behavior & Social Problems). 2557.
71. ศรีเรือน แก้วกั้งวาล. จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ. 5 ed. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2550.
72. ศรียา นิยมธรรม. ทัศนศิลป์เพื่อการศึกษาพิเศษ (Visual Art for Special Education). กรุงเทพมหานคร: แวนแก้ว; 2550.
73. ผดุง อารยะวิญญู. เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: แวนแก้ว; 2542.
74. สมพร สุทัศนีย์. จิตวิทยาการปกครองชั้นเรียน: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

75. Scheuermann BE, Hall JA. Positive Behavior Supports for Classroom. 2 ed. New Jersey: Pearson Education; 2011 8 April.
76. อิศรียา ดาราทอง. พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของนักเรียนอาชีวศึกษาและความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
77. Central P. Conduct Disorder Symptoms.: Psych Central; 2013 [cited 2014 5 February]. Available from: <http://psychcentral.com/disorders/conduct-disorder-symptoms/>.
78. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994. 90-1 p.
79. Moffitt TE, Arseneault L, Jaffee SR, Kim-Cohen J, Koenen KC, Odgers CL, et al. Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2008;49(1):3-33.
80. Essa E. A Practical guide to solving preschool behavior problem. 5 ed. United States of America: Delmar learning; 2003.
81. วารีย์ ธีระจิตร. การศึกษาสำหรับเด็กพิเศษ. 3 ed. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
82. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. The British Journal of Psychiatry. 2000;177:534-9.
83. พรรณพิมล หล่อตระกูล, มาโนช หล่อตระกูล. รายงานการสำรวจนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในจังหวัดนครนายก การพัฒนา Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับภาษาไทย สำหรับผู้ปกครอง ครู และชุดประเมินตนเองสำหรับเด็ก. 2543.
84. สมชาติ สุทธิกาญจน์. การศึกษาเปรียบเทียบแบบประเมินพฤติกรรม CBCL (child Behavior checklist) และ SDQ (strengths and Difficulties Questionnaire) ในเด็ก นักเรียนชั้นประถมศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
85. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ปี 2548. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับลิชชิง; 2548.
86. อรรชรพร พรหมไหม. การประมวลผลพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในวิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัดกรมอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2544.
87. ศรีตลา ตูลเตมีย์. การลดพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาระดับเรียนได้ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ด้วยวิธีการเสริมแรงพฤติกรรมแบบดีอาร์เอ ในการทำแบบฝึกหัดวิชาคณิตศาสตร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2540.

88. อีรภา เกษประดิษฐ์. ปัญหาพฤติกรรมเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 4 ภาค [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
89. น้อมพร เสน่ห์ธรรมศิริ. ผลของการจัดประสบการณ์ส่งเสริมพฤติกรรมการณ์มีวินัยอย่างต่อเนื่องโดยร่วมมือระหว่างครูและผู้ปกครองที่มีต่อความรับผิดชอบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่1 [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
90. บัวทิพย์ ใจตรงดี. ความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
91. Wasserman GA, Keeman K, Tremblay RE, Coie JD, Herrenkohl TI, Loeber R, et al. Risk and Protective Factors of Child Delinquency. CHILD delinquency Bulletin Series [Internet]. 2014 5 February [cited 2003; (April):[1-15 pp.]. Available from: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/193409.pdf>.
92. Lance JR. The Relationship Between Emotional Intelligence and Adolescent Deviant Behavior. [Ph.D Thesis]. . Logan: Utah State University; 2003.
93. รัชนีย์ อุดชาชน. สภาวะจิตสังคมของเด็กชายที่กระทำผิดกฎหมาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
94. Kodak T, Northup J, Krlley M. An Evaluation of The Types of Attention That Maintain Problem Behavior. Journal of Applied Behavior Analysis. 2007;40(1):167-71.
95. Holmgren J, Lamb J, Miller M, Werderitch C. Decreasing Bullying Behaviors through Discussing Young-Adult Literature, Role-Playing Activities, and Establishing a School-Wide Definition of Bullying in Accordance with a Common Set of Rules in Language Arts and Math. [Master of Arts Teaching and Leadership Program]. Chicago: Saint Xavier University; 2011.
96. จริญญา แก้วสกุลทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
97. กัลญา แก้วอินทร์. ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดสิงห์บุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
98. สุวรรณีย์ พุทธิศรี, ศศิธร ยิ่งสำหรั. ความชุกของโรคทางจิตเวชในสถานพินิจ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2547;49(3 กรกฎาคม-กันยายน):213-22.
99. จิราวรรณ แทนวัฒนกุล, กฤตยา แสวงเจริญ, นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา, ภัญชิตา อัฐรัตน์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. รายงานการวิจัยการทารุณกรรมและปล่อยปละละเลยเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. Research report. ขอนแก่น: 2546.

