

ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานคร :
การศึกษาทางระบาดวิทยา

ห้องสมุด
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย

แพทย์หญิงเบญจพร ปัญญาียง *

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอลิสรา วัชรสินธุ**

* ศูนย์สุขวิทยาจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปี พ.ศ. 2539 - 2540

WM
105
บ253ป
2541
ฉ2

ISBN 974-291-086-3

WM	105
เลขที่	บ253ป 2541
เลข อนุมัติ	HS0306
วันที่	23 เดือน 03 ปี 41

Psychiatric disorders of school - aged children in Bangkok
: Epidemiologic study

By

Benjaporn Panyayong , M.D.*

Alisa Wacharasindhu , M.D. MRCPsych.**

* Child Mental Health Center, Department of Mental Health
Ministry of Public Health

** Child Psychiatric Unit , Department of Psychiatry
Faculty of Medicine , Chulalongkorn University

This research is supported by Health System Research Institute Grant.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยการสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้มีอุปการะคุณหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ได้แก่

➤ ร.ศ. นายแพทย์ยงยุทธ ขจรธรรม ศาสตราจารย์ ดร. อรุณ จิระรัตกุล และ Prof. John R. Weisz ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการวิจัย

➤ Ass. Prof. Adrian Angold MRCPsych , Developmental Epidemiology Program of Duke University Medical Center ที่ให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ และอนุญาตให้ใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และขอขอบคุณ Mrs. Babarra H. Ascher ที่ให้การแนะนำในการใช้เครื่องมือสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่น

➤ อาจารย์ใหญ่และอาจารย์ประจำชั้นของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร และโรงเรียนเอกชนทั้ง 107 โรงเรียน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการให้ข้อมูลและการประสานงานกับผู้ปกครอง เพื่อสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครอง

➤ ผู้ปกครองและนักเรียนทั้งหมดที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม

➤ อาจารย์สมทรง สุวรรณเลิศและคุณวันชัย ไชยสิทธิ์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กในการศึกษาครั้งนี้

➤ แพทย์หญิงอินทิรา พัวสกุล ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต และ ร.ศ. นายแพทย์อัมพล สุอำพัน หัวหน้าหน่วยจิตเวชเด็ก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยนี้

➤ คุณรุ่งเรือง รุจิณรงค์ และคุณศศิธร พลัง ที่ให้ความช่วยเหลือในการหาค่าทางสถิติ

➤ บุคคลอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวนาม ไว้ ณ โอกาสนี้ ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัย จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงสมความมุ่งหมายทุกประการ

คณะผู้วิจัย
กันยายน 2541

บทคัดย่อ

การศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเป็นพื้นฐานสำคัญในการรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อวางแผนการให้บริการรักษาและแนวทางการป้องกัน คณะผู้วิจัยได้ทำการสำรวจปัญหาทางจิตเวชเด็กและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาและการแก้ไขปัญห โดยการศึกษากลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,698 คน จาก 104 โรงเรียน โดยสุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนทั้งหมด 3 สังกัด (สำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร โรงเรียนเอกชน และสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร) จำนวน 898 โรงเรียน ดำเนินการวิจัยแบบ 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรก ใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist (TYC) ชุดสำหรับผู้ปกครองและครู กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,698 คน และขั้นตอนที่ 2 ใช้แบบสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)) สำหรับตรวจประเมินเด็กจำนวน 127 คน ที่สุ่มตัวอย่างจากขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของปัญหาทางจิตเวช ร้อยละ 37.58 โดยพบโรควิตกกังวลทั่วไปและโรคกลัวเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 10.77 และ 9.73 โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลจากการพลัดพราก ร้อยละ 7.11 และ 5.01 โรคความประพฤติผิดปกติ และโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 5.5 และ 5.09 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์โดยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวขนาดใหญ่มีบุตรมากกว่า 4 คน การที่สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตในช่วง 6 เดือนก่อนการทำวิจัย การที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อ-แม่ พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุรา หรือสารเสพติด และเด็กที่มีประวัติลอบตก

แหล่งที่พ่อแม่ผู้ปกครองรู้จักและขอคำปรึกษาเมื่อเด็กเกิดมีปัญหา ได้แก่ เพื่อนร้อยละ 30.8 ญาติร้อยละ 27.4 พระร้อยละ 21.6 และกุมารแพทย์ ร้อยละ 21.4 พ่อแม่ผู้ปกครองที่รู้จักและขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์ร้อยละ 9.3 และมีเพียงร้อยละ 3.4 ที่รู้จักและขอคำปรึกษาจากแพทย์ทั่วไป ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาของเด็กในกรุงเทพมหานครที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้และเป็นแนวทางการวิจัยเพิ่มเติมได้

Abstract

A survey of child psychiatric disorders and associated factors was conducted in a community sample of 1698 Grade 4 children selected from 104 schools in Bangkok. A two - stage survey design was used. Measures were Thai Youth Checklist (TYC) parent and teacher form for screening and self - report questionnaires to be answered by parent about general information concerning the child , parent and family. Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) was used in the second phase for 127 parent and child interview. The overall prevalence rate among 8-11- year - olds was estimated to be 37.58 % . Prevalence rate of specific child psychiatric disorders are 10.77%, 9.73%, 7.11%, 5.5%, 5.09% and 5.01% for overanxious, specific phobia , depressive, conduct, attention deficit hyperactive and separation anxiety disorder.

Factors which are statistically significant associated with behavior and emotional problems are family discord, large family with more than 4 children , death of family member within 6 month before the research study, children not living with biological parents, parental mental illness or substance abuse and children who repeated grade in school. When children had problems, parent consult the following : friends 30.8%, relatives 27.4%, monks 21.6%, pediatrician 21.4%, psychiatrists 9.3% and general practitioners 3.4%. Result of the study give basic information about prevalence of psychiatric disorder in Bangkok school - aged children as well as associated factors which can be applied to be use in planning policy, psychiatric services and preventive work.

ก
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	i
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ii
กิตติกรรมประกาศ	iii
สารบัญ	ก
สารบัญตาราง	ค
บทที่	
1. บทนำ	1
ความเป็นมาและปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
กรอบแนวความคิดในการวิจัย	39
คำจำกัดความ	39
3. วิธีดำเนินการวิจัย	48
รูปแบบการวิจัย	48
วิธีการวิจัย	48
ประชากรศึกษา	48
ขนาดตัวอย่าง	49
การสุ่มตัวอย่าง	49
การเก็บข้อมูล	49
เครื่องมือในการวิจัย	51
การวิเคราะห์ผล	54
4. ผลการศึกษา	55
5. สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ	89
สรุปผล	89

๗
สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
อภิปรายผล	92
ข้อเสนอแนะ	100
เอกสารอ้างอิง	102
ภาคผนวก ก. แบบสอบถาม	109
ภาคผนวก ข. ประกาศนียบัตรการอบรมการใช้เครื่องมือ สัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่น	114
ประวัติผู้วิจัย	116

ค

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็ก	13
2. การศึกษาทางระบาดวิทยา โดยใช้ค่าสถิติและเกณฑ์การวินิจฉัยโรค	14
3. แสดงความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม	55
4. แสดงผู้ตอบแบบสอบถาม	56
5. แสดงข้อมูลทั่วไป	57
6. แสดงประเภทโรงเรียน	58
7. แสดงผลการเรียน	59
8. แสดงข้อมูลด้านสุขภาพของเด็ก	60
9. แสดงระดับการศึกษาของพ่อแม่	61
10. แสดงอาชีพของพ่อแม่	62
11. แสดงรายได้ของครอบครัว	63
12. แสดงข้อมูลด้านสุขภาพจิตของพ่อแม่	64
13. แสดงสมาชิกในครอบครัวกระทำผิดกฎหมายหรือต้องคดี	64
14. แสดงสถานภาพสมรสของพ่อแม่	65
15. แสดงที่อยู่ของเด็ก	66
16. แสดงลำดับบุตร จำนวนบุตร	67
17. แสดงขนาดครอบครัว	68
18. แสดงความขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งระหว่าง พ่อแม่ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัว	69
19. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง	70
20. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้อื่น	70
21. แสดงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา.....	71

ง
สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	หน้า
22. แสดงความคิดเห็นของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมเด็ก	72
23. แสดงการรู้จักและรับคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต	73
24. แสดงระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม และ ปัญหาทางอารมณ์จากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก	74
25. แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก	75
26. แสดงกลุ่มอาการของพฤติกรรมและอารมณ์จาก แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก	76
27. แสดงปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็ก 10 อันดับแรกในทัศนะผู้ปกครองตามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก...	77
28.แสดงปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็ก 10 อันดับแรกในทัศนะครูตามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก.....	78
29.แสดงปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ที่น่าสนใจรายชื่อ ในทัศนะผู้ปกครองตามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก.....	79
30.แสดงปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ที่น่าสนใจรายชื่อ ในทัศนะครูตามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก.....	80
31. แสดงความชุกของโรคทางจิตเวชเด็ก	81
32. แสดงค่าความไวและความเที่ยงตรงของเครื่องมือคัดกรอง.....	82
33.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับ ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์	83
34.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับ กลุ่มอาการแยกตนเองจากผู้อื่น	84
35.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการทางกาย	84
36.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับกลุ่มอาการทางต้นสังคม	85
37.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการผิดปกติด้านความคิด	86
38..แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับ กลุ่มอาการสมาธิสั้น	86
39. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับ กลุ่มอาการพฤติกรรมเกรี้ยวและกระทำผิดกฎหมาย	87
40. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการก้าวร้าว	88

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และคุณภาพชีวิตเป็นนโยบายที่สำคัญตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 การยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรอาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัวและระดับชุมชน ในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลจึงจำเป็นต้องทำทั้ง 3 ระดับควบคู่กันไป นโยบายดังกล่าวได้ครอบคลุมประชากรทุกช่วงอายุ และประชากรกลุ่มหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาเนื่องจากพัฒนาง่ายและผลดีจะเกิดขึ้นในระยะยาว คือ เด็ก (อายุ 0-14 ปี) จากสถิติของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี 2539 พบว่าประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี ในประเทศไทยมีจำนวนร้อยละ 28.8 ของประชากรทั้งหมด และประชากรประมาณ ร้อยละ 11.3 ของประเทศอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล , 2539) ประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี ส่วนใหญ่ยังคงศึกษาอยู่ในโรงเรียนและมีศักยภาพที่จะได้รับการพัฒนา

ในขณะที่ความเจริญทางเศรษฐกิจและการศึกษาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในกรุงเทพมหานคร ปัญหาในด้านต่าง ๆ ก็เกิดขึ้นตามมา ปัญหาหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาดังกล่าว คือ ปัญหาสุขภาพจิต จากสถิติของหน่วยจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ.2538 พบจำนวนเด็กที่มาพบแพทย์เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตมีอัตราสูงขึ้นมากเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับ 10 ปีก่อนและอาจมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามความซับซ้อนของโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหานั้นได้แต่เนิ่น ๆ สามารถหาแนวทางในการป้องกันปัญหาเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนได้ ซึ่งเป็นการพัฒนาคนตามแนวนโยบายของประเทศทางอ้อมอีกทางหนึ่ง

Lapouse & Monk ได้เริ่มต้นการศึกษาทางระบาดวิทยาของปัญหาทางจิตเวชเด็กครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาในปี 1958 (Lapouse & Monk ,1958) ต่อมาได้มีการพัฒนาการศึกษาวิจัยให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้นโดยเน้นทั้งการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีและการพัฒนาวิธีการประเมินปัญหาที่เหมาะสม การพัฒนาดังกล่าวมีผลทำให้มีการศึกษาที่ใช้วิธีการวิจัยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก เช่น การศึกษาของ Achenbach และคณะในสหรัฐอเมริกา ในปี 1981 Rutter และคณะ ในอังกฤษในปี 1970 , Verhulst และคณะ ในเนเธอร์แลนด์ ในปี 1985 , Anderson และคณะ ในนิวซีแลนด์ ในปี 1987 และ Offord และคณะ ในแคนาดาในปี 1987 การศึกษาที่ได้มาตรฐานดังกล่าวส่วนใหญ่ทำในประเทศที่เจริญและพัฒนาแล้ว แต่ในปัจจุบันได้มีการศึกษาในลักษณะนี้มากขึ้นในประเทศแถบเอเชียและประเทศกำลังพัฒนาในส่วนอื่นๆ เช่น ชูตาน จีน

ญี่ปุ่น ฯลฯ ตัวเลขของความชุกจากการศึกษาทั้งหมดอยู่ระหว่าง 10-25% ขึ้นกับอายุของเด็กที่ศึกษา

การศึกษาทางระบาดวิทยาของปัญหาทางจิตเวชเด็กในประเทศไทย เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2522 โดย อัมพร โอตระกูล และ ศรีธรรม ธนะภูมิ ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตเด็ก ชั้นประถมปีที่ 6 และมัธยมปีที่ 2,3,4 ของโรงเรียนสาธิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1,2,3,4 และ 5 ในโรงเรียนของรัฐบาล(สหศึกษา)ในจังหวัดนครราชสีมา ในเขตชนบทศึกษาโดยการสำรวจจากแบบสอบถามครู และคำถามที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่เด็กถามบุคลากรทางสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุขในระยะเวลา 2 เดือน และในเขตเมืองศึกษาจากคำถามของเด็กนักเรียนที่ถามจิตแพทย์เด็ก 2 ท่านในโครงการการให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตระยะเวลา 1 วัน ผลการศึกษา พบว่าในเขตเมืองพบปัญหาทางอารมณ์และปัญหาพฤติกรรมร้อยละ 22.5 และร้อยละ 17.3 และในเขตเมืองพบปัญหาทางจิตใจร้อยละ 14.8 และ 7.3 ในเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 และมัธยมปีที่ 2,3,4 ตามลำดับ (อัมพร โอตระกูล, 2522) ในปี พ.ศ. 2524 กวี สุวรรณกิจและคณะ ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 2 และ 3 ของโรงเรียนวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาโดยใช้แบบสอบถามสำหรับครูและผู้ปกครองและใช้วิธีการสัมภาษณ์ และตรวจทางจิตวิทยา ผลการศึกษาพบปัญหาทางสุขภาพจิตร้อยละ 7.18 (กวี สุวรรณกิจ , 2524) ในปี พ.ศ. 2529 อัมพร โอตระกูล และคณะ ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เขตพญาไท บางเขน ดุสิต บางรัก และ พระโขนง โดยสุ่มตัวอย่างครอบครัว ใช้แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและแบบสำรวจสภาวะสุขภาพจิต (Index of Psychological Well-Being) ของ P.L. Berkman ที่แปลเป็นภาษาไทย ผลการศึกษาพบปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 29.8, 29.0 และ 37.9 ในกลุ่มอายุ 0-3 ปี, 4-7 ปี และ 7-16 ปี ตามลำดับ (อัมพร โอตระกูล , 2529) ในปีเดียวกัน ดวงใจ กสณติกุลและคณะ ได้สำรวจปัญหานักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร โดยการส่งแบบสอบถามถึงครูแนะแนวของโรงเรียนมัธยมในกรุงเทพฯ ผลการศึกษา พบปัญหาครอบครัวร้อยละ 67.2 และปัญหาอื่นที่รองลงมา คือ ปัญหาการเรียน ปัญหาความประพฤติและปัญหาเศรษฐกิจ (ดวงใจ กสณติกุล , 2529)

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานเดียวกันศึกษาเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็กอายุ 6-11 ปี ตามทัศนคติของพ่อแม่และครูระหว่างเด็กไทยและเด็กอเมริกัน โดย สมทรง สุวรรณเลิศ วันชัย ไชยสิทธิ์ และ Preessor John R. Weisz กลุ่มตัวอย่างของเด็กไทย โดยการสุ่มตัวอย่างเลือกโรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศ จำนวน 38 โรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (ชุดสำหรับผู้ปกครองและชุดสำหรับครู) ที่แปลและดัดแปลงจาก Child Behaviour Checklist ของ Thomas M. Achenbach ผลการศึกษาพบปัญหาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 10 อันดับแรกของเด็กไทยอายุ 6-11 ปี รวมเพศชายและ

หญิง ได้แก่ ชอบโต้เถียง เคยไม่พูดจาเวลาโกรธหรือไม่สบายใจ ตื้อบึ้งตึงหรือฉุนเฉียว ซุกซน กลัวสัตว์บางชนิด/สถานการณ์บางอย่าง กินอาหารได้น้อย ซึ่อาหรหรือกระดาก ไม่อยู่นิ่ง ลูกลึ่ถูกรรหรือไม่อยู่สุข ชอบเล่นกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า ตามลำดับ (Weisz , 1987) ผลที่ตามมาจากการศึกษาครั้งนี้ คือ เรามีแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก TYC (Thai Youth Checklist) ที่ได้มาตรฐานกับต่างประเทศและสามารถนำมาใช้ในงานวิจัยในเวลาต่อมา ในปี พ.ศ.2536 ปนัดดา มุมบ้านเช่า ได้ศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดลพบุรี ผลการศึกษา พบความชุกของปัญหาพฤติกรรมในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น เท่ากับร้อยละ 36.2 (ปนัดดา มุมบ้านเช่า , 2536)

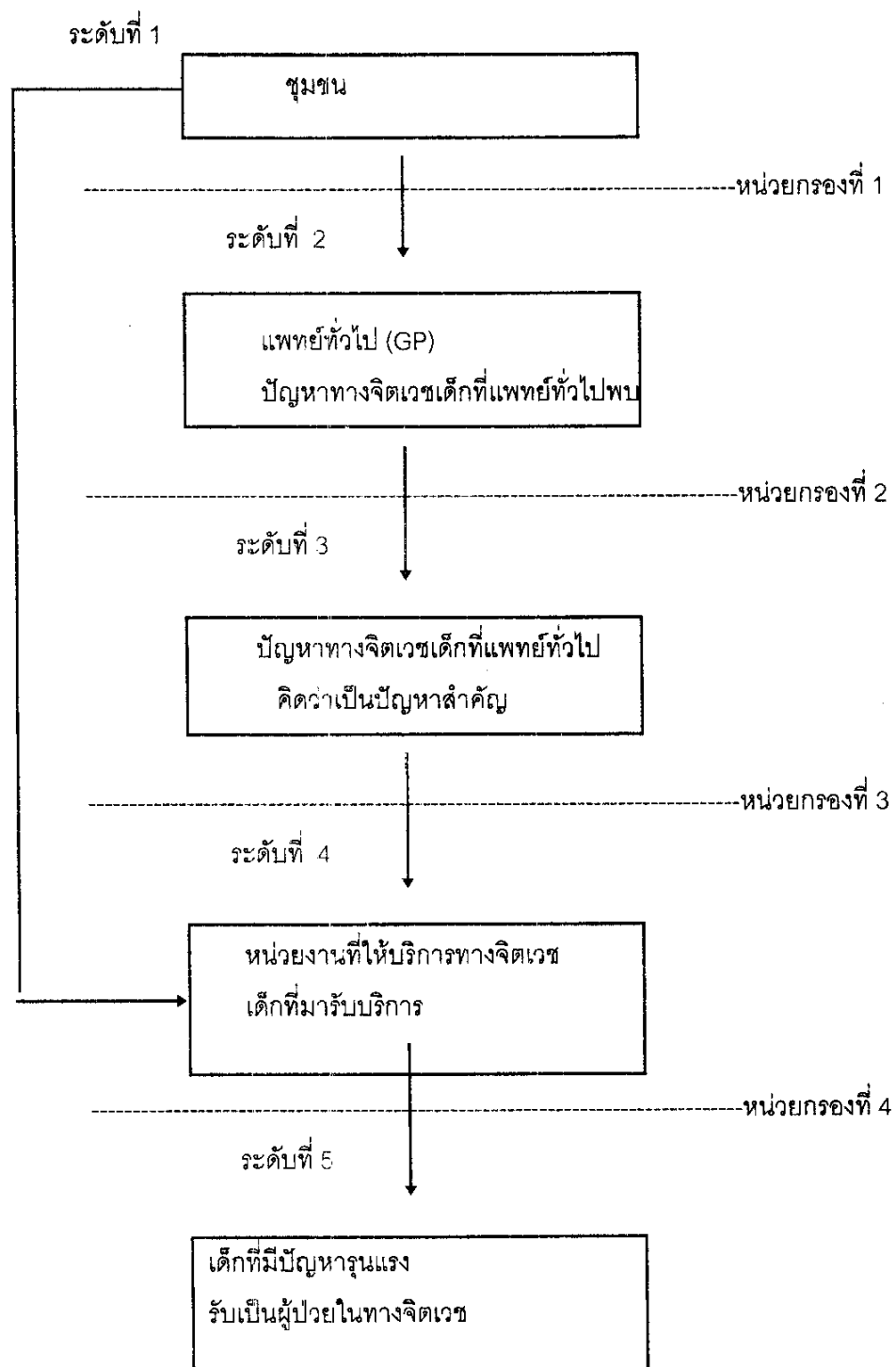
การศึกษาทางระบาดวิทยานอกจากจะศึกษาเกี่ยวกับความชุกหรือขนาดของปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนแล้วยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาอีกด้วย และปัจจัยดังกล่าวมีความสำคัญในด้านงานป้องกันซึ่งได้มีการศึกษากันอย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ (Verhulst , 1992) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ เพศ เศรษฐฐานะ สภาพครอบครัว (จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานสมรสของพ่อแม่ การเลี้ยงดู) ผลการเรียน และปัญหาการเรียน การเจ็บป่วยทางกายของเด็ก และการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่ เป็นต้น การศึกษาโดย Rutter, Graham และคณะในปี 1976 พบความชุกของปัญหาจิตเวชเด็กเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นเมื่อเปรียบเทียบกับเด็ก (Rutter , 1976) การศึกษาของ Rutter ในปี 1970 พบความชุกของปัญหาทางจิตเวชเด็กในเด็ชายสูงกว่าเด็กหญิงในช่วงอายุ 10-11 ปี (Rutter , 1970) การศึกษาปัจจัยอื่น ๆ พบว่าความชุกของปัญหาทางจิตเวชเด็กมีความแตกต่างกันในแต่ละเศรษฐกิจฐานะ โดยพบความชุกของปัญหาจิตเวชสูงในเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ ได้แก่ การศึกษาของ Rutter ในปี 1970 และการศึกษาของ Achenbach และคณะในปี 1987

