



บทที่ 2

## วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Gittleman-Klein (1977) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะจิตใจของบุคคลผู้นั้นต่อความไม่เป็นสุขหรือความระทมทุกข์

จากคำกล่าวข้างต้น Angold (1988) ได้นำมาวิเคราะห์ว่าสามารถที่จะพิจารณาภาวะซึมเศร้าได้เป็น 2 ประการคือ ประการแรก หมายถึง ระดับ ชนิด หรืออาการที่ปรากฏออกมาในความรุนแรงที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือทางจิตใจ อีกประการหนึ่งภาวะซึมเศร้า คือ พยาธิสภาพที่แสดงถึงการลดลงของระดับความพึงพอใจ (hedonic level) ขาดความสนใจ ความสามารถลดลง ซึ่งทั้งหมดนี้อยู่ในสภาวะของความไม่สบายใจ และความเจ็บปวดทางใจ ประการหลังนี้จะประกอบไปด้วยอาการต่าง ๆ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามผู้วินิจฉัย

Carlson และ Cantwell (1980) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้า โดยได้แยกความแตกต่างระหว่าง

1. อาการของภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับส่วนประกอบเพียงส่วนเดียวของ dysphoric mood
2. กลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มของอาการและอาการแสดงซึ่งมักจะเกิดร่วมกัน
3. ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า โดยพิจารณาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของครอบครัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตอบสนองต่อการรักษา

ความหมายของภาวะซึมเศร้านี้ จะเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการพิจารณา การเกิด

ภาวะซึมเศร้าซึ่ง Angold (1988) ได้แสดงข้อคิดเห็นไว้ว่า

1. ภาวะซึมเศร้า เป็นรายละเอียดของระดับต่ำสุดของการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามปกติ ซึ่งหมายถึงเป็นความระทมทุกข์ในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นได้
2. ภาวะซึมเศร้า เป็นรายละเอียดของความไม่เป็นสุข ความเศร้าหรือความเจ็บปวดทางใจ ซึ่งตอบสนองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การตายจากความล้มเหลวในการกระทำสิ่งที่สำคัญ ๆ
3. ภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะหนึ่ง (trait) ซึ่งหมายถึง ลักษณะของสภาวะ anhedonic ต่อเนื่องกันตลอดในแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นความคิดรวบยอดของ "depressive personality disorder"
4. ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่แสดงออกของแต่ละบุคคล หมายถึง พยาธิสภาพของอารมณ์เศร้า ซึ่งควรจะเรียกว่าอารมณ์เศร้า (depressed mood) แทนคำว่า ภาวะซึมเศร้า (depression) อารมณ์เศร้าจะเบี่ยงเบนจากภาวะปกติทั้งในลักษณะและ หรือปริมาณ (qualitative or quantitative)

ปริมาณที่เบี่ยงเบนออกไปมี 2 ชนิดคือ

1. การเบี่ยงเบนของความรุนแรงในที่นี้อารมณ์เศร้าจะหมายถึง อารมณ์ที่ดูเหมือนว่าจะมีลักษณะเหมือนสภาวะอารมณ์ต่ำที่เกินปกติ แต่จะมีความรุนแรงมากกว่าที่คิดไว้
  2. มีการเบี่ยงเบนในปริมาณในระยะเวลาของสภาวะอารมณ์ต่ำ ซึ่งเกิดจากสิ่งเร้าบางอย่างซึ่งคาดหวังว่าจะทำให้เกิดความไม่เป็นสุขใจในระยะเวลาที่จำกัด
- ปริมาณที่เบี่ยงเบนไปนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินความรุนแรงของอารมณ์เศร้า

ลักษณะที่เบี่ยงเบนไป หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในลักษณะของอารมณ์เศร้า เช่น ความรู้สึกที่แตกต่างจากอารมณ์เศร้า หรือความระทมทุกข์ตามปกติทั้งในความรุนแรง และระดับของความรู้สึก

5. ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย โดยจะหมายถึง มีการเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของปกติ ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (depressive disorder) จะพบในกลุ่มของการเกิดพยาธิสภาพทางจิตอื่น ๆ หรือพบตามลำพัง ซึ่งเป็นการยากที่จะทราบว่าพยาธิสภาพทางจิตนั้น ๆ จะทำให้เกิดความผิดปกติของภาวะซึมเศร้ามากน้อยเพียงใด เช่น ใน

รายของความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเกร และภาวะซึมเศร้า

6. ภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการซึ่งมักจะพบร่วมกัน ซึ่งเรียกว่ากลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่จำเป็นจะต้องเกิดพยาธิสภาพทางจิต (psychopathology) ร่วมด้วย

7. ภาวะซึมเศร้า เป็นโรคซึ่งพบในบางรายของความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (depressive disorder) จะพบพยาธิสภาพทางจิตเกิดร่วมด้วย

### ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

มีผู้ทำการศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไว้หลายท่านด้วยกัน แต่ผลที่ได้ออกมาแตกต่างกันมากตั้งแต่ 2% (Rutter, 1979, Koplán, Hong, Weinhold, 1984) จนกระทั่งมากกว่า 50% (Kashani, Corlson, Beck et al, 1987) ความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับการใช้หลักเกณฑ์วินิจฉัยที่แตกต่างกันหรือแตกต่างกันในคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้า (Kutcher and Marton, 1989)

จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของหลาย ๆ ท่านพอจะสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าจะสูงขึ้นจากวัยก่อนวัยรุ่น (pre-adolescent) ไปสู่วัยรุ่น (adolescent) ซึ่งจะได้ชี้ให้เห็นในผู้หญิง เช่น ในการศึกษาของ Rutter (1970, 1976) พบว่า depressive illness พบได้น้อยมากในเด็กอายุ 10-11 ปี และพบได้น้อยในวัยรุ่นช่วงอายุ 14-15 ปี

Albert และ Beck (1975) ทำการศึกษาในวัยรุ่น 11-15 ปี โดยใช้แบบสอบถาม BDI (Beck Depression Inventory) พบค่าเฉลี่ยที่ได้ในกลุ่มสูงกว่าค่าปกติที่พบในผู้ใหญ่เล็กน้อย 1 ใน 3 ของวัยรุ่นที่ศึกษา พบว่า มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงปานกลาง จนกระทั่งรุนแรงมาก เด็กที่โตกว่าจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า และผู้หญิงจะมีคะแนนสูงกว่าเด็กผู้ชายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่มีอายุมากขึ้น