100. Waddell C, Shepherd C. Prevalence of Mental disorders in Children and Youth. Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit The University of British Columbia. 2002.
101. Dadds MR, Sanders MR, Morrison M, Rebetz M. Childhood depression and conduct disorder: II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*. 1992;101(3):505-13.
102. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การทารุณกรรมและทอดทิ้งเด็ก. In: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, นภา หลิมรัตน์, editors. คู่มือทีมสหวิชาชีพ "การทารุณกรรมและทอดทิ้งเด็ก". 2 ed. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2544. p. 228.
103. สราญภัทร อนุมัติราชกิจ. กระบวนการแสวงหาข้อมูลข่าวสารและวิธีการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ในการช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
104. นิรมล พัจจนสุนทร. การดูแลรักษาเด็กที่ถูกทารุณกรรมและทอดทิ้ง. In: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, นภา หลิมรัตน์, editors. คู่มือทีมสหวิชาชีพ "การทารุณกรรมและทอดทิ้งเด็ก". 2 ed. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2544. p. 228.
105. Sansonet-Hyden H, Haley G, Marriage K. Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1987;26:753-7.
106. สุวพัทธ์ เวศม์วิบูลย์. สภาวะทางจิตสังคมของเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศในศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและมูลนิธิคุ้มครองเด็ก [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
107. พิมญาติ จรัสศรี. ผลของการใช้กระต่ายช่วยบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความสุขของเด็กกำพร้าสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
108. ปิยลัมพร หะวานนท์, วสันต์ ปัญญาแสง. การพิจารณาขนาดตัวอย่าง. หลักการทำวิจัยสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โฟคัล อิมเมจ พริ้นติ้ง กรุป; 2554. p. 255-61.
109. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979.
110. สุภาเพ็ญ คชพลายุกต์. ผลของการจัดกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความคาดหวังในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของเด็กที่ถูกทารุณกรรม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
111. Ray JM, Walter G, Plapp JM, Denshire E. Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000;34(3):453-7.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 4298, 4346
 ที่ จว.พิเศษ /2556 วันที่ เมษายน 2556
 เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินด้วยตนเอง Children's Depression Inventories (CDI)

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ด้วย นางสาวสุรางคณา คงเพชร เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ซึ่งใช้แบบประเมินด้วยตนเอง Children's Depression Inventories (CDI) ของมาเรีย โควแควส์ (Maria Kovacs) ซึ่งได้รับการแปลเป็น ภาษาไทย โดย ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ และ นพ.ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ในการเก็บข้อมูล โดยมี อาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบัญจกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้นางสาวสุรางคณา คงเพชร ใช้แบบประเมินด้วยตนเอง Children's Depression Inventories (CDI) ของ มาเรีย โควแควส์ (Maria Kovacs) ซึ่งได้รับการแปลเป็น ภาษาไทย โดย ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ และ นพ.ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสาวสุรางคณา คงเพชร)
 นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1

(อาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบัญจกุล)
 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เรียน ศ.พญ. อุมาพร ตรังคสมบัติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)
 หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์



ที่ จว.พิเศษ/2556

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2556

เรื่อง ขอข้อมูล

เรียน ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ด้วยนางสาวสุรางคณา คงเพชร นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่1 ภาคเต็มเวลาจะทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง10-15 ปี สถานสงเคราะห์เด็กหญิง บ้านราชวิถี โดยมี อาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขอความอนุเคราะห์ ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง10-15 ปี สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี เพื่อประโยชน์ในการเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ ดังวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

1. เพื่อหาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง10-15 ปี สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง10-15 ปี สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุรางคณา คงเพชร)
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

(อาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256-4298, 0-2256-4346

สุรางคณา คงเพชร 085-258332



ที่ จว.พิเศษ/2556

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูล

เรียน ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ด้วยนางสาวสุรางคณา คงเพชรนิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่1 ภาคเต็มเวลามีความประสงค์ที่จะ ศึกษา วิทยานิพนธ์เรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ผู้รับบริการ อายุระหว่าง 10-15 ปี ให้นิสิตทำวิทยานิพนธ์ โดยการศึกษาเป็นการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม กลุ่มประชากรที่สนใจ คือ ผู้รับบริการ อายุระหว่าง 10-15 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีทั้งหมด

