

11-1-2009

Prevalence of depression of girls in Thanyaporn Foster Home

R. Srithong

D. Kasantikul

V. Prachuabmoh

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



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

Recommended Citation

Srithong, R.; Kasantikul, D.; and Prachuabmoh, V. (2009) "Prevalence of depression of girls in Thanyaporn Foster Home," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 53: Iss. 6, Article 7.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol53/iss6/7>

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

ความชุกภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับ เด็กหญิงบ้านธัญญพร

ฤทัยรัตน์ ศรีทอง*

ดวงใจ กสานติกุล** วิพรรณ ประจวบเหมาะ***

Srithong R, Kasantikul D, Prachuabmoh V. Prevalence of depression of girls in Thanyaporn Foster Home. Chula Med J 2009 Nov - Dec; 53(6): 519 - 29

- Objective** : *To study the prevalence and factors related to depression of girls in Thanyaporn Foster Home.*
- Research design** : *Quantitative methods.*
- Subjects** : *Ninety-seven girls in Thanyaporn Foster Home were the subjects in this study.*
- Methods** : *A questionnaire to elicit personal data and the CES-D (Center for epidemiologic Studies Depression Scale) were used for data collection which were analyzed by means of descriptive statistics chi-square test, Fisher's exact test.*
- Results** : *The prevalence of depression in girls at Thanyaporn Foster Home for Girls was 60.8 %. The factors related to depression were found to be education. Those who were attending elementary schools or lower level institutions were found to be more depression than those in secondary schools. The relation between them was statistically significant. ($p < 0.05$).*

* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** วิทยาลัยประชากรศาสตร์ อัคราวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Conclusion : *The result of the study shows that children living in the foster home for girls had depression more than the others. Therefore, the mental health of those girls should be improved, including arranging training programs or seminars on children's mental health for caregivers to reduce the degrees of violence that may occur.*

Keywords : *Prevalence, Depression.*

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

Received for publication. March 15, 2009.

ฤทัยรัตน์ ศรีทอง, ดวงใจ กสานติกุล, วิพรรณ ประจวบเหมาะ. ความชุกภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2552 พ.ย. - ธ.ค.; 53(6): 519 - 29

- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร
- รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยเชิงปริมาณ
- กลุ่มตัวอย่าง** : เด็กที่อยู่ในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพรทั้งหมด จำนวน 97 คน
- วิธีการศึกษา** : การวิจัยเชิงปริมาณเป็นการศึกษาความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็ก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ เด็กที่อยู่ในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพรทุกคนโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ Chi-Square Test, Fisher's Exact test
- ผลการวิจัย** : พบว่าความชุกภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร คิดเป็นร้อยละ 60.8 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การศึกษาของเด็ก ซึ่งพบว่าเด็กที่เรียนในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีภาวะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กที่เรียนในระดับมัธยมศึกษา
- สรุปผลการศึกษา** : การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า เด็กในสถานแรกรับเด็กมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กทั่วไป ดังนั้นควรจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่เด็กในกลุ่มนี้ รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตในเด็ก เพื่อลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้
- คำสำคัญ** : ความชุก, ภาวะซึมเศร้า.