Rutter และคณะ (1970) พบว่า ในเด็กวัยรุ่นมีการเพิ่มขึ้นอย่างมากของภาวะซึมเศร้าทุกชนิดอย่างมาก จากการศึกษาในเด็กอายุ 10 ปี มีเด็ก 3 คนเท่านั้นที่มีความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เด็กอายุ 14-15 ปี มี 9 คน และอีก 26 คน มีความผิดปกติทางอารมณ์

ร่วมกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

Pearce (1977) พบว่า ในวัยก่อนวัยรุ่น 10% มีประสบการณ์ของอาการของภาวะซึมเศร้า ในขณะที่มีวัยหลังเข้าสู่วัยรุ่นพบถึง 25% ในวัยก่อนวัยรุ่นผู้ชายมีแนวโน้มที่จะมีอาการของภาวะซึมเศร้ามากกว่าในเด็กผู้หญิง ในวัยหลังวัยรุ่น อาการของภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในวัยรุ่นเพศหญิง

Rutter และคณะ (1979) พบว่าอัตราความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (depressive disorders) จะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าในเด็กที่มีอายุระหว่าง 10-14 ปี

Offord และคณะ (1987) พบอัตราเพิ่มของ dysthymia ในเด็กที่มีอายุ 12-15 ปี โดยเปรียบเทียบเด็กผู้หญิงอายุ 4-11 ปี ในการศึกษาของ Kinorring และคณะ (1987) พบอัตราเพิ่มขึ้น 10 เท่าในเด็กวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี โดยเปรียบเทียบเด็กวัยรุ่นหญิงอายุ 10-11 ปี

ดังจะเห็นได้ว่าอัตราของความชุกจะแตกต่างกันมากในแต่ละการศึกษา ซึ่งขึ้นอยู่กับรูปแบบของการศึกษา แต่สิ่งที่มีส่วนคล้ายกันคือ อัตราความชุกจะขึ้นสูงสุดในผู้ที่มีอายุ 18-24 ปี (Fredricks, Anchensel and Clark, 1981)

ส่วนการศึกษาทางด้านคลินิกพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่พบได้เสมอในระหว่างวัยรุ่น โดยจะพบได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Angold, 1988) การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกโดยใช้วิธีสัมภาษณ์โดยตรงในเด็กและวัยรุ่น พบความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าประมาณ 30% (Strober, Green, and Carlson, 1981) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยวัยรุ่นมาเข้ารับการรักษาตัวด้วย ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าประมาณ 40% ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด (Hudgen, 1974)

สำหรับในประเทศไทย วาสนา ศรีมณี และพิศมัย คูพิทักษ์ (2513) ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชเด็กในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ผลที่ได้แปรตาม

กลุ่มอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.84 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ผลที่ได้แปรตามกลุ่มอายุ พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในช่วงอายุ 15-24 ปี ถึงร้อยละ 25.46 ของจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 716 คน

### ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย

Hyde, Trupin และ Michill (1986) ได้รายงานว่ามีคนพบ major depression 20% ของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเกเร (delinquency) Chiles และคณะ (1980) ได้ศึกษาวัยรุ่นในโครงการบ้านพักอาศัยของเด็กที่มีพฤติกรรมเกเร (delinquent residents of a training school) พบ major depression 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หรือ 25% ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับ Kashani และคณะ (1980)

### อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

การศึกษาของ Strober, Green และ Carlson (1981) และ Friedman และคณะ (1983) ได้เปรียบเทียบอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่พบว่า มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น การประเมินค่าของตนเองในด้านลบ (negative self evaluation), anhedonia และขาดความสนใจในกิจกรรมประจำวัน อารมณ์เศร้าและแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายจะพบได้เสมอทั้งในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่ และจะมีอาการแสดงออกทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (insomnia) และพลังงานลดลง อย่างไรก็ตาม Kutcher และ Maton (1989) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีอาการบางอย่างที่แตกต่างจากที่พบในผู้ใหญ่ เช่น การนอนน้อยลง (hyposomnia) ซึ่งเป็นลักษณะของการนอนผิดปกติที่พบในผู้ใหญ่ แต่การนอนหลับที่มากเกินไปจะเป็นอาการแสดงที่พบได้ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้วัยรุ่นจะมีอาการแสดงออกทางร่างกายน้อยกว่าอาการแสดงออกทางด้านความรู้สึกนึกคิด (cognitive symptoms) เช่น ขาดความกล้า หมดหวัง และการประเมินค่าของตนเองต่ำมากไปกว่านั้น ความรู้สึกเศร้าจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกอ้างว้าง กระสับกระส่าย หรือเบื่อ Innar Simopoulos และ Osborn (1979) รายงานว่า 70% ของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะแสดงออกมาทางความรู้สึกนึกคิดในทางลบ (negative cognitive sets) มีเพียง 40% เท่านั้น



ที่มีอาการแสดงออกทางด้านประสาท (neurovegetative symptoms) ของการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และ anergia Carlson และ Strober (1979) Imadar (1979) และ Hudgens และคณะ (1974) ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่มายังโรงพยาบาลมีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่าและอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (diurnal mood variation) และมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ Rutter (1979) ได้ทำการศึกษากับเด็กวัยรุ่นอายุ 14-15 ปี ใน Isle of Wight พบว่า 2 ใน 5 หรือมากกว่ามีบางครั้งที่เขาารู้สึกมีความทุกข์มากจนกระทั่งร้องไห้หรือจนกระทั่งอยากจะหนีไปจากทุกคนและทุก ๆ สิ่ง 1 ใน 4 รายงานว่ามี sense of reference 1 ใน 5 รู้สึกว่าตัวเองลดค่าลง และ 1 ใน 12 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และจากการกรอกแบบสอบถามตนเองของวัยรุ่น แสดงให้เห็นความรู้สึกเศร้าหรือทุกข์ และตื่นเช้าผิดปกติมากกว่าที่มารดาของเด็กวัยรุ่นจะสังเกตเห็น และ Rutter (1984) กล่าวว่า inner turmoil แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกทุกข์ และรู้สึกตัวเองลดค่าลงและน่าที่จะถูกหัวเราะเยาะ ความรู้สึกนี้พบได้มากในเด็กอายุ 14 ปี