ถ้าหากงานวิจัยเสร็จข้อมูลดังกล่าวตั้งเอกสารแนบจะเผยแพร่ในลักษณะภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุถึงระดับตัวบุคคลและหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุรางคณา คงเพชร)
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต


(อาจารย์นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256-4298, 0-2256-4346

สุรางคณา คงเพชร 085-258332

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/4</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี
ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ผู้สนับสนุนการวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวสุรางคณา คงเพชร
ที่อยู่ ห้อง904 Top-Top Apartment เลขที่ 343 ถ.พระราม6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400
เบอร์โทรศัพท์ 085-2583329


เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านเป็นผู้รับบริการที่อายุระหว่าง 10-15 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยในครั้งนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจให้เด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วนเพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผล และรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติมกรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ดีที่สุด

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่าน และแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะให้เด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความเป็นมา

ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นเป็นภาวะทางจิตเวชที่สังคมควรที่จะให้การตระหนักไม่แพ้กับภาวะทางจิตเวชในวัยผู้ใหญ่เพราะวัยรุ่นในวันนี้ก็คือผู้ใหญ่ในวันหน้า ดังนั้นหากพ่อแม่ผู้ปกครองขาดความเอาใจใส่ในการให้ความรักความอบอุ่นต่อลูก และมีการปล่อยปละละเลยหรือการทำร้ายทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจก็จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและการใช้ชีวิตในสังคมของลูกได้ ซึ่งผลกระทบนั้นสามารถสะท้อนออกทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด หรือด้านพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นได้ การตรวจสอบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทราบถึงขนาดของปัญหา เพื่อที่จะเป็นการตระหนักและมองเห็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อีกทั้งหาแนวทางให้การช่วยเหลือหรือแก้ไข ส่งเสริม ในการดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครองต่อไป

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information sheet for research participation)</p> <p>หน้า 2/4</p>
--	--

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี และศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี พร้อมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 119 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เมื่อท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ เด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านและตัวท่านจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งจะประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (สำหรับผู้วิจัยศึกษาจากงานทะเบียนของผู้รับบริการ) มีข้อความ 7 ข้อ เพื่อรวบรวมปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ผลการเรียน สาเหตุการเข้ารับบริการ ระยะเวลาการเข้ารับบริการ และปัจจัยทางจิตสังคม

ส่วนที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางจิตเวช แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 สำหรับเด็กที่อยู่ในปกครองของท่าน : ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventories (CDI) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อความ 27 ข้อ

ตอนที่ 2 สำหรับผู้ปกครอง : ตอบแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ของเด็กที่อยู่ในปกครองของท่าน ประกอบด้วยข้อความ 30 ข้อ


ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 2 ตอน จะใช้เวลาทั้งหมดในการตอบคำถามประมาณ 30 นาที

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับผลประโยชน์ใดใดจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถสร้างการตระหนักและมองเห็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ อีกทั้งยังเป็นการหาแนวทางการช่วยเหลือหรือแก้ไข ส่งเสริมในการดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นการสร้างเด็กและวัยรุ่นในวันนี้ให้เป็นผู้ใหญ่ที่สุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในอนาคตต่อไป

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information sheet for research participation)</p> <p>หน้า 3/4</p>
--	--

ข้อปฏิบัติของท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

- ขอให้ท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านปฏิบัติดังนี้
- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
 - ท่านมีสิทธิไม่ตอบในข้อที่ไม่ต้องการตอบ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
 - ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
 - หากท่านมีข้อสงสัยประการใดสามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านพบอันตรายเกิดจากการทำวิจัยท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากพิสูจน์ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวสุรางคณา คงเพชร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง


การเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน และเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านจะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอโดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หากท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่นางสาวสุรางคณา คงเพชร

หากท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยท่าน และเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information sheet for research participation)</p> <p>หน้า 4/4</p>
--	--

สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านและเด็กที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิในการตัดสินใจดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับความไม่สบายที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้อิทธิพลข่มขู่

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัยหรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Informed Consent Form)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/2</p>
--	--