ในประเทศไทยโดย Weiszและคณะ ในปี 1987 พบความแตกต่างของปัญหาในเด็กชายและหญิง(Weisz ,1987) การศึกษาโดย อัมพร โอตระกูล และคณะ ในปี พ.ศ. 2529 พบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตกับปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้และจำนวนบุตรของบิดามารดา โดยพบว่าเด็กมีปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น เมื่อ บิดาอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับการศึกษา ไม่มีอาชีพ และไม่มียาได้ มารดามีอายุ 35 ปีขึ้นไปและครอบครัวมีบุตรเกิน 4 คน (อัมพร โอตระกูล , 2529) การศึกษาโดย ปนัดดา มุมบ้านเช่า ในปี พ.ศ. 2536 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ สถานสมรสของบิดา มารดา และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (ปนัดดา มุมบ้านเช่า , 2536)

นอกจากนี้แล้วปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขอความช่วยเหลือทางจิตเวชก็มีความสำคัญที่จำเป็นต้องค้นหาเพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ ต่อไป ในต่างประเทศได้มีการศึกษาปัจจัยดังกล่าวมากมาย เช่น ชนิดและความรุนแรง ของปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก บุคลิกภาพและ

ปัญหาทางจิตเวชของพ่อแม่ผู้ปกครอง ระดับความเครียดของครอบครัว ความช่วยเหลือจากครอบครัว ขยายและแหล่งอื่น ฯลฯ นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นที่ยังไม่ได้ทำการศึกษาแต่มีผู้เสนอว่ามีความสำคัญ เช่น ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวชในเด็กและการช่วยเหลือโดยทีมงานจิตเวช แหล่งให้บริการทางจิตเวชและแหล่งให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาและการขอความช่วยเหลือเหล่านี้ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในประเทศไทย (กวี สุวรรณกิจ , 2524)

Goldberg และ Huxley ในปี 1980 ได้เสนอแบบแผนจำลองของเส้นทางการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างเด็กที่มีปัญหากับผู้ช่วยเหลือหรือเส้นทางการช่วยเหลือทางจิตเวชของเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Goldberg , 1980) ดังนี้



แม้ว่าแบบแผนนี้จะเป็นเพียงแนวคิดและแบบจำลองในประเทศอังกฤษที่มีระบบการบริการของแพทย์ทั่วไป (GP) และการส่งต่อสู่นักเรียนทางจิตเวชที่ค่อนข้างแน่นอน แบบจำลองดังกล่าวอาจเป็นแนวทางที่จะนำไปปรับปรุงใช้ในประเทศอื่นให้เหมาะสมได้ สำหรับในประเทศไทยไม่มีระบบการบริการของแพทย์ทั่วไป (GP) เมื่อนำแบบจำลองมาใช้กับปัญหาทางจิตเวชเด็กอาจทดแทนแพทย์ทั่วไปด้วยกุมารแพทย์ได้ จะเห็นว่าแบบแผนดังกล่าวที่เป็นที่น่าสนใจและเป็นกรอบแนวคิดที่ดีที่จะทำการศึกษาวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ การศึกษาวิจัยในอดีตในประเทศไทย และกรอบแนวคิดเกี่ยวกับเส้นทางการช่วยเหลือทางจิตเวชของเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว ผู้เขียนและคณะจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของปัญหาทางจิตเวชเด็กในชุมชน ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหา และการขอความช่วยเหลือหรือหน่วยกรองที่ 1 (การขอความช่วยเหลือเบื้องต้นจากครอบครัวเด็กที่มีปัญหา) ตามแผนภูมิ เพื่อประโยชน์ในงานวางแผนการให้ความช่วยเหลือในปัจจุบันและในอนาคต ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีอายุระหว่าง 8-11 ปี ซึ่งเป็นอายุที่ปัญหาทางจิตเวชแสดงออกได้ชัดเจน มีเครื่องมือวัดทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่เชื่อถือได้มากกว่าเด็กเล็ก และเด็กยังมีเวลาอยู่ในโรงเรียนอีก 2 ปีก่อนจบชั้นประถมศึกษาเพื่อให้เด็กได้รับประโยชน์จากการวางแผนช่วยเหลือ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklists (TYC) เป็นแบบสอบถามขั้นต้น ร่วมกับแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดปัญหา การแก้ปัญหาและการขอความช่วยเหลือ ตามด้วยการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามหลักสากล ซึ่งรูปแบบการวิจัยดังกล่าวยังไม่มีผู้ใดศึกษาวิจัยในประเทศไทย

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของนักเรียนในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรม

1.2.2 เพื่อศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชเด็ก

1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดปัญหา

1.2.4 เพื่อศึกษาการขอความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเด็ก

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1.3.1 ด้านเนื้อหาสาระ

ศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชเด็กใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 4th ed , DSM IV) ศึกษาโรคต่างๆดังนี้

- 1) โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก (Separation Anxiety Disorder)
- 2) โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder)
- 3) โรคกลัวเฉพาะเจาะจง (Specific Phobia)
- 4) โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - Compulsive Disorder)
- 5) โรคซึมเศร้า (Depressive Disorders)
- 6) โรคสมาธิสั้น (Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder)
- 7) โรคความประพฤติผิดปกติ (Conduct Disorder)

1.3.2 ด้านกลุ่มเป้าหมาย

ศึกษาเฉพาะเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อายุ 8 - 11 ปี ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร โรงเรียนเอกชน จำนวน 104 โรงเรียน ไม่รวมโรงเรียนนานาชาติและโรงเรียนสาธิต

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยนี้จะทำให้ทราบถึงความชุกของปัญหาทางจิตเวชของเด็กวัยเรียนในชุมชน ซึ่งมีประโยชน์ในการรับทราบถึงขนาดและชนิดของปัญหาที่พบในชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตเวชเด็กในอนาคต และการขอความช่วยเหลือซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางจิตเวชทั้งในปัจจุบันและอนาคต นอกจากนั้นรูปแบบของงานวิจัยนี้ จะเป็นแนวทางในการศึกษาปัญหาทางจิตเวชในเด็กกลุ่มอายุอื่น และเด็กในจังหวัดอื่นทั่วประเทศ เพื่อเปรียบเทียบและขยายผลการศึกษาให้กว้างขึ้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาระบาดวิทยาในจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของพยาธิสภาพทางจิตของเด็กและวัยรุ่นในชุมชน เพื่อตอบคำถามเรื่องสาเหตุของปัญหา การรักษาและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การศึกษาระบาดวิทยาทางจิตเวชเด็ก เริ่มต้นจากการศึกษาของ Lapouse & Monk (1958) โดยศึกษาปัญหาพฤติกรรมเด็กอายุ 6 - 12 ปี ในทัศนะของผู้ใหญ่ ที่เมืองบัฟฟาโล มลรัฐนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา พบว่ามีปัญหาวิตกกังวลและความกลัวค่อนข้างสูงในประชาชนทั่วไป และข้อมูลที่ได้จากเด็กและผู้ปกครองมีความแตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาในการบอกพยาธิสภาพทางจิตในเด็ก (Lapouse & Monk, 1958)

อิทธิพลจากการศึกษาของ Lapouse & Monk ได้มีการพัฒนาการศึกษาทางระบาดวิทยาในเด็ก เป็น 2 รุ่น รุ่นแรก การศึกษามีวิธีการศึกษาหลายรูปแบบทำให้การเปรียบเทียบผลการศึกษาทำได้ยาก การศึกษาในช่วงแรกที่มีอิทธิพลมาก คือ การศึกษาของ Michael Rutter และคณะ (Isle of Wight Study) ปี 1970 ทำการศึกษาที่ Isle of Wight ซึ่งเป็นเกาะลักษณะกึ่งชนบทในประเทศอังกฤษ เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการเรียน สุขภาพจิตและสุขภาพกายของเด็ก (Rutter, 1975) ผลการศึกษายังมีข้อจำกัดเพราะเป็นการศึกษาเฉพาะที่แห่งหนึ่งเท่านั้น แต่การศึกษานี้ก็เป็นรูปแบบของการศึกษาอื่นในเวลาต่อมา เพราะใช้รูปแบบการศึกษาเป็นสองขั้นตอน มีวิธีการประเมินปัญหาที่ได้มาตรฐาน และมีการสัมภาษณ์ทางคลินิก

รุ่นที่สอง การศึกษาจะมีรูปแบบการประเมินปัญหา เกณฑ์การวินิจฉัยโรคและวิธีการศึกษาที่มีลักษณะเฉพาะมากขึ้น ชัดเจนขึ้น เกิดความสะดวกในการเปรียบเทียบผลการศึกษา รวมทั้งเปรียบเทียบการศึกษาระหว่างวัฒนธรรมได้ด้วย (Verhulst, 1995) อย่างไรก็ตามการศึกษาเหล่านี้ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่ เพราะยังไม่มีเกณฑ์ที่เป็นระบบเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากหลายแหล่ง เช่นผู้ปกครอง ครู และเด็ก และขาดการยอมรับในวงกว้างเกี่ยวกับเกณฑ์วินิจฉัยโรค

ปัจจุบันการศึกษาวินิจฉัยพยาธิสภาพทางจิตในเด็กได้พัฒนาเป็นลำดับ รวมทั้งการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น ผู้ปกครอง ครู แพทย์ และเด็ก มีเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน เช่น แบบสำรวจพฤติกรรมของ Achenbach (1981) , Rutter (1969) เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children , Costello 1987) และ CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment , Angold 1995) เป็นต้น

การนิยามปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชเด็ก

การนิยามปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชเด็ก มีได้หลายวิธี

1. ปัญหาเดียว (Individual problem approach) พฤติกรรมบางอย่างอาจถือว่าเป็นปัญหา เช่น พยายามฆ่าตัวตาย หนูแฉ่ว ติดสารเสพติด ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น เด็กที่มีปัญหาเดียวๆ อาจไม่ได้บ่งบอกว่าเด็กบกพร่องในหน้าที่หรือมีปัญหาการปรับตัว แต่อาจเกิดขึ้นในระหว่างพัฒนาการที่ปกติของเด็ก อย่างไรก็ตามปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์หลายๆปัญหาไม่เพียงพอที่จะบ่งบอกว่าเป็นโรคทางจิตเวช

2. อภการ (Item approach)

การใช้ค่าคะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรม เพื่อบ่งบอกปัญหาหรือการปรับตัวที่บกพร่อง อาจแบ่งเป็นกลุ่มปัญหาใหญ่ๆ หรือแบ่งเป็นกลุ่มปัญหาเฉพาะก็ได้ หรืออาจกำหนดโดยใช้จำนวนอาการจากอาการทั้งหมดในแต่ละหัวข้อ เพื่อเป็นเกณฑ์วินิจฉัย (criteria) บ่งบอกว่าเป็นโรคทางจิตเวช

3. การตัดสินใจทางคลินิก (Clinical approach)

การสัมภาษณ์ทางคลินิกโดยจิตแพทย์สามารถบ่งบอกว่าเด็กมีปัญหาทางสุขภาพจิต หรือเป็นโรคทางจิตเวชเด็กหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ตัดสินของแพทย์ เพื่อดูความบกพร่องในการปรับตัว และ/หรือการทำหน้าที่ วิธีนี้ค่อนข้างดีเพราะแพทย์มีเทคนิคในการสัมภาษณ์ สามารถตัดสินใจทางคลินิกว่าต้องการการรักษาหรือไม่ มีความบกพร่องในหน้าที่เพียงใด และแพทย์สามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับเด็กในแต่ละช่วงอายุ โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่อาจเข้าใจคำถามคลาดเคลื่อน เช่น ย้ำคิด ย้ำทำ หรือ พฤติกรรมของโรคจิต (Breslau, 1987) แต่วิธีนี้มีข้อด้อย คือ ต้นทุนสูง และใช้เวลาในการสัมภาษณ์นาน การแก้ไขโดยการใช่วิธีการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ซึ่ง Rutter ได้นำมาใช้ศึกษาพยาธิสภาพทางจิตของเด็กในชุมชน ขั้นแรกประเมินประชากรทั่วไปโดยวิธีที่ง่ายและราคาถูกลงด้วยแบบสอบถาม ต่อมาคัดเลือกเด็กจากกลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าจุดตัดและคัดเลือกเด็กที่มีคะแนนต่ำกว่าจุดตัดมาสัมภาษณ์ทางคลินิกพร้อมดูการปรับตัวและความสามารถในการทำหน้าที่

แหล่งข้อมูล

ในการศึกษาระบาดวิทยาทางจิตเวชเด็กจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง เพราะผลการศึกษาจากข้อมูลที่ต่างกันค่าที่ได้จะต่างกัน Achenbach พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีบทบาทคล้ายคลึงกัน (เช่น คู่ของผู้ปกครอง คู่ของครู คู่ของผู้สังเกตการณ์ คู่ของนักสุขภาพจิต) ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ $r = 0.60$ และข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกัน เช่น ผู้ปกครองกับครู ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ $r = 0.28$ สำหรับค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง, ครู, นักสุขภาพจิตก็ค่อนข้างต่ำเช่นเดียวกัน $r = 0.22$

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กจากเครื่องมือประเมินปัญหาด้วยตนเอง และการใช้เครื่องมือสัมภาษณ์แบบ (structured psychiatric interview) ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงคำถามใดเพื่อความเข้าใจได้ เช่น Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC, Edelbrock, 1986) ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์อยู่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และขณะเดียวกันความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคระหว่างเด็กกับผู้ปกครองก็ค่อนข้างต่ำ (Costello et al, 1984 ; Shaffer, 1988)

เครื่องมือในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเด็ก

เครื่องมือในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเด็กที่นิยมใช้ในการศึกษาทางระบาดวิทยา ได้แก่

1. เครื่องมือในการประเมินขั้นต้นหรือเครื่องมือคัดกรองปัญหา
2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
1. เครื่องมือในการประเมินขั้นต้นหรือเครื่องมือคัดกรองปัญหา มีหลายชนิดแต่ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น

1.1 แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Child Behavior Checklist,CBCL)

แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด คือ ชุดสำหรับผู้ปกครองและชุดสำหรับครูใช้ในเด็กเล็ก อายุ 3-5 ปี และ 6-11 ปี ในวัยรุ่นใช้แบบสอบถามที่ประเมินด้วยตนเอง (Youth Self Report,YSR) แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ที่ราคาไม่แพง มีคุณสมบัติในการวัดที่ดี มีความน่าเชื่อถือ มีค่า test-retest reliability ค่อนข้างสูง สามารถแยกแยะระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาทางคลินิกกับกลุ่มเด็กปกติได้ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ใช้กับประชากรกลุ่มใหญ่ได้ และสามารถใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างวัฒนธรรม (Achenbach & Edelbrock 1983, Weisz 1986) แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กไม่ได้อิงทฤษฎีและไม่สามารถระบุว่าเป็นโรคทางจิตเวชเด็กด้วยการใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือองค์การอนามัยโลกได้

1.2 แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklist,TYC)

เป็นแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กที่แปลและเรียบเรียงจากCBCL ของ Achenbach ได้ทำการศึกษาวิจัยในประเทศไทย มีความน่าเชื่อถือ มีค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าคะแนนแบ่งแยกระหว่างกลุ่มที่มีปัญหากับกลุ่มปกติสำหรับเด็กไทย

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมของ Michael Rutter

เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย มีความน่าเชื่อถือ แต่ไม่มีการแปลและหาค่ามาตรฐานในเด็กไทย

2. เครื่องมือสำหรับวินิจฉัยโรคทางจิตเวช แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

2.1 Semi-structured interview เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์สามารถซักถามเพิ่มเติมเพื่อความกระจ่างและเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันได้ เป็นเครื่องมือที่ใช้เกณฑ์การตัดสินใจทางคลินิก ใช้สัมภาษณ์ทั้งเด็กและผู้ปกครอง ตัวอย่างเช่น the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Epidemiologic Version(K-SADS-E) , Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) เป็นต้น เครื่องมือนี้มีข้อจำกัด คือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องได้รับการอบรมเพื่อใช้เครื่องมือ และข้อดี คือ ได้คำตอบที่ถูกต้องตรงกัน และใช้ได้ดีในเด็ก

2.2 Structured interview เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์จะต้องถามคำถามตามแบบฟอร์มทุกประการ เครื่องมือสัมภาษณ์เหล่านี้ใช้ได้กับผู้สัมภาษณ์ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญราคาไม่แพง สามารถให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและองค์การอนามัยโลกได้ และอาจเป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับการศึกษาระบาดวิทยาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เราสามารถเปรียบเทียบข้อดีข้อด้อยของเครื่องมือสัมภาษณ์ เช่น CAS, DICA, DISC ดูจากตารางที่ 1

ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กนั้นจะประเมินจากอาการทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่มีผลทางคลินิกอย่างชัดเจน หรือเกิดอาการร่วมกับความวิตกกังวลไม่สบายใจ(distress) ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือบกพร่องในหน้าที่การงานและการปรับตัว หรือรุนแรงถึงขั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษา การปรับตัวในเด็กอาจดูจาก 1)ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเพื่อน, สมาชิกในครอบครัว, ผู้ใหญ่คนอื่นนอกครอบครัว 2) การเรียน / ผลการเรียนหรือการทำงานในเด็กโต โดยที่ไม่มีความวิตกกังวลร่วมด้วย 3) ความสนุกสนานในชีวิต การใช้เวลาว่างในกิจกรรมสร้างสรรค์หรืองานอดิเรกอื่น ๆ เครื่องมือที่ใช้ประเมินความบกพร่องในการปรับตัว เช่น Children's Global Assessment(CGA) ให้คะแนนการปรับตัวตั้งแต่ 1-100 คะแนน ผู้ให้คะแนนจำเป็นต้องทราบข้อมูลในอดีต อาการ พฤติกรรมที่โรงเรียนและที่บ้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม ความรุนแรงของอาการทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความบกพร่องในหน้าที่การงาน หรืออาจใช้เกณฑ์ตัดสินใจทางคลินิกว่าจำเป็นต้องรับการรักษาหรือไม่ คะแนนการปรับตัวแบ่งเป็น 10 ช่วง คือ

91-100 คะแนน = การทำหน้าที่ดีเยี่ยม

81-90 คะแนน = การทำหน้าที่ดีทุกด้าน

80-71 คะแนน = การทำหน้าที่บกพร่องเล็กน้อย ซึ่งเป็นผลจากความกดดันในชีวิตช่วงสั้นๆ

70-61 คะแนน = การทำหน้าที่ทั่วไปค่อนข้างดี แต่มีความบกพร่องด้านเดียว

- 60-51 คะแนน = การทำหน้าที่บกพร่อง/ มีอาการหลายอย่าง แต่ไม่บกพร่องทุกด้าน
- 50-41 คะแนน = การทำหน้าที่บกพร่องปานกลาง(ด้านสังคม)และบกพร่องอย่างมากในบางด้าน
- 40-31 คะแนน = การทำหน้าที่บกพร่องอย่างมาก ไม่สามารถทำหน้าที่ในหนึ่งด้าน จำเป็นต้องรับการ
การรักษาในโรงพยาบาล หรือ เข้าเรียนชั้นเรียนเฉพาะ/ ชั้นเรียนพิเศษ
- 30-21 คะแนน = การทำหน้าที่บกพร่องค่อนข้าง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เกือบทุกด้าน
- 20-11 คะแนน = การทำหน้าที่บกพร่องอย่างมาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่
- 10-1 คะแนน = การทำหน้าที่บกพร่องอย่างมาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ตลอดเวลา

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

การศึกษา Isle of Wight (Rutter, 1989) พบสิ่งสำคัญดังนี้

1. โรคทางจิตเวชเด็กมีความสัมพันธ์อย่างมากกับ อาการชุกชน สมาธิสั้นและความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อน มีเด็กเพียงสองสามคนที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น เด็กเหล่านี้มักมีพฤติกรรมเกรี้ยว แต่เด็กที่มีพฤติกรรมที่เรียกว่า neurotic trait เช่น ดุดัน วิตกกังวล เป็นต้น มีความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อยกับโรคจิตเวชเด็ก
2. โรคซึมเศร้าพบในเด็กอายุ 14 - 15 ปี มากกว่าเด็กอายุ 10 - 11 ปี และพบค่อนข้างเด่นชัดว่าวัยรุ่นระบุโรคซึมเศร้ามากกว่าพ่อแม่ระบุ
3. มีความเห็นพ้องกันเกี่ยวกับอาการของโรคระหว่างเด็กกับพ่อแม่ค่อนข้างต่ำ
4. มีรูปแบบของโรคที่พบร่วมกัน เช่น ปัญหาการอ่านและโรคความประพฤติดีผิดปกติ ที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม
5. พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคทางอารมณ์กับความประพฤติดีผิดปกติ ซึ่งต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเช่นเดียวกัน
6. โรคทางจิตเวชที่เกิดอาการครั้งแรกหลังอายุ 10 ปี มีความแตกต่างกับโรคที่เกิดอาการก่อนอายุ 10 ปี โรคทางจิตเวชในเด็กโตไม่ค่อยสัมพันธ์กับปัญหาการอ่าน หรือ ปัญหาทางจิตสังคมที่เรื้อรัง นั่นคือ ควรหาสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกในวัยรุ่น
7. ในการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าปัญหาครอบครัวและความบกพร่องในการทำงานของสมอง เป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวช

Verhulst ได้รวบรวมผลการศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตเด็กในชุมชนตั้งแต่ ปี 1965 - 1993 มีทั้งหมด 49 การศึกษา ซึ่งเปรียบเทียบการวิจัยในหัวข้อ ต่างๆ เช่น ประชากรกลุ่มศึกษา กลุ่มตัวอย่าง อายุ วิธีการวิจัย เกณฑ์การวินิจฉัย ความชุกของปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็ก