Glazer (1968) ได้กล่าวว่ามีอาการของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่ไม่เหมือนกับอาการที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ เช่น พฤติกรรมต่อต้านสังคม กลัวโรงเรียน (school phobia) อาการทางกาย (psychosomatic symptoms) และความบกพร่องของความสามารถในการเรียน (learning difficulties) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ปกคลุมภาวะซึมเศร้าไว้ เรียกว่า "masking symptom" ที่พบได้ในวัยรุ่นที่มี major depressive disorder Puig-Antich (1982) พบว่า เด็กก่อนวัยรุ่นชายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาพฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorder) 37% ในขณะที่เด็กผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าไม่พบพฤติกรรมแปรปรวนเลย Mitchell และคณะ (1988) ได้รายงานผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorder) พบ 26% ของเด็กก่อนวัยรุ่นชายและไม่พบในเด็กก่อนวัยรุ่นหญิง ในกลุ่มวัยรุ่นชายและหญิงมีอัตราการเกิดพฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorder) ร่วมกับอารมณ์เศร้า 10% และ 17%, Chiles, Miller และ Cox (1980) พบว่า 23% ของเด็กอายุ 13-15 ปี 128 คน มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมร่วมกับ major affective disorder Howton และคณะ (1982) รายงานว่า ในกลุ่มของวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนมากจะมีการพยายามกระทำซ้ำอีกครั้งภายใน 1 ปี และมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน เช่น หนีโรงเรียน ลักขโมย ดิดสารเสพติด

ทะเลาะวิวาท และเป็นปัญหาที่สำรวจ Marriage, Fine, Moretti และ Haley (1986) ได้ทำการศึกษาเด็กและวัยรุ่นจำนวน 60 คน มี 11 คนที่มีปัญหา affective disorder ร่วมกับพฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorder) และอาการของความรุนแรง ความคิดที่อยากฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะของพฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorder) ร่วมกับ affective disorder และแนะนำว่าในกลุ่มนี้มีอัตราเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าในกลุ่มอื่น ๆ

### ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่สำคัญมีดังนี้

1. อายุ ภาวะซึมเศร้าดูเหมือนว่าจะพบได้น้อยในวัยก่อนวัยรุ่น ซึ่ง Angold (1988) รายงานว่าพบได้ประมาณต่ำกว่า 1-5% และ Rutter และคณะ (1976, 1979, 1980, 1986) ได้ทำการศึกษาในเด็กอายุ 10 ปี และต่อเนื่องไปอีก 4 ปี ใน Isle of Wight พบว่าการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอีก 10 เท่า และอัตราของอาการของภาวะซึมเศร้าสูงมาก Shaffer (1986) พบว่าการฆ่าตัวตายพบได้น้อยมากขึ้นในช่วงวัยรุ่น แต่ถึงอย่างไรก็ตาม Kaplan และคณะ (1984) กล่าวว่ายังไม่ทราบระยะเวลาที่แน่นอนในการเข้าสู่วัยรุ่น

Gordon และคณะ (1982) กล่าวว่า ในเด็กผู้ชายที่เข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าปกติจะก่อให้เกิดปัญหาความยุ่งยากแก่จิตใจได้ การเจริญเติบโตที่ช้า การมีสิว น้ำหนักเพิ่ม และด้านมที่โตขึ้น ในเด็กผู้ชายจะทำให้เกิดปัญหาได้ หรือการเจริญเติบโตของด้านมที่มากผิดปกติในเด็กผู้หญิงก็อาจทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ กลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก โดยจะเปรียบเทียบการเจริญเติบโตทางร่างกายกับเพื่อนไม่ว่าจะเกิดความแตกต่างจากความเป็นจริงหรือจินตนาการจะนำไปสู่ความรู้สึกด้อย (inferiority) ขาดความมั่นใจในตนเอง

2. เพศ ในช่วงวัยก่อนวัยรุ่น อัตราของภาวะซึมเศร้าและการเกิดอาการในเพศหญิง : เพศชาย จะเท่ากับ 1 : 1 (Rutter et al. 1970, Kashani et al, 1983) แต่สำหรับในวัยหนุ่มสาว (young adult hood) มีช่วงของการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ชายและในผู้หญิงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (Weissman & Klerman, 1978) Angold (1988) จึงกล่าวว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอายุจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผลของการเข้าวัยรุ่น (effects of puberty) Rutter และคณะ (1976,

1979, 1980) ทำการศึกษาต่อเนื่องใน Isle of Wight พบว่า เด็กชายอายุ 14-15 ปี ความรู้สึกของภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์ต่อการเข้าสู่วัยรุ่นมากกว่าความสัมพันธ์กับเพศ Dweck และคณะ (1978) กล่าวว่าจะมีการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิงมากกว่าในวัยรุ่นชาย และพบว่า ปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลต่อเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กผู้ชาย บทบาทที่ต่างกันจะทำให้เด็กผู้หญิงประสบความยุ่งยากมากกว่า

3. เศรษฐฐานะ Kaplan และคณะ (1984) พบว่า วัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีเศรษฐานะต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเมื่อศึกษาโดยการปรับเพศ และอายุแล้ว Schoenbach และคณะ (1982) ศึกษาในเด็กอายุ 12-15 ปี ที่มีฐานะยากจนจะมีอาการของภาวะซึมเศร้าสูง แต่ Kandel และ Davies (1982) พบว่า รายได้ของครอบครัวหรือระดับการศึกษาของบิดา ไม่มีผลต่อระดับของภาวะซึมเศร้าในเด็ก โรงเรียนมัธยม 8000 คน

4. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว (family psychiatric history and family functioning) มีหลายการศึกษาที่พบว่า เด็กที่มาจากครอบครัวที่บิดามารดา มีความผิดปกติทางด้านจิตเวช จะมีโอกาสในการเกิดความผิดปกติทางจิตเวชมากกว่าในเด็กที่มีบิดามารดาปกติ Beardslee และคณะ (1983) พบว่า 40% ของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า มีความผิดปกติทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่ง และ Weissman และคณะ (1984) พบว่า จะมีการเพิ่มของอัตราเสี่ยงของความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีบิดามารดา มีภาวะซึมเศร้า

ในครอบครัวที่มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ (functioning) จะเป็นสาเหตุของปัญหาทางจิตเวชของเด็ก (Rutter, 1981) โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า Raskin และคณะ (1971) Weissman และคณะ (1972) และ Cox และคณะ (1987) ต่างให้คำแนะนำว่าผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงออกของทักษะในการเป็นบิดามารดาที่ไม่ดี เช่น เดียวกันกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่อสังคม Rutter และ Quinton (1984) กล่าวว่า ระดับความผิดปกติของการทำหน้าที่ทางจิตและสังคม (psychosocial function) จะมีความสำคัญมากกว่าการวินิจฉัยโรคในการทำนายความผิดปกติของเด็ก



กลไกของการเจ็บป่วยทางจิตเวชของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวยังไม่กระจ่างชัด อาจจะเป็นจากกรรมพันธุ์ หรืออาจจะมีผลต่อบัจจัยทางด้านพลวัตของครอบครัว (family dynamic factors) ซึ่งจะมีผลต่อพยาธิสภาพทางจิตของเด็กรที่มีภาวะซึมเศร้า

มีการศึกษาที่มุ่งสนใจไปยังผู้ปกครองที่มีโรคประสาทหรือ anxious-withdraw หรือ inhibited Hewitt & Jenkin (1946) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุม (controlling) และการจำกัด (restrictive) และการยับยั้งอย่างมาก (over inhibited) พบว่า การก้าวร้าวหรือเด็กที่เกรงจะมีการจำกัดและความคุมระเบียบวินัยมากกว่า Hetherington และ Martin (1979) พบว่า เด็กก่อนวัยรุ่นชายที่แยกตัวเองมากจากบ้านที่มีมารดาเป็นใหญ่ (dominate mother) มากกว่าจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว และเด็กที่แยกตัวเองอีกกลุ่มหนึ่งจะมีลักษณะความสัมพันธ์กับมารดาแบบใกล้ชิดและอบอุ่น

La Roche (1989) ได้กล่าวว่า การที่บิดามารดาที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชจะมีผลต่อเด็กและครอบครัวดังนี้คือ

- 1) ทศนคติและความไร้ความสามารถของบิดามารดาจะมีผลต่อการพัฒนาการของเด็ก (Brody and Forehand, 1986) Kochanska และคณะ (1987) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบมารดาที่ปกติกับมารดาที่เป็น unipolar และ bipolar depression ว่าความรู้สึกนึกคิดต่อภาวะซึมเศร้าจะถูกกระจายไปสู่การรับรู้ของเด็กหรือไม่ พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้ามี่ความพึงพอใจต่อการพัฒนาทางอารมณ์และสังคมน้อยกว่า
- 2) ระดับของความเครียด Hammen และคณะ (1987) กล่าวว่า ความเครียดเรื้อรัง และอาการซึมเศร้าของมารดาอย่างต่อเนื่องจะทำนายความไร้ความสามารถ (dysfunction) ในหน้าที่ของเด็กได้มากกว่าในมารดาที่มีประวัติเป็นความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า
- 3) การสื่อสารภายในครอบครัว (family communication) La Roche และคณะ (1987) กล่าวว่า ครอบครัวที่มีปัญหาในการแสดงออกของอารมณ์และการสื่อสารจะพบได้ในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเป็นโรค manic-depressive
- 4) บัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า (precipitating environmental factors) มีการศึกษาหลายแบบและหลายการวัดที่พยายามจะศึกษาถึงผลของการตายจาก การแยกจาก และการหย่าร้างของบิดามารดา และเหตุการณ์ในทางลบที่มีผลต่อเด็ก Van

Eerdewegh และคณะ (1982) พบว่าความเศร้า (sadness) การร้องไห้ การหงุดหงิด จะพบได้ 70% ของเด็กที่บิดามารดาตายจาก (ในเด็กอายุ 2-17 ปี อายุเฉลี่ย 11 ปี) ใน 1 เดือน หลังจากการตายจาก หลังจากนั้นจะลดลงเหลือ 43% เมื่อ 13 เดือนผ่านไป ซึ่งจะไม่มากกว่าในกลุ่มควบคุมที่บิดามารดาไม่ได้ตายจาก การนอนลำบาก การอยากอาหารลดลง พฤติกรรม แยกตัว และความโกรธ จะพบได้บ่อยในกลุ่มเด็กที่บิดามารดาตายจาก Hetherington และคณะ (1982) พบว่า อารมณ์เศร้าและความวิตกกังวลพบได้บ่อยมาก แต่จะมีอัตราของความผิดปกติทางพฤติกรรมและไม่แน่ใจว่ามีจำนวนเด็กเหล่านี้ที่ปกป้องความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าไว้ และระดับความรุนแรงของความผิดปกติจะสัมพันธ์กันอย่างมากต่อความขัดแย้งของบิดามารดาในอดีต และต่อเนื่องมาในปัจจุบัน Block และคณะ (1986) พบว่าเด็กที่มาจากผู้ปกครองหย่าร้าง จะมีรูปแบบของพฤติกรรม เบี่ยงเบนตั้งแต่ก่อนที่บิดามารดาของเขาจะหย่าร้าง

5) ชนิดของบุคลิกภาพต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติของบุคลิกภาพ ได้รับความสนใจเป็นอันมาก Friedman และคณะ (1983) รายงานจากการศึกษาประวัติผู้ป่วยย้อนหลัง พบว่า มีอัตราส่วนของวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าจะมี borderline personality disorder ด้วยการเกิดร่วมกันของ borderline personality disorder กับความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า จะเป็นสิ่งที่ย่นตรายมาก เช่น ผู้ป่วยจะมักมีการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง แต่ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง borderline personality disorder กับความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Robbin และคณะ (1983) พบว่ามีบุคลิกภาพแปรปรวนหลายชนิดที่พบได้ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยได้ศึกษาในวัยรุ่นกลุ่มเล็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการ endogenous major depression