**การวิจัยเรื่อง ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี
ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.
 ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก)
 ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็กของ ด.ญ./นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล
 ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมา ฉบับวันที่
แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ญ./นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล
 ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่
 พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้
 ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย
 อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธี
 อื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัย จนมีความเข้าใจอย่าง
 ดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้า และผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ
 ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการทำวิจัยดังกล่าวผู้เข้าร่วมวิจัย
 จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่
 จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วม
 วิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
 ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
 สำนักงานคณะกรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ต้อง
 กระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆของ
 ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสาร
 และ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งสามารถยกเลิกการให้
 สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Informed Consent Form)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2/2</p>
--	--

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ ด.ญ./นาง/นางสาว (ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัย ด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

..... ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)
เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก (ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาวสุรางคณา คงเพชร) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(นางอรพญา พลอยทับทิม) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์ สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครเด็กอายุ 7-ไม่เกิน 12 ปี (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/2</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี
ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ผู้สนับสนุนการวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ทำวิจัย


ชื่อ นางสาวสุรางคณา คงเพชร
ที่อยู่ ห้อง904 Top-Top Apartment เลขที่ 343 ถ.พระราม6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400
เบอร์โทรศัพท์ 085-2583329

สวัสดิ์เด็ก ๆ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน

หนูได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เพราะหนูเป็นเด็กที่อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยในครั้งนี้ ก่อนที่หนูจะตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยของพี่ ขอให้หนูอ่านเอกสารฉบับนี้ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้หากหนูมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติมสามารถซักถามจากพี่ซึ่งจะเป็นผู้ที่ตอบคำถามและให้ความเข้าใจแก่หนูได้ดีที่สุด

หนูสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากพ่อแม่และแพทย์ประจำตัวของหนูได้ หนูมีเวลามากพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าหนูตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขอให้หนูลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

ภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อาจเกิดขึ้นกับเด็กเช่นหนูได้และสาเหตุของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์เกิดจากหลายประการ พี่จึงเห็นถึงความสำคัญของการเกิดภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็ก หนูจะเป็นหนึ่งในเด็กและวัยรุ่นที่อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี จาก 119 คน ที่จะตอบแบบสอบถามหนูจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้รวมถึงอาจจะทำให้หนูเสียเวลาแต่ข้อมูลของหนูจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและช่วยเหลือเด็กคนอื่น ๆ ที่มีภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่อไป

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครเด็กอายุ 7-ไม่เกิน 12 ปี (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2/2</p>
--	--

ข้อปฏิบัติของหนูขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้หนูปฏิบัติดังนี้

- ขอให้หนูให้ข้อมูลในอดีตและปัจจุบันแก่ที่ด้วยความจริง
- หนูมีสิทธิ์ไม่ตอบในข้อที่ไม่อยากตอบ อย่างไรก็ตามที่ขอความร่วมมือจากหนูเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
- หากมีความผิดปกติใด ๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้รีบบอกที่ทันที

เมื่อหนูยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้และลงชื่อในสำเนาเอกสารใบยินยอม หนูจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งจะประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของหนู (สำหรับที่ผู้วิจัยจะศึกษาจากงานทะเบียนของหนู) มีข้อความ 7 ข้อ เพื่อรวบรวมปัจจัยส่วนบุคคลของหนู ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ผลการเรียน สาเหตุการเข้ารับบริการ ระยะเวลาการเข้ารับบริการ และปัจจัยทางจิตสังคม

ส่วนที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางจิตเวช แบ่งเป็น 2 ตอนได้แก่

ตอนที่ 1 สำหรับตัวหนู : ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 ข้อ


ตอนที่ 2 สำหรับผู้ดูแลของหนู : ตอบแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก จำนวน 30 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามของหนูจะใช้เวลาทั้งหมดในการตอบคำถามประมาณ 15 นาที

หนูเข้าร่วมโครงการวิจัยของที่ด้วยความสมัครใจ แต่เมื่อใดที่หนูไม่สมัครใจแล้ว สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของหนู หนูจะมีโอกาสตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีการใช้สิทธิลงโทษ ข้อมูลของหนูจะได้รับการปิดเป็นความลับ ในกรณีที่หนูได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย หนูสามารถให้ผู้ปกครองของหนูติดต่อที่ได้อีก 24 ชั่วโมง ได้ที่นางสาวสุรางคณา คงเพชร ห้อง904 Top-Top Apartment เลขที่ 343 ถ.พระราม6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 085-2583329

หากหนูไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อความข้างต้น หนูสามารถให้ผู้ปกครองของหนูร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการตึกชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของหนูมา ณ ที่นี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครเด็กอายุ 7-ไม่เกิน 12 ปี (Informed Consent Form)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/2</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง **ความชุกของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี
ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.
ข้าพเจ้า ด.ญ. ที่อยู่.....

