

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

##### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 97 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 58.7 มีอายุอยู่ในช่วง 13-15 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 51.5 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 51.5 และ ร้อยละ 93.8 นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 39.2 เป็น บุตรคนโต ประมาณ 4 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคหอบหืด ร้อยละ 8 สำหรับระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในสถานแรกรับส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ปี และมีจำนวนน้อยที่เข้ามาอยู่มากกว่า 3 ปี ในจำนวนนี้ ร้อยละ 61.9 เป็นการเข้ามาอยู่เป็นครั้งแรก รองลงมาเป็นการกลับมาอยู่เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 27.8 สำหรับสาเหตุของการเข้ามาอยู่พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 49.5 รองลงมา คือ ติดเกมส์หรือหนีเรียน ร้อยละ 29.9 และ ถูกลวงลະเมิตทางเพศร้อยละ 25.8

##### ข้อมูลด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

เด็กส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 34 รองลงมา คืออยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว ร้อยละ 24.7 ซึ่งจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาอยู่ร้างกันและส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อายุของบิดาอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.2 ส่วนอายุมารดาอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.5 ซึ่งส่วนใหญ่บิดามารดาประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน สำหรับประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง บิดา และ พี่น้องใช้บุหรี่เป็นส่วนใหญ่ แต่พบว่ามารดาดื่มสุรามากที่สุด

##### ความชุกของภาวะซึมเศร้า

เด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพรมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 59 คนคิดเป็นร้อยละ 60.8 ซึ่งมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 26.42 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.872

##### ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า การศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าเพียงปัจจัยเดียว

การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เรียนในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 ส่วนคนที่เรียนในระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 46 คน คิดเป็น

ร้อยละ 56.1 ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Fisher' Exact Sig. = 0.041)

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร ร้อยละ 60.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ วรพร อินทบุหรณ์ [24] ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายในสถานฝึกและอบรมบ้านกรูณา สถานแรกรับบ้านเมตตา สถานกักและอบรมบ้านอุเบกขา และสถานฝึกอบรมบ้านปรานี พบความชุกร้อยละ 66.3 ซึ่งใช้แบบสอบถาม CES-D มีจุดตัดคะแนนที่ 16 คะแนน และลำเจียก กำธร[25] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 86.4 Domalanta [46] ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชในเด็กที่อยู่ระหว่างการคุมขังในสถานพินิจในสหรัฐอเมริกาโดยใช้แบบวัด BDI พบว่า ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 25 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงร้อยละ 22 อรวรรณ หนูแก้ว[32] ศึกษาเปรียบเทียบความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ด้านปัจจัยสังคม ระหว่างเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ โดยใช้แบบวัด CDI พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดสระแก้วพบร้อยละ 58. และความชุกของภาวะซึมเศร้าของเด็กในครอบครัวปกติพบร้อยละ 20.8 ซึ่งพบว่ามีความชุกสูงกว่าการวิจัยของ ศิริอร ฤทธิ์ไตรรัตน์ [47] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี ในปี 2549 ที่พบความชุกร้อยละ 14.49 เช่นเดียวกับ กัลญา แก้วอินทร์[22] ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรีพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.9 อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล [9] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก (CDI เท่ากับ 15 ขึ้นไป) มีร้อยละ 40.8 และผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (CDI เท่ากับ 21 ขึ้นไป) มีร้อยละ 13.3 และ Garrison[48] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น พบร้อยละ 4.4 มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ปรีชาเมตตา[49] อรพรรณ เมฆสุภา[50] ภัทรินาฏ บุญชู [23] ช่อเพชร เบ้าเงิน[27] เรไร ที่ระทัศน์[51] วงเดือน บันดี[52] จะเห็นได้ว่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร่านั้นมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ทำในกลุ่มเด็กที่ต้องแยกจากครอบครัว ด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ถูกทอดทิ้ง ติดยาเสพติด ติดเกมส์หนีเรียนและ