ในการศึกษาของ Kutcher และ Marton (1989) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ลักษณะของบุคลิกภาพ ในวัยรุ่นที่มารับการรักษาด้วยความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วย นอกโดยใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM III และได้ทำการตรวจสอบบุคลิกภาพ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์และให้ทำแบบทดสอบ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมี axis II personality disorder ที่พบบ่อยได้แก่ borderline และ avoidant personality disorder ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า เราพบว่าบุคลิกภาพแปรปรวนที่มีผลต่อการแสดงอาการของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ การพึ่งพา และ emotional reactivity

### การวัดภาวะซึมเศร้า

การวัดภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธีด้วยกัน แต่วิธีการใช้ check lists และ rating scale ได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในแผนกจิตเวชเด็กเพราะว่าเป็นวิธีที่ประหยัด และใช้ได้อย่างกว้างขวางในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ สำหรับในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบ CES-D ซึ่งเป็น rating scale ชนิดหนึ่ง

CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) (Radloff, 1977, Weissman, 1977) ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยจะถามถึงความนึกคิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกายที่เกิดขึ้น เป็นจำนวนวัน/สัปดาห์

ลักษณะของแบบทดสอบ CES-D เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health) ปรับปรุงรวบรวมมาจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลายของ Beck (1961), Raskin (1969), Zung (1965) และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Dahlstrom, 1960) ประกอบด้วยอาการของภาวะซึมเศร้า 4 กลุ่ม คือ

- กลุ่มความนึกคิด (cognitive beliefs) มี 7 ข้อ ได้แก่ หงุดหงิด ความดี  
สมาธิ ความหวัง ความล้มเหลว ผู้คนไม่เป็นมิตร และไม่มีใครชอบ
- กลุ่มอารมณ์ความรู้สึก (affective feelings) มี 7 ข้อ ได้แก่ หม่นหมอง  
หดหู่ หวาดกลัว อังว้าง สนุกสนาน ไม่มีความสุข
- กลุ่มพฤติกรรม (behavioral manifestation) มี 2 ข้อ ได้แก่ พุดคุยน้อย  
ร้องไห้
- กลุ่มอาการทางกาย (somatic disturbance) มี 4 ข้อ ได้แก่ เบื่ออาหาร  
ฝันใจ นอนไม่หลับ และอ่อนเปลี้ยเพลียแรง

คำถามแบ่งเป็น positive 4 ข้อ (ความดี ความหวัง ความสุข ความสนุกสนาน) และแบบ negative 16 ข้อ ซึ่งเรียงกระจายปะปนกัน CES-D เป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบทำ

แบบทดสอบเอง (self-report questionnaire) ผู้ตอบเลือกความถี่ของอาการหรือความรู้สึกชนิด negative มี 4 ระดับดังนี้ คือ ไม่เคยเลย (คะแนน = 0) นาน ๆ ครั้ง (คะแนน = 1) ค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) บ่อย ๆ (คะแนน = 3) ส่วนคำถามแบบ positive 4 ข้อ ซึ่งได้แก่ ข้อ 4, 8, 12, 16 การให้คะแนนจะกลับตรงกันข้ามกับที่กล่าวมา คะแนนรวมแบบสอบถามจึงเป็นได้ตั้งแต่ 0-60 โดยใช้จุดตัด (cut-off Score) เท่ากับหรือมากกว่า 16 คะแนน เป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า (Radloff, 1977) ดวงใจ กสานติกุล และคณะ (2529) ได้ทำการศึกษาหาความเที่ยงตรง โดยนำไปทดสอบกับนักศึกษาวิทยาลัยพณิชยการพระนครที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 30 คน โดยถือว่าสุขภาพจิตปกติ และอีกส่วนหนึ่งนำไปทดสอบกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่มีอายุในเกณฑ์เดียวกัน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตามหลักการของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder III ว่าเป็นโรคซึมเศร้าพบว่า ผลของการทดสอบทางสถิติสรุปได้ว่า แบบทดสอบ CES-D มีความเที่ยงตรงจริงโดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่านักศึกษาที่ถือว่า มีสุขภาพจิต อารมณ์ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$  value  $< .05$ ) และหาความเชื่อถือได้ (reliability) พบว่า มีความเชื่อถือได้คือ ได้ค่า  $\alpha$ -coefficient เท่ากับ .82 Schoenbach และคณะ (1983) ได้นำเอา CES-D ไปใช้ในเด็กวัยรุ่นอายุ 12-15 ปี ได้ค่า item-scale correlation มากกว่า .50 และ inter-item correlations ได้ค่า  $\alpha$ -coefficient เท่ากับ .85 ธวัชชัย วรพงษ์ธร และคณะ (2533) ได้ทำการศึกษาคุณลักษณะความตรงของแบบทดสอบ CES-D โดยได้ทำการศึกษาในนักศึกษาวิทยาลัยครูหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต ภาค ปกติชั้นปีที่ 1-4 มีอายุระหว่าง 18-24 ปี ในวิทยาเขตของกรุงเทพมหานคร วิทยาลัยครูภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีอาการซึมเศร้าอย่างแท้จริง จากคลินิกจิตแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า คุณลักษณะความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา = 0.86 ซึ่งถือว่าค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์สูงใกล้เคียงกับค่าความเที่ยงของต้นฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.86 (Radloff, 1977) คุณลักษณะความตรงในการจำแนก พบว่า คะแนนเฉลี่ยของ CES-D ที่ได้จากเด็กวัยรุ่นที่อาการซึมเศร้าสูงกว่าคะแนนที่ได้จากกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยครูที่มีสุขภาพจิตปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.0005$  คุณลักษณะความตรงตามโครงสร้างของแบบสอบถาม ในต้นฉบับ Radloff (1977) ได้วิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างโดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ แบบเทคนิค principal component factor analysis และหมุนแกนองค์ประกอบโดยวิธี normal varimax rotation สามารถแยกองค์ประกอบที่