..... ได้อ่านรายละเอียด
จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ และทูลยินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ


หนูได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่หนูได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ หนูได้รับการ
อธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจ
เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย หนูมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัย
จนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนหนูเข้าใจ

หนูมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิก
การเข้าร่วมการวิจัยนี้ซึ่งจะไม่มีผลต่อการเรียนหรือสิทธิอื่นๆที่หนูจะพึงได้รับต่อไป

หนูจะเป็นคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามความสมัครใจ ไม่มีการบังคับหนูจะเลือกตอบแบบสอบถาม
หรือไม่ก็ได้ จะไม่มีผลต่อการเรียนการสอนและผลการเรียนของหนู

ถ้าหนูอยากตอบแบบสอบถาม ขอให้หนูตอบตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของ
หนูเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากหนูเท่านั้น

ถ้าหนูสงสัยอะไรเกี่ยวกับแบบสอบถาม หนูสามารถถามพี่ได้โดยตรง พี่จะตอบคำถามที่หนูสงสัยทุกอย่าง หนู
ยังสามารถให้ผู้ปกครองติดต่อพี่ได้ที่ ห้อง904 Top-Top Apartment เลขที่ 343 ถ.พระราม6 แขวงทุ่งพญาไท เขต
ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 085-2583329 หรือหากหนูเห็นว่าพี่กระทำสิ่งใดที่ไม่เหมาะสมก็สามารถ
ร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท
มหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15
โทรสาร 0-2256-4493

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครเด็กอายุ 7-ไม่เกิน 12 ปี (Informed Consent Form)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2/2</p>
--	---

หนูทราบว่าข้อมูลในการวิจัยของหนูที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น


หนูได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม (ชื่อหนู)
(.....) ชื่อหนู ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาวสุรางคณา คงเพชร) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(นางอรพญา พลอยทับทิม) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์ สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครเด็กอายุ 12 -ไม่เกิน 18 ปี (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/2</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี
ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ผู้สนับสนุนการวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ทำวิจัย


ชื่อ นางสาวสุรางคณา คงเพชร
ที่อยู่ ห้อง904 Top-Top Apartment เลขที่ 343 ถ.พระราม6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400
เบอร์โทรศัพท์ 085-2583329

สวัสดิ์น้อง ๆ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน

น้องได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เพราะน้องเป็นวัยรุ่นที่อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยในครั้งนี้ ก่อนที่น้องจะตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยของพี่ ขอให้น้องอ่านเอกสารฉบับนี้ให้เข้าใจอย่างถี่ถ้วน หากน้องมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติมสามารถซักถามจากพี่ซึ่งจะเป็นผู้ที่ตอบคำถามและให้ความเข้าใจแก่น้องได้ดีที่สุด

น้องสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากพ่อแม่และแพทย์ประจำตัวของน้องได้ น้องมีเวลามากพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าน้องตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้น้องลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

ภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อาจเกิดขึ้นกับวัยรุ่นเช่นน้องได้ และสาเหตุของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์เกิดจากหลายประการ พี่จึงเห็นถึงความสำคัญของการเกิดภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น น้องจะเป็นหนึ่งในวัยรุ่นที่อายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี จาก 119 คน ที่จะตอบแบบสอบถาม น้องจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ รวมถึงอาจจะทำให้น้องเสียเวลา แต่ข้อมูลของน้องจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและช่วยเหลือวัยรุ่นคนอื่นๆที่มีภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่อไป

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครเด็กอายุ 12 -ไม่เกิน 18 ปี (Information sheet for research participation)</p> <p>หน้า 2/2</p>
--	---

ข้อปฏิบัติของน้องขณะเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้น้องปฏิบัติดังนี้

- ขอให้น้องให้ข้อมูลในอดีตและปัจจุบันแก่พี่ด้วยความจริง
- น้องมีสิทธิ์ไม่ตอบในข้อที่ไม่อยากตอบ อย่างไรก็ตามพี่ขอความร่วมมือจากน้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
- หากมีความผิดปกติใด ๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้รีบบอกพี่ทันที