เด็กและเยาวชนเป็นทรัพยากรที่สำคัญของชาติ เพราะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในทุก ๆ ด้าน แต่ปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตของเด็ก และเยาวชน มีแนวโน้มสูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าก็เป็นปัญหาทางจิตเวช ที่สำคัญ เนื่องจากอาจเกิดความสูญเสียต่อสังคมและประเทศได้ จากสถิติทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายที่พบถึงร้อยละ 80 สำหรับประเทศไทยกรมสุขภาพจิต ได้มีการสำรวจพบว่า⁽²⁾ ประชากรไทยอายุ 15 - 59 ปี จำนวน 1.2 ล้านคนกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และมีการศึกษา ในกลุ่มวัยรุ่นพบว่าร้อยละ 30 - 40 เข้าข่ายโรคซึมเศร้า⁽³⁾ ซึ่งเด็กเมื่อเกิดปัญหาขึ้นไม่สามารถจัดการ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้เด็กเป็นทุกข์ ท้อแท้ สิ้นหวัง และโดดเดี่ยวจึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง อาจนำไปสู่ภาวะการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด เนื่องจากพัฒนาการ ของเด็กและเยาวชนเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งต้องมี การปรับตัวอีกหลายอย่าง ทำให้เกิดความเครียดความวิตกกังวล และทำให้เกิดความอ่อนแอ จากรายงานผลการวิจัยทุนองค์กรอนามัยโลก ปี 2541 พบปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น (31%) พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง (5%) การใช้สารเสพติด (1 - 44%) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง อย่างเช่น นี้ออกจากบ้าน เทียบกลางคืน มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แม้ปัญหาเหล่านี้จะไม่ได้เป็นปัญหาสุขภาพจิตโดยตรง แต่อาจนำไปสู่ปัญหาจิต-สังคมได้หลายอย่าง เช่น การล่องละเมิดทางเพศ การใช้สารเสพติด การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การใช้อาวุธ การถูกทารุณกรรม และ ปล่อยปละละเลย เป็นต้น

ซึ่งปัญหาเหล่านี้ควรจะได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเด็กเหล่านี้ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะด้านจิตใจที่ต้องให้การดูแลรักษาเป็นอย่างมาก การศึกษาภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็ก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและให้เข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของปัญหา และเพื่อเป็น

ประโยชน์ในการดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ เด็กเหล่านี้ และยังทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองของเด็ก หรือแม้กระทั่งผู้ให้การดูแลในสถานแรกรับ เด็กได้ให้ความสำคัญกับโรคทางจิตเวช และนำเด็กเข้าสู่กระบวนการรักษามากขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ในรูปแบบของการสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2551

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเด็กหญิงทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพรจำนวน 97คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กจึงไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงเก็บตัวอย่างทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามชนิดตอบเอง : ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของเด็กที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เช่น อายุ การศึกษา สถานภาพ ลักษณะครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น รวมทั้งหมด จำนวน 23 ข้อ

1.2 แบบทดสอบ CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย ความเที่ยงของ CES-D วัดโดย Cronbach' Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 คะแนนรวมแบบสอบถามมีตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน การแปลผลจุดตัดคะแนนอยู่ที่ 22 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า⁽⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาร่วมกับสถิติเชิงวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซีมเศร้าโดยใช้สถิติ Chi-Square test, Fisher's Exact test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 97 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 58.7 มีอายุอยู่ในช่วง 13 - 15 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 51.5 และรองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต

กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 51.5 และร้อยละ 93.8 นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 39.2 เป็นบุตรคนโต ประมาณ 4 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคหอบหืด ร้อยละ 8. สำหรับระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในสถานแรกรับส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 61.9 เป็นการเข้ามาอยู่เป็นครั้งแรก สำหรับสาเหตุของการเข้ามาอยู่พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 49.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

| ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| อายุ (ปี) ($\bar{X} = 14.52$ S.D = 0.6334)(N = 97) | | |
| 10 - 12 | 14 | 14.4 |
| 13 - 15 | 57 | 58.7 |
| 16 หรือ สูงกว่า | 26 | 26.9 |
| การศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียน | 3 | 3.1 |
| กำลังเรียน | 82 | 84.5 |
| เคยเรียนแต่ตอนนี้ไม่ได้เรียน | 12 | 12.4 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียน | 3 | 3.1 |
| ประถมศึกษาต้น | 8 | 8.3 |
| ประถมศึกษาปลาย | 4 | 4.1 |
| มัธยมศึกษาต้น | 50 | 51.5 |
| มัธยมศึกษาปลาย | 32 | 33.0 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 91 | 93.8 |
| คริสต์ | 2 | 2.1 |
| อิสลาม | 4 | 4.1 |
| ภูมิลำเนา | | |
| กรุงเทพมหานคร | 50 | 51.5 |
| ต่างจังหวัด | 47 | 48.5 |
| ลำดับบุตร | | |
| คนที่ 1 | 38 | 39.2 |
| คนที่ 2 | 36 | 37.1 |
| คนที่ 3 - 7 | 23 | 23.8 |