ชัดเจนออกมาได้ใน 4 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบมีข้อความที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ตั้งแต่ .40 ขึ้นไป Radloff ได้กำหนดชื่อองค์ประกอบที่ 1 ถึง 4 คือ ความรู้สึกในทางเศร้า (depressed affect) ความรู้สึกในทางสดชื่น (positive affect) อาการเรื่องช้าหงอยเหงา (somatic and retarded activity) และความสัมพันธ์บุคคล (inter-personal) ตามลำดับ

สำหรับการศึกษานี้ ได้วิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างของแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า CES-D ฉบับภาษาไทย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ และการหมุนแกน เช่นเดียวกับ Radloff ทุกประการ ผลการวิเคราะห์โดยยึดค่าน้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละข้อความตั้งแต่ .40 ขึ้นไป สามารถแยกองค์ประกอบได้ 4 องค์ประกอบเช่นเดียวกับต้นฉบับ แต่เมื่อพิจารณาข้อความในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า มีเพียงองค์ประกอบที่ 2 เท่านั้นที่มีข้อความสอดคล้องตรงกับต้นฉบับ ส่วนในอีก 3 องค์ประกอบที่เหลือมีข้อความที่แตกต่างไปจากต้นฉบับบ้าง

เมื่อพิจารณาข้อความในองค์ประกอบที่ 1 ซึ่งมีชื่อว่า ความรู้สึกในทางเศร้า ในต้นฉบับประกอบด้วยข้อความ 6 ข้อ (เหม่อลอย หดหู่ ล้มเหลว อ้างว้าง ร้องไห้ไม่มีความสุข) แต่ในฉบับภาษาไทยมีความตรงกับต้นฉบับทั้ง 6 ข้อ และมีข้อความเพิ่มรวมเข้ามาอีก 6 ข้อ (หาตกใจ ไม่มีสมาธิ ผื่นใจ ไม่มีความเป็นมิตร ไม่ชอบ และห้อย) รวมเป็นทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งมากกว่าต้นฉบับเดิม

สำหรับในองค์ประกอบที่ 2 มีชื่อว่า ความรู้สึกในทางสดชื่น ประกอบด้วยข้อความ 4 ข้อ (ความดี ความหวัง ความสุข และความสนุกสนาน) ซึ่งตรงกันในทั้ง 2 ฉบับ

ในองค์ประกอบที่ 3 มีชื่อว่า อาการเรื่องช้าและหงอยเหงา ในต้นฉบับประกอบด้วยข้อความ 7 ข้อ (หงุดหงิด เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ ผื่นใจ นอนไม่หลับ พุดน้อย และห้อย) แต่ในฉบับภาษาไทย มีเพียง 3 ข้อ (หงุดหงิด เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ) ซึ่งทั้ง 3 ข้อนี้เป็นข้อความตรงกับต้นฉบับ

ในองค์ประกอบที่ 4 ชื่อ ความสัมพันธ์บุคคล ในต้นฉบับมีข้อความ 2 ข้อ (ไม่มีความ



เป็นมิตร และไม่ชอบ) แต่ในฉบับภาษาไทยมีเพียงข้อความเดียว (พูดน้อย) ซึ่งไม่ตรงกับข้อความในต้นฉบับ

### วัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย

Rutter and Giller (1983) กล่าวว่า การเกิดพฤติกรรมเกเร (delinquency) จะมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง แต่ส่วนมากเด็กผู้กระทำผิดมักจะไม่ได้รับการลงโทษ แต่อย่างไรพฤติกรรมเกเร (delinquency) บางคนจะเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial Behavior) แต่พบไม่บ่อยที่กลายมาเป็นอาชญากรรมที่รุนแรง ส่วนใหญ่พฤติกรรมเกเร (delinquency) ที่ทำผิดกฎหมายจะเปลี่ยนแปลงรูปแบบชีวิตที่ต่อต้านสังคม ในระหว่างช่วงอายุ 20 ปี

รูปแบบของการกระทำพฤติกรรมเกเร (delinquency) จะเปลี่ยนแปลงไปที่น่าสังเกตคือ มีการเพิ่มขึ้นของการหนีเรียน อาชญากรรมที่รุนแรงจะเพิ่มขึ้นสูงมากในระหว่างวัยรุ่น และจะสูงสุดประมาณใกล้อายุ 20 ปี พฤติกรรมที่มีปัญหา เช่น การดื่มสุรา การติดยา จะกลายเป็นปัญหาในวัยหนุ่มสาวตอนต้น พฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorders) จะเกิดขึ้นครั้งแรกในวัยรุ่นตอนต้นหรือวัยรุ่นตอนกลาง ซึ่งต่างกับในวัยเด็กตอนต้นในเรื่องของปัจจัยพื้นฐาน

การที่จะพิจารณาว่าพฤติกรรมใดเป็นปัญหาหรือพฤติกรรมใดที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมเกเร (delinquency) ได้มีนักวิชาการได้ให้คำจำกัดความไว้หลายท่าน เช่น

Hurlock (1973) กล่าวว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กวัยรุ่น หมายถึง พฤติกรรมที่สร้างความเดือดร้อนและรบกวนผู้อื่น

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2521) กล่าวว่า วัยรุ่นที่เป็นปัญหาได้แก่วัยรุ่นกลุ่มที่ไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาชีวิตประจำวันของตนได้ จึงหาทางออกด้วยการประพฤตินำความเดือดร้อนมาสู่ตนเอง ครอบครัว สังคม จนถึงขั้นเป็นภัยต่อสังคม

สุรางค์ และสุชา จันทน์เอม (2521) กล่าวว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาหมายถึงพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้เด็กปรับตัวต่อชีวิตภายนอกได้ยาก และการมีพฤติกรรมเช่นนั้นทำให้เด็กขาดความสุขในขณะนั้น หรือในเวลาต่อมา และพฤติกรรมนั้นเป็นที่หนักใจหรือขัดต่อบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม

ส่วนพฤติกรรมที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมเกเร (delinquency) ได้มีนักวิชาการให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

Spiegel (1977) กล่าวว่า ขุอาชญากร (juvenile delinquency) หมายถึง ผู้ที่กระทำความผิดกฎหมายซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 10 ปีถึง 17 ปี ซึ่งหลังจากการสอบสวนพบความละเอียดต่อการกระทำผิดนั้น ซึ่งการกระทำผิดนั้นถ้าพบในผู้ใหญ่จะเรียกว่า อาชญากร