เมื่อน้องยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้และลงชื่อในสำเนาเอกสารใบยินยอม น้องจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งจะประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของน้อง (สำหรับพี่ผู้วิจัยจะศึกษาจากงานทะเบียนของน้อง) มีข้อความ 7 ข้อ เพื่อรวบรวมปัจจัยส่วนบุคคลของน้อง ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ผลการเรียน สาเหตุการเข้ารับบริการ ระยะเวลาการเข้ารับบริการ และปัจจัยทางจิตสังคม

ส่วนที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางจิตเวช แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 สำหรับตัวน้อง : ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 ข้อ


ตอนที่ 2 สำหรับผู้ดูแลของน้อง : ตอบแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก จำนวน 30 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามของน้องจะใช้เวลาทั้งหมดในการตอบคำถามประมาณ 15 นาที

น้องเข้าร่วมโครงการวิจัยของพี่ด้วยความสมัครใจ แต่เมื่อใดที่น้องไม่สมัครใจแล้ว สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของน้อง น้องจะมีโอกาสตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีการใช้สิทธิพลข่มขู่ ข้อมูลของน้องจะได้รับการปิดเป็นความลับ ในกรณีที่น้องได้รับอันตรายใดๆหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย น้องสามารถให้ผู้ปกครองของน้องติดต่อพี่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ได้ที่ นางสาวสุรางคณา คงเพชร ห้อง904 Top-Top Apartment เลขที่ 343 ถ.พระราม6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 085-2583329

หากน้องไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อความข้างต้น น้องสามารถให้ผู้ปกครองของน้องร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการตึกชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของน้องมา ณ ที่นี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครเด็กอายุ 12 -ไม่เกิน 18 ปี (Informed Consent Form)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1/2</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง ความชุกของภาวะซีมีเคร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี
ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.
ข้าพเจ้า ด.ญ./นางสาว ที่อยู่.....

..... ได้อ่านรายละเอียด
จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการ
อธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้น
จากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัย จนมี
ความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าเข้าใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิก
การเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อการเรียนหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้าพเจ้าจะเป็นคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ข้าพเจ้าจะเลือกตอบ
แบบสอบถามหรือไม่ก็ได้ จะไม่มีผลต่อการเรียนการสอนและผลการเรียนของข้าพเจ้า

ถ้าข้าพเจ้าอยากตอบแบบสอบถาม ข้าพเจ้าจะตอบตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล
ส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น

ถ้าข้าพเจ้าสงสัยอะไรเกี่ยวกับแบบสอบถาม ข้าพเจ้าสามารถถามผู้วิจัยได้โดยตรง ผู้วิจัยจะตอบคำถามที่
ข้าพเจ้าสงสัยทุกอย่าง ข้าพเจ้ายังสามารถให้ผู้ปกครองติดต่อผู้วิจัยได้ที่ ห้อง904 Top-Top Apartment เลขที่ 343
ถ.พระราม6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 085-2583329 หรือหากข้าพเจ้าเห็นว่าผู้วิจัย
กระทำการใดที่ไม่เหมาะสมก็สามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 โทรสาร 0-2256-4493

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครเด็กอายุ 12 -ไม่เกิน 18 ปี (Informed Consent Form)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2/2</p>
--	---

ข้าพเจ้าทราบว่าข้อมูลในการวิจัยของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงาน ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจจึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม (ชื่อน้อง)
(.....) ชื่อน้อง ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาวสุรางคณา คงเพชร) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(นางอรพญา พลอยทับทิม) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์ สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

แบบสอบถามการวิจัย

เลขที่แบบสอบถามID No.....
 วันที่.....

เรื่อง ความชุกของภาวะซีมเศร้าและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี
 ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (สำหรับผู้วิจัย)

หมายเหตุ: ผู้วิจัยศึกษาจากงานทะเบียนของผู้เข้าร่วมวิจัย

1. อายุ.....ปี
2. ศาสนา.....
3. ระดับการศึกษา.....
4. ผลการเรียน.....
5. สาเหตุการเข้ารับบริการ.....
6. ระยะเวลาการเข้ารับบริการ
 เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถีครั้งแรกเมื่อวันที่.....
 ระยะเวลาการเข้ารับบริการ.....
7. ปัจจัยทางจิตสังคม ประวัติภาวะทางจิตเวช ประวัติภาวะทางจิตเวชในครอบครัว
 ประวัติภาวะทางจิตเวช ไม่มี มี (โปรดระบุ)

 ประวัติภาวะทางจิตเวชในครอบครัว
 ไม่มี มี (โปรดระบุ)