มั่วสุมเที่ยวกลางคืน เป็นต้นซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ วรพร อินทพหฺร่น [24] และ อรวรรณ หนูแก้วศึกษา[32] Aron Beck[6] อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไรก็รู้สึกอย่างนั้น และความคิดบิดเบือนเป็นผลมาจากการมีประสบการณ์ชีวิตที่เลวร้าย ผู้ป่วยซึมเศร้ามี Cognitive Triad คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ และสมภพ เรื่องตระกูล [12] ได้กล่าวว่า สารเสพติดสุราและโคเคน อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีอาการเกิดซ้ำได้ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษา ซึ่งเด็กเหล่านี้อาจได้รับการกระทบกระเทือนในด้านจิตใจทำให้มองเหตุการณ์ที่ผ่านมาเป็นเรื่องเลวร้ายในชีวิตและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการที่ต้องแยกจากครอบครัวเพื่อเข้ามาอยู่ในสถานแรกรับ อาจทำให้พบว่ามีความซึมเศร้าที่สูงกว่าเด็กในกลุ่มที่อยู่กับครอบครัวทั่วไป อีกประเด็นหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้แบบสอบถามและจุดตัดของแบบสอบถามที่แตกต่างกันของผู้วิจัยอาจมีผลทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันได้ แต่อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาของ Pliszka [53] ซึ่งได้ศึกษาโรคทางจิตเวชของเด็กที่อยู่ในสถานพินิจในสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 ซึ่งเป็นอัตราที่ไม่สูงมาก

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

#### ปัจจัยด้านตัวเด็ก

อายุ ไม่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรพร อินทพหฺร่น[24] ประภัสสร สิริวิชัย[28] และศิริอร ฤทธิไตรรัตน์ [47] ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของนัยนา อุปมา[29] ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้มีการแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ช่วงอายุ 10-12 ปี , 13-15 ปีและ 16 ปีขึ้นไปตามพัฒนาการที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับนัยนา อุปมา[29] แต่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการประสบเหตุการณ์ที่กระทบจิตใจที่แตกต่างกัน ระยะเวลาที่ต้องเผชิญปัญหาที่ต่างกันอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ดังนั้นอายุอาจไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

การศึกษา พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งพบว่าเด็กที่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กที่เรียนในระดับมัธยมศึกษา ทั้งนี้อาจมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลให้เด็กกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าสูง ไม่ว่าจะเป็นการที่เด็กสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง ซึ่งเกิดจาก self image ของตนเองที่มองภาพพจน์ตนเองไม่ดี ขาดความมั่นคงทางจิตใจ คิดว่าตัวเองมีปมด้อยที่ไม่ได้รับการศึกษา อธิบายได้จากทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าในแง่ของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ว่า ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเมื่อ

ego รับรู้ถึงจุดหมาย และขณะเดียวกันก็รับรู้ถึงความไร้ที่พึ่งที่จะได้มา ego จะเกิดการไร้สมรรถภาพและความภูมิใจในตนเองก็จะเสียไป อาจกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และระดับการศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับอายุ กล่าวคือเด็กที่เรียนในระดับประถมศึกษาอยู่ในช่วงวัยเรียน ขณะที่เด็กที่เรียนในระดับมัธยมจะอยู่ในช่วงของวัยรุ่นซึ่งในแต่ละวัยมีการแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันตามพัฒนาการ ในเด็กวัยเรียนอาจมีการแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันตามพัฒนาการ ในเด็กวัยเรียนอาจมีการแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจนทำให้พบภาวะซึมเศร้าที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา อูปมา[29] แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีการศึกษาที่แตกต่างจากการการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งวรพร อินทพูนรัตน์ [24]พบว่าผู้ที่กำลังศึกษาพบภาวะซึมเศร้าที่สูงที่สุด การที่เด็กได้รับการเรียนหนังสือมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการเรียนหนังสือ อธิบายได้ว่าสถานการณ์ทางการศึกษามีแนวโน้มต่อการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต จากการเป็นนักเรียนมาสู่สถานพินิจและคุ้มครองเด็ก ทำให้รู้สึกผิดหวังต่ออนาคตของตนเองและมีแนวโน้มจะมองอนาคตในทางลบ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

**ลำดับบุตร และจำนวนพี่น้อง** พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ศิริอร ฤทธิไตรรัตน์ [47] แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้พบว่า คนที่เป็นบุตรคนโตมีภาวะซึมเศร้าที่สูงที่สุด

**โรคประจำตัว** พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรีนาฏ บุญชู [23] เช่นกัน แต่แตกต่างจากการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ [54] ได้ศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างหนึ่ง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงสามารถรักษาได้โดยไม่ยาก เช่น โรคหอบหืด ไชนิส เป็นต้น ซึ่งทำให้มีผลต่ออารมณ์ของเด็กน้อยกว่าโรคที่ร้ายแรง

**ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร** พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรพร อินทพูนรัตน์[31] ที่ศึกษาในวัยรุ่นที่อยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก แต่พบว่าเด็กส่วนมากที่เข้ามาอยู่ในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพรในช่วงไม่เกิน 1 ปี มีภาวะซึมเศร้าที่สูงที่สุด ซึ่งอาจเกิดจากการที่เด็กอาจจะผ่านเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ไม่นานหรือต้องแยกจากครอบครัวทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจทำให้พบภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

**สาเหตุของการเข้ามาอยู่ในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร** พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติรัตน์ สิริพทุภะวรรณ [31] ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคทาลัสซีเมียที่มีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศและทางกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้

พบว่าเด็กที่เข้ามาอยู่ด้วยสาเหตุการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ก็มีความใกล้เคียงกัน ที่ระดับ 0.097 ซึ่งอาจมีผลต่อ ภาวะซึมเศร้าได้ จะเห็นได้ว่าเด็กที่ถูกทารุณกรรมจะได้รับผลกระทบต่อจิตใจอันเป็นผลมาจากการ ได้รับประสบการณ์ที่เลวร้ายต่อชีวิต ทำให้มีการตีความทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาและ ในอนาคต โดยจะเกิดความรู้สึกกลัวจะมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับตนและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ต่ำเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้พบว่าการถูกทารุณกรรมไม่สัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับ รูปแบบการถูกทารุณกรรม ระยะเวลา และระดับความรุนแรง ของการถูกทารุณกรรมที่แตกต่างกันมากกว่า

### ปัจจัยด้านครอบครัว

สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่ง แตกต่างจากการศึกษาของอุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล[9] ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า ในเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า การที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิต หย่าร้างหรือแยก ทางกันมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้การสูญเสียบิดาหรือมารดา ไม่ว่าจะเกิดจาก การหย่าร้างหรือเสียชีวิต ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในเด็กได้และ ถือเป็นความเครียดในชีวิตของเด็ก แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจำนวนเด็กที่เกิดภาวะซึมเศร้า ของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่ากลุ่มเด็กที่บิดามารดาแยกกันอยู่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มเด็ก ที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กไม่มีคนที่คอยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจและให้ ความอบอุ่นจึงมีผลต่อภาวะอารมณ์ความรู้สึกของเด็กและส่งผลให้เกิดเกิดความคับข้องใจและ เก็บกดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

ระดับการศึกษาของบิดามารดา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา อุปมา [29] Kandell และ Davies [55] ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็น เพราะในปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่เทคโนโลยี ความรู้ สามารถเข้าถึงได้ ทุกๆ กลุ่มประชากร ทำให้มีความทัดเทียมกันมากขึ้น ดังนั้นบิดามารดาที่มีการศึกษาสูงหรือต่ำจึง ไม่ใช่องค์ประกอบที่ทำให้เด็กเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร ตรังค สมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล[9] ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าการศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เด็กที่บิดามารดามีระดับการศึกษาต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าที่สูง

อาชีพและรายได้ของบิดามารดา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 ปัจจัย ทั้งนี้อาชีพนั้นเป็นที่มาของรายได้ ดังนั้นปัจจัยทั้งสองจึงมีความเกี่ยวข้องกัน การประกอบ อาชีพแต่ละอาชีพมีความแตกต่างกันทั้งลักษณะการทำงานและรายได้ บิดา-มารดาของเด็ก

อาจจะมีความเครียดที่ต่างกัน แต่ทั้งนี้จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กหรือไม่จะขึ้นอยู่กับ การแสดงออกของบิดามารดาต่อตัวเด็ก รวมทั้งความรัก ความเข้าใจและความสัมพันธ์ที่ดีของ สมาชิกในครอบครัวมากกว่า ทำให้พบว่าไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของนัยนา อูปมา[29] ที่พบว่าเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าใน กลุ่มเด็กที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำจะพบเด็กมีภาวะ ซึมเศร้าที่สูงที่สุด ทั้งนี้ในกลุ่มเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งทำให้ต้องเสียค่ารักษาเป็นจำนวนมาก บิดามารดาอาจเกิดความตึงเครียด เมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ อาจ ส่งผลให้รู้สึกว่าเป็นภาระจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ จึงทำให้ผลการวิจัยนั้นแตกต่างกัน แต่ อย่างไรก็ตามการวิจัยในครั้งนี้พบว่า รายได้ของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ก็มีแนวโน้มใกล้เคียงกัน ที่ระดับ 0.083 ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะ ซึมเศร้าได้ พบว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทมีภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่ามารดาที่มีรายได้สูง กว่า ทั้งนี้ในกลุ่มเด็กที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ ทำให้ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพออาจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและมีปมด้อยซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกไม่ภูมิใจในตัวเอง รู้สึกไร้ค่าและเกิด ภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

**ประวัติการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว** การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าเด็กและบุคคลในครอบครัวมีการใช้สารเสพติดประเภท บุหรี่และสุรากันมากซึ่งการศึกษา ของ Uma Rao[56] พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น ซึ่งไม่ สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ที่สอดคล้องกับ การศึกษาของศิริอร ฤทธิไตรรัตน์[47] ซึ่งทั้งนี้ในส่วนของตัวเด็กเองในช่วงที่เก็บข้อมูลเด็กไม่ได้มี การใช้สารเสพติดเนื่องจากเข้ามาอยู่ในสถานแรกรับซึ่งมีการดูแลและกฎระเบียบที่เคร่งครัดไม่ให้ ใช้สารเสพติด ทำให้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการใช้สารเสพติดของ บุคคลในครอบครัวนั้นส่วนใหญ่เป็นสารเสพติดที่ไม่รุนแรง เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้นดังนั้นอาจไม่ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้

### อภิปรายผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

สรุปผลการสัมภาษณ์บุคลากรทั้งหมด 12 ท่านอาจสรุปข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่าทางด้าน ความรู้ที่ผู้วิจัยได้ประเมินทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ยารักษาโรคทางจิตเวชและวิธีการ ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช เนื่องจากทั้ง 3 ประเด็นนั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน จะเห็นได้ว่า บุคลากร ส่วนใหญ่นั้นมีความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐานคือ จะทราบถึงอาการแสดงออกของผู้ป่วยว่าเข้า ข่ายผู้มีความผิดปกติทางสุขภาพจิตแต่ไม่สามารถแยกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเวชชนิดใด หรือใน อาการเช่นนี้เป็นโรคทางจิตเวชหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สลิลลา มากะจันทร์[44] ที่

ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ เจตคติ และรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล สมเด็จพระยาและโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย คือ 6.960 ซึ่งส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง สำหรับสาเหตุของการป่วยนั้นมีสาเหตุ มาจากทั้งครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและตัวเด็กเอง (อลิสสา วัชรสินธุ)[57] ซึ่งการที่สามารถ ทราบถึงอาการเบื้องต้นทางด้านสุขภาพจิตนั้นก็เป็ประโยชน์ในการช่วยคัดกรองผู้ป่วยในเบื้องต้น และป้องกันไม่ให้เกิดอาการที่รุนแรงเพราะโรคทางจิตเวชนั้นเป็นโรคที่พบมากขึ้นในปัจจุบันซึ่งอาจ เกิดจากสภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้กระตุ้นอาการที่อาจแฝงอยู่ได้ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีการพบจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นแต่ประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องนี้กันอยู่มาก (สุวรรณี พุทธิศรีและศศิธร ยิ่งสาหรี่,2547) [36] การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชแก่ เจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม และจากข้อมูลที่ได้ พบว่า เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมทางสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยปีละ 1-2 ครั้งซึ่งเป็นการอบรมในเรื่องสุขภาพจิต กว้างๆ และเป็นระยะเวลาสั้นๆ อาจทำให้ได้รับความรู้ไม่เพียงพอ

สำหรับความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวชนั้นโดยส่วนใหญ่ทราบเพียงว่าเป็นยาที่ช่วยควบคุม อาการที่เกิดขึ้นให้ลดลงให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแต่ไม่ทราบถึงกลไกการออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียง ที่เกิดขึ้นแต่มีส่วน้อยที่ทราบผลข้างเคียงบางอย่างแต่ไม่ละเอียด รวมทั้งไม่ทราบชื่อยา ระยะเวลา ที่ต้องทานและข้อควรระวังในการให้ยา อย่างไรก็ตามทุกคนมีความเห็นพ้องกันว่ายาเป็นสิ่ง จำเป็นต้องทานอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์และเมื่อทานยาแล้วอาการดีขึ้นก็สามารถลดยา หรือหยุดยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สลิลลา มากะจันทร์[44] ที่พบว่าผู้ดูแลมีความคิด เช่นนี้ถึงร้อยละ 38.9