สุรางค์ และสุชา จันทน์เอม (2521) กล่าวว่า พฤติกรรมเกเรคือพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมาในลักษณะที่ต่อต้านสังคม (antisocial behavior) และเป็นภัยต่อสังคม

### อัตราการกระทำความผิดในเด็กวัยรุ่น

Forrington (1981) ได้ทำการศึกษาบุคคลต่าง ๆ ในแต่ละอายุในเกาะอังกฤษและเวลส์ในปี 1977 และสถิตินี้ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง พบว่า ประชากรผู้ชาย 44% เคยกระทำความผิดกฎหมายอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต และ 22% ของจำนวนนี้กระทำความผิดก่อนที่จะถึงอายุ 21 ปี ในขณะที่ผู้หญิงกระทำความผิดเป็นจำนวน 15% และ 4.7% กระทำความผิดก่อนที่จะถึงอายุ 21 ปี

Lewis และคณะ (1979) ได้กล่าวถึง รายงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจในอังกฤษ ไว้ว่า ในปี 1981 พบว่า คดีอาชญากรรมที่รุนแรง 18.4% เกิดจากเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี และในจำนวนนี้ 4.8% เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี มีการประกอบอาชญากรรมถึง 38.7% เด็กผู้ชายที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ในจำนวนนี้เคยก่ออาชญากรรมรุนแรงมากกว่า 8 ครั้ง ซึ่งเหมือนกันในเด็กผู้หญิง ซึ่งเด็กเหล่านี้เคยก่ออาชญากรรมโดยเฉลี่ย 4 ครั้ง และพบว่าสถิติการเกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial behavior) ในเด็กวัยรุ่นจะแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ในเขตเมืองจะมีอัตราการก่ออาชญากรรมรุนแรงมากกว่าในชนบท 10 เท่า และ

มากกว่าในเขตรอบเมือง 5 เท่า

Lewis (1979) ยังได้กล่าวถึงการศึกษาระยะยาวของ Wolfangs ในการศึกษาถึงพฤติกรรมที่รุนแรงของวัยรุ่น พบว่าเด็กผู้ชาย 9,945 คนในฟิลาเดลเฟีย ซึ่งเกิดในปี 1945 มีจำนวน 3,475 คน (35%) ได้เคยกระทำผิดกฎหมาย 1 ครั้งหรือมากกว่านั้นก่อนจะถึงวันเกิดครบรอบ 18 ปี และในจำนวนนี้ 627 คน (18%) เป็นผู้กระทำผิดกฎหมายเรื้อรัง (chronic offender) และผู้กระทำผิดกฎหมายเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะมาจากกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ และพื้นฐานส่วนน้อยในเรื่องการเรียนในระดับต่ำ และเริ่มที่จะมีพฤติกรรมเกรี้ยวกราดในกลุ่มอื่น และในการศึกษาคั้งนี้พบว่า ผู้กระทำผิดตั้งแต่อายุน้อย (juvenile offender) จะเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมต่อต้านสังคมในอนาคต

ส่วนสถิติการกระทำผิดกฎหมายของวัยรุ่นที่ถูกจับส่งต่อมายังสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง ในปี พ.ศ. 2530 พบว่ามีเด็กอายุ 7-14 ปี จำนวน 498 คนเป็นผู้ชาย 433 คน ผู้หญิง 65 คน วัยรุ่นอายุ 15-18 ปี จำนวน 1,696 คน เป็นผู้ชาย 1,556 คน ผู้หญิง 140 คน

### ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย

จากการศึกษาของสมจิต วัฒนาชยากุล และคณะ (2525) เรื่องการวิเคราะห์เกี่ยวกับการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนจากศาลคดีเด็กและเยาวชนกลาง พบว่า ผู้กระทำผิดส่วนใหญ่เป็นเยาวชน (คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 14-18 ปี) และในบรรดาเยาวชนผู้กระทำผิด เยาวชนชายกระทำความผิดสูงกว่าเยาวชนหญิงมาก ไม่ว่าจะเป็นเยาวชนหญิงหรือชายเรื่องที่กระทำผิดสูงสุดคือ ลักทรัพย์ รองลงมาเป็นความผิดกรณียาเสพติดและช่องโจร ในการกระทำผิดผู้กระทำผิดมักกระทำร่วมกับผู้อื่นมากกว่าคนเดียว พื้นฐานการศึกษาของผู้กระทำผิดประมาณ 50% ของผู้กระทำผิด เป็นผู้ที่มีการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือประมาณ 75% ของผู้กระทำผิด เป็นผู้ที่มีการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 เยาวชนที่กระทำผิดส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่บิดามารดามีอาชีพรับจ้างหรือค้าขาย เด็กและเยาวชนที่มาจากครอบครัวเกษตรกรจะกระทำผิดกัมน้อย เด็กและเยาวชนที่กระทำผิดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับบิดามารดา แต่มักจะขาดความเอาใจใส่ ความรัก และความอบอุ่นจากครอบครัว สาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เด็กและเยาวชน

กระทำความผิดมีหลาย ๆ สาเหตุ และจำนวนผู้กระทำความผิดอันเป็นผลเนื่องมาจากแต่ละสาเหตุก็แตกต่างกันไป แต่สาเหตุสำคัญที่เป็นส่วนผลักดันให้เด็กและเยาวชนกระทำความผิดคือ สิ่งชักจูงจากภายนอก ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญกว่าความยากจนหรือภาวะทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะกรณีผู้กระทำความผิดครั้งแรก ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเศรษฐกิจกับจำนวนผู้กระทำความผิดปรากฏว่าผลที่ออกมาั้นไม่เป็นแบบเดียวกัน แสดงว่าความยากจนไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของการกระทำความผิด ความยากจนนั้นอาจเป็นแต่เพียงปัจจัยที่มีความสำคัญอันหนึ่งเท่านั้น และจะต้องมีปัจจัยอย่างอื่นมาประกอบด้วยจึงจะมีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้เกิดการกระทำความผิดขึ้นได้ แต่ถ้าเป็นความผิดครั้งหลัง ๆ ความยากจนหรือภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่สำคัญมากพอควร เด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีฐานะพอมีพอใช้ สภาพทางร่างกายหรือสภาพจิตใจของเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดไม่ได้แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปแต่อย่างใด สถิติปัญหาของเด็กและเยาวชนพวกนี้ส่วนใหญ่ก็อยู่ในระดับปานกลาง เด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดมักจะเป็นพวกที่มีอาชีพรับจ้างหรือไม่มีงานทำซึ่งมีอยู่ถึง 65.6% ผู้กระทำความผิดที่เป็นนักเรียนก็มีมากพอสมควร คือมีถึง 21.6% ซึ่งผู้ที่เป็นนักเรียนส่วนใหญ่คือประมาณ 78% ของนักเรียนที่กระทำความผิดจะกระทำความผิดเพียงครั้งเดียว เบอร์เซนต์ของผู้กระทำความผิดซ้ำมีไม่มากนัก คือ ประมาณ 32% ของผู้กระทำความผิด และในบรรดาผู้กระทำความผิดซ้ำมีถึง 41.9% เป็นเพราะความยากจน ผู้ที่กระทำความผิดเนื่องจากถูกชักจูงมีสูงที่สุด ผู้ที่กระทำความผิดโดยสันดานนิสัยหรือทำไปโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์มีพอ ๆ กัน ซึ่งน้อยกว่าผู้กระทำความผิดเนื่องจากการถูกชักจูงแต่มากกว่าผู้กระทำความผิดโดยความจำเป็น และผู้กระทำความผิดส่วนใหญ่ประมาณ 80% ก็ไม่ได้เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดหรือแหล่งเสื่อมโทรม สำหรับแนวโน้มของจำนวนผู้กระทำความผิดในอนาคตยังเป็นสิ่งที่คาดหมายได้ยาก เพราะรูปแบบของจำนวนผู้กระทำความผิดในแต่ละชนิดของการกระทำความผิดยังไม่เด่นชัดเท่าที่ควร

นเรศ สุริยกาญจน์ และคณะ (2528) ได้ทำการศึกษาคุณลักษณะบุคลิกภาพ CPI ของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรมีแนวโน้มเป็นบุคคลที่ขาดวุฒิภาวะทางด้านสังคมไม่สามารถแสดงออกทั้งแนวความคิดและพฤติกรรมต่อตัวเอง และสภาพแวดล้อมทางสังคม ขาดความซื่อสัตย์ ไม่ตระหนักถึงคุณค่าทางศีลธรรม ส่วนในมาตรการได้มาซึ่งฐานะ พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรนั้นมีแนวโน้มเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ขี้อาย มีกิริยาท่าทางและความสนใจค่อนข้างจำกัด งุ่มง่าม เคอะเขิน และหงุดหงิดเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ในมาตรการอยู่ร่วมกันพบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรมีแนวโน้ม

เป็นบุคคลที่ขาดความสามารถในการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ขุ่นเหงิง สับสน ไม่เป็นระเบียบ และขาดความอดทน ในมาตราความรู้สึกมีความสุข พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเร มีแนวโน้มเป็นบุคคลที่ขาดความสุข มีความรู้สึกนึกคิด และมีพฤติกรรมคับแคบ ขาดความกระตือรือร้น และชอบบ่งกันตนเอง ในมาตราประสิทธิภาพทางด้านสติปัญญา พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรนั้นมีแนว โนมเป็นบุคคลที่มีมีความกระตือรือร้น ไม่สามารถใช้สติปัญญาที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ และขาดจุดมุ่งหมายปลายทางของตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเด็กที่มีพฤติกรรมเกเรนั้น มีการปรับตัวที่ไม่ดีทำให้ไม่มีความสุข ขาดความกระตือรือร้น มีความคิดและพฤติกรรมคับแคบ ในมาตราการสร้างความประทับใจที่ดี พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเร มีแนว โนมเป็นบุคคลที่ไม่สามารถสร้างความประทับใจที่ดี มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแบบห่างเหินและเย็นชา ไม่สนใจความต้องการและความจำเป็นของผู้อื่น และเป็นบุคคลที่ชอบยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ในมาตราความรับผิดชอบ พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรมีแนว โนมขาดความสนใจและรับผิดชอบในหน้าที่ เป็นบุคคลที่ไม่สามารถไว้วางใจได้ ในมาตราการบังคับตนเอง พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรมีแนว โนมเป็นบุคคลที่หุนหัน ใจเร็ว ฉุนเฉียวง่าย จลตาดแกมโกง สนุกสนาน หรือผลประโยชน์ต่อตนเองมากเกินไป ในมาตราความยืดหยุ่น พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรมีแนว โนมเป็นบุคคลที่ไม่สามารถปรับแนวความคิดและพฤติกรรมทางสังคม ได้อย่างเหมาะสม ไม่มีความยืดหยุ่นและชอบวิตกกังวล ในมาตราความใฝ่สัมฤทธิ์ โดยอิสระ โดยไม่ต้องอาศัยใคร พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรนั้นมีแนว โนมเป็นบุคคลที่ขาดความริเริ่ม ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นบุคคลที่ชอบจ้านนและปฏิบัติตามผู้มีอำนาจ ขาดความเข้าใจตนเอง ในมาตราความชอบมีอำนาจเหนือผู้อื่น พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรมีแนว โนมเป็นบุคคลที่ขาดความเพียรพยายามชอบหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ตึงเครียด หรือสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ในมาตราความอดทนใจกว้าง พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรมีแนว โนมเป็นบุคคลที่ขาดความอดทนใจแคบเอาแต่ใจตนเองไม่ค่อยยอมรับกฎเกณฑ์ทางด้านสังคม ในมาตราความใฝ่สัมฤทธิ์โดยเอาอย่างหรือปฏิบัติตามผู้อื่น พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมเกเรมีแนว โนมเป็นบุคคลที่ขาดพลังจูงใจและเพียรพยายาม เอาแต่ใจตนเอง ไม่เห็นคุณค่าของการร่วมกิจกรรม