 ประวัติการใช้สารเสพติด(อดีต,ปัจจุบัน)
 ไม่มี มี (โปรดระบุ)

เลขที่แบบสอบถามID No.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางจิตเวช

ตอนที่ 1 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

แบบประเมินด้วยตนเอง Children's Depression Inventories (CDI)

คำชี้แจง: ในแต่ละข้อต่อไปนี้ให้ท่านเลือกข้อที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาของท่าน
ตรงกับข้อใดมากที่สุด และทำเครื่องหมาย X ทับข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อ	ตัวเลือก	คะแนน (สำหรับผู้วิจัย)
1	ก. ฉันรู้สึกเศร้านานๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา	
2	ก. อะไร ๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดี ค. สิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน	
3	ก. ฉันทำอะไรๆ ได้ค่อนข้างดี ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด	
4	ก. ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง ข. ฉันรู้สึกสนุกกับบางสิ่งบางอย่าง ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน	
5	ก. ฉันทำตัวไม่ตีเสมอ ข. ฉันทำตัวไม่ตีบ่อยครั้ง ค. ฉันทำตัวไม่ตีนานๆ ที	
6	ก. นานๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดี ที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน ข. ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน ค. จะต้องมียุติกรรมร้ายเกิดขึ้น กับฉันแน่ๆ	
7	ก. ฉันเกลียดตัวเอง ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง ค. ฉันชอบตัวเอง	
8	ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้น เป็นความผิดของฉัน ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นความผิดของฉัน ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ ความผิดของฉัน	

ข้อ	ตัวเลือก	คะแนน (สำหรับผู้วิจัย)
9	ก. ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย ข. ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตาย ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย	
10	ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นาน ๆ ครั้ง	
11	ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนาน ๆ ครั้ง	
12	ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย	
13	ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจ อะไรต่างๆด้วยตนเอง ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ลำบาก ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ง่าย	
14	ก. ฉันเป็นคนหน้าตาดี ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี ค. ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด	
15	ก. ฉันต้องใช้ความพยายาม อย่างหนักทุกครั้งที่ทำกรบ้าน ข. ฉันต้องใช้ความพยายาม อย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำกรบ้าน ค. การทำกรบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่ สำหรับฉัน	
16	ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน ค. ฉันนอนหลับสบาย	

ข้อ	ตัวเลือก	คะแนน (สำหรับผู้วิจัย)	ข้อ	ตัวเลือก	คะแนน (สำหรับผู้วิจัย)
17	ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนานๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา		23	ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดี เหมือนเมื่อก่อน ค. การเรียนของฉันแย่มาก	
18	ก. มีหลายวันที่ฉันไม่รู้สึกลอยากกิน อาหาร ข. มีบางวันที่ฉันไม่รู้สึกลอยากกินอาหาร ค. ฉันกินอาหารได้ดี		24	ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น ข. ฉันทำอะไร ได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม ค. ฉันทำได้ดีพอ ๆ กับคนอื่นอยู่แล้ว	
19	ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา		25	ก. ไม่มีใครรักฉันจริง ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า ค. ฉันแน่ใจว่ามีใครรักฉัน	
20	ก. ฉันไม่รู้สึกละเหิง ข. ฉันรู้สึกละเหิงบ่อย ๆ ค. ฉันรู้สึกละเหิงตลอดเวลา		26	ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง	
21	ก. ฉันไม่รู้สึกละเหิงเลยเวลาอยู่ที่ โรงเรียน ข. ฉันรู้สึกละเหิงนานๆ ครั้ง เวลาอยู่ที่ โรงเรียน ค. ฉันรู้สึกละเหิงบ่อยครั้ง เวลาอยู่ที่ โรงเรียน		27	ก. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา	
22	ก. ฉันมีเพื่อนมาก ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมี มากกว่านี้ ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย				
คะแนนรวม.....(สำหรับผู้วิจัย)					

เลขที่แบบสอบถามID No.....