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|------------|--------|
| ระยะเวลาในการเข้ามาอยู่ (ปี) | | |
| 0 - 1 | 79 | 81.4 |
| > 1 - 2 | 7 | 7.2 |
| > 2 - 3 | 6 | 6.2 |
| > 3 | 5 | 5.2 |
| สาเหตุของการเข้ามา | | |
| ถูกทอดทิ้ง | 5 | 5.2 |
| ถูกทำร้ายร่างกาย | 24 | 24.7 |
| ถูกล่วงละเมิดทางเพศ | 25 | 25.8 |
| พฤติกรรมการก้าวร้าว | 48 | 49.5 |
| ติดเกมส์ / หนีเรียน | 29 | 29.9 |
| ติดยาเสพติด | 18 | 18.6 |
| เที่ยวกลางคืน / มั่วสุม | 10 | 10.4 |

ปัจจัยด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 34 รองลงมา คืออยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว ร้อยละ 24.7 ซึ่งจำนวน ครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาอย่าร้างกัน และกว่า ร้อยละ 40 ของบิดามารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา อายุของบิดาอยู่ในช่วง 41- 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.2 ส่วนอายุมารดาอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.5 ซึ่งส่วนใหญ่บิดามารดาประกอบอาชีพรับจ้าง มี รายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน สำหรับประวัติการใช้ สารเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างบิดาและพี่น้องใช้นูหรือ เป็นส่วนใหญ่ แต่พบว่ามารดาติ่มสุรามากที่สุดดัง ตารางที่ 2

สำหรับภาวะซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้า จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 ซึ่งมีคะแนนของภาวะ ซึมเศร้าเฉลี่ย 26.42 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6 คะแนนสูง

สุดเท่ากับ 51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.872 ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อภาวะ ซึมเศร้า พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า เพียงปัจจัยเดียว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เรียนในระดับประถม ศึกษาหรือต่ำกว่า มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 31 คน คิดเป็น ร้อยละ 72.1 ส่วนคนที่เรียนในระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อภาวะ ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.041$)

ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ คือ สถานภาพสมรส การศึกษา อายุ อาชีพ รายได้ ของบิดามารดา ผู้เลี้ยงดู เด็ก และการใช้สารเสพติดในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ ต่อภาวะซึมเศร้าอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติแต่อย่างใด ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว

| ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|------------|--------|
| อาชีพของมารดา | | |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 8 | 8.2 |
| ค้าขาย | 8 | 8.2 |
| รับจ้าง | 71 | 73.2 |
| เกษตรกรรม | 2 | 2.1 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 8 | 8.2 |
| อายุของบิดา (ปี) | | |
| 20 - 30 | 13 | 13.4 |
| 31 - 40 | 37 | 38.1 |
| 41 - 50 | 40 | 41.2 |
| 51 ปีขึ้นไป | 7 | 7.2 |
| อายุของมารดา (ปี) | | |
| 20 - 30 | 21 | 21.6 |
| 31 - 40 | 50 | 51.5 |
| 41 - 50 | 20 | 20.6 |
| 51 ปีขึ้นไป | 6 | 6.1 |
| รายได้ของบิดา (บาท / เดือน) | | |
| 0 - 5000 | 64 | 66.0 |
| 5,001 - 10,000 | 29 | 29.9 |
| 10,001 - 25,000 | 3 | 3.0 |
| >25,000 | 1 | 1.0 |
| รายได้ของมารดา (บาท / เดือน) | | |
| 0 - 5,000 | 73 | 75.3 |
| 5,001 - 10,000 | 20 | 20.6 |
| 10,001 - 25,000 | 3 | 3.0 |
| >25,000 | 1 | 1.0 |

ตารางที่ 3. แสดงข้อมูลจำนวนและค่าร้อยละของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพรที่มีภาวะซีมเศร้าและไม่มีภาวะซีมเศร้า

| N = 97 | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------|------------|--------|
| มีภาวะซีมเศร้า | 59 | 60.8 |
| ไม่มีภาวะซีมเศร้า | 38 | 39.2 |

(\bar{x} = 26.42, Min = 6, Max = 51, SD = 10.872)

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

| ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97) | ไม่มีภาวะซึมเศร้า n (ร้อยละ) | มีภาวะซึมเศร้า n (ร้อยละ) | df | X ² | P-value |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----|----------------|------------------------------|
| อายุ (ปี) | | | | | |
| 10 - 12 | 6 (42.9) | 8 (57.1) | 2 | 2.243 | .326 |
| 13 - 15 | 25 (43.9) | 32 (56.1) | | | |
| 16 หรือมากกว่า | 7 (26.9) | 19 (73.1) | | | |
| การศึกษา | | | | | |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 2 (13.3) | 13 (86.7) | 1 | | |
| มัธยมศึกษา | 36 (43.9) | 46 (56.1) | | | Fisher's Exact Sig. = 0.041* |
| ลำดับบุตร | | | | | |
| คนที่ 1 | 12 (31.6) | 6 (68.4) | 2 | 1.518 | .468 |
| คนที่ 2 | 16 (44.4) | 20 (55.6) | | | |
| คนที่ 3 ขึ้นไป | 10 (43.5) | 3 (56.5) | | | |
| ระยะเวลาในการเข้ามาอยู่ | | | | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน | 24 (40.0) | 36 (60.0) | | | |
| 6 เดือน - 1 ปี | 6(31.6) | 13 (68.4) | 2 | .687 | .709 |
| มากกว่า 1 ปี | 8(44.4) | 10 (55.6) | | | |
| สาเหตุของการเข้ามา | | | | | |
| ถูกทอดทิ้ง | 1 (20.0) | 4 (80.0) | 1 | | |
| | | | | | Fisher's Exact Sig. = 0.645 |
| ถูกทำร้ายร่างกาย | 10 (41.7) | 14 (58.3) | 1 | .883 | .773 |
| ถูกล่วงละเมิดทางเพศ | 6 (20.0) | 19 (80.0) | 1 | 2.756 | .097 |
| พฤติกรรมก้าวร้าว | 18 (37.5) | 30 (62.5) | 1 | .112 | .738 |
| ติดเกมส์ | 10 (34.4) | 19 (65.6) | 1 | .205 | .651 |
| ติดยาเสพติด | 12 (66.6) | 6 (33.4) | 1 | 1.569 | .210 |
| เที่ยวกลางคืน/มั่วสุม | 6 (66.6) | 4 (33.4) | 1 | | |
| | | | | | Fisher ' Exact Sig. = 0.643 |

p < 0.05 *

ตารางที่ 5. ร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนครอบครัว

| ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97) | ไม่มีภาวะซึมเศร้า n (ร้อยละ) | มีภาวะซึมเศร้า n (ร้อยละ) | df | X ² | P-value |
|--|---------------------------------|------------------------------|----|----------------|----------------------------|
| สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง | | | | | |
| อยู่ด้วยกัน | 16 (38.1) | 26 (61.9) | 1 | .036 | .849 |
| หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย | 20 (36.4) | 35 (63.6) | 2 | .685 | .710 |
| ผู้เลี้ยงดู | | | | | |
| พ่อและแม่ | 12 (36.4) | 21 (63.6) | | | |
| พ่อหรือแม่คนเดียว | 14 (45.2) | 17 (54.8) | | | |
| ปู่ย่า/ตายาย/ลุงป้า/น้าอา/ พี่น้อง/อื่น ๆ | | | | | |
| ระดับการศึกษาของบิดา | | | | | |
| ประถมศึกษา | 18 (43.9) | 23 (56.1) | 2 | 1.697 | .428 |
| มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา | 13 (31.7) | 28 (68.3) | | | |
| ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า | 7(46.7) | 8 (53.3) | | | |
| ระดับการศึกษาของมารดา | | | | | |
| ประถมศึกษา | 19 (39.6) | 29 (60.4) | 2 | 1.929 | .381 |
| มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา | 11 (32.4) | 23 (67.6) | | | |
| ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า | 8 (53.3) | 7 (46.7) | | | |
| อาชีพของบิดา | | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 7 (63.6) | 4 (36.4) | 1 | | |
| ประกอบอาชีพ | (36.0) | 55 (64.0) | | | Fisher' Exact Sig. = 0.308 |
| อาชีพของมารดา | | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 4 (50.0) | 4 (50.0) | 1 | | |
| ประกอบอาชีพ | 34 (38.2) | 55 (61.8) | | | Fisher' Exact Sig. = 0.297 |
| อายุของบิดา (ปี) | | | | | |
| 20 - 30 | 8 (61.5) | 5 (38.5) | 2 | 3.797 | .150 |
| 31 - 40 | 15 (40.5) | 22 (59.5) | | | |
| 41 ขึ้นไป | 15 (31.9) | 32 (68.1) | | | |
| อายุของมารดา (ปี) | | | | | |
| 20 - 30 | 10 (47.6) | 11 (52.4) | 2 | | |
| 31- 40 | 24 (48.0) | 26 (52.0) | | | Fisher' Exact Sig. = 0.336 |
| 41 ขึ้นไป | 14 (15.4) | 22 (84.6) | | | |
| รายได้ของบิดา (บาท/เดือน) | | | | | |
| 0 - 5000 | 26 (40.6) | 38 (59.4) | 1 | .166 | .684 |
| 5,001 ขึ้นไป | 12 (36.4) | 21 (63.6) | | | |
| รายได้ของมารดา (บาท/เดือน) | | | | | |
| 0 - 5000 | 25 (34.2) | 48 (65.8) | 1 | 3.008 | .083 |
| 5,001 ขึ้นไป | 13 (54.2) | 11 (45.8) | | | |
| | | | | | Fisher' Exact Sig. = 0.559 |

วิจารณ์ผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญพร ร้อยละ 60.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายในสถานฝึกและอบรมบ้านกรุดา สถานแรกรับบ้านเมตตา สถานกักและอบรมบ้านอุเบกขา และสถานฝึกอบรมบ้านปรานี⁽⁵⁾ พบความชุกร้อยละ 66.3 และการศึกษาในต่างประเทศ⁽⁶⁾ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชในเด็กที่อยู่ระหว่างการคุมขังในสถานพินิจในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 41 ซึ่งพบว่ามีความชุกสูงกว่าการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี⁽⁷⁾ ที่พบความชุกร้อยละ 14.49 และการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัญหาพฤติกรรม และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี⁽⁸⁾ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.9 จะเห็นได้ว่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้านั้นมีความแตกต่างกันค่อนข้างมากอย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ทำในกลุ่มเด็กที่ต้องแยกจากครอบครัว ด้วยสาเหตุต่าง ๆ เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวถูกทำร้ายร่างกาย ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ถูกทอดทิ้ง ตัดยาเสพติด ติดเกมและมั่วสุมเที่ยวกลางคืน ทำร้ายตัวเอง เป็นต้น ซึ่งมีความแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่าง และพฤติกรรมดังกล่าว อาจพัฒนาให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่พฤติกรรม การฆ่าตัวตายได้ Beck AT.⁽⁹⁾ อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้ หมดหวัง มองอนาคตในแง่ลบ และ Rao U.⁽¹⁰⁾ ได้กล่าวว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษา อาจทำให้พบว่ามีภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่าเด็ก ในกลุ่มที่อยู่กับครอบครัวทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า

เพียงปัจจัยเดียว โดยผู้ที่เรียนในระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่เรียนในระดับมัธยมศึกษา ทั้งนี้อาจมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลให้เด็กกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าสูง ไม่ว่าจะเป็นการที่เด็กที่ไม่ได้เรียนหนังสือสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง ซึ่งเกิดจาก self image ของตนเองที่มองภาพพจน์ตนเองไม่ดี คิดว่าตัวเอง มีปมด้อยที่ไม่ได้รับการศึกษา และระดับการศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับอายุ กล่าวคือเด็กที่เรียนในระดับประถมศึกษาอยู่ในช่วงวัยเรียน ขณะที่เด็กที่เรียนในระดับมัธยมจะอยู่ในช่วงของวัยรุ่น ซึ่งในแต่ละวัยมีการแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันตามพัฒนาการ ในเด็กวัยเรียนอาจมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ค่อนข้างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา อุปมา⁽¹¹⁾

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพียงเด็กหญิงในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญพร เท่านั้น ซึ่งไม่สามารถเป็นตัวแทนของเด็กในสถานแรกรับในส่วนภูมิภาคได้ ดังนั้นจึงอาจมีการศึกษาที่ครอบคลุมไปถึงเด็กในสถานแรกรับอื่น ๆ เพิ่มเติม

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นมีความเปราะบางทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้การศึกษาหรือเก็บข้อมูลทางด้านจิต-สังคมนั้นเป็นเรื่องยาก เนื่องจากอาจมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงไม่ควรครอบคลุมถึงด้านจิต-สังคม

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจและมีการวางแผนในการดูแลเด็กกลุ่มนี้เนื่องจากพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ค่อนข้างสูง และเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระยะยาวโดยการติดตามถึงความเป็นอยู่ของเด็กที่ออกจากบ้านธัญพร

2. บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็ก ควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเด็กที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช

รวมทั้งอาจมีผู้ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์ พยาบาล ทางจิตเวช อยู่ประจำหน่วยงาน เป็นต้น ควรมีการเขียน รายงานอาการและปัญหาที่สำคัญให้จิตแพทย์รับทราบ และควรเป็นจิตแพทย์คนเดิมเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ควรให้ความสนใจเกี่ยวกับการศึกษาของเด็ก และจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กในกลุ่มเหล่านี้ เนื่องจากการศึกษามีผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็ก

4. สร้างทัศนคติที่ดีต่อเด็กที่มีปัญหาทางจิตเวช ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องดูแลเด็ก เพราะเมื่อบุคลากรมี ทัศนคติในทางบวกแล้ว จะทำให้เกิดความต้องการที่จะ ช่วยเด็กกลุ่มนี้อย่างแท้จริง

5. หน่วยงานควรมีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และสม่ำเสมอกับเด็กกลุ่มนี้ เพื่อให้เด็กสามารถปรับตัว เข้ากับสังคมได้ รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การจัดกิจกรรมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ร่วม ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนแนวคิด ให้ข้อเสนอแนะในการ ดำเนินการวิจัย รวมทั้งผู้ปกครองสถานแรกรับเด็กหญิง บ้านธัญญพรและกลุ่มตัวอย่างทุก ๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งและขอกราบ ขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

อ้างอิง

1. วีระวุฒิ เอกกมลกุล. พิษภัยของโรคซึมเศร้า. โกลัสมอ 2541 พ.ย.; 22(11): 85-6
2. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์แนวโน้มความเจ็บป่วย ทางจิตของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวง สาธารณสุข, 2541
3. ดวงใจ กษานติกุล. ตำราจิตเวชศาสตร์. สมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536
4. อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยะฉัตร หนะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะ ซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ประเทศไทย 2540 (ม.ค. - มี.ค.); 42(1): 2 - 13

5. วรพร อินทบุหรีน. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534
6. Domalanta DD, Risser WL, Roberts RE, Risser JM. Prevalence of depression and other psychiatric disorder among incarcerated youths. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003 Apr; 42(4): 477 - 84
7. ศิริอร ฤทธิ์ไตรรัตน์. ความชุกและปัจจัยของภาวะ ซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ใน เขตจังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวช ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2549
8. กัลญา แก้วอินทร์. ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรม ในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้นโรงเรียนขยายโอกาส ทางการศึกษาสังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดสิงห์บุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551
9. Beck AT. The Diagnosis and Management of Depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1973
10. Rao U, Hammen CL, Poland RE. Mechanisms underlying the comorbidity between depression and addictive disorders in adolescents: interactions between stress and HPA activity. Am J Psychiatry 2009 Mar; 166 (3): 361 - 9
11. นัยนา อูปมา. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรค หัวใจพิการแต่กำเนิด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2543