ทางด้านเจตคติของบุคลากรต่อการรักษาแล้วผู้วิจัยได้สอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในวิธีการ บำบัดผู้ป่วยทางจิตเวช ซึ่งทั้งหมดได้กล่าวถึงการบำบัดผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นต้องมีการใช้ยาในการ รักษา ซึ่งยานั้นมีความจำเป็นมากในการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงการรักษาด้วย ยาจะก่อให้เกิดผลดีและควบคุมอาการได้เร็วหากมีการใช้ยาในผู้ป่วยที่เป็นในระดับที่ไม่รุนแรง สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้แต่ในรายที่เป็นรุนแรงนั้นได้เพียงแค่ทุเลาลงเท่านั้น ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ สลิลลา มากะจันทร์[44] ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีเจตคติในทางบวกในการดูแล รักษาผู้ป่วย และการศึกษาของรุ่งศรี ศรีสุวรรณ[45] ที่ศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและต่อการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษา พบว่านักศึกษาพยาบาลมีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยในแง่บวกเป็น ส่วนใหญ่ นอกจากนั้นยังมีทัศนคติที่เห็นพ้องกันว่ากรทานยาในปริมาณที่มากหรือในระยะเวลาที่ นานเกินไปอาจมีผลข้างเคียงกับผู้ป่วย คือ อาจทำให้เกิดการติดยา เป็นโรคตับ โรคกระดูกพรุนหรือ โรคมะเร็ง เป็นต้น จึงไม่เห็นด้วยที่จะให้ใช้ยาตลอดชีวิต และอีกประเด็นหนึ่งคือ การที่เด็กทานยา ทางจิตเวชนั้นอาจทำให้เพื่อนล้อว่าเป็นคนบ้า ทำให้รู้สึกอายและไม่อยากที่จะทานยา บางครั้งต้อง

โน้มน้าวและอธิบายให้ผู้ป่วยและเพื่อนเข้าใจในสิ่งที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของสงัน สุวรรณเลิศ[58] ซึ่งได้ศึกษาทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วย พบว่า ญาติของผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาจากความรู้สึกอับอาย กลัวเสียประวัติ จากแนวคิดองค์ประกอบของเจตคติ Cognitive Component เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้หรือความเชื่อถือของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากบุคคลมีความรู้หรือเชื่อว่าสิ่งใดดี มักจะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ในทางตรงข้ามหากมีความรู้มาก่อนว่าสิ่งใดไม่ดีก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น นอกจากนี้ความคิดเห็นที่พบมากอีกอย่างคือ การที่บุคลากรกล่าวว่าเด็กจะได้รับยาไม่ตรงกับโรคที่เป็นเนื่องจากเด็กไปพบแพทย์อาจให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริงซึ่งอาจเกิดจากความเบื่อบ่อยของเด็ก การไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่เป็น การปฏิเสธอาการที่เป็น ความรู้สึกอายเพื่อน เป็นต้น ทำให้แพทย์อาจวินิจฉัยตามที่ได้บอกแล้วได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมได้รับยาตรงกับอาการที่เป็น ถึงแม้จะเชื่อในศักยภาพของแพทย์แต่ด้วยความที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมากทำให้รู้ถึงนิสัยและพฤติกรรมของเด็กทำให้มีความวิตกกังวลในเรื่องนี้พอสมควร ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สลิลลา มากะจันทร์[44] ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วยร้อยละ 86.9 รู้สึกว่าผู้ป่วยควรได้รับการเอาใจใส่ดูแล แต่ในระยะหลังได้มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยทุกครั้งที่ เด็กไปพบแพทย์จะต้องมีเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเด็กเข้าไปร่วมให้ข้อมูลด้วยทุกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงที่สุด

ด้านการปฏิบัติของบุคลากรต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวชนั้น บุคลากรทุกคนเห็นถึงความสำคัญของการให้เด็กทานยาให้ครบ โดยมีวิธีและขั้นตอนที่คล้ายๆกัน คือ จะเก็บยาไว้ที่ที่เลี้ยงไม่ให้ผ่านมือเด็ก เมื่อถึงเวลาจะเรียกมาทานทีละคนและให้เห็นว่าได้กลืนยาไปแล้ว จึงยอมให้เด็กออกไป นอกจากนี้ยังต้องคอยสังเกตอาการหลังจากทานยาว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไร หากมีอาการไม่ดีขึ้น หรือมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นก็จะแจ้งให้แพทย์ทราบรวมทั้งได้มีการขอความช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและเด็กโตที่ไว้ใจได้ ให้สังเกตพฤติกรรมและอาการอีกทางหนึ่ง

ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ เด็กไม่ยอมทานยาเนื่องจากกลัวเพื่อนล้อว่าเป็นคนบ้า หรือคิดว่าทานแล้วไม่หาย เด็กก็จะพยายามหลบหลีกเมื่อถึงเวลาที่ต้องทานยา บางคนจะบ้วนยาทิ้ง ซ่อนใต้ลิ้น ดังนั้นที่เลี้ยงจึงต้องพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์และความสำคัญที่ต้องทานยา รวมทั้งสร้างทัศนคติให้กับกลุ่มเพื่อนเพื่อไม่ให้เกิดการล้อกัน แต่บางรายที่ไม่ยอมทานยาจริงๆก็ จะรายงานให้แพทย์ทราบเพราะเด็กจะเชื่อและเกรงใจแพทย์มากหรือบางครั้งอาจใช้วิธีการละลายยาในอาหารหรือน้ำให้ผู้ป่วยทาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสงัน สุวรรณเลิศ[58] ที่กล่าวไว้ว่าการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาเป็นปัญหาหนึ่งของญาติผู้ป่วยจิตเวช



อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าการศึกษาที่จะอธิบายให้เด็กเข้าใจเป็นเรื่องยากโดยเฉพาะเด็กที่มีความเชื่อว่าคนที่ทานยาคือคนบ้าสติไม่ดี จนบางครั้งทำให้ต้องบอกเด็กว่าเป็นยาบำรุง ซึ่งไม่ตรงกับความเป็นจริง

จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า บุคลากรยังมีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องการรักษาด้วยยาทางจิตเวชแต่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวชว่าทำให้ดีขึ้นแต่ยังมีบางส่วนที่เห็นว่าเมื่อทานในระยะยาวอาจมีผลข้างเคียงได้จึงไม่ยอมให้ทานยาในปริมาณที่มาก ทางด้านการปฏิบัตินั้น โดยส่วนมากมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการให้ยาแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้ยาที่ครบถึงแม้จะเป็นการยากแต่ก็สามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีความยากกับสภาวะที่เกิดขึ้นในช่วงแรกที่บุคลากรไม่ทราบถึงวิธีในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชที่ถูกต้องและต้องการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านทางจิตเวชเพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องการทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกัน และยังต้องการความรู้เกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ นิภา มนูญปิจุ[16] ได้กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติว่า ความรู้เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กัน และเชื่อว่าเจตคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลและขณะเดียวกันความรู้พื้นฐานก็มีส่วนสนับสนุนต่อเจตคติของบุคคลนั้นด้วยเช่นกัน จากการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้บุคลากรจะมีความรู้ไม่เพียงพอในด้านการรักษาด้วยยาแต่ก็มีทัศนคติที่ดีทำให้สามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ยาเด็กได้อย่างถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญพรมีภาวะซีมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 60.8 และพบว่าการศึกษาของเด็กมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซีมเศร้า ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจและมีการวางแผนในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ เนื่องจากพบอัตราความชุกที่ค่อนข้างสูง และเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระยะยาว
2. บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็ก ควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเด็กที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นควรมีการจัดอบรมบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งอาจมีผู้ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์ พยาบาลทางจิตเวช อยู่ประจำหน่วยงาน เป็นต้น
3. ควรให้ความสนใจเกี่ยวกับการศึกษาของเด็กและเฝ้าระวังในกลุ่มเด็กมีผลการเรียนในระดับต่ำมีการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กในกลุ่มเหล่านี้ เนื่องจากการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าของเด็ก
4. สร้างทัศนคติที่ดีต่อเด็กที่มีปัญหาทางจิตเวชให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องดูแลเด็ก เพราะเมื่อบุคลากรมีทัศนคติในทางบวกแล้วจะทำให้เกิดความต้องการที่จะช่วยเด็กกลุ่มนี้อย่างแท้จริง
5. หน่วยงานควรมีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและสม่ำเสมอกับเด็กกลุ่มนี้ เพื่อให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้วย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่น้อยไม่ครอบคลุม ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรสถานแรกรับเด็กทั่วประเทศเพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนทางสถิติ
2. การศึกษาปัจจัยในด้านอื่นๆที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าให้เพิ่มขึ้น เช่น ปัจจัยทางด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน รวมทั้งด้านตัวเด็กเอง เช่น ความสามารถทางเชาวน์ปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ และเกี่ยวกับพันธุกรรม เป็นต้น
3. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซีมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กกับเด็กในกลุ่มอื่น
4. ควรมีการศึกษาในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคลากรที่เฉพาะเกี่ยวกับภาวะซีมเศร้าเพื่อส่งเสริมให้การดูแลเด็กเฉพาะกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ
5. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะซีมเศร้า เช่น การจัดกิจกรรมบำบัดในรูปแบบต่างๆ การมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นต้น