ตอนที่ 2 พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Conduct behavior) แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง (เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก)

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)

แบบประเมินมี 2 หน้า หน้าแรกเป็นลักษณะพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยสามารถจัดเป็นพฤติกรรมได้ 5 ด้าน ได้แก่

1. พฤติกรรมด้านอารมณ์ (5 ข้อ)
2. พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง / สมาธิสั้น (5 ข้อ)
3. พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ / ความประพฤติ (5 ข้อ)
4. พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (5 ข้อ)
5. พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม (5 ข้อ)

หน้าที่ 2 ในด้านหลังของแบบประเมิน เป็นการประเมินผลกระทบของพฤติกรรมว่ามีความรื้อรังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ต่อตัวเด็กเอง มีผลต่อสัมพันธภาพทางสังคม และชีวิตประจำวันของผู้รับบริการมากน้อยเพียงไร ซึ่งในส่วนนี้ใช้คำถามสรุปว่า “ เป็นระดับความรุนแรงของปัญหา ”

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย X ในช่อง ได้ข้อความ ไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน เพียงช่องเดียว

ในแต่ละข้อคำถาม กรุณาตอบทุกข้อ ให้ใกล้เคียงความเป็นจริงกับพฤติกรรมของ

ผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือในช่วงปีการศึกษา

(ในที่นี้ใช้แบบประเมินเพื่อการติดตามลักษณะพฤติกรรมของผู้รับบริการ)

	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
1. ใส่ใจกับความรู้สึกของผู้อื่น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. อยู่ไม่สุข เคลื่อนไหวมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. บ่นปวดศีรษะ ปวดท้องหรือคลื่นไส้บ่อยๆ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เต็มใจแบ่งปันกับเด็กอื่น (ขนม ของเล่น ดินสอ ฯลฯ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. แผลงฤทธิ์บ่อย หรืออารมณ์ร้อน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ก่อนเข้าอยู่โดดเดี่ยว มักเล่นตามลำพัง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. โดยปกติแล้ว เชื่อฟัง ทำตามผู้ใหญ่บอก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. มีความกังวลหลายเรื่อง ดูเหมือนกังวลบ่อย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. หยุกหยิก หรือเดินไปเดินมาตลอดเวลา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. มีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. มีเรื่องต่อสู้หรือรังแกเด็กอื่นบ่อยๆ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อยๆ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. โดยทั่วไปเป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. วิตกกังวลหรือติดแฉเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... เสียความมั่นใจง่าย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
17. ใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. พุดปดหรือขี้โกงบ่อยๆ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ถูกเด็กคนอื่นแกล้งหรือรังแก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. มักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อแม่ ครู เด็กอื่น).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. คิดก่อนทำ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กอื่น.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. มีความกลัวหลายเรื่อง หวาดกลัวง่าย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. มีสมาธิในการติดตามทำงานจนเสร็จ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โปรดกรอกเพิ่มเติมถ้าคุณมีความเห็นอื่น..... โดยรวม
คิดว่าผู้รับบริการมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น
ด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

	ไม่มีปัญหา	มีปัญหาเล็กน้อย	มีปัญหาชัดเจน	มีปัญหาอย่างรุนแรง					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ถ้าคุณตอบ “มีปัญหา.....”โปรดตอบข้อ 1 – 4 ต่อไปนี้ด้วย									
1) ปัญหาที่มีเกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว									
น้อยกว่า 1 เดือน	<input type="checkbox"/>	1 – 5 เดือน	<input type="checkbox"/>	6 – 12 เดือน	<input type="checkbox"/>	มากกว่า 1 ปี	<input type="checkbox"/>		
2) คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีของผู้รับบริการหรือไม่									
ไม่เลย	<input type="checkbox"/>	เล็กน้อย	<input type="checkbox"/>	ค่อนข้างมาก	<input type="checkbox"/>	มากที่สุด	<input type="checkbox"/>		
3) ปัญหาที่มีรบกวนชีวิตประจำวันของผู้รับบริการในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่									
ความเป็นอยู่ที่สถานสงเคราะห์	<input type="checkbox"/>	ไม่เลย	<input type="checkbox"/>	เล็กน้อย	<input type="checkbox"/>	ค่อนข้างมาก	<input type="checkbox"/>	มากที่สุด	<input type="checkbox"/>
การคบเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเรียนในห้องเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กิจกรรมยามว่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ปัญหาที่มีทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่									
ไม่เลย	<input type="checkbox"/>	เล็กน้อย	<input type="checkbox"/>	ค่อนข้างมาก	<input type="checkbox"/>	มากที่สุด	<input type="checkbox"/>		

ลายเซ็น.....วันที่.....

โปรดระบุความสัมพันธ์กับเด็ก (เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก/ อื่นๆ).....เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก.....

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือกรอกแบบประเมินนี้

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

- ชื่อ : นางสาวสุรางคณา คงเพชร
เกิดวันที่ : 14 กันยายน 2532
พ.ศ. 2554 : สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาโทจิตวิทยา
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปัจจุบัน : เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY