



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กและวัยรุ่นเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ จากการคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทยในการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พบว่าประชากรเด็กอายุ 6-14 ปี จะมีจำนวนถึง 10.9329 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 18.40 ของประชากรทั้งประเทศในปี 2537 (สำนักนาชกรรัฐมนตรี, 2536) เด็กเหล่านี้ล้วนเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของประเทศ และเป็นตัวแทนของคนรุ่นต่อไป ทั้งนี้เพราะเด็กจะเป็นผู้สืบทอดวัฒนธรรมประเพณีและอนาคตของชาติไว้ ดังนั้นคุณภาพของเด็กจะสะท้อนให้เห็นคุณภาพประชากรของชาติในอนาคต การที่เด็กจะได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้นเพียงใดย่อมขึ้นกับปัจจัย 2 ด้าน คือ ด้านพันธุกรรม และสภาพแวดล้อม พันธุกรรมเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก แต่ในปัจจุบันก็มีความพยายามที่จะปรับปรุงพัฒนาพันธุกรรมให้ดีขึ้น ส่วนในเรื่องของสภาพแวดล้อมนั้น เป็นเรื่องที่น่าจะมีการปรับปรุงพัฒนา โดยวางแผนและส่งเสริมให้ดีขึ้นได้ เพราะเป็นปัจจัยที่ขึ้นกับสถาบันต่าง ๆ ในสังคมโดยตรง เช่น สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา สถาบันครอบครัว เป็นต้น สถาบันเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันครอบครัว เพราะมนุษย์ต้องเกิดและเติบโตในครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู สร้างสรรค์สมาชิกใหม่แก่สังคม ซึ่งในการนี้ ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลายด้านทั้งทางเศรษฐกิจ การศึกษา ศีลธรรม และอุดมการณ์ การที่สังคมจะมีสมาชิกที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจย่อมเป็นผลผลิตจากครอบครัวที่ดีมีความอบอุ่น มั่นคง ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ทำให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ และค่านิยมในสังคม เปลี่ยนแปลงไปมาก มีการแก่งแย่งแข่งขันสูงขึ้น มีสภาพการบีบรัดทางเศรษฐกิจ มีความกดดันทางสังคม ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจและปัญหาสังคมมากมาย และส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว โดยกระทำให้สถาบันครอบครัวประสบปัญหาและไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวไทยของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2535) พบว่าลักษณะครอบครัว ได้เปลี่ยนแปลงไปทั้ง ด้านขนาด และโครงสร้าง โดยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะคู่สมรสใหม่มีการแยกครัวเรือนจาก พ่อ แม่ ในปีแรกของการแต่งงานถึงร้อยละ 55.5 สภาพเช่นนี้ทำให้มีที่พึ่งทางด้านจิตใจน้อยลง ขาดความรัก ความผูกพัน ความอบอุ่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีเวลา และกิจกรรมในครอบครัวน้อยลง ซึ่งส่งผลให้มีครอบครัวแตก แยก แยกกันอยู่ และมีการหย่าร้างกันมากขึ้น ในปี 2533 มีการหย่าร้างจำนวน 40,401 คู่ อัตราหย่าร้างต่อคู่สมรสที่จดทะเบียนเท่ากับ 8.9 และมีการเพิ่มของการหย่าร้างขึ้นมากกว่า 2 เท่าในเวลา 10 ปี เชื่อกันว่าความเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่เกิดในสังคมไทยปัจจุบัน ที่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งแก่บุคคลและสังคมโดยรวมเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงที่เกิดแก่ครอบครัวไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาเด็กและเยาวชน จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2533 พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคจิต และภาวะแปรปรวนทางจิตในทุกกลุ่มอายุ จำนวน 1.78 ล้านคน ในจำนวนนี้จากสถิติของศูนย์สุขภาพจิตพบว่า ในปี 2530 มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปี มีจำนวน 1,795 คน และเพิ่มเป็น 2,137 คน ในปี 2533 หรือเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 20 การป่วยเป็นโรคจิตและภาวะแปรปรวนทางจิตนี้ จะมีผลกระทบต่อการพัฒนาการทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของเด็กมาก

โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีอุบัติการณ์ในเด็กกลุ่มต่างๆ ค่อนข้างสูงอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กก็ได้ตั้งแต่ร้อยละ 1-50 ขึ้นอยู่กับประชากรและวิธีการที่ศึกษา (Angold A. อ้างถึงในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2536) ส่วนในประเทศไทย นางพงา ลัมสุวรรณ (2527) พบภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มารับการรักษาทางจิตเวชที่โรงพยาบาลรามธิบดีร้อยละ 27 ส่วนอุมาพร ตรังคสมบัติ และคูลิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.6 ในเด็กที่มารับการรักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งใกล้เคียงกับวาริรัตน์ หอมโกศล (2536) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่า มีความชุกร้อยละ 34.8 ส่วนในประชากรทั่วไปนั้น เหวไร ทวีทศน์ (2535) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตชลบุรี พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.05 เช่นเดียวกับ อุมาพร ตรังคสมบัติ และลิขิต ลิขนะพิชิตกุล (2536) ที่พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 40.8 ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนในเด็กกลุ่มอื่น วรพร อินทฤทธิ์ (2534) ได้พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กที่ทำ

ผิวดอกหมายถึงร้อยละ 66.3 ซึ่งใกล้เคียงกับท็อรวรรณ หนูแก้ว (2536) ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดสระแก้ว พบมีความชุกร้อยละ 58.9 จากสถิติที่กล่าวมา อาจกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในเด็กและวัยรุ่น เนื่องจากมีความชุกที่ค่อนข้างสูง นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อภาระต่อภาระดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก เช่น การศึกษาเล่าเรียน สัมพันธภาพกับบุคคลทั่วไปและที่สำคัญ ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัญหาทางจิตเวชที่มีอัตราการตายสูงเมื่อเทียบกับปัญหาจิตเวชอื่น ๆ

ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยทางด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นเป็นอย่างมาก เช่น Carson และคณะ(1982) ที่ศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นหากขาดความใกล้ชิดกับบิดา มารดา จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะเพศหญิง จะพบภาวะซึมเศร้าได้สูง เช่นเดียวกับท็อมาพร ตรังคสมบัติ และลิขิต ลิขนะพิชิตกุล (2536) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ภาวะครอบครัวที่แตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา มารดา สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข และปัญหาสุขภาพจิตในบิดา มารดา ส่วนนรพร อินทฤทธิ์ (2534) พบว่า รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นที่ทำผิวดอกหมายกับบิดา มารดา และพี่น้องมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้เรไร ทวีทัศน์ (2535) ยังพบว่า สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา และพี่น้อง รวมทั้งลักษณะการอบรมเลี้ยงดู เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมปลาย

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางด้านครอบครัว มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับภาวะซึมเศร้าของเด็ก ไม่ว่าจะเป็นด้านลักษณะโครงสร้าง สภาพแวดล้อมของครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวหรือแบบแผนการอบรมเลี้ยงดู ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของเด็กแทบทั้งสิ้น แต่ในด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้น ยังไม่ได้มีการศึกษาไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อดูรูปแบบการทำหน้าที่ของครอบครัวว่าเป็นอย่างไรแตกต่างกันหรือไม่ และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ครอบครัวในครอบครัวของเด็กอายุ 12-15 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวแต่ละด้านในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวแต่ละด้านกับภาวะซึมเศร้าในเด็ก

สมมติฐาน

1. ครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีการทำหน้าที่ครอบครัวแตกต่างจากครอบครัวของเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า
2. การทำหน้าที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็ก

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการทำหน้าที่ครอบครัวในครอบครัวของเด็กอายุ 12-15 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในหน่วยจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลศิริราช แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี และแผนกผู้ป่วยนอกศูนย์สุขภาพจิตเท่านั้น
2. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1 ตัวแปรอิสระ คือ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ ระยะเวลาที่สมรส ของบิดามารดา ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว
 - 2.2 การทำหน้าที่ครอบครัวซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน คือ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และหน้าที่ทั่วไป
 - 2.3 ภาวะซึมเศร้าของเด็ก

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สามารถใช้เป็นตัวแทนในการอภิปรายผลของข้อมูลในประชากรที่ต้องการได้
2. ภาวะซึมเศร้าในเด็กเป็นภาวะที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้จริงและสามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าที่เรียกว่า Children Depression Inventory หรือ CDI
3. การทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถาม การทำหน้าที่ครอบครัวที่เรียกว่า Family Assessment Device หรือ FAD

นิยามศัพท์เฉพาะ

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาอยู่ร่วมกันและมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยทางสายโลหิตหรือการสมรส ซึ่งในการศึกษานี้ คือ บิดา มารดา และเด็ก ที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง รูปแบบที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ ซึ่งเกิดจาก ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ตามโครงสร้างของครอบครัว และประเมินได้ใน 7 ด้านคือ

- การแก้ไขปัญหา (Problem Solving)
- การสื่อสาร (Communication)
- บทบาท (Roles)
- การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness)
- ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement)
- การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control)
- หน้าที่ทั่วไป (General Functioning)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน นอกจากนี้อาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด ฯลฯ ซึ่งอาจแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. มีเพียงอาการซึมเศร้า (Depressive Symptoms) เท่านั้น ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค หมายถึง ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเพียงบางประการ ในลักษณะที่ไม่รุนแรง โดยยังไม่มีความคิดผิดปกติในกิจวัตรประจำวัน หรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น มีเพียงความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรืออยากร้องไห้ แต่ยังไม่มีอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ เบื่ออาหาร เป็นต้น

2. โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น รุนแรง และรบกวนกิจวัตรประจำวันหรือความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ซึ่งสามารถวินิจฉัยได้ตามหลักการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้ด้วย แบบวัดภาวะซึมเศร้า CDI ที่ค่าระดับคะแนนตั้งแต่ 15 ขึ้นไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ศึกษาเฉพาะเด็กที่มีอายุ 12-15 ปีเท่านั้น ไม่อาจใช้เป็นตัวแทนของเด็กทั้งหมดได้ แต่การที่เลือกเด็กช่วงอายุนี้ เพราะเป็นช่วงที่เด็กเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าช่วงอื่น ๆ ในวัยเด็ก นอกจากนี้เด็กวัยนี้ยังสามารถให้คำตอบเกี่ยวกับความรู้สึกของตนได้แม่นยำกว่าเด็กในวัยอื่น

2. ศึกษาเฉพาะครอบครัวที่พาเด็กมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และแผนกผู้ป่วยนอกศูนย์สุขภาพจิตเท่านั้น

ปัญหาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ไม่ได้มีการใส่หรือทดลองวิธีการใด ๆ แก่กลุ่มที่ศึกษา นอกจากนี้ก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างก่อนทุกครั้ง รวมทั้งการเสนอข้อมูลก็มิได้เสนอข้อมูลส่วนบุคคลจึงไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงรูปแบบการทำหน้าที่ครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา ช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและครอบครัว
2. ทำให้ทราบถึงความแตกต่างของการทำหน้าที่ในครอบครัว ตลอดจนความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็ก เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม และ ป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าในเด็กต่อไป
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินงาน ส่งเสริมป้องกันปัญหา สุขภาพจิตของเด็ก และครอบครัวต่อไป
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้า ของเด็ก ในประเทศไทยต่อไป