ลักษณะ	K-SADS-E	DISC2.3	DICA-R	CAS	CAPA
การวินิจฉัยโรค	DSM III DSM- IIIR	DSM-IIIR ICD- 10	DSM-IIIR	DSM- III DSM-IIIR	DSM-IIIR ICD-10
ความซุกซนของอาการ	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	มี
ลักษณะการสัมภาษณ์	semi-structured	highly structured	structured	structured	semi-structured
ผู้ถูกสัมภาษณ์	ผู้ปกครอง/เด็ก	ผู้ปกครอง/เด็กครู	ผู้ปกครอง/เด็ก/วัยรุ่น	ผู้ปกครอง/เด็ก	ผู้ปกครอง/เด็ก
ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์	2 ชั่วโมง(ทั้งคู่)	45-90 นาที (ต่อข้อมูล)	60-90 นาที (ต่อข้อมูล)	45-75 นาที (ต่อข้อมูล)	1-2 ชั่วโมง (ต่อข้อมูล)
กรอบเวลา	ตลอดเวลา(อดีต/ปัจจุบัน) 6 เดือน		ปัจจุบัน/ตลอดชีวิต	ปีที่ผ่านมา	3 เดือนที่ผ่านมา
ช่วงอายุของเด็ก	6-17 ปี	6-17 ปี	6-17 ปี	7-17 ปี	8-18 ปี
ผู้สัมภาษณ์	แพทย์	ผู้ผ่านการอบรม หรือแพทย์	ผู้ผ่านการอบรม หรือแพทย์	ผู้ผ่านการอบรม หรือแพทย์	ผู้ผ่านการอบรม หรือแพทย์
ระยะเวลาการอบรม	1-2 สัปดาห์	3-4 วัน	1 สัปดาห์(แพทย์) 3 สัปดาห์(บุคคลทั่วไป)	5-10 วัน	1 เดือน

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Epidemiology Version (K-SADS-E, Orvaschel, 1982)

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) , Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA ,Angold,1994)

Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA , Reich & Welner ,1988), Children Assessment Schedule (CAS)

ตารางที่ 2 การศึกษาทางระบาดวิทยา โดยใช้ค่าสถิติ หรือ เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

[illegible]

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง			เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	ขนาด	อายุ	วิธีการศึกษา			ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
Cederblad (1968) ชุดาน	1719	3-15	ประชากรทั้งหมด 3 หมู่บ้าน 2 ขั้นตอน	ปัญหาเฉพาะ การวินิจฉัย ทางคลินิก	แบบสอบถาม สัมภาษณ์ ผู้ปกครอง	8%ของโรค 6% ของ ปัญหาเดียว	ไม่ระบุ	20 ปัญหา	ความเจ็บป่วย เศรษฐกิจ สุขภาพจิตของผู้ปกครอง
Connell et al (1992) ควินแลนด์ ออสเตรเลีย	366	10-11	สุ่มตัวอย่าง โรงเรียน 2 ขั้นตอน	เกณฑ์วินิจฉัย ของRutter	แบบสำรวจ& แบบสัมภาษณ์ เด็ก,ผู้ปกครองของ Rutter	10%	3 กลุ่มโรค	ไม่ระบุ	เขตเมือง
Cullen & Boundy(1966) ออสเตรเลีย	3440	0-15	สุ่มตัวอย่าง	ปัญหาเฉพาะ ค่าเฉลี่ย	แบบสอบถาม ผู้ปกครอง	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	57 ปัญหา	ปัจจัยครอบครัว สุขภาพของผู้ปกครอง
Davie et al (1972) Pringle et al (1966) อังกฤษ	15039	7	cohort จาก คลอดทั้งหมด จากการสำรวจ ในประชากร	ปัญหาจากการ ตัดค่าคะแนนของ	แบบสอบถาม ผู้ปกครอง	14%	10 กลุ่มปัญหา (คะแนนจากครู)	23 ปัญหา คะแนนจากพ่อแม่	ปัจจัยทางการแพทย์

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง		เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	ขนาด	อายุ			ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
			วิธีการศึกษา					
Earls (1980) สหรัฐอเมริกา	100	3	ทั้งหมดของ ครอบครัวที่ลง ทะเบียน	คำสถิติ แบบสำรวจ พฤติกรรม	แตกต่างกัน ตามค่าจุดตัด	ไม่ระบุ	17 ปัญหา	ไม่ระบุ
Ekblad (1990) เมืองโบจิง ประเทศจีน	514	12 ปี 6	เด็กนักเรียน ไม่สุ่ม	ปัญหาเฉพาะ แบบสำรวจ พฤติกรรมของ Rutter	ไม่ระบุ	2 กลุ่มปัญหา	17 ปัญหาโดย ผู้ปกครอง, 13 ปัญหาโดยครู	ผลการเรียน
Fogelman (1976) ประเทศอังกฤษ	11 692	16	cohort เด็กทุกคนจาก การสำรวจสามใน ประชากร	ปัญหาเฉพาะ แบบสำรวจ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	18 ปัญหา	ไม่ระบุ
Fombonne (1994) Chartres, ประเทศฝรั่งเศส	2441	6-11	สุ่มตัวอย่าง เด็กนักเรียน รวมชั้นเรียนพิเศษ 2 ขั้นตอน	คำสถิติ คลินิก แบบสำรวจและ สัมภาษณ์ของ Rutter	12.4 %	ICD-9	ไม่ระบุ	ตัวแปร เขตเมือง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง			เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	ขนาด		วิธีการศึกษา			ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
	อายุ								
Glow (1978) ออสเตรเลีย	2475	ป. 6	สุ่มนักเรียน ในเขตเมือง	คำสถิติ	แบบสำรวจ พฤติกรรมโดยครู (Conners)	29 % ปัญหาชัดเจน	7 กลุ่มปัญหา	39 ปัญหา	ปัจจัยครูและโรงเรียน
Graham & Rutter (1973) Isle of Wight อังกฤษ	2303	14-15	ประชากรทั้งหมด	คลินิก	แบบสำรวจและ สัมภาษณ์ครู ผู้ปกครองของ Rutter	13.2% ชาย 12.5 % หญิง	5 กลุ่มปัญหา	8 ปัญหา	ปัจจัยครอบครัว สุขภาพจิตผู้ปกครอง การศึกษา ความสำเร็จ
Hensley (1988) Achenbach et al (1990 a) ชิตนีย์ ออสเตรเลีย	1300	4-16	สุ่มเลือกโดยใช้ ถนนจากคู่มือ	ปัญหาเฉพาะ	CBCL/ 4-16	ค่าคะแนน ปัญหาเด็กใน ชิตนีย์มากกว่า ในอเมริกา	ไม่ระบุ	118 ปัญหา	ไม่ระบุ
Kastrup (1976) เดนมาร์ค	183	5-6	สุ่มประชากรทั่วไป โรงพยาบาล	คำสถิติ คลินิก	สัมภาษณ์ ผู้ปกครอง	8% (โรค) ปัญหา	ไม่ระบุ	38 ปัญหา	เขตเมือง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง		วิธีการศึกษา	เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	ขนาด	อายุ				ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
Kellam et al (1975) ชิคาโก สหรัฐอเมริกา	2010	ป. 1	นักเรียนป. 1 ยากจน เขตเมือง	ปัญหาปรับตัว	แบบสอบถาม ในทัศนเคหะ ผู้ปกครอง การสังเกต คลินิก	19.4% ครู ผู้ปกครอง 13.6 % ตบเชิง	ไม่ระบุ ปานกลาง	5 อาการ 5 ผู้สังเกตการณ์ 7 ตอบเอง	ไม่ระบุ
Koot & Verhulst (1991); Koot (1993) เนเธอร์แลนด์	420	2-3	สุ่มตัวอย่าง จากทะเบียน	คำสถิติ ปัญหาเฉพาะ	CBCL/2-3	12.6%	7 กลุ่มปัญหา	99 ปัญหา	ปัจจัยเด็ก ครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิต
Krupinski et al (1967) เฮย์ฟอร์ด ออสเตรเลีย	756 เด็ก 241 วัยรุ่น	ไม่ระบุ	ประชากรทั้งหมด จากการสำรวจ คำถามในประชากร	คลินิก	สัมภาษณ์ ครอบครัว	7.7% ใน เด็ก 12.3% วัยรุ่นชาย 3.3 % วัยรุ่นหญิง	3 กลุ่มโรค	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
Langner et al (1976) นิวยอร์ก) สหรัฐอเมริกา	1034	6-18	สุ่มตัวอย่างบ้าน ในเขตเดียว	คำสถิติ คลินิก	แบบสอบถาม ผู้ปกครอง สัมภาษณ์เด็ก	13 % (โรค)	กลุ่มปัญหา	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ จากการสำรวจ
Larson et al (1988) แคนาดา	756	3	cohort เด็กที่คลอดใน 1 ปี ในชุมชน	คำสถิติ	CBCL/ 2-3	11.1 %	6 กลุ่มปัญหา	ไม่ระบุ	ลักษณะช่วงเด็กเล็ก ปัจจัยผู้ปกครองและ ครอบครัว

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง			เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
			วิธีการศึกษา			ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
	ขนาด	อายุ							
Leslie (1974) เบรคเบิร์น อังกฤษ	1198	13-14	นักเรียนมัธยม ทั้งหมด 2 ขั้นตอน	คลินิก	แบบสอบถาม ครู ผู้ปกครอง สัมภาษณ์เด็ก ผู้ปกครอง	17.2 %	9 กลุ่มอาการ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
Luk et al (1991 a,b) ฮ่องกง	855	3	ผู้ปกครอง ก่อนวัยเรียน 2 ขั้นตอน	คำสถิติ คลินิก	แบบสำรวจ สัมภาษณ์เด็ก ครูแบบทดสอบ	18% น้อย 4 %ปานกลาง 0.7% รุนแรง	3,5 กลุ่มอาการ	22 ปัญหา	ไม่ระบุ
Matsuura et al (1989) ญี่ปุ่น	1860	6-12	ผู้ปกครองนักเรียน	คำสถิติ เฉพาะปัญหา	Rutter scale B	3 %	ไม่ระบุ	26 ปัญหา ครูตอบ	เศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยอื่น ๆ
Matsuura et al (1993)	ญี่ปุ่น 2638 จีน 2432 เกาหลี 1975	6-12	เด็กประถมคำสถิติ		Rutter scale A Rutter scale B	ญี่ปุ่น P= 12% พฤติกรรมเกร T=12% โรคประสาท จีน P = 7% T = 8.3% เกาหลี P =10.1 %	พฤติกรรมเกร เฉพาะอาการ	เชื้อชาติ	ขนาดครอบครัว

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง		วิธีการศึกษา	เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	ขนาด	อายุ				ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
McGee et al (1984) นิวซีแลนด์	951	7	เด็กทั้งหมดที่ คลอดในรพ.	ทางสถิติ	Rutter scale A Rutter scale B แบบสอบถามพฤติกรรม	30 %	3 กลุ่มโรค	ไม่ระบุ	สติปัญญา ปัจจัยครอบครัว
Miller et al (1974) อังกฤษ ปกครอง	2615	10	เด็กคลอดทั้งหมด สำรวจประชากร cohort	ความบกพร่อง	สัมภาษณ์ผู้ปกครอง รายงาน รร.	19.4 % (ปรับตัว)	ไม่ระบุ	40 ปัญหา (ประเมิน) 5 รายงาน	เศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยครอบครัวและ ชีวภาพ สุขภาพจิตผู้
Moiilanen et al (1988) ฟินแลนด์	1033 987	8	กลุ่มนักเรียน ประถม (ผู้ปกครอง)	คำสถิติ	Rutter scale A	12 %	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
Morita et al (1990, 1993) ญี่ปุ่น	1992	12-16	นักเรียนมัธยม ชุมชนหนึ่ง 2 ขั้นตอน	คำสถิติ คลินิก สัมภาษณ์เด็ก	Rutter scale A Rutter scale B สัมภาษณ์	16%(12-13ปี)ปัญหาอารมณ์ 14%(14+15ปี)เกเร ทั้งสอง	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ตารางที่ 2(ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง		เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
					ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
	ขนาด	อายุ	วิธีการศึกษา					
Motti- Stefanidi et al (1993) เอเธนส์ กรีก	466	6-11	สุ่มนักเรียน ประถม	ค่าสถิติ CBCL/4-16	36% ชาย 39 % หญิง	ปัญหายานนอก ปัญหายานใน	ไม่ระบุ	เศรษฐกิจและสังคม
Oliver (1973) สหรัฐอเมริกา	6768	12-17	สุ่มประชากร ระดับชาติ	ทัศนคติ ระบุปัญหาปรับตัว แบบสอบถามครู 12.3 % หญิง	18.7% ชาย ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ความสัมพันธ์ของเพื่อน
Rahim & Cederblad (1984) สวีเดน	8462	12-17	ประชากรทั้งหมด 3 หมู่บ้าน	ปัญหาเฉพาะ แบบสอบถาม สัมภาษณ์ผู้ปกครอง	13%รุนแรง 47%ปัญหาอิสระ	ไม่ระบุ	20 ปัญหา	เปลี่ยนแปลงเขตเมือง
Richman et al (1975,1982) โบโร อังกฤษ	705	3	สุ่มประชากรใน 4 ตามทะเบียนบ้าน	ค่าสถิติ คลินิก BSQ	7.3%) ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	24 ปัญหา	ปัจจัยครอบครัวและสังคม สุขภาพจิตผู้ปกครอง การศึกษา ความสำเร็จ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง			เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	ขนาด	อายุ	วิธีการศึกษา			ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
Robert & Baird (1972) สหรัฐอเมริกา	7417	6-11 ทั้งหมด	สุ่มประชากร ระดับชาติ	ทัศนครู ระบุปัญหาปรับตัว	แบบสอบถาม ครู	23.7%ชาย 9.6% หญิง	ไม่ระบุ	8 ปัญหา	ความชื่นชอบของเพื่อน
Rutter et al Isle of Wight อังกฤษ	3316	10-11	เด็กประถมทั้งหมด ทะเบียน 2 ขั้นตอน	คลินิก	Rutter scaleA,B สัมภาษณ์ ผู้ปกครอง, เด็ก	6.8 % ไม่รวมปัญญาอ่อน โรคอาการเดียว	16 กลุ่มโรค	31 ปัญหา	ปัจจัยครอบครัวและสังคมและที่ตั้ง ปัจจัยทางการแพทย์ การศึกษา ความสำเร็จ
Rutter et al (1975) ลอนดอน อังกฤษ	1689	10	เด็กทั้งหมด จากทะเบียน รร. 2 ขั้นตอน	คลินิก	Rutter scale B สัมภาษณ์ ผู้ปกครอง	25.4 %	3 กลุ่มโรค	ไม่ระบุ	ปัจจัยครอบครัวและสังคม
Schultz et al (1974) อิลินอยส์ สหรัฐอเมริกา	1575	3-4	นักเรียนประถม ทั้งหมด	ปัญหาเฉพาะ	BPC	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	55 ปัญหา	ไม่ระบุ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง		เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	ขนาด	อายุ			ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
			วิธีการศึกษา					
Shepherd et al (1974) นิวแฮมเชอร์ อังกฤษ	6287	5-15	นักเรียนใน ชุมชน 1 ใน 10	คำสถิติ แบบสอบถาม ครู ผู้ปกครอง	39.3 %ชาย 42.1%หญิง	ไม่ระบุ	37 ปัญหา	ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม
Stallard (1993) อังกฤษ	1170	3	เด็กมาประเมิน พัฒนาการผู้ปกครองตระหนัก ใน 1 อาทิตย์	คำสถิติ BCL	10 %	ไม่ระบุ	19 ปัญหา	ไม่ระบุ
Stone (1981) ไอโอวา สหรัฐ	24997	Grade k-6	นักเรียนทั้งหมด 1 เมือง	ปัญหาเฉพาะ BPC	ไม่ระบุ	2 กลุ่มโรค	36 ปัญหา	ไม่ระบุ
Venables et al (1983) Mauritius	1063	7-8	นักเรียน 37 โรงเรียน 2 ชุมชน	คำสถิติ Rutter scale B	29% ชาย 17% หญิง	2 กลุ่มโรค	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
Verhulst et al (1985 a 1986,1989) ฮอลแลนด์ เนเธอร์แลนด์	2076	4-16	สุ่มจาก ทะเบียน 2 ขั้นตอน	ปัญหาเฉพาะ ขั้นแรกและ คลินิกในขั้น 2 CBCL/4-16 TRF YSR	7%รุนแรง 19%กลาง ใน 8,11ปี	กลุ่มโรคระบุ 118 ปัญหา ระบุเพศ อายุ 4-5,6-11 12-16		เศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยครอบครัว

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง		วิธีการศึกษา	เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	ขนาด	อายุ				ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
Vikan (1985) นอร์เวย์	1510	10	เด็กทั้งหมดที่ คลอดในรพ. 1 ชุมชน	คลินิก	Rutter scale A Rutter scale B สัมภาษณ์เด็ก,ปกครอง	5 %	3 กลุ่มโรค	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
Wang et al (1989) ไบกิง,จีน	2432	7-14	สุ่มโรงเรียน	ค่าสถิติ	Rutter scale B	8.3 %	2 กลุ่มโรค	ไม่ระบุ	ปัจจัยครอบครัว
Weisz et al (1987) ไทย	360	6-11	สุ่มนักเรียน 38 โรงเรียน จาก 5 อำเภอ	ปัญหาเฉพาะ ค่าสถิติ เทียบระหว่าง วัฒนธรรม	CBCL-4-16 คะแนนสูงกว่า เด็กอเมริกัน	เด็กไทยมีค่า	ไม่ระบุ	118 ปัญหา	ไม่ระบุ
Werner et al (1971) ฮาวาย สหรัฐ	750	10	สำรวจประชากร เฉพาะคนท้อง ติดตามเด็ก	ปัญหาเฉพาะ ผลการเรียน	สัมภาษณ์ที่บ้าน แบบสอบถามครู	26.4%อารมณ์ 1ใน6รบกวน	ไม่ระบุ 5 ปัญหา		ปัจจัยครอบครัวและ การแพทย์

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การศึกษา	ตัวอย่าง		เกณฑ์วินิจฉัย	วิธีการวิจัย	ความชุกของโรคทางจิตเวช			ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	ขนาด	อายุ			ทั้งหมด	เฉพาะโรค	เฉพาะปัญหา	
			วิธีการศึกษา					
Werry & Quay (1971) อัลมอนต์ สหรัฐ	1753	5-8	เด็กนักเรียน (ครูระบุ)	ปัญหาเฉพาะ BPC	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	55 ปัญหา	ไม่ระบุ
Weyerer et al (1988) บาวาเรีย ,เยอรมัน	358	3-14	สุ่มจาก ทะเบียนบ้าน	คลินิก สัมภาษณ์ทาง	18.4%	7กลุ่มโรคอาการ	ไม่ระบุ	พัฒนาการล่าช้า การแพทย์ ปัจจัยทางจิต-สังคม
Zimmerman et al (1978) เวอโรนา, อิตาลี	418	6-13	สุ่มนักเรียน	คำสัถิ Rutter scale B	9.3 %	2 กลุ่มโรค	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ACQ = Achenbach Connors, Quay Questionnaire

BPC = Behaviour Problem Checklist (Quay and Peterson 1975)

CBCL = Child Behavior Checklist

PBCL = Preschool Behavior Checklist

YSR = Youth Self Report

TRF = Teacher's Report Form

การศึกษาระบาดวิทยาทางจิตเวชเด็กที่ใช้วิธีประเมินและเกณฑ์การวินิจฉัยแบบเดียวกันจะสามารถเปรียบเทียบผลการศึกษาได้ ซึ่งพบว่าการศึกษาในชุมชนที่ใช้การประเมินแบบเดียวกัน และใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(DSM III , DSM IIIR) มีรูปแบบการศึกษาเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรก โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจปัญหาขั้นต้น ขั้นที่สอง ใช้วิธีการสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครอง มีดังนี้

1. การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับสุขภาพ พัฒนาการ และพฤติกรรมต่างๆ ของเด็กที่เกิดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเมืองดุนิดิน (Dunedin) ประเทศนิวซีแลนด์ โดยการประเมินเด็กเมื่ออายุ 11 ปี และ 15 ปี และสัมภาษณ์เด็กโดยใช้ DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children (Costello, et al. 1982) และใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อประเมินปัญหา และดูระดับความรุนแรงของปัญหากับความเห็นที่สอดคล้องกันของข้อมูล

ระดับ 1 รุนแรงมาก : เข้าเกณฑ์วินิจฉัยจากข้อมูลหลายแหล่ง

ระดับที่ 2 ค่อนข้างรุนแรง : เข้าเกณฑ์วินิจฉัย และมีอีกข้อมูลยืนยัน

ระดับที่ 3 รุนแรงปานกลาง : เข้าเกณฑ์วินิจฉัย โดยไม่มีข้อมูลอื่นยืนยัน

ระดับที่ 4 ระดับเล็กน้อย : เข้าเกณฑ์วินิจฉัย แต่ใช้ข้อมูลทั้ง 3 แหล่งยืนยัน

จากการศึกษาพบว่า ความชุกของปัญหาจิตเวชเด็กร้อยละ 17.6 และ 22.0 ในเด็ก 11 ปี และ 15 ปี ตามลำดับ (Anderson และคณะ ,1987 ; McGee และคณะ ,1990)

2. การศึกษาในออนตาริโอ (Ontario)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากรของแคนาดา โดย Boyle และคณะ และจัดทำเครื่องมือเพื่อประเมินโรคบางอย่าง เช่น โรคความประพฤติผิดปกติ โรคสมาธิสั้น โรคทางอารมณ์และโรคทางกาย โดยดึงข้อความบางข้อจากแบบสำรวจพฤติกรรม ข้อความจาก DSM III และเพิ่มเติมบางข้อความ เพื่อสำรวจปัญหาขั้นต้น และจิตแพทย์เด็กเป็นผู้ประเมินแยกค่าปกติกับค่าทางคลินิก แล้วเลือกเด็กจำนวนหนึ่งเพื่อสัมภาษณ์ การศึกษานี้พบ ความชุกของโรคจิตเวชเด็ก ร้อยละ 18.1 (Offord และคณะ 1987) เมื่อจำแนกโรคทางจิตเวชเด็ก พบความชุกของโรคดังกล่าวดังนี้

โรคความผิดปกติ โรคสมาธิสั้น(%) โรคทางอารมณ์(%) ≥ 1 โรค(%)

ผิดปกติ (%)

อายุ 4-11 ปี เพศชาย	6.5	10.1	10.2	19.5
เพศหญิง	1.8	3.3	10.7	13.5

3. การศึกษาในดัชท์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในเด็กอายุ 4 - 16 ปี ที่อาศัยในจังหวัดหนึ่งของประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยการสุ่มตัวอย่าง ใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก(CBCL, TRF) โดยผู้ปกครองและครูเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์เด็กจำนวนหนึ่งด้วย Child Assessment Schedule (CAS, Hodges 1982) และสัมภาษณ์ผู้ปกครองโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ของ Graham & Rutter (Graham & Rutter, 1968) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประเมินอย่างอิสระโดยจิตแพทย์เด็ก 3 คน ให้คะแนนตามระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ 0 = ไม่มีโรค 1 = คลุมเครือ 2 = รุนแรงเล็กน้อย 3 = รุนแรงปานกลาง 4 = รุนแรงมาก และใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันกับความรุนแรงระดับที่ 3 และ 4 พบว่า ความชุกของโรคทางจิตเวช ระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 7 และระดับ รุนแรงปานกลาง ร้อยละ 26 (Verhulst, 1985)

4. การศึกษาในเปอโตริโก (Puerto Rico)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในเด็ก 4 - 16 ปี สุ่มตัวอย่างจากทะเบียนบ้าน มีรูปแบบการศึกษาเป็นสองขั้นตอน ขั้นตอนแรก ใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก(CBCL, TRF) ผู้ปกครองและครูเป็นผู้ตอบ ขั้นที่สอง เลือกเด็กที่มีค่าคะแนนสูงกว่าจุดตัดจากแบบสอบถามครูหรือผู้ปกครองอย่างใดอย่างหนึ่งมาสัมภาษณ์ทั้งเด็กและผู้ปกครอง โดยเครื่องมือสัมภาษณ์ (DISC) และประเมินดูความบกพร่องในหน้าที่โดยใช้ Children's Global Assessment Scale (CGAS, 1987) เพื่อดูการปรับตัว พบความชุกของโรคทางจิตเวชร้อยละ 17.9 เมื่อค่าคะแนนการปรับตัวน้อยกว่า 60 แต่เมื่อใช้เกณฑ์วินิจฉัยเพียงอย่างเดียวอย่างเดียวทำให้ความชุกของโรคสูงถึงร้อยละ 49.5 (Bird และคณะ, 1988)

โรค	% (SE)	% (SE)
	ค่า CGAS < 60	GCAS 61-70
โรควิตกกังวล	9.9 (1.6)	4.9 (0.9)
โรคสมาธิสั้น	9.5 (1.6)	6.6 (1.6)
โรคซึมเศร้า	5.9 (1.1)	2.8 (0.7)
โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก	4.7 (0.9)	2.1 (0.7)
โรคปัสสาวะรด	4.7 (1.0)	2.0 (0.6)
ปัญหาการปรับตัว	4.2 (1.1)	3.4 (0.8)
โรคกลัวเฉพาะเจาะจง	2.6 (0.7)	1.3 (0.5)

การเกิดโรคร่วมกัน การศึกษานี้พบว่าโรคทางจิตเวชที่พบร่วมกันมีดังนี้

	โรคทางอารมณ์	พฤติกรรมเกรี้ยว	โรคสมาธิสั้น	โรควิตกกังวล
โรคทางอารมณ์	-	51.7	30.7	31.8
พฤติกรรมเกรี้ยว/ต่อต้าน	23.9	-	44.7	34.7
โรคสมาธิสั้น	17.0	53.6	-	22.6
โรควิตกกังวล	16.6	39.2	21.2	-

5. การศึกษาในประเทศฝรั่งเศส

การศึกษานี้เป็นการสำรวจสุขภาพจิตในชุมชนที่เมือง ซาเตอร์ ประเทศฝรั่งเศส ศึกษาโดยการเลือกเด็กนักเรียนจำนวน 2441 คน จาก 18 โรงเรียน(โรงเรียนรัฐบาลและโรงเรียนเอกชน) รวมทั้งเด็กการศึกษาพิเศษ รูปแบบการศึกษาเป็นสองขั้นตอน ขั้นตอนแรก ใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก และขั้นตอนที่สอง สัมภาษณ์เด็กและพ่อแม่ 217 ครอบครัว และประเมินความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเด็กโดยใช้ Children's Global Assessment Scale (CGAS, 1987) ผลการศึกษาพบว่าเด็กและครอบครัวให้ความร่วมมือสูงถึง ร้อยละ 82 คนที่ไม่ตอบแบบสอบถามจะมีพยาธิสภาพทางจิตค่อนข้างสูงโดยดูจากค่าคะแนนที่ครูตอบ ความชุกของโรคทางจิตเวช ร้อยละ 12.4 และจำนวนร้อยละ 5.9 ที่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก มีโรคความผิดปกติพฤติกรรม ร้อยละ 6.5 โรคสมาธิสั้นในเด็กชายมีค่อนข้างสูงถึง ร้อยละ 15 และในผู้หญิงร้อยละ 9.5 พบความบกพร่องของโรคมากเป็นสองเท่าในเด็กการศึกษาพิเศษ ไม่พบความแตกต่างระหว่างเด็กจากโรงเรียนรัฐบาลและเอกชน และไม่แตกต่างระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท

ถึงแม้จะมีการศึกษาโดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(DSM III) แต่ก็ยังมีรูปแบบและวิธีการที่แตกต่างกัน มีอยู่สองการศึกษาที่ใช้ระดับความรุนแรงของโรคเป็นเกณฑ์พบว่าความชุกของโรคใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 7.3 และ 7.0 (Verhulst 1985 , Anderson 1987) ความชุกของโรคโดยรวมทั้ง 5 การศึกษา คือ ร้อยละ 17.6 , 17.9 , 18.1 , 22.0 และ 26.0 จะพบว่าการใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคอย่างเดียวกันอาจทำให้ความชุกของโรคค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจทางคลินิกในแง่การปรับตัวโดยรวมของเด็กร่วมด้วย อย่างไรก็ตามผลการตัดสินใจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับทัศนคติ ประสบการณ์ และทักษะต่างๆของผู้สัมภาษณ์เองด้วย

การศึกษาระบาดวิทยาเฉพาะโรคทางด้านอารมณ์ พบความชุกของโรคทางด้านอารมณ์ดังนี้มีดังนี้

1. การศึกษาของ Anderson ปี 1987 ในประเทศนิวซีแลนด์ ในเด็ก 11 ปี พบ

โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก ร้อยละ 3.5 โรควิตกกังวลทั่วไปร้อยละ 2.9

โรคความกลัว(Simple phobia) ร้อยละ 2.4 โรคกลัวสังคม(Social phobia) ร้อยละ 1

2. การศึกษาของ Costello ปี 1989 ในเด็ก 7-11 ปี พบโรควิตกกังวลร้อยละ 8.9 เป็นความกังวลจากการพลัดพราก ร้อยละ 4.1 โรควิตกกังวลทั่วไป ร้อยละ 4.6 โรคความกลัวเฉพาะร้อยละ 9.2 โรคกลัวสังคมร้อยละ 1.0

3. การศึกษาของ Kashani & Orvaschel ปี 1988 โดยการสัมภาษณ์เด็ก 150 คน พบโรควิตกกังวล ร้อยละ 17.3 เมื่อคำนึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ พบโรคนี้ร้อยละ 8.7 โรควิตกกังวลทั่วไป ร้อยละ 7.3 โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก ร้อยละ 0.7 โรคกลัวเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 4.7

4. การศึกษาของ Whitaker ปี 1990 โดยการใช้แบบสำรวจวัยรุ่น 5000 คนแล้วสัมภาษณ์ต่อประมาณ 356 คน พบว่า โรควิตกกังวล ร้อยละ 0.6 โรคแพนิค ร้อยละ 1.0 โรคย้ำคิดย้ำทำ (อาการเฉพาะปัจจุบัน) ร้อยละ 1.0

5. การศึกษาของ Mc Gee ปี 1984 ในประเทศนิวซีแลนด์ ศึกษาเด็ก 1000 คน พบว่า โรควิตกกังวลทั่วไป ร้อยละ 5.9 โรคความประพฤตินิสิตปกติ ร้อยละ 5.7 โรคกลัวเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 3.6

6. การศึกษาของ Bird ปี 1988 ในแปซิฟิก พบว่า โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก ร้อยละ 6.8 โรคกลัวเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 3.9 แต่เมื่อคำนึงความบกพร่องในหน้าที่ ความทุกข์ลดลงเหลือ ร้อยละ 4.7 และ 2.6 ตามลำดับ

7. การศึกษาของ Bowen ปี 1990 ศึกษาในเด็ก 3000 คน พบว่า โรควิตกกังวลทั่วไป ร้อยละ 3.6 โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก ร้อยละ 2.4

8. การศึกษาของ Kashani ปี 1990 ศึกษาในเด็ก 70 คน อายุ 8 , 12 , 17 ปี พบว่าโรควิตกกังวลจากการพลัดพรากในเด็ก 8 ปี มีมากกว่าเด็กกลุ่มอื่น และพบโรควิตกกังวลทั่วไปในเด็ก 17 ปี มากกว่าเด็กอีกสองกลุ่ม

9. การศึกษาของ Last ปี 1987 ศึกษาในคลินิก พบอายุเฉลี่ยของโรควิตกกังวลจากการพลัดพราก 9.1 ปี และโรควิตกกังวลทั่วไป 13.4 ปี และพบมากในเด็กหญิง ชาวคอเคเซียน และกลุ่มที่มีเศรษฐกิจต่ำมากกว่า

Fleming (1990) ได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ศึกษาในชุมชน มีทั้งหมด 14 รายงาน มีทั้งวิธีการวิจัย เพียงขั้นตอนเดียวและ สองขั้นตอน ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ได้รับข้อมูลจากเด็ก ผู้ปกครองและครู ผลการศึกษาพบลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความทุกข์ของโรซึมเศร้า (Major depressive disorder) มีไม่มาก (น้อยกว่าร้อยละ 3)
2. มีสองการศึกษาพบว่าเด็กรายงานเกี่ยวกับโรซึมเศร้ามากกว่าผู้ปกครอง
3. ครูปบ่งชี้ว่าเด็กซึมเศร้ามากกว่าผู้ปกครอง และพบว่ามีความเห็นพ้องระหว่างเด็กกับผู้ปกครองเกี่ยวกับโรซึมเศร้าค่อนข้างน้อย (Costello et al, 1988; Fleming et al, 1989)

การศึกษาในวัยรุ่นพบสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ 1. ความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นพบประมาณร้อยละ 0.4 - 6.4 ซึ่งมีมากกว่าในเด็ก(อายุ 6-11ปี) 2. วัยรุ่นระบุถึงโรคซึมเศร้าของตนเองมากกว่าที่ผู้ปกครองระบุ 3. ความชุกของโรคซึมเศร้าค่อนข้างสูงถ้าใช้แบบสอบถามที่ตอบคำถามด้วยตนเอง (Kandel and Davies ,1982)

การศึกษาระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2522 โดย อัมพร โอตระกูล และศรีธรรม ธนะภูมิ ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2,3,4 ของโรงเรียนสาธิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กับนักเรียนมัธยมปีที่ 1,2,3,4,5 ของนักเรียนสหศึกษาของรัฐบาลของจังหวัดนครราชสีมา ในเขตชนบทศึกษาโดยการสำรวจปัญหาจากแบบสอบถามครู และคำถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่เด็กถามบุคลากรทางสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุขในระยะเวลา 2 เดือน และในเขตเมืองศึกษาจากคำถามของนักเรียนที่ถามจิตแพทย์ในโครงการการให้การปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยจิตแพทย์เด็ก 2 ท่าน ระยะเวลา 1 วัน ผลการศึกษาในเขตชนบทพบปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมร้อยละ 22.5 และร้อยละ 17.3 และในเขตเมืองพบปัญหาทางจิตใจร้อยละ 14.8 และ 7.3 ในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 2,3,4 ตามลำดับ (อัมพร โอตระกูล, 2522) ในปี พ.ศ. 2524 กวี สุวรรณกิจและคณะ ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 และ 3 ของโรงเรียนวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาโดยใช้แบบสอบถามสำหรับครูและผู้ปกครองและใช้วิธีการสัมภาษณ์ และตรวจทางจิตวิทยาพบปัญหาทางสุขภาพจิตร้อยละ 7.18 (กวี สุวรรณกิจ, 2524) ในปี พ.ศ. 2529 อัมพร โอตระกูล และคณะ ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ในเขตพญาไท บางเขน ดุสิต บางรัก และพระโขนง โดยสุ่มตัวอย่างครอบคลุมและใช้แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบสำรวจสภาวะสุขภาพจิต Index of Psychological Well-Being ของ P.L. Berkman ที่แปลเป็นภาษาไทย พบปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 29.8, 29.0 และ 37.9 ในกลุ่มอายุ 0-3 ปี, 4-7 ปี และ 7-16 ปี ตามลำดับ (อัมพร โอตระกูล, 2529) ในปีเดียวกันดวงใจ กส้านติกุลและคณะ ได้สำรวจปัญหานักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร โดยส่งแบบสอบถามไปยังครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมในกรุงเทพฯ พบปัญหาครอบครัวร้อยละ 67.2 และปัญหาอื่นที่รองลงมา คือ ปัญหาการเรียน ปัญหาความประพฤติและปัญหาเศรษฐกิจ (ดวงใจ กส้านติกุล , 2529) นอกจากนั้นได้มีการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานเดียวกันเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็กอายุ 6-11 ปี ตามทัศนะของพ่อแม่และครูระหว่างเด็กไทยและเด็กอเมริกัน โดย สมทรง สุวรรณเลิศ วันชัย ไชยสิทธิ์ และ Preessor John R.Weisz กลุ่มตัวอย่างของเด็กไทย สุ่มโดยเลือกโรงเรียนประถม 38 แห่งทั่วประเทศ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (ชุดสำหรับผู้ปกครองและชุดสำหรับครู) ที่แปลและดัดแปลงจาก Child Behaviour Checklist ของ Thomas M.Achenbach ผลการศึกษพบปัญหาที่มี

คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 10 อันดับแรกของเด็กไทยอายุ 6-11 ปี รวมเพศชายและหญิง ได้แก่ ชอบได้ เบียง เฉยมไม่พูดจาเวลาโกรธหรือไม่สบายใจ ตื้อบึ้งตึงหรืออุนเฉียว ซุกซน กลัวสัตว์บางชนิด/สถานการณ์บางอย่าง กินอาหารได้น้อย ซ้ำร้ายหรือกระดาก ไม่อยู่นิ่ง ลูกลี้ลุกรนหรือไม่อยู่ สุข ชอบเล่นกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า ตามลำดับ (Weisz , 1987) นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กชายมีค่าคะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรมสูงกว่าเด็กหญิงใน 48 ปัญหา และพบว่าปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ที่ควบคุมอยู่ภายใน(over-controlled) มากกว่าพฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก (under-controlled) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Weisz, 1989) จากการศึกษาที่นอกจากพบปัญหาดังกล่าวยังมีผลทำให้เรามีแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก TYC (Thai Youth Checklist) ที่ได้มาตรฐานกับต่างประเทศซึ่งสามารถนำมาใช้ในงานวิจัยในเวลาต่อมา ในปี พ.ศ.2536 ปณิดดา มุมบ้าน เชา ได้ศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กมัธยมต้น ในจังหวัดลพบุรี พบความชุกของปัญหาพฤติกรรมในเด็กมัธยมต้น เท่ากับร้อยละ 36.2 (ปณิดดา มุมบ้าน เชา, 2536)

การศึกษาทางระบาดวิทยา นอกจากจะหาคำตอบเกี่ยวกับความชุกหรือขนาดของปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนแล้ว ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาดังกล่าว และปัจจัยดังกล่าวมีความสำคัญในด้านงานป้องกันซึ่งได้มีการศึกษาอย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ (Verhulst , 1992) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ เพศ เศรษฐฐานะ สภาพครอบครัว (จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานสมรสของพ่อแม่ การเลี้ยงดู) ผลการเรียนรู้ ปัญหาการเรียน การเจ็บป่วยทางกายของเด็ก และการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่ การศึกษาโดย Rutter, Graham และคณะในปี 1976 พบความชุกของปัญหาจิตเวชเด็กเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นเมื่อเปรียบเทียบกับเด็ก (Rutter, 1976) และพบความชุกของปัญหาทางจิตเวชในเด็กชายสูงกว่าเด็กหญิงในช่วงอายุ 10-11 ปี Rutter , 1987) การศึกษาปัจจัยอื่นๆ พบว่าความชุกของปัญหาทางจิตเวชเด็กมีความแตกต่างกันในแต่ละเศรษฐกิจ โดยพบความชุกของปัญหาจิตเวชสูงในเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำ (Rutter 1970, Achenbach 1987)

การศึกษาในประเทศไทยโดย Weisz และคณะ ในปี 1987 พบความแตกต่างของปัญหาในเด็กชายและหญิง (Weisz , 1987) การศึกษาโดย อัมพร โอตระกูล และคณะในปี 2529 พบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตกับปัจจัย ด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้และจำนวนบุตรของบิดามารดา โดยพบว่าเด็กมีปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้นเมื่อ บิดาอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่มีการศึกษา ไม่มีอาชีพ และไม่มีรายได้ มารดามีอายุ 35 ปีขึ้นไปและครอบครัวมีบุตรเกิน 4 คน (อัมพร โอตระกูล , 2529) การศึกษาโดย ปณิดดา มุมบ้าน เชา ในปี 2536 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ ได้แก่ สถานภาพสมรสของพ่อแม่ และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (ปณิดดา มุมบ้าน เชา , 2539)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) หมายความว่า ถ้าเด็กมีปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เด็กเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเด็กทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย ปัจจัยในตัวเด็ก (ปัจจัยชีวภาพ กรรมพันธุ์) ปัจจัยครอบครัว และปัจจัยแวดล้อม (Garmezy, 1983)

ปัจจัยในตัวเด็ก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ พัฒนาการล่าช้า ร่างกายพิการ (Wolkind, 1983) สมรรถภาพอย่างรุนแรง (Rutter, 1981)

ปัจจัยครอบครัว ที่สำคัญและสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชสูง มี 6 ปัจจัย คือ ความขัดแย้งอย่างรุนแรงระหว่างพ่อแม่ ฐานะทางสังคมต่ำ อยู่อย่างแออัดหนาแน่นหรือเป็นครอบครัวใหญ่ พ่อกระทำผิดกฎหมาย แม่เจ็บป่วยทางจิต (Rutter, 1979)

นักวิจัยพบว่าเด็กที่มีปัจจัยเสี่ยงเพียงหนึ่งปัจจัยไม่ได้หมายความว่า จะเกิดปัญหาจิตเวชมากกว่าเด็กที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ถ้าเด็กมี 2 ปัจจัยเสี่ยงเกิดขึ้นพร้อมกันเด็กมีโอกาสเสี่ยงเป็น 4 เท่า แต่งานวิจัยนี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ดังนั้น West & Farrington, 1973 และ Rutter, 1985 ได้ทำการศึกษาซ้ำและใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น ไม่พบว่าปัจจัยเสี่ยงสะสมจะทำให้เกิดโรคจิตเวชมากขึ้น แต่การศึกษาระดับชาติ เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กในประเทศอังกฤษ พบว่า ครึ่งหนึ่งของเด็กที่อยู่ในภาวะด้อยโอกาสทางสังคมอย่างมากและ 1 ใน 7 ของเด็กที่มีความสามารถพิเศษที่โดดเด่นสามารถปรับตัวได้ดี (Wedge & Presser, 1973 citing Naomi Rae- Grant, 1988)

ปัจจัยป้องกันปัญหา (Protective factors) หมายถึง ปัจจัยที่สามารถปรับ เปลี่ยน ทำให้ดีขึ้น เพื่อตอบสนองสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง เช่น ขั้นตอนพัฒนาการ พื้นฐานทางอารมณ์ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา แต่ปัจจัยป้องกันปัญหาไม่จำเป็นต้องทำให้เกิดพัฒนาการที่ปกติ (Rutter, 1985)

Garmezy ได้สรุปความหมายของปัจจัยป้องกันปัญหาไว้ดังนี้

1. เป็นลักษณะที่ดีของบุคคล
2. สภาพครอบครัวที่สนับสนุน เกื้อกูลเด็ก
3. องค์การทางสังคมที่ช่วยเหลือและสนับสนุนให้เด็กสามารถปรับตัวได้

ปัจจัยป้องกันปัญหา ประกอบด้วย ปัจจัยในตัวเด็ก ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยในตัวเด็ก ได้แก่

- พื้นฐานทางอารมณ์
- ความสำเร็จด้านการเรียน

- การมีส่วนร่วมและความสามารถในการร่วมกิจกรรม
- ความภาคภูมิใจและความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Rutter, 1985)
- สติปัญญาปกติ (Rutter, 1970)
- ความสามารถในการปรับตัวทางสังคม (Garnezy, 1984 ; Rolf, 1972)

ปัจจัยทางครอบครัว ได้แก่

- ความใกล้ชิดในครอบครัว กฎระเบียบที่เหมาะสมของครอบครัว การให้กำลังใจและการสนับสนุนเกื้อกูลของพ่อแม่ผู้ปกครอง (Werner & Smith, 1982)
- ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ปกครองคนใดคนหนึ่ง สามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาได้ แม้เด็กจะอยู่ในครอบครัวที่ไม่อบอุ่นและมีความขัดแย้งรุนแรง (Rutter, 1975)

ปัจจัยชุมชน ได้แก่ เพื่อน ผู้ใหญ่อื่นๆ (ญาติ ครู พระ พี่เลี้ยง ฯลฯ) และสถาบันต่างๆ ที่เด็กไปใช้บริการ (Werner & Smith, 1982 ; Rutter, 1985)

Rutter เน้นว่า ผลของความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ขึ้นอยู่กับ คุณภาพ ความเข้มข้น ความรู้สึกปลอดภัยของเด็กต่อความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันปัญหา

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันปัญหา มีหลายสมมติฐานที่นำมาอธิบาย เช่น

Rutter ได้กล่าวถึง ปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ คือ

1. Interaction หมายถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นเกิดจากผลคูณของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีในขณะนั้น
2. Potentiation หมายถึง ผลกระทบเกิดจากผลบวกของแต่ละปัจจัย
3. Catalytic transactional หมายถึง ปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมเมื่อมีอีกปัจจัยหนึ่งอยู่ ซึ่งแต่ละปัจจัยไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

Garnezy และคณะ ปี 1984 ได้เสนอ 3 รูปแบบที่เป็นไปได้ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน คือ

1. Compensate model หมายถึง ปัจจัยป้องกันสามารถชดเชย หรือลบล้างปัจจัยเสี่ยงได้
2. Challenge model หมายถึง ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์แบบเส้นโค้ง เช่น แรงกดดัน แม้ไม่มากนัก แต่เมื่อเวลาผ่านไปปัจจัยเหล่านี้จะช่วยเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการปรับตัวได้
3. Protective model หมายความว่า ปัจจัยป้องกันสามารถลดแรงปะทะกับความกดดันที่เกิดขึ้นได้ เช่น ความสามารถในการปรับตัว และความสามารถในกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

Werner & Smith (1982) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน หมายถึงความสมดุลระหว่างอำนาจของตนเองกับ อำนาจของสังคมและสิ่งแวดล้อม และความสมดุลจะต้องเกิดขึ้นตลอดชีวิต อิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ขึ้นกับขั้นตอนพัฒนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าปัจจัยในตนเอง (Constitutional factors) จะมีความสำคัญมากในช่วงวัยทารก และวัยเด็กเล็ก

การศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

การศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ในเมืองฮอนดารีโอ ประเทศแคนาดา ปีค.ศ. 1983 ศึกษาในเด็กอายุ 4 - 16 ปี จำนวน 3,294 คน พบว่าปัญหาในครอบครัว ได้แก่ การทำหน้าที่ครอบครัวไม่ดี และ/หรือ ความรุนแรงในครอบครัว และปัญหาของผู้ปกครอง ได้แก่ ผู้ปกครองเจ็บป่วยทางจิต เป็นโรคทางกายเรื้อรัง และหรือมีประวัติกระทำผิดกฎหมาย เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคทางจิตเวช ในขณะที่การเป็นเด็กดี การเข้ากับเพื่อนได้ดี และการเข้าร่วมในกิจกรรมต่างของเด็กสามารถลดปัญหาสุขภาพจิตได้ (Rae - Grant N, 1988)

Fleming (1990) ได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในโรคซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า มีอยู่ 2 ใน 11 ปัจจัย คือ

1. ระดับสติปัญญา (Kashani, 1983; William ,1989)
2. สุขภาพร่างกายไม่ดี (Costello ,1988 ; Bird ,1988)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญเสมอๆ คือ

1. อายุ วัยรุ่นจะมีโรคซึมเศร้ามากกว่าเด็ก (Bird, 1988 ; Fleming ,1989)
2. การทำหน้าที่ครอบครัวบกพร่องด้านใดด้านหนึ่ง (Kandel & Davies ,1982 ; Garrison 1985 ; Bird, 1988 ; Kashani , 1988)
3. ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Kandel, 1982 ; Kashani, 1988 ; William, 1989)
4. เหตุการณ์ที่กดดันในชีวิต (Bird, 1989)

ปัจจัยที่มีผลการศึกษาไม่แน่นอนอยู่อีก 5 ปัจจัย คือ

1. เพศ โรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Kashani, 1988 ; Fleming , 1989 Velez, 1989) มีสองการศึกษาที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Anderson, 1987 ;Costello , 1988) และพบว่าไม่แตกต่างกัน (Bird , 1988 ; Kashani ,1989)

2. **พยาธิสภาพทางจิตในพ่อแม่ผู้ปกครอง** โรคซึมเศร้าในเด็กมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในพ่อแม่ (Bird , 1989) ในขณะที่ Costello (1988) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

3. **เชื้อชาติ** โรคซึมเศร้าพบในเด็กผิวดำมากกว่าผิวขาว (Schoenbach, 1982 ; Garrison, 1989) ในขณะที่ Kandel และ Kashani พบว่าไม่แตกต่างกัน

4. **ผลการเรียน** พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน (Kandel, 1982 ; Kashani, 1988; Costello, 1988 ; William , 1989) แต่อีก 3 การศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (Bird, 1989 ; Fleming, 1989 ; Garrison , 1989)

5. **เศรษฐกิจฐานะ** ในเด็ก พบว่าโรคซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจฐานะต่ำ (Kashani 1988 ; Costello , 1988 ; William , 1989) ในวัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของพ่อแม่ผู้ปกครอง (Kandel , 1982 ; Kashani, 1988; Garrison , 1989) ในขณะที่ Bird พบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจฐานะต่ำมากกว่าเศรษฐกิจฐานะปานกลางและสูงทั้งในเด็กและวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับโรควิตกกังวลทั่วไป พบในเด็กหญิงและเด็กชายพอๆกัน พบได้ทั้งในเด็กที่มาจากรอบครอบครัวมีเศรษฐกิจฐานะปานกลางและสูง (Last , 1987) พบในเด็กโตมากกว่าเด็กเล็ก (Mc Gee, 1990 ; Strauss , 1988) แต่ Bowen (1990) พบโรควิตกกังวลในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย

การศึกษา ของ Francis ปี 1987 พบว่า พบว่าโรควิตกกังวลจากการพลัดพรากไม่แตกต่างกันระหว่างเด็กหญิงและเด็กชาย เด็กเล็ก 5-8 ปี มักกังวลว่าจะมีอันตรายกับผู้ใกล้ชิด และไม่ยอมไปโรงเรียน เด็กอายุ 9 - 12 ปี จะรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจขณะที่ต้องแยกจากพ่อแม่หรือผู้ใกล้ชิด เด็กอายุ 13 - 16 ปี จะไม่ยอมไปโรงเรียนและมีอาการทางกาย เด็กเล็กมักจะฝันร้ายว่าพลัดพรากจากผู้ใกล้ชิด (Bell - Dolan , 1990) เด็กจะกังวลว่าตนเองและผู้ใกล้ชิดจะได้รับอันตราย

การศึกษาในเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและก้าวร้าว พบว่าพ่อแม่ของเด็กกลุ่มนี้มีบุคลิกภาพแบบอันธพาล ใช้สารเสพติด และแม่มีโรคซึมเศร้ามักรบกวน (Werry, 1987) และโรคความประพฤติผิดปกติมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับครอบครัวที่พ่อแม่ขาดการดูแลเอาใจใส่ และขาดการเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆของเด็ก (lack of involvement) (Loeber & Strouthamer - Loeber 1986) การอบรมสั่งสอนแบบใช้วิธีลงโทษที่รุนแรง (Brown , 1984) และการอบรมแบบไม่คงเส้นคงวา (Patterson ,1984 ; Wells & Rankin ,1988)

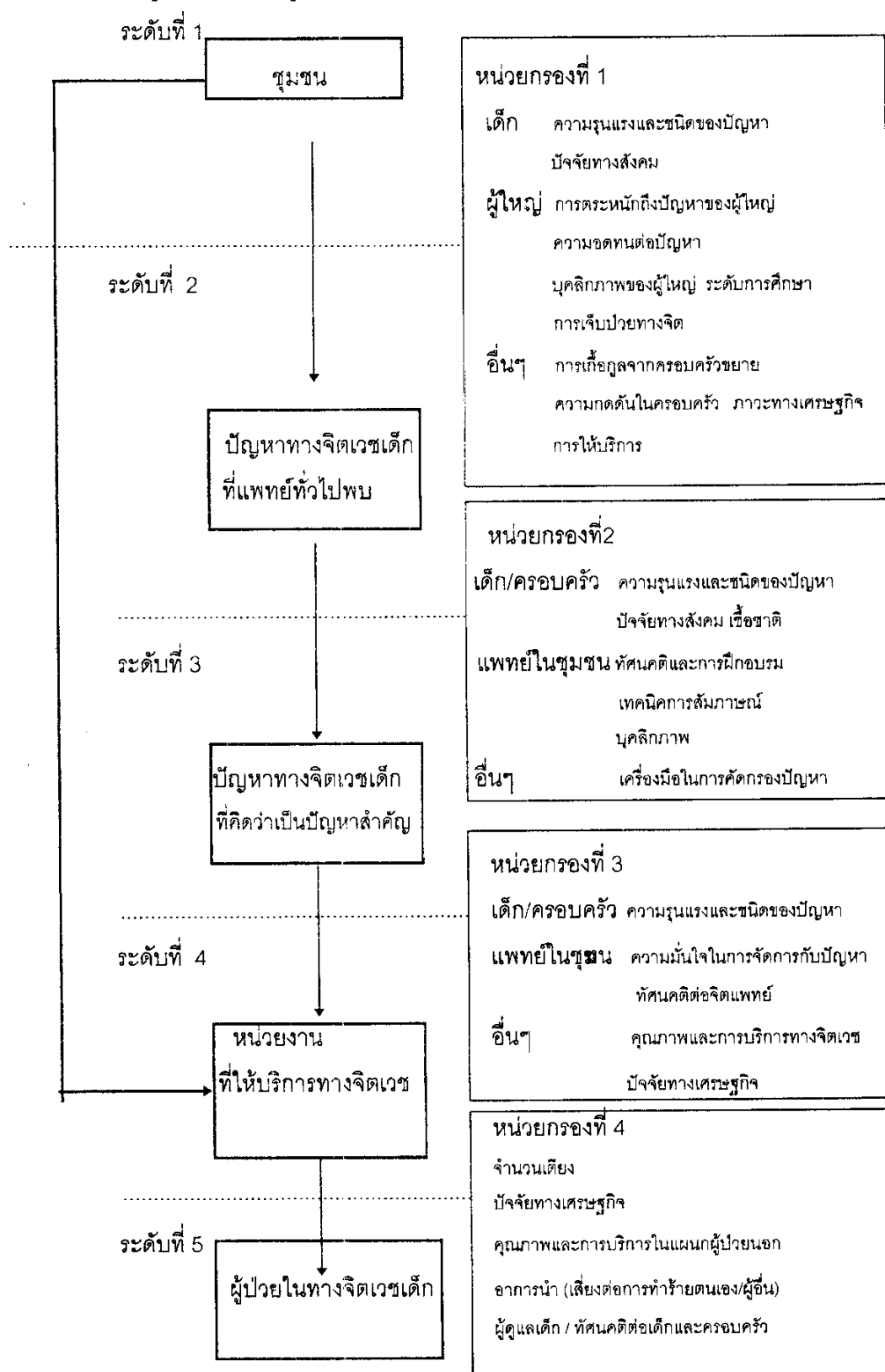
การศึกษาของ Frick ในปี 1989 พบว่า พ่อแม่ที่มีบุคลิกภาพแบบอันธพาล และใช้สารเสพติด โดยเฉพาะพ่อมีความสัมพันธ์กับความประพฤติผิดปกติในเด็ก อาจมีการถ่ายทอดระหว่างรุ่นในเพศเดียวกัน (sex specific cross generation transmission) และเมื่อควบคุมตัวแปรเกี่ยวกับบุคลิกภาพของพ่อแม่ พบว่าความประพฤติผิดปกติไม่สัมพันธ์กับการปรับตัวของพ่อแม่ (โรคซึม

เศร้า การปรับตัว) และวิธีการเลี้ยงดูของพ่อแม่ในด้านการให้เวลาและพูดคุยกับลูก แต่สัมพันธ์กับการขาดดูแลเอาใจใส่ลูก และการอบรมแบบไม่คงเส้นคงวา ซึ่งอาจอธิบายว่า นวัตกรรมแบบอันธพาลของพ่อแม่อาจมีปัจจัยทางจิตสังคมบางอย่าง เช่น เป็นแบบอย่างที่ไม่ดีแก่เด็ก (role model) หรือให้รางวัล ชมเชยและยกย่องเมื่อเด็กประพฤติเบี่ยงเบนไป เป็นต้น

เส้นทางการให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก

Goldberg และ Huxley ในปี 1980 ได้เสนอแบบแผนจำลองของเส้นทางการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างเด็กที่มี ปัญหาและผู้ช่วยเหลือหรือเส้นทางการช่วยเหลือทางจิตเวชของเด็กที่มี ปัญหาสุขภาพจิตดังนี้ (Goldberg . 1980)

แผนภูมิที่ 1 เส้นทางสู่การบริการทางจิตเวช



เส้นทางสู่การช่วยเหลือทางจิตเวช เป็นแนวคิดและการจำลองรูปแบบการให้บริการในผู้ใหญ่ของประเทศอังกฤษที่มีระบบการบริการของแพทย์ทั่วไปและการส่งต่อสู่นักจิตเวชที่ค่อนข้างแน่นอน แบบจำลองดังกล่าวอาจนำมาใช้กับปัญหาทางจิตเวชเด็กในประเทศไทยโดยกุมารแพทย์เป็นหน่วยกรองด้านแรกก่อนส่งต่อจิตแพทย์เด็กเนื่องจากไม่มีระบบการบริการของแพทย์ทั่วไป ในการส่งต่อเพื่อรับบริการทางจิตเวชเด็กนั้น เด็กชายจะถูกส่งตัวมารับบริการด้วยปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกภายนอกมากกว่าเด็กหญิง เส้นทางในการส่งต่อเพื่อรับบริการทางจิตเวช จากชุมชนสู่การบริการแผนกผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1. จากชุมชน สู่ แพทย์ทั่วไป

การมาขอรับบริการทางจิตเวชขึ้นอยู่กับปัญหาและอาการนำที่บุคคลนั้นต้องการความช่วยเหลือ ในกรณีของเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครองที่รู้จักเด็กเป็นอย่างดีจะเป็นคนตัดสินใจนำเด็กมารับบริการหรือตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นเบี่ยงเบนไปจากปกติ เงื่อนไขในการนำเด็กมารับบริการ ขึ้นกับปัจจัยในตัวเด็ก เช่น ความรุนแรงและชนิดของปัญหา การทำหน้าที่ของเด็ก ความขัดแย้งหรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อมุมมองของผู้ใหญ่ต่อปัญหา ปัจจัยในตัวผู้ใหญ่ เช่น การตระหนักถึงปัญหา ความอดทนต่อพฤติกรรม (distress threshold) ระดับการศึกษา ทัศนคติและความเชื่อต่อปัญหาจิตเวช และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ความกดดันในครอบครัว ฐานะทางการเงิน ความช่วยเหลือจากเครือข่าย และการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

ระดับที่ 2 & 3 จากแพทย์ทั่วไป สู่ จิตแพทย์

การบริการสุขภาพจิตในระดับสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (primary health care) ผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วยบุคลากรจากหลายวิชาชีพ ปัจจัยที่จะมีอิทธิพลต่อการให้บริการขึ้นกับการตระหนักถึงปัญหาของบุคลากรในระดับนี้ จากผลงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยเด็กจำนวนหนึ่งถูกละเลยไม่ได้รับความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้เกิดแนวคิดในการจัดอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวกับทัศนคติของแพทย์ทั่วไปต่อจิตแพทย์ ความเชื่อมั่นของแพทย์ทั่วไปในการจัดการกับปัญหาทางจิตเวชที่จะมีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยอีกด้วย

ระดับที่ 4 การบริการจิตเวชเด็กที่แผนกผู้ป่วยนอก

การบริการในคลินิกจิตเวชเด็กนั้น ผู้ปกครองของเด็กจำนวนหนึ่งนำเด็กมารับบริการโดยตรงและอีกจำนวนหนึ่งถูกส่งต่อจากแพทย์ทั่วไปเมื่อแพทย์คิดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ กรณีที่จิตแพทย์มีความเห็นว่าปัญหาเด็กค่อนข้างรุนแรงและเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ก็จะรับเด็กเข้าไว้ในแผนกผู้ป่วยใน (ระดับที่ 5) ดังแผนภูมิที่ 1

ในงานบริการทางจิตเวชนั้นเจ้าหน้าที่ระดับสาธารณสุขมูลฐานและแพทย์ทั่วไปสามารถช่วยเหลือเด็กได้ในหลายกรณี และเนื่องจากจิตแพทย์เด็กมีจำนวนจำกัดจึงไม่สามารถให้บริการแก่เด็กทุกคนในชุมชนได้ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะนโยบายและสนับสนุนให้มีการ

กระจายงานสุขภาพจิตเข้าสู่งานบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนเพื่อบริการเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึง จึงเห็นว่าแบบแผนดังกล่าวเป็นสิ่งที่น่าสนใจและเป็นกรอบแนวคิดที่ดีที่จะทำการศึกษาวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และผลงานวิจัยต่างๆ จึงสามารถสร้างกรอบแนวคิดได้ ดังนี้ ปัจจัยตัวเด็ก ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ผลการสอบ ลำดับบุตร ปัจจัยพ่อแม่ผู้ปกครอง ได้แก่ ระดับการศึกษาของพ่อแม่ พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวกระทำผิดกฎหมาย รายได้ครอบครัว และขนาดครอบครัว มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางด้านอารมณ์

คำจำกัดความ

1. ความชุก หมายถึง อัตราส่วนของเด็กในประชากรทั่วไป ที่มีปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ หรือโรคทางจิตเวชเด็ก
2. โรคทางจิตเวช หมายถึง โรคทางจิตเวชเด็กที่ใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 4th ed, DSM IV)
3. ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ หมายถึง ปัญหาพฤติกรรมหรือปัญหาทางอารมณ์ โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklists) การศึกษานี้ใช้ในความหมายกว้างๆ
4. กลุ่มอาการ หมายถึง กลุ่มอาการของพฤติกรรมและอารมณ์ ที่ได้จากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ที่จัดเป็นหมวดหมู่ แบ่งเป็น 8 กลุ่มอาการ ได้แก่
 - 1) กลุ่มอาการแยกตนเองจากผู้อื่น (Withdrawn)
 - 2) กลุ่มอาการทางกาย (Somatic complaint)
 - 3) กลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ (Anxious / depression)
 - 4) กลุ่มอาการทางด้านสังคม (Social problems)
 - 5) กลุ่มอาการผิดปกติทางด้านความคิด (Thought problems)
 - 6) กลุ่มอาการสมาธิสั้น (Attention problems)
 - 7) กลุ่มอาการพฤติกรรมเกรี้ยวและกระทำผิดกฎหมาย (Delinquent behavior)
 - 8) กลุ่มอาการก้าวร้าว (Aggressive behavior)
5. ขนาดครอบครัว หมายถึง จำนวนสมาชิกที่อยู่ในครัวเรือน ในที่นี้เน้นเฉพาะบุตร
 - ครอบครัวขนาดเล็ก หมายถึง ครอบครัวที่มีบุตร 1- 4คน
 - ครอบครัวขนาดใหญ่ หมายถึงครอบครัวที่มีบุตร มากกว่า 4 คน

6. ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยที่มีในเด็กแล้วจะทำให้เด็กเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเด็กทั่วไป ซึ่งการศึกษานี้กำหนด ปัจจัยเสี่ยงดังนี้

ปัจจัยตัวเด็ก เพศ โรคประจำตัว ผลการสอบ(สอบตก)

ปัจจัยพ่อแม่ : สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ระดับการศึกษาของพ่อแม่ พ่อแม่เป็นโรคจิต

- ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด

ปัจจัยครอบครัว : รายได้ครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว ขนาดครอบครัว สมาชิกในครอบครัวกระทำผิดกฎหมาย การไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่น เป็นต้น

* พ่อแม่แยกกันอยู่ หมายถึง พ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน อาจโดยหน้าที่การงานหรือเหตุผลอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การหย่าร้าง

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็ก

1. โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactive Disorder)

A. อาจมี (1) หรือ (2)

(1) ต้องมี 6 ข้อ (หรือมากกว่า) ของอาการขาดสมาธิ นานต่อกันกว่า 6 เดือนและถึงระดับที่ไม่เหมาะสมและไม่เข้ากับระดับพัฒนาการ

อาการขาดสมาธิ

- (a) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเดินเล่นในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น
- (b) มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบภาระงานหรือเล่น
- (c) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นพูดด้วย
- (d) มักทำตามคำสั่ง งานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ในที่ทำงาน ไม่ครบ (โดยไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง)
- (e) มักมีความลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม
- (f) มักเฉื่อย ไม่ชอบ หรือลังเลที่จะร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม (เช่น งานที่โรงเรียน หรือการบ้าน)
- (g) มักทำของที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมหาย (เช่น ของเล่น สมุดจดการบ้าน ดินสอ หนังสือ หรือเครื่องมือ)
- (h) มักวอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย
- (i) มักหลงลืมงานประจำวัน

(2) ต้องมี 6 ข้อ (หรือมากกว่า) ของอาการอยู่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น นานต่อกันกว่า 6 เดือนและถึงระดับที่ไม่เหมาะสมและไม่เข้ากับระดับพัฒนาการ

อาการอยู่นิ่ง

- (a) มือ เท้า มักยุกหยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้
- (b) มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์อื่นที่ต้องนั่งกับที่
- (c) มักวิ่ง หรือปีนป่ายอย่างมาก ในเวลาที่ไม่เหมาะสม (ในวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ อาการอาจมีเพียงรู้สึกอยู่นิ่งไม่ได้)
- (d) มักยากที่จะเล่นหรือทำกิจกรรมอดิเรกต่างๆอย่างเงียบๆ
- (e) มัก "พร้อมที่จะไป" หรือทำเหมือน "ติดเครื่องยนต์"
- (f) มักพูดมากเกินไป

อาการหุนหันพลันแล่น

- (g) มักชิงตอบคำถามก่อนจะถามจบ

(h) มักลำบากที่จะรอตตามลำดับ

(i) มักขัดหรือแทรกขึ้น (ระหว่างการสนทนาหรือกลางเกม)

B. อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น หรือขาดสมาธิบางอาการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เกิดก่อนอายุ 7 ปี

C. พบความบกพร่องที่เกิดจากอาการเหล่านี้ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง (เช่นที่โรงเรียน [หรือการทำงาน] และที่บ้าน)

D. มีหลักฐานชัดเจนที่บ่งถึงความบกพร่องอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ในด้านสังคม การศึกษา หรือ การงาน

E. อาการไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของการเป็น Pervasive Developmental Disorder, Schizophrenia หรือ Psychotic Disorder อื่นๆ และไม่เข้าความผิดปกติทางจิตอื่นๆ (เช่น Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder หรือ Personality Disorder)

2. โรคความประพฤติผิดปกติ (Conduct Disorder)

A. มีแบบแผนพฤติกรรมที่เป็นซ้ำๆ และคงอยู่ตลอด โดยที่ละเมิดต่อสิทธิพื้นฐานของคนอื่น หรือ ต่อกฎ บรรทัดฐานที่สำคัญๆ ตามวัยนั้นๆ แสดงออกโดย มีอาการ 3 ข้อหรือมากกว่า จากเกณฑ์ต่อไปนี้ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยอย่างน้อย มีหนึ่งหัวข้อ ปรากฏในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ก้าวร้าวต่อคนหรือสัตว์

(1) มักรังแก ช่มชู้ หรือทำให้ผู้อื่นหวาดกลัว

(2) มักเป็นผู้เริ่มการต่อสู้

(3) เคยใช้อาวุธที่อาจเป็นอันตรายสาหัสต่อร่างกายผู้อื่น (ไข่ไม้ อีฐู ขวดแตก มีด ปืน)

(4) เคยทำร้ายร่างกายคน

(5) เคยทำร้ายสัตว์

(6) มีการขโมยโดยต่อหน้าเจ้าของ (เช่น กระชากกระเป๋า ทำร้ายร่างกายเอาทรัพย์สิน ใช้อาวุธปล้น)

(7) บังคับให้ผู้อื่นมีกิจกรรมทางเพศด้วย

ทำลายทรัพย์สิน

(8) จงใจวางเพลิงโดยประสงค์ให้เกิดความเสียหายรุนแรง

(9) จงใจทำลายทรัพย์สินผู้อื่น (นอกจากการวางเพลิง)

ฉ้อโกงหรือขโมย

(10) จัดแะเข้าบ้าน อาคาร หรือ รถ ของคนอื่น

(11) มักพูดปดเพื่อให้ได้สิ่งของ ความสะดวก หรือเลี่ยงกฎเกณฑ์ (ปลิ้นปล้อน)

(12) เคยขโมยของที่มีค่าโดยไม่เผชิญหน้าเหยื่อ (เช่น หยิบของจากร้าน แต่โดยไม่จัดแจงเข้าร้าน ทำของเทียม)

ละเมิดกฎอย่างรุนแรง

(13) ออกนอกบ้านกลางคืนแม้ผู้ปกครองจะไม่อนุญาต เริ่มก่อนอายุ 13 ปี

(14) เคยหนีจากบ้านไปค้างที่อื่นอย่างน้อย 2 ครั้ง ในขณะที่อาศัยกับผู้ปกครองหรือผู้ดูแล (หรือทำครั้งเดียว แต่ไปค้างที่อื่นเป็นเวลานาน)

(15) มักหนีโรงเรียน เริ่มก่อนอายุ 13 ปี

B. พฤติกรรมผิดปกตินี้ก่อความบกพร่องอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ในด้านสังคม การศึกษา หรือ การงาน

C. ถ้าอายุ 18 หรือมากกว่า ต้องไม่เข้าเกณฑ์ของ Antisocial Personality Disorder

ระบุความรุนแรง:

Mild: มีปัญหาพฤติกรรมเกินเกณฑ์การวินิจฉัยเพียงไม่กี่ข้อ และ ปัญหาพฤติกรรมนั้นๆ ก่อผลเสียเพียงเล็กน้อยต่อผู้อื่น (เช่น โกหก หนีโรงเรียน ออกนอกบ้านกลางคืนโดยไม่ได้รับอนุญาต)

Moderate: จำนวนและผลของปัญหาทางพฤติกรรมอยู่กลางๆระหว่าง mild และ severe

Severe: มีปัญหาพฤติกรรมเกินเกณฑ์การวินิจฉัยหลายข้อ หรือ ปัญหาพฤติกรรมนั้นๆ ก่อผลเสียชัดเจนต่อผู้อื่น (เช่น บังคับการร่วมเพศ ทำร้ายร่างกาย ใช้อาวุธ ขโมยโดยเผชิญหน้ากับเจ้าของ จัดแจง)

3. โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก (Separation Anxiety Disorder)

I. มีความกังวลเกินควรและไม่เท่ากับระดับพัฒนาการในเรื่องของ การพลัดพรากจากบ้าน หรือจากคนที่ผู้นั้นรู้สึกผูกพันด้วย โดยเห็นได้จากอาการ 3 ข้อ (หรือมากกว่า) ต่อไปนี้

A. รู้สึกไม่สบายใจอย่างเกินควรเสมอเมื่อต้อง หรือคิดว่าต้องห่างจากบ้านหรือคนที่ผูกพันอย่างมาก

B. กังวลอย่างมากเสมอเกี่ยวกับการสูญเสีย หรือการเกิดอันตรายกับคนที่ผูกพันอย่างมาก

C. กังวลอย่างมากเสมอเกี่ยวกับเหตุการณ์ร้ายที่อาจนำไปสู่การพลัดพรากกับคนที่ผูกพันอย่างมาก (เช่น หลงหาย หรือถูกจับเรียกค่าไถ่)

D. ไม่เต็มใจหรือไม่ยอมไปโรงเรียนหรือที่อื่นเนื่องจากกลัวพลัดพราก

E. กลัวอย่างมากเสมอหรือไม่เต็มใจที่จะอยู่คนเดียว หรือหากไม่มีคนที่ผูกพันอย่างมากอยู่ด้วยที่บ้าน หรือหากไม่มีผู้ใหญ่ที่วางใจอยู่ด้วยในสถานที่แห่งอื่น

F. ลังเลหรือปฏิเสธการเข้าอนโดยไม่มีคนที่มีผูกพันอย่างมากอยู่ด้วย หรือหากไปอนค้ำนอกบ้าน

I. ผื่นร้ายซ้ำๆ เรื่องการพลัดพราก

J. ปนอาการทางร่างกายบ่อยๆ (เช่นปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน) เมื่อต้องหรือคาดว่าจะต้องห่างจากคนที่ผูกพันอย่างมาก

II. ความผิดปกตินี้เป็นอย่างน้อย 4 สัปดาห์

III. เริ่มเป็นก่อนอายุ 18 ปี

IV. พฤติกรรมผิดปกตินี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือก่อความบกพร่องทางสังคม การศึกษา (การงาน) หรือในด้านอื่นที่สำคัญ

V. พฤติกรรมผิดปกตินี้ไม่เกิดเฉพาะในช่วงของโรค Pervasive Developmental Disorder, Schizophrenia หรือ Psychotic Disorder อื่นๆ และในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ไม่เข้ากับโรค Panic Disorder With Agoraphobia ได้ดีกว่า

ระบุ

Early Onset ถ้าเกิดอาการก่อนอายุ 6 ปี

4. โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety disorder)

A มีความวิตกกังวลใจอยู่มาก (หวั่นวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น) เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีวันเป็นมามากกว่าวันที่ไม่เป็น เป็นกับหลายๆ เหตุการณ์หรือหลายกิจกรรม

B. ยากที่จะควบคุมความวิตกกังวลนั้น

C ความวิตกกังวลนี้ สัมพันธ์กับอาการ 6 ข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อ เกิดร่วมกับอาการต่างๆ อย่างน้อย 3 ใน 6 อย่าง อาการเกิดขึ้นบ่อยๆ ใน 6 เดือน

1. กระสับ กระส่าย
2. ซ่อนเพลียง่าย
3. ไม่มีสมาธิ ใจลอย
4. หงุดหงิดง่าย
5. กล้ามเนื้อตึงตัว
6. มีปัญหาการนอนหลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ

D. ความวิตกกังวลไม่เกี่ยวข้องกับการเกิด Panic attack กลัวติดเชื้อโรค กลัวน้ำหนักเพิ่ม กลัวเป็นโรคร้ายแรง หรือโรค posttraumatic stress disorder

E. ความวิตกกังวลก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน อย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

- F. อาการไม่ได้เกี่ยวข้องกับโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่นสารเสพติด ยา) โรคทางกาย โรคจิต และพัฒนาการบกพร่อง

4. โรคกลัวเฉพาะเจาะจง (Specific Phobia)

- A. มีความกลัวอย่างมากและไม่สมเหตุผล เป็นเวลานานต่อสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อย
- B. เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นจะทำให้เกิดวิตกกังวลทันที ในเด็กอาจแสดงโดยการร้องไห้ กรีดร้อง แขนึงเกาะติด(clinging)
- C. บุคคลนั้นตระหนักดีว่าความกลัวนั้นมีมากเกินไปจนควรหรือไม่มีเหตุผล
- D. มีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้กลัว หรือไม่ต้องการทนโดยมีความวิตกกังวลหรือทุกข์ใจอย่างมาก
- E. หลีกเลี่ยง กังวลล่วงหน้าว่าจะต้องเผชิญกับสิ่งที่กลัว หรือทุกข์ใจ มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การทำงาน(หรือการเรียน) หรือการพบปะผู้อื่นหรือสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างเห็นได้ชัด หรือมีความทุกข์ทรมานอย่างมากต่อความกลัว
- F. ในผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องมีอาการอย่างน้อย 6 เดือน
- G. ความกลัวไม่ได้มีผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่นสารเสพติด ยา) หรือจากภาวะการเจ็บป่วยทางกาย และไม่ได้เข้าได้กับโรคทางจิตเวชอื่น เช่น โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคกลัวการไปโรงเรียน โรคแพนิค

5. โรคซึมเศร้า (Dysthymia)

- A. มีอาการซึมเศร้าเกือบทั้งวัน บ่อยๆ อย่างน้อย 2 ปี
- B. ในช่วงที่ซึมเศร้า มีอาการดังต่อไปนี้ 2 ใน 6 อาการ
 1. กินน้อยหรือกินจุ
 2. นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก
 3. ไม่มีเรี่ยวแรงหรืออ่อนเพลีย
 4. ไม่ภาคภูมิใจ
 5. ไม่มีสมาธิหรือตัดสินใจยาก
 6. รู้สึกสิ้นหวัง
- C. ในช่วง 2 ปี (ในเด็ก 1 ปี) ของความผิดปกติ ผู้ป่วยไม่มีช่วงเวลาที่ปราศจากอาการตามเกณฑ์ A และ B นานกว่า 2 เดือน ในแต่ละครั้ง
- D. ไม่มีอาการซึมเศร้าชนิดรุนแรง
- E. ไม่เกิดขึ้นช่วงที่มีโรคจิตอื่น
- F. ความผิดปกติไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงที่มีอาการโรคจิตเรื้อรัง

- G. ไม่เกี่ยวข้องกับสารเคมี หรือโรคทางกาย
- H. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่อง

6. โรคซึมเศร้า(Major Depression)

A. มีอาการ 5 ใน 6 อาการ นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย หรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการหลงผิด หรือประสาทหลอน

1. อารมณ์ซึมเศร้าเกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน ในเด็กเป็นลักษณะหงุดหงิดง่าย
2. ลดความสนใจ หรือ ความรื่นรมย์ในกิจกรรมต่างๆ เกือบทุกกิจกรรม หรือเกือบทั้งวัน
3. น้ำหนักลดลง หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น มากกว่า 15 % ของน้ำหนักตัว ใน 1 เดือน
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกือบทุกวัน
5. เคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือลุกลุกงอน
6. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
7. รู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างมาก หรือไม่เหมาะสม
8. ไม่มีสมาธิ คิดได้ยาก ตัดสินใจยาก
9. คิดถึงความตายบ่อยๆ คิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการวางแผนฆ่าตัวตาย

B ไม่เข้าได้กับอาการของโรคจิตทางอารมณ์แบบ Mixed episode

C อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์อย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่อง

D อาการไม่ได้มีผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

E. อาการไม่ได้เข้ากับความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลที่รัก ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หรือเสียการงาน หมกมุ่นกับความรู้สึกไร้ค่า ความคิดฆ่าตัวตาย อาการโรคจิตหรือการเคลื่อนไหวเชื่องช้า

7. โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive -Compulsive Disorder)

A . มี obsessions หรือ compulsions :

obsessions : มีความหมายตามข้อ (1) , (2), (3)และ (4) :

- (1) มีความคิด ความต้องการ หรือมโนภาพที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และคงอยู่ตลอดเวลา และในช่วงใดช่วงหนึ่งของความผิดปกติ ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณลักษณะดังกล่าวรบกวนตนเองและไม่เหมาะสม และก่อให้เกิดความวิตกกังวล หรือความทุกข์ใจอย่างมาก
- (2) ความคิด ความต้องการหรือมโนภาพนี้ มิใช่เป็นความกังวลมากเกินไปจนควรต่อปัญหาที่มีอยู่จริง
- (3) ผู้ป่วยพยายามเพิกเฉย หรือเก็บกดความคิด ความต้องการ หรือมโนภาพที่เกิดขึ้น หรือหักล้างโดยความคิดหรือการกระทำอื่นๆ
- (4) ผู้ป่วยตระหนักดีว่าความคิด ความต้องการ หรือมโนภาพที่เกิดขึ้นซ้ำๆ นี้มาจากจิตใจตนเอง

Compulsions : มีความหมายตามข้อ (1) , (2), (3)และ (4) :

- (1) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ (เช่น การล้างมือ การจัดสิ่งของให้เป็นระเบียบ การตรวจดูสิ่งต่างๆ) หรือกิจกรรมทางจิตใจที่เกิดขึ้นซ้ำๆ (เช่น การสวดมนต์ การนับ การคิดคำในใจซ้ำๆ) ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นต้องทำเพื่อตอบสนองต่อการย่ำคิด หรือเป็นไปตามกฎซึ่งต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด)
 - (2) พฤติกรรมหรือกิจกรรมทางจิตใจมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกัน หรือลดความทุกข์ทรมาน หรือป้องกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่น่ากลัวบางอย่าง อย่างไรก็ตามพฤติกรรมหรือกิจกรรมทางจิตใจไม่ได้เกี่ยวข้องตามความเป็นจริงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหลบเลี่ยงหรือป้องกัน หรือเห็นได้ชัดว่ามากเกินไป
- B. ผู้ป่วยตระหนักดีว่า อาการย่ำคิดหรือย่ำทำ มีมากเกินไปหรือไม่มีเหตุผล
- C. อาการย่ำคิดย่ำทำก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และเสียเวลา(มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน) หรือรบกวนต่อกิจวัตรตามปกติ การงาน(หรือการเรียน) หรือการเข้าสังคมหรือสัมพันธ์ภาพทางสังคมอย่างมาก
- D. หากมีความผิดปกติอื่น ใน Axis I เนื้อหาของย่ำคิด หรือย่ำทำ มิได้จำกัดแต่ความผิดปกตินั้นเท่านั้นเช่นโรคเกี่ยวกับการกิน ถอนผม หรือหมกมุ่นกับการใช้สาร หมกมุ่นกับโรคที่ร้ายแรง หมกมุ่นทางเพศ หรือครุ่นคิดเกี่ยวกับความผิดของตนเอง
- E. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่นสารเสพติด ยา) หรือจากภาวะการเจ็บป่วยทางกาย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย เป็นแบบ Descriptive - cross sectional study

3.2 วิธีการศึกษา เป็นสองขั้นตอน (Two- stage design)

ขั้นตอนแรก สํารวจปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็ก โดยใช้แบบสํารวจพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklist, TYC) ชุดสํารวจผู้ปกครองและชุดสํารวจครู

ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็ก (ผู้วิจัย) 2 คน ด้วยเครื่องมือการสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CAPA) เพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็ก

3.3 ประชากรศึกษา

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อายุระหว่าง 8-11 ปี ของโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งตามสังกัดดังนี้

3.3.1 โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร	จำนวน	427	โรงเรียน
	จำนวนนักเรียน	36,681	คน
3.3.2 โรงเรียนเอกชน	จำนวน	433	โรงเรียน
	จำนวนนักเรียน	38,416	คน
3.3.3 โรงเรียนในสังกัดการประถมศึกษาแห่งชาติ			
	จำนวน	38	โรงเรียน
	จำนวนนักเรียน	8,109	คน
	รวมทั้งสิ้น	83,206	คน

ยกเว้น นักเรียนโรงเรียนนานาชาติและนักเรียนโรงเรียนสาธิต

เหตุผลในการเลือกนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เพื่อทำการศึกษามีดังนี้

ก. นักเรียนวัยนี้จะแสดงอาการของโรคอย่างชัดเจน

ข. ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่ใช้วัดในเด็กโตจะมีค่าสูงกว่าในเด็กเล็ก เช่น เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชสำหรับเด็กอายุ 6-17 ปี (Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC) จะมีค่าความน่าเชื่อถือสูงขึ้นเมื่อเด็กอายุมากขึ้น นั่นคือ ค่า Reliability เท่ากับ 0.4, 0.6, 0.17 ในเด็กอายุ 6-9, 10, 13 ปี ตามลำดับ (Helzer, et al 1985)

ค. จากการศึกษาถ้าค้นพบปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กจะสามารถให้การช่วยเหลือแก้ไขได้ในอนาคต

3.4. ขนาดตัวอย่าง

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{d^2}$$

$$p = \text{Prevalence ของโรคทางจิตเวชเด็ก} = 0.2$$

$$q = 1 - p = 1 - 0.2 = 0.8$$

$$d = \text{ค่าความผิดพลาดกำหนดไว้ } 2\%$$

$$N = \frac{(1.96)^2 \times 0.2 \times 0.8}{(0.02)^2}$$

$$N = 1,536$$

3.5 การสุ่มตัวอย่าง เป็นแบบ Multistage sampling

ขั้นแรก สุ่มตัวอย่างโรงเรียน จากทั้งหมด 863 โรงเรียน คัดเลือกเด็กเลขที่ 1-7 เรียงตามตัวอักษรของแต่ละห้องเรียนจากทุกห้องของแต่ละโรงเรียน สุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2013 คน โดยสุ่มตัวอย่างไว้เกินกว่าจำนวนที่ต้องการจริง ร้อยละ 25 เพื่อชดเชยการตอบกลับที่ไม่ครบจำนวน และจากผลงานวิจัยพบว่าการตอบกลับจากการส่งแบบสอบถามทางจิตเวช มีประมาณร้อยละ 72.4 - 92.2 ค่าเฉลี่ย (median) ร้อยละ 82.3 (Brandenburg, 1994)

ขั้นที่ 2 แบ่งกลุ่มตัวอย่างจากขั้นตอนแรกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีปัญหา(ในระดับคลินิก) และกลุ่มไม่มีปัญหา โดยใช้ค่าคะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กชุดสำหรับครูหรือผู้ปกครอง สุ่มตัวอย่าง 1 ใน 5 จากกลุ่มที่มีปัญหา และสุ่มตัวอย่าง 1 ใน 15 จากกลุ่มที่ไม่มีปัญหา

3.6 การเก็บข้อมูล

แบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

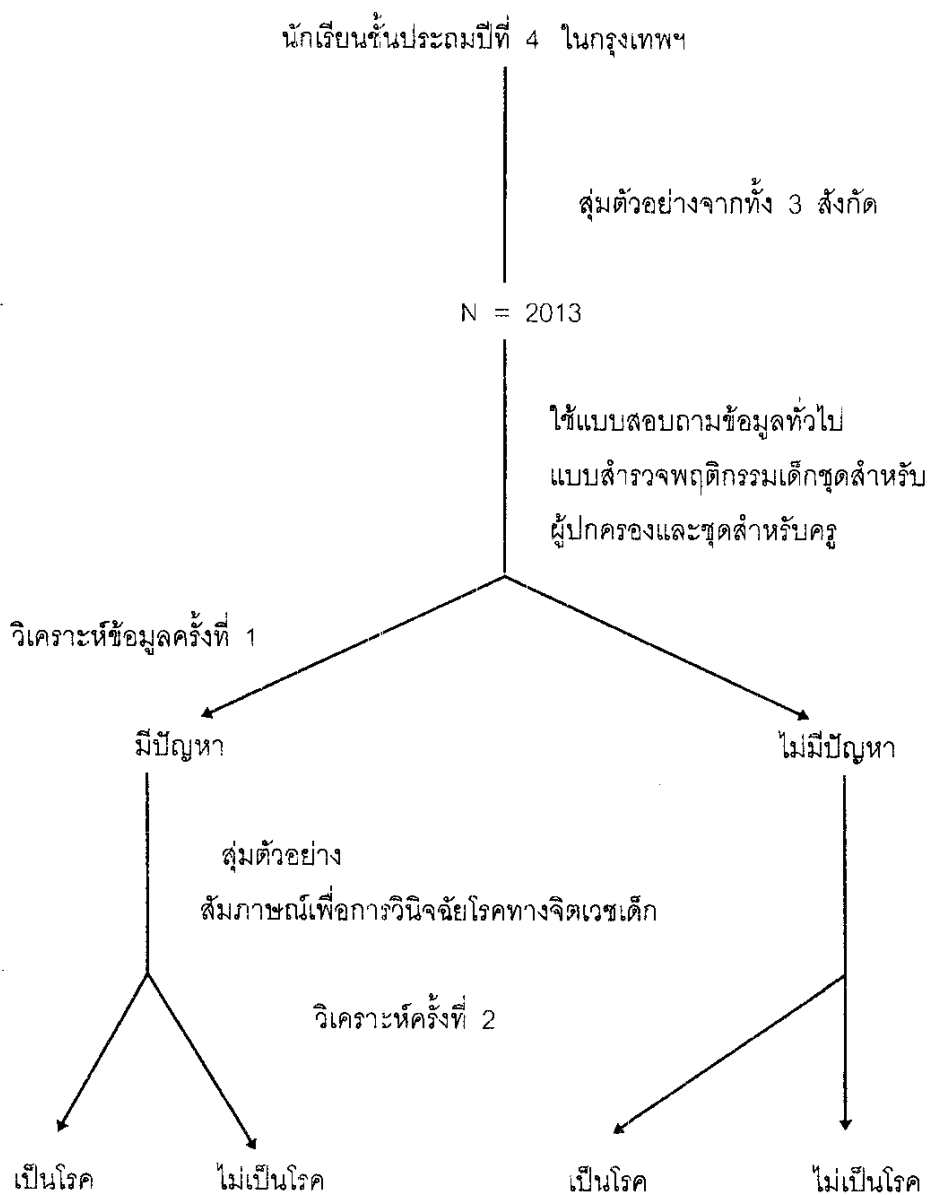
6.1 การเก็บข้อมูลทั่วไปและการใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

6.2 การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็ก

ลำดับขั้นตอน

- ส่งแบบสอบถามไปที่โรงเรียนเพื่อให้ครูและผู้ปกครองกรอกข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลครั้งที่ 1
- แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ (ในระดับคลินิก) กับกลุ่มที่ไม่มีปัญหา
- สุ่มตัวอย่างจากกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ทำการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็ก (ผู้วิจัย) 2 คน เพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน
- วิเคราะห์ข้อมูลครั้งที่ 2



3.7 เครื่องมือที่ใช้

3.7.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและการแก้ปัญหา

3.7.2 แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist (TYC)

แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก เป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่องปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กในทัศนะของผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงระบาดวิทยาและการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและปัญหาอารมณ์ในต่างวัฒนธรรม คือ ไทยกับสหรัฐอเมริกา แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กได้รับการแปลและดัดแปลงมาจาก Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Thomas M.Achenbach ประกอบด้วยแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กชุดสำหรับผู้ปกครองและชุดสำหรับครู

ค่าความเชื่อถือได้ของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กมีดังนี้

แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กชุดสำหรับผู้ปกครอง มีค่า Test-retest Reliability 0.81 $P < 0.0001$ และ Inter-rater Reliability 0.83, $p < 0.0001$ (Weisz, 1989)

ลักษณะของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

ก. แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กชุดสำหรับผู้ปกครอง (สมทรง สุวรรณเลิศ, วันชัย ไชยสิทธิ์, 2535) ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ การทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ การเข้าสังคม การเรียน

ส่วนที่ 2 เป็นหัวข้อพฤติกรรมต่าง ๆ มีทั้งหมด 135 ข้อ สำหรับผู้ตอบแบบสำรวจ ให้คะแนน 0, 1, 2 ตามความมากน้อยของพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้จากเด็กในปัจจุบันหรือในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

คะแนน 0 = ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว

คะแนน 1 = มีพฤติกรรมดังกล่าวเพียงเล็กน้อย หรือเป็นบางครั้ง

คะแนน 2 = มีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมาก หรือบ่อยครั้ง

เกณฑ์มาตรฐาน

ตารางที่ 1 เกณฑ์มาตรฐานของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก อายุ 6-11 ปี : ชุดสำหรับผู้ปกครอง

คะแนนรวม		การแบ่งระดับปัญหาพฤติกรรม
เด็กชาย	เด็กหญิง	
67 ขึ้นไป	66 ขึ้นไป	ระดับมีปัญหา (Clinical range)
58-66	57-65	ระดับเสี่ยงที่มีปัญหามากกลาง (High risk : moderate problem range)
49-57	48-56	ระดับเสี่ยงที่มีปัญหาเล็กน้อย (High risk : mild problem range)
48 และต่ำกว่า	47 และต่ำกว่า	ระดับปกติ (Normal range)
หมายเหตุ สำหรับเด็กชาย : Mean = 30, STD = 18 สำหรับเด็กหญิง : Mean = 29, STD = 18		

3.7.3 เครื่องมือสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครอง (Child and Adolescent Psychiatric Assessments : CAPA , Angold et al , 1995) เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์เด็กและพ่อแม่หรือผู้ปกครอง เป็นแบบ Semi-structured interview ผู้สัมภาษณ์สามารถถามข้อมูลเพื่อเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ใช้สัมภาษณ์เด็กอายุ 8 -18 ปี เพื่อใช้ในงานวิจัยทางคลินิกและทางระบาดวิทยา สามารถให้การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและ/หรือขององค์การอนามัยโลก ซึ่งไม่รวม โรคออทิซึม ที่ต้องการใช้เครื่องมือพิเศษ

การสัมภาษณ์จะสัมภาษณ์อาการที่เกิดขึ้นใน 3 เดือนที่ผ่านมา เครื่องมือแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1. บทนำ 2. ลักษณะอาการ 3. ความบกพร่องในหน้าที่ คู่มือสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครองจะมีระบบที่คล้ายคลึงกัน อาจมีลักษณะแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย ในส่วนคำถามสำหรับโรคสมาธิสั้นจะถามเฉพาะผู้ปกครอง และการเรียงลำดับคำถามจะต่างกัน

1. คำถามเพื่อคัดกรอง ถ้าคำตอบเป็นบวก ก็จะต้องถามคำถามในชุดหัวข้อเดียวกันต่อไป และผู้สัมภาษณ์จะต้องระมัดระวังว่าเด็กเล็กอาจจะไม่เข้าใจคำถาม ถ้าคำตอบเป็นลบไม่จำเป็นต้องถามคำถามต่อ ถ้าผู้ตอบเกิดเปลี่ยนใจ ก็สามารถกลับมาถามต่อได้อีก
2. คำถามเฉพาะเจาะจงในแต่ละอาการ เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการ ในคู่มือมีคำถามเน้น 1401 คำถาม และคำถามเพื่อให้แยกแยะหาความชัดเจน 2571 คำถาม

3. การสังเกตพฤติกรรม ผู้สัมภาษณ์จะสังเกตพฤติกรรมของเด็กขณะสัมภาษณ์ ซึ่งมีทั้งหมด 67 หัวข้อ ประกอบด้วย

ระดับการเคลื่อนไหว และกิจกรรม

ระดับอารมณ์

ปฏิกิริยาทางสังคมของเด็ก

พฤติกรรมของโรคจิต เป็นต้น

การให้คะแนน โดยดูจาก

1. อาการตามคำนิยาม โดยดูได้จากคู่มือ (Glossary)
2. ความรุนแรงของอาการ
3. ระยะ และ ความถี่ของการเกิดอาการ
4. ระยะเวลาที่เกิดอาการ
5. ความบกพร่องทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับอาการ

ค่าเชื่อถือได้ของเครื่องมือ

ค่า reliability สำหรับการวินิจฉัยโรค k มีค่าตั้งแต่ 0.55 (โรคความประพฤติดีผิดปกติ) ถึง 1.0 (โรคติดสารเสพติด)

การศึกษานี้จะใช้หัวข้อคำถามเพียงบางส่วนจากคู่มือ เพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กวัย 8 - 11 ปี ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น และโรคความประพฤติดีผิดปกติ

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าร้อยละ

- วิเคราะห์หาค่า Prevalence ratio โดยคำนวณกลับจากสัดส่วนของจำนวนทั้งหมด

- วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและปัญหาอารมณ์ กับปัจจัยต่าง ๆ

โดยใช้ Logistic regression จากโปรแกรม SPSS

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเสนอผลการศึกษา ได้แบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 7 ตอน ได้แก่

4.1 ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและผู้ตอบแบบสอบถาม

4.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก

4.3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพ่อแม่ผู้ปกครอง

4.4 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

4.5 ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็ก

4.6 ความสุขของโรคทางจิตเวชเด็ก

4.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชเด็ก

4.1 ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและผู้ตอบแบบสอบถาม

4.1.1 ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองและครูตอบทั้งสิ้นจำนวน 1,757 ชุด เนื่องจากโรงเรียนปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือ ครูหรือผู้ปกครองตอบกลับจำนวน 1,736 คน คิดเป็นร้อยละ 98.80 ครูตอบกลับจำนวน 1,670 คน คิดเป็นร้อยละ 95.05 ผู้ปกครองตอบกลับจำนวน 1,611 คน คิดเป็นร้อยละ 91.69 เด็กที่มีอายุมากกว่า 12 ปี ได้ตัดออกจากการศึกษาจำนวน 38 คน เนื่องจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กชุดสำหรับครูและชุดสำหรับผู้ปกครองมีค่ามาตรฐานสำหรับอายุ 6 - 11 ปีเท่านั้น ดังนั้นครูหรือผู้ปกครองของเด็กอายุ 8 - 11 ปี ตอบกลับจำนวน 1,698 คน คิดเป็นร้อยละ 96.64 ครูและผู้ปกครองตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 1,480 คน คิดเป็นร้อยละ 84.23 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามกลับ	จำนวน(คน) (N = 1,757)	ร้อยละ
ครูตอบกลับ	1,670	95.05
ผู้ปกครองตอบกลับ	1,611	91.69
ครูหรือผู้ปกครองตอบกลับ	1,736	98.80
ครูหรือผู้ปกครองของเด็กอายุ 8-11 ปีตอบกลับ	1,698	96.64
ครูและผู้ปกครองตอบกลับ(ข้อมูลสมบูรณ์)	1,480	84.23

4.1.2 ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม

ในการเก็บข้อมูลขั้นตอนที่ 1 พบว่าส่วนมากแม่เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวนร้อยละ 45.5 รองลงมา คือพ่อ จำนวนร้อยละ 31.9 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	N =1480	
พ่อ	472	31.9
แม่	674	45.5
ผู้อื่น	222	15.0
ไม่ตอบ	112	7.6

4.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก

4.2.1 ข้อมูลทั่วไป

เด็กที่เข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้เป็นเด็กชายจำนวน 835 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 และเป็นเด็กหญิงจำนวน 645 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 อายุเฉลี่ย 9.58 ปี อายุเฉลี่ยของเด็กชาย 9.61 ปี อายุเฉลี่ยของเด็กหญิง 9.54 ปี เด็กส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวนร้อยละ 89.9 อันดับสองนับถือศาสนาอิสลามจำนวนร้อยละ 8.4 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
N = 1480		
เพศ		
เด็กชาย	835	56.4
เด็กหญิง	645	43.6
อายุ		
อายุเฉลี่ย	9.58 ปี	
อายุเฉลี่ยเด็กชาย	9.61 ปี	
อายุเฉลี่ยเด็กหญิง	9.54 ปี	
อายุ 8 ขวบ	33	2.2
อายุ 9 ขวบ	677	45.7
อายุ 10 ขวบ	651	44.0
อายุ 11 ขวบ	119	8.0
ศาสนา		
พุทธ	1330	89.9
คริสต์	8	0.5
อิสลาม	125	8.4
ซิกข์	2	0.1
ไม่ตอบ	15	1.0

4.2.2 ประเภทของโรงเรียน

การศึกษานี้ได้สุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนจากโรงเรียนทั้งสามสังกัดในสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน ผลการศึกษาพบว่า เด็กส่วนมากมาจากโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร จำนวนร้อยละ 52.4 รองลงมาคือ โรงเรียนเอกชน และโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร จำนวนร้อยละ 44.4 และ 7.2 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงประเภทโรงเรียน

ประเภทโรงเรียน	จำนวน N = 1480	ร้อยละ
โรงเรียนในสังกัด สปช.	107	7.2
โรงเรียนในสังกัด กรุงเทพมหานคร	776	52.4
โรงเรียนในสังกัด สช.	597	40.4

สปช, สำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร

สช, สำนักงานการศึกษาเอกชน

สังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร

4.2.3 ผลการเรียนรู้ของเด็ก

เด็กส่วนมากผลการเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวนร้อยละ 61.7 เด็กจำนวนร้อยละ 10.2 เคยสอบตก และจำนวนร้อยละ 0.1 เคยสอบซ่อม (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงผลการเรียนรู้และการตกซ้ำชั้น

ผลการเรียน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
N = 1480		
ผลการเรียน		
ดี	463	31.3
ปานกลาง	913	61.7
ไม่ดี	86	5.8
ไม่ตอบ	18	1.2
การตกซ้ำชั้น		
ไม่เคยตกซ้ำชั้น	1,324	89.5
เคยตกซ้ำชั้น	151	10.1
สอบซ่อม	1	0.1
ไม่ตอบ	4	0.3

4.2.4 ข้อมูลด้านสุขภาพกายของเด็ก

ผลการศึกษาด้านสุขภาพกายของเด็กพบว่า เด็กมีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 15.6 (ดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลด้านสุขภาพของเด็ก

โรคประจำตัว	จำนวน(คน)	ร้อยละ
	N = 1480	
ไม่มีโรคประจำตัว	1,232	83.2
มีโรคประจำตัว	231	15.6
ไม่ตอบ	17	1.2

4.3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง

4.3.1 การศึกษาของพ่อแม่ผู้ปกครอง

ผลการศึกษาพบว่าแม่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าพ่อเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบในแต่ละระดับการศึกษา พ่อส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประมาณร้อยละ 38.9 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.2 พ่อจบการศึกษาระดับอุดมศึกษาเพียงร้อยละ 13.6 แม่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาประมาณร้อยละ 45.7 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 16.1 และระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 11.6 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงระดับการศึกษาของพ่อแม่

ระดับการศึกษา	จำนวน(คน) N = 1480	ร้อยละ
ระดับการศึกษาของพ่อ		
ประถมศึกษา	576	38.9
มัธยมศึกษา	314	21.2
อาชีวศึกษา	178	12.0
อุดมศึกษา	201	13.6
ไม่ตอบ	211	14.3
ระดับการศึกษาของแม่		
ประถมศึกษา	676	45.7
มัธยมศึกษา	238	16.1
อาชีวศึกษา	168	11.3
อุดมศึกษา	171	11.6
ไม่ตอบ	227	15.3

4.3.2 อาชีพของพ่อแม่ผู้ปกครอง

พ่อส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวนร้อยละ 40.7 รองลงมาคือ อาชีพรับราชการจำนวนร้อยละ 23.11 แม่ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน แม่ประกอบอาชีพธุรกิจและเอกชน จำนวนร้อยละ 23.9 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้างจำนวนร้อยละ 13.7 (ดังตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 แสดงอาชีพของพ่อแม่

อาชีพ	จำนวน(คน) N = 1480	ร้อยละ
อาชีพของพ่อ		
รับจ้าง	603	40.7
รับราชการ	342	23.11
ค้าขาย	15	1.0
ธุรกิจ/เอกชน	152	10.3
อื่นๆ	187	12.6
ไม่ตอบ	181	12.2
อาชีพของแม่		
แม่บ้าน	512	34.6
รับราชการ	38	2.6
ธุรกิจ/เอกชน	353	23.9
เอกชน	43	2.9
ค้าขาย	114	7.7
เกษตร	78	5.3
รับจ้าง	203	13.7
อื่นๆ	8	0.5
ไม่ตอบ	159	10.7

4.3.3 รายได้ครอบครัว

ประมาณครึ่งหนึ่งของครอบครัวที่นำมาศึกษามีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 -20,000 บาท /เดือน จำนวนร้อยละ 44 ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/ เดือน จำนวนร้อยละ 3.4 และ ครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 50,000 บาท / เดือน จำนวนร้อยละ 14.7 (ดังตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 แสดงรายได้ของครอบครัว

รายได้	จำนวน (คน) N = 1480	ร้อยละ
1. < 5,000 บาท	50	3.4
2. 5,001 - 10,000 บาท	253	17.1
3. 10,001 - 15,000 บาท	399	27.0
4. 15,001 - 20,000 บาท	256	17.3
5. 20,001 - 25,000 บาท	128	8.6
6. 25,001 - 30,000 บาท	47	3.2
7. 30,001 - 35,000 บาท	57	3.9
8. 35,001 - 40,000 บาท	71	4.8
9. > 50,000 บาท	218	14.7
10. ไม่ตอบ	1	0.1

4.3.4 ข้อมูลด้านสุขภาพจิตพ่อแม่ผู้ปกครอง

เมื่อใช้คำถามว่า "พ่อหรือแม่เคยมีอาการทางจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติดหรือไม่" ผลการศึกษาพบว่า เด็กมีพ่อหรือแม่เป็น โรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด จำนวนร้อยละ 4.4 (ดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลด้านสุขภาพจิตของพ่อแม่

โรคทางจิต- ประสาท สุรา สารเสพติด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
N = 1480		
ไม่มี	1,402	94.7
มี	65	4.4
ไม่ตอบ	13	0.9

4.3.5 การกระทำผิดกฎหมาย

ผลการศึกษาการกระทำผิดกฎหมายพบว่า มีสมาชิกในครอบครัวที่กระทำผิดกฎหมาย จำนวนร้อยละ 2.1 (ดังตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 แสดงสมาชิกในครอบครัวกระทำผิดกฎหมายหรือต้องคดี

การกระทำผิดกฎหมาย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
N = 1480		
ไม่เคยทำผิดกฎหมาย	1,439	97.2
ทำผิดกฎหมาย	31	2.1
ไม่ตอบ	10	0.7

4.4 ข้อมูลเกี่ยวครอบครัว

4.4.1 สถานภาพสมรสของพ่อแม่

ผลการศึกษาสถานภาพสมรสของพ่อแม่ พบว่าพ่อแม่ส่วนมากยังอยู่ด้วยกัน จำนวนร้อยละ 79.3 มีครอบครัวหย่าร้างประมาณร้อยละ 5.9 และแยกกันอยู่จำนวนร้อยละ 8.4 (ดังตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 แสดงสถานภาพสมรสของพ่อแม่

สถานภาพสมรส	จำนวน N = 1480	ร้อยละ
อยู่ด้วยกัน	1,173	79.3
แยกกันอยู่	124	8.4
หย่าร้าง	87	5.9
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	56	3.8
ไม่ตอบ	40	2.7

4.4.2 ที่อยู่อาศัยของเด็ก

เด็กส่วนมากอาศัยอยู่กับพ่อแม่จำนวนร้อยละ 85.6 เด็กจำนวนหนึ่งประมาณร้อยละ 13.0 ที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ในจำนวนนี้ร้อยละ 10.1 ต้องอาศัยอยู่กับญาติ และร้อยละ 2.7 อาศัยกับพ่อแม่บุญธรรม (ดังตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 แสดงที่อยู่ของเด็ก

เด็กอาศัยอยู่กับ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
	N = 1480	
อยู่กับพ่อแม่	1,267	85.6
ไม่อยู่กับพ่อแม่	193	13.0
อยู่กับพ่อแม่บุญธรรม	40	2.7
อยู่กับญาติ	150	10.1
อยู่กับคนรู้จัก	3	0.2
ไม่ตอบ	20	1.4

4.4.3 ลำดับบุตรและจำนวนบุตรในครอบครัว

เด็กส่วนมากเป็นบุตรคนแรก จำนวนร้อยละ 47.2 รองลงมาเป็นบุตรคนที่สองและสาม จำนวนร้อยละ 32.1 และ 12.6 ตามลำดับ ครอบครัวส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน จำนวนร้อยละ 44.0 และมีบุตรเพียงคนเดียวจำนวนร้อยละ 17.3 (ดังตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 แสดงลำดับบุตร จำนวนบุตร

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
N = 1480		
ลำดับบุตร		
คนแรก	698	47.2
คนที่ 2	475	32.1
คนที่ 3	187	12.6
คนที่ 4	57	3.9
คนที่ 5	19	1.3
มากกว่าคนที่ 5	44	1.9
จำนวนบุตร (คน)		
1	256	17.3
2	651	44.0
3	348	23.5
4	120	8.1
5	48	3.2
มากกว่า 5	57	3.8
ไม่ตอบ	1	0.1

4.4.4 ขนาดครอบครัว

เด็กส่วนใหญ่มาจากครอบครัวขนาดเล็ก จำนวนร้อยละ 92.9 และครอบครัวขนาดใหญ่ที่มีบุตรมากกว่า 4 คน มีจำนวนร้อยละ 7.16 (ดังตารางที่ 17)

ตารางที่ 15 แสดงขนาดครอบครัว

ขนาดครอบครัว	จำนวน(คน)	ร้อยละ
	N = 1480	
ครอบครัวขนาดเล็ก (จำนวนบุตร 1-4 คน)	1375	92.90
ครอบครัวขนาดใหญ่ (จำนวนบุตร >4 คน)	105	7.16

4.4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวซึ่งเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ค่อนข้างดี จำนวนร้อยละ 94.8 และประมาณร้อยละ 4.4 ที่ผู้ปกครองมีความขัดแย้งและทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยๆ (ดังตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 แสดง ความขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งของพ่อแม่ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัว

ความขัดแย้ง	จำนวน N = 1480	ร้อยละ
ไม่มีเลย	479	32.4
มีบ้าง นานๆ ครั้ง	923	62.4
ค่อนข้างบ่อย	51	3.4
บ่อย	15	1.0
ไม่ตอบ	12	0.8

4.4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง พบว่า เด็กส่วนมากมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ปกครองจำนวนร้อยละ 84.7 มีเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองไม่ดี (ดังตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง

ความสัมพันธ์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
N = 1480		
ความสัมพันธ์ดีตลอด	1,254	84.7
ความสัมพันธ์ดีบ้างไม่ดีบ้าง	213	14.4
ความสัมพันธ์ไม่ดี	3	0.2
ไม่ตอบ	10	0.7

4.4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้อื่น

เด็กส่วนมากเข้ากับพี่น้องและเพื่อนคนอื่นๆ ได้ดี จำนวนร้อยละ 96.7 และ 98.4 ตามลำดับ และเด็กเข้ากับพี่น้องและเพื่อนได้ไม่ดี มีเพียงจำนวนร้อยละ 1.9 และ 0.7 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้อื่น

ความสัมพันธ์	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับพี่น้อง	994	67.2	436	29.5	28	1.9
ความสัมพันธ์กับเด็กอื่น	952	64.3	504	34.1	10	0.7

4.4.8 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ก่อนการศึกษาเด็กประมาณร้อยละ 16 มีเหตุการณ์ที่สำคัญในครอบครัว ส่วนมากเป็นจากการเจ็บป่วยรุนแรงของสมาชิกในครอบครัว จำนวนร้อยละ 4.4 รองลงมา คือ เด็กต้องแยกจากพ่อแม่ผู้ปกครองนานกว่าสองสัปดาห์ และเด็กต้องย้ายที่อยู่หรือย้ายโรงเรียน จำนวนร้อยละ 4.3 และ 3.8 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 แสดงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

เหตุการณ์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
	N = 1480	
ไม่มี	1,226	82.8
มี	227	15.9
ไม่ตอบ	20	1.4
เหตุการณ์ที่เกิด		
การแยกจากผู้ปกครองของเด็กนานเกิน 2 สัปดาห์	64	4.3
การเจ็บป่วยรุนแรงของสมาชิกในครอบครัว	65	4.4
การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว	33	2.2
การย้ายที่อยู่หรือย้ายโรงเรียน	58	3.8

4.5 ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางด้านอารมณ์ของเด็ก

4.5.1 ความคิดเห็นของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมเด็ก

พ่อแม่ผู้ปกครองส่วนใหญ่คิดว่าเด็กไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีความเห็นว่าเด็กมี
ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ค่อนข้างน้อย คือ น้อยกว่าร้อยละ 3 (ดังตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 แสดงความคิดเห็นของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมเด็ก
ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็ก

ความคิดเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	N =1480	
พ่อแม่คิดว่าเด็กไม่มีปัญหา	1,426	96.3
พ่อแม่คิดว่าเด็กมีปัญหา	41	2.8
ไม่ตอบ	13	0.9

4.5.2 การแก้ไขปัญหาลักษณะพฤติกรรมของเด็ก

ผลการศึกษาการแก้ไขปัญหาลักษณะพฤติกรรมเด็ก พบว่า เมื่อเผชิญปัญหาลักษณะพฤติกรรมพ่อแม่จะขอคำปรึกษาจากเพื่อนมากที่สุด จำนวนร้อยละ 30.8 รองลงมา คือปรึกษา ญาติ พระและกุมารแพทย์ ประมาณร้อยละ 27.4 , 21.6 และ 21.4 ตามลำดับ และขอคำปรึกษาจิตแพทย์ค่อนข้างน้อย ประมาณร้อยละ 9.3 (ดังตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 แสดงการรู้จักและรับคำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต

ที่ปรึกษา	รู้จัก		เคยรับการปรึกษา	
	จำนวน ร้อยละ		จำนวน ร้อยละ	
	N = 1480		N = 1480	
แพทย์ทั่วไป	162	10.9	50	3.4
กุมารแพทย์	596	40.3	316	21.4
จิตแพทย์	271	18.3	137	9.3
ครู	213	14.4	55	3.7
ญาติ	708	47.8	405	27.4
เพื่อน	738	49.9	456	30.8
พระ	626	42.3	320	21.6
สื่อสารมวลชน	295	19.9	94	6.4
ตำรวจ	270	18.2	54	3.6
องค์กรเอกชน	211	14.3	50	3.4

4.5.3 ระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์

ผลการศึกษาพบว่าในทัศนะผู้ปกครองเห็นว่าเด็กชายมีปัญหในระดับคลินิก ร้อยละ 23.92 เด็กหญิงมีปัญหในระดับคลินิก ร้อยละ 27.38 ในทัศนะครูพบว่าเด็กชายมีปัญหในระดับคลินิกร้อยละ 3.73 และเด็กหญิงมีปัญหในระดับคลินิก ร้อยละ 2.88 (ดังตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 แสดงระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

	ผู้ปกครอง						ครู					
	ชาย		หญิง		รวม		ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคลินิก	154	23.92	228	27.38	382	25.86	24	3.73	24	2.88	48	3.25
ระดับปานกลาง	52	8.08	99	11.88	151	10.22	7	1.09	18	2.16	25	1.69
ระดับเล็กน้อย	83	12.88	96	11.52	179	12.12	23	3.57	27	3.24	50	3.39
ปกติ	355	55.12	410	49.22	765	51.79	590	91.61	764	91.72	1354	91.67
รวม	644	100.00	833	100.00	1477	100.00	644	100.00	833	100.00	1477	100.00

4.5.4 ค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยในเด็กชายจะสูงกว่าเด็กหญิงเล็กน้อยและค่าคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ปกครองตอบสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่ครูตอบ ค่าคะแนน externalizing ในเด็กชายจะสูงกว่าเด็กหญิงในทัศนะของครู ค่าคะแนน internalizing ในเด็กหญิงสูงกว่าเด็กชายในทัศนะของผู้ปกครอง(ดังตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

ผู้ตอบแบบสอบถาม	เด็กชาย		เด็กหญิง		รวม	
	X	SD	X	SD	X	SD
ค่าเฉลี่ยชุดสำหรับครู	30.86	31.61	20.11	24.36	26.32	29.24
ค่าเฉลี่ยชุดสำหรับผู้ปกครอง	50.60	96.17	43.69	27.37	47.57	74.82
ชุดสำหรับครู						
ค่าเฉลี่ยคะแนน Externalizing	6.76	9.11	3.45	5.87	5.35	8.05
ค่าคะแนนเฉลี่ย Internalizing	6.35	7.80	5.48	6.90	5.98	7.44
ชุดสำหรับผู้ปกครอง						
ค่าคะแนนเฉลี่ย Externalizing	6.67	3.18	6.67	5.43	12.27	7.83
ค่าคะแนนเฉลี่ย Internalizing	6.33	2.85	9.67	4.50	10.48	8.00

4.5.5 กลุ่มอาการของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์

จากคะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กเมื่อแยกตามกลุ่มอาการพบว่ากลุ่มอาการพฤติกรรมเกรี้ยวและกระทำผิดกฎหมายมากที่สุด ร้อยละ 12.2 รองลงมา คือกลุ่มอาการด้านสังคมและกลุ่มอาการทางกาย ร้อยละ 12.0 และ 9.1 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์พบเพียงร้อยละ 3.0 เท่านั้น (ดังตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 แสดงกลุ่มอาการของพฤติกรรมและอารมณ์จากแบบสำรวจพฤติกรรม

กลุ่มอาการ	ผู้ปกครอง		ครู		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอาการแยกตัวจากผู้อื่น	58	3.9	26	1.8	57	5.5
กลุ่มอาการทางกาย	122	8.2	18	1.2	134	9.1
กลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ (วิตกกังวลและซึมเศร้า)	31	2.1	14	0.9	44	3.0
กลุ่มอาการทางด้านสังคม	154	10.4	32	2.2	178	12.0
กลุ่มอาการผิดปกติด้านความคิด	80	5.4	43	2.9	120	8.1
กลุ่มอาการสมาธิสั้น	110	7.4	28	1.9	128	8.6
กลุ่มอาการพฤติกรรมเกรี้ยว/ทำผิดกฎหมาย	138	9.3	58	3.9	181	12.2
กลุ่มอาการก้าวร้าว	51	3.4	46	3.1	91	6.1

** คะแนนรวม ได้จากผลรวมลบด้วยจำนวนเด็กที่ผู้ปกครองและครูเห็นตรงกัน

4.5.6 พฤติกรรมและอารมณ์รายข้อ 10 อันดับแรกที่ผู้ปกครองเห็นว่ามีปัญหา

ผลการศึกษาปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์รายข้อที่ผู้ปกครองเห็นว่าเด็กมีปัญหา 10 อันดับแรก พบว่า เด็กส่วนมากมีปัญหาไม่อยู่นิ่ง ลูกลี้ลูกหนี หรืออยู่ไม่สุข, ชอบโต้เถียง ซุกซน ,กินอาหารได้น้อย และกลัวสัตว์บางชนิด ร้อยละ 35.9, 34.3 , 32.0, 25.9, 25.6 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 แสดงปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กรายข้อ 10 อันดับแรกในทัศนะผู้ปกครองตามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

หัวข้อ	จำนวน(คน) N = 1611	ร้อยละ
อยู่ไม่นิ่ง ลูกลี้ลูกหนีอยู่ไม่สุข	578	35.9
ชอบโต้เถียง	552	34.3
ซุกซน	516	32.0
กินอาหารได้น้อย	418	25.9
กลัวสัตว์บางชนิด	412	25.6
ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดไม่ได้นาน	368	22.8
ชอบออกไปนอกบ้าน	368	22.8
กินมากเกินไป	328	20.4
พูดมากเกินไป	328	20.4
ชอบเล่นกับเด็กที่มีอายุมากกว่า	302	18.7
พึ่งพาผู้ใหญ่มากเกินไป	296	18.4
ชอบเล่นกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	282	17.5
ดื้อ บังคับหรืออึดื้อ	270	16.8
ทำอะไรเชื่องช้า	262	16.3
น้ำหนักรับมากเกินไป	260	16.1

** คะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก คะแนน = 2

4.5.7 พฤติกรรมและอารมณ์รายข้อ 10 อันดับแรกที่ครูเห็นว่ามีปัญหา

ผลการศึกษาปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์รายข้อที่ครูเห็นว่าเด็กมีปัญหา 10 อันดับแรก พบว่า เด็กส่วนมากทำงานไม่เรียบร้อย ร้อยละ 20.9 รองลงมา คือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จ ขาดสมาธิ ไม่อยู่นิ่ง ไม่มีความรับผิดชอบ ร้อยละ 18.2 , 16.7 , 14.5 และ 14.1 ตามลำดับ ครูเห็นว่าเด็กขาดความมั่นใจถึงร้อยละ 13.2 (ดังตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 แสดงปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กรายข้อ 10 อันดับแรก ในทัศนะครูตามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

หัวข้อ	จำนวน(คน) N =1670	ร้อยละ
ทำงานไม่เรียบร้อย	350	20.9
ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จ	304	18.2
ทำงานที่เริ่มต้นไว้แล้วไม่เสร็จ	294	17.6
ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน	274	16.7
ไม่อยู่นิ่ง ลุกสี่ลุกรนหรืออยู่ไม่สุข	242	14.5
ไม่มีความรับผิดชอบ	236	14.1
ทำอะไรเชื่องช้า	230	13.8
ขาดความมั่นใจในตนเอง	220	13.2
เรียนไม่ดี	194	11.6
ไม่ว่องไว เคลื่อนไหวเชื่องช้า	182	10.9
ซุกซน	182	10.9
พูดมากเกินไป	172	10.3
หยุกหยิก ขยุกขยิก	172	10.3
ไม่สนใจการเรียนหรือขาดแรงจูงใจ	168	10.1
การเรียนไม่สนใจ	162	9.7

** คะแนนจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก คะแนน = 2

4.5.8 พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กที่น่าสนใจในทัศนะผู้ปกครอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเห็นว่าเด็กร้อยละ 33.5 ทำตัวเป็นเด็กกวนว้าย เด็กร้อยละ 31-58 มีลักษณะพึ่งพาผู้ใหญ่ และยังช่วยตนเองไม่ใคร่ได้ เด็กร้อยละ 35.5 มีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง เด็กจำนวนหนึ่งมีพฤติกรรมแบบ neurotic เช่น ดุคนีว ร้อยละ 7.3 เล่นอวัยวะเพศ ร้อยละ 3.9 ปัสสาวะรดที่นอน ร้อยละ 22.7 เด็กที่มีความประพฤติไม่ดี เช่น หนีโรงเรียน หนีออกจากบ้าน ขโมยสิ่งของ รังแกสัตว์ และใช้สารเสพติด ร้อยละ 7.2, 4.7, 2.8-9.3, 17.4 และ 0.6 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 29)

ตารางที่ 29 แสดงปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ที่น่าสนใจรายชื่อ ในทัศนะผู้ปกครองตามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

หัวข้อ	คะแนน = 1		คะแนน = 2		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประพฤติตัวเด็กกวนว้าย	500	31.0	41	2.5	541	33.5
พึ่งพาผู้ใหญ่	943	58.5	148	9.2	1091	67.7
ช่วยเหลือตนเองไม่ใคร่ได้	515	32.0	43	2.7	558	34.7
กลัวสัตว์	750	46.6	206	12.8	956	59.4
กลัวการไปโรงเรียน	183	11.4	11	0.7	194	12.1
กลัว วิตกกังวลเกินไป	529	32.8	40	2.5	569	35.3
จงใจทำร้ายตนเอง/	25	1.6	3	0.2	28	1.8
ดุคนีว	99	6.1	19	1.2	118	7.3
เล่นอวัยวะเพศ	60	3.7	3	0.2	63	3.9
ปัสสาวะรดที่นอน	319	19.8	46	2.9	365	22.7
ปัสสาวะรดกลางวัน	53	3.3	8	0.5	61	3.8
หนีออกจากบ้าน	61	3.8	15	0.9	76	4.7
หนีโรงเรียน	104	6.5	11	0.7	115	7.2
ขโมยของในบ้าน	147	9.1	4	0.2	151	9.3
ขโมยของนอกบ้าน	44	2.7	2	0.1	46	2.8
ใช้สารเสพติด	7	0.4	4	0.2	11	0.6
ทำลายสิ่งของตนเอง	264	16.4	25	1.6	289	18.0
ทำลายสิ่งของผู้อื่น	219	13.6	17	1.1	236	14.7
ใจร้ายต่อสัตว์	257	16.0	22	1.4	279	17.4
ใจร้าย ขอบรังแกผู้อื่น	334	20.7	24	1.5	358	22.2

4.5.9 พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กที่น่าสนใจในทัศนะครู

ผลการศึกษาพบว่า ครูเห็นว่าเด็กร้อยละ 14.8 ทำตัวเป็นเด็กกวนว้าย เด็กร้อยละ 15.9 - 30.6 มีลักษณะพึ่งพาผู้ใหญ่ และยังช่วยตนเองไม่ใคร่ได้ เด็กร้อยละ 23.9 มีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง เด็กที่มีความประพฤติไม่ดี เช่น หนีโรงเรียน ขโมยสิ่งของ มั่วสุมกับผู้อื่นที่ก่อเรื่องเดือดร้อน ตีแม่เหล้าและใช้สารเสพติด ร้อยละ 6.6, 3.9, 5.9, 0.7 และ 1.0 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 30)

ตารางที่ 30 แสดงปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ที่น่าสนใจรายชื่อ ในทัศนะผู้ปกครองตามแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

หัวข้อ	คะแนน = 1		คะแนน = 2		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประพฤติตัวเด็กกวนว้าย	247	14.8	33	2.0	280	16.8
พึ่งพาผู้ใหญ่	458	27.4	53	3.2	511	30.6
ช่วยเหลือตนเองไม่ใคร่ได้	243	14.6	21	1.3	264	15.9
ก่วลสัตว์	348	23.0	35	2.1	383	25.1
ก่วลการไปโรงเรียน	102	6.1	8	0.5	110	6.6
ก่วล วิตกกังวลเกินไป	388	23.2	12	0.7	400	23.9
จงใจทำร้ายตนเอง/	24	1.4	1	0.1	25	1.5
หนีโรงเรียน	97	5.8	14	0.8	111	6.6
ลักขโมย	56	3.4	8	0.5	64	3.9
ดื่มเหล้า	11	0.7	-	-	11	0.7
ใช้สารเสพติด	16	1.0	-	-	16	1.0
ทำลายสิ่งของตนเอง	81	4.9	3	0.2	84	5.1
ทำลายสิ่งของผู้อื่น	82	4.9	12	0.7	94	5.6
มั่วสุมกับผู้อื่นที่ก่อเรื่องเดือดร้อน	84	5.0	15	0.9	99	5.9
ใจร้าย ขอบรังแกผู้อื่น	334	20.7	24	1.5	358	22.2

** คะแนน = 1 หมายถึง ทำบ้างเล็กน้อย คะแนน = 2 หมายถึง เป็นอย่างมากหรือบ่อยครั้ง

4.5.10 ความชุกของโรคทางจิตเวชเด็ก

กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนการสัมภาษณ์มีทั้งหมด 165 คน มีเด็กที่ไม่มีชื่อและลาออกจากโรงเรียน 13 คน ผู้ปกครองปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการศึกษา 25 คน ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครองทั้งหมด 127 คู่ ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์คิดเป็นร้อยละ 83.55 ผลการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชเด็ก พบว่า ความชุกของโรคทางจิตเวชร้อยละ 37.58 ชายต่อหญิง 1.19 : 1 และความชุกของโรคทางด้านอารมณ์ค่อนข้างสูง โดยที่โรควิตกกังวลทั่วไปร้อยละ 10.77 โรคซึมเศร้าร้อยละ 7.11 สำหรับโรคทางด้านพฤติกรรม เช่น โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 5.09 และโรคความประพฤตินิสัย ร้อยละ 5.5 นอกจากนี้พบโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย และพบโรคสมาธิสั้นและโรคความประพฤตินิสัยในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง

ตารางที่ 31 แสดงความชุกของโรคทางจิตเวช

โรคทางจิตเวชเด็ก	เด็กชาย ร้อยละ	เด็กหญิง ร้อยละ	รวม ร้อยละ
โรคทางจิตเวช(รวม)	40.65	34.12	37.58
โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก	4.85	5.15	5.01
โรควิตกกังวลทั่วไป	9.94	12.43	10.77
โรคกลัวเฉพาะเจาะจง	5.7	14.28	9.73
โรคซึมเศร้า	5.75	8.33	7.11
โรคความประพฤตินิสัย	8.5	1.58	5.5
โรคสมาธิสั้น	7.81	1.59	5.09
โรคย้ำคิดย้ำทำ	-	0.81	0.81

N = 1698

4.5.11 แสดงค่าความไวและความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองปัญหาพบว่าเครื่องมือมีค่า Accuracy ประมาณร้อยละ 67 - 78 ค่า Accuracy ค่อนข้างดีในโรคสมาธิสั้นและโรคซึมเศร้า ค่าไว(sensitivity)ในการคัดกรองปัญหามีค่อนข้างต่ำ ประมาณร้อยละ 13 -68 ความไวค่อนข้างดีในโรคสมาธิสั้นและโรคซึมเศร้า คือ ร้อยละ 55และ 68 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงตรง (specificity) ประมาณร้อยละ 75-79

ตารางที่ 32 แสดงความไวและความเที่ยงตรงของเครื่องมือคัดกรอง

	wt %					
	SAD	OAD	Phobia	Depress	ADHD	CD
Sensitivity	32.35	13.74	31.50	68.21	55.61	30.87
Specificity	76.16	74.33	76.68	79.10	77.42	76.19
PV +	6.67	6.67	15.00	20.00	11.67	8.33
PV -	95.53	66.57	89.55	97.01	97.01	94.03
Accuracy	73.96	67.18	71.46	78.33	76.31	73.23

SAD = โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก

OAD = โรควิตกกังวลทั่วไป

ADHD = โรคสมาธิสั้น

Depress= โรคซึมเศร้า

CD = โรคความประพฤติผิดปกติ

Phobia = โรคกลัว

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางด้านอารมณ์

4.6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางด้านอารมณ์

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางด้านอารมณ์พบว่า ผู้ที่มีปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัว และปัจจัยพ่อแม่ : การที่พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุรา หรือสารเสพติด มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่33)

ตารางที่ 33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางด้านอารมณ์

ปัจจัย	Odds Ratio	SE	P
ปัจจัยครอบครัว			
ความขัดแย้งในครอบครัว			
ดี	2.18	0.1745	0.0000
ปานกลาง	3.07	0.4117	0.006
มาก	4.62	0.7442	0.039
มีเหตุการณ์กดดัน	1.54	0.1984	0.028
ปัจจัยพ่อแม่			
พ่อแม่เป็นโรคจิต-ประสาท	2.61	0.4135	0.0205

4.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มอาการแยกตนเองจากผู้อื่น

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการแยกตนเองจากผู้อื่น พบว่า 1. ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ตีตู่หรือสารเสพติด และสมาชิกในครอบครัวทำผิดกฎหมาย 2. ปัจจัยครอบครัว : เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่(เด็กอาศัยอยู่กับญาติ) มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการแยกตนเองจากผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 34)

ตารางที่ 34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และกลุ่มอาการแยกตนเองจากผู้อื่น

ปัจจัย	Odds Ratio	SE	P
ปัจจัยพ่อแม่			
พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท	3.44	0.5131	0.019
สมาชิกในครอบครัวทำผิดกฎหมาย	3.24	0.3074	0.039
ปัจจัยครอบครัว			
เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่(อยู่กับญาติ)	2.31	0.3081	0.035

4.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มอาการทางกาย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างกับกลุ่มอาการทางกาย พบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต และ เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่(เด็กอาศัยอยู่กับคนรู้จัก) 2. ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ตีตู่หรือสารเสพติด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 35)

ตารางที่ 35 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และกลุ่มอาการทางกาย

ปัจจัย	Odds Ratio	SE	P
ปัจจัยพ่อแม่			
พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท	5.19	0.4701	0.0005
ปัจจัยครอบครัว			
สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต	3.76	0.5884	0.024
เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ (อยู่กับคนรู้จัก)	37.77	1.6117	0.024

4.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ พบว่า ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด และปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 36)

ตารางที่ 36 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์

ปัจจัย	Odds Ratio	SE	P
ปัจจัยพ่อแม่			
พ่อแม่เป็นโรคจิต-ประสาท	2.36	0.4024	0.033
ปัจจัยครอบครัว			
ความขัดแย้งในครอบครัว	4.09	0.7481	0.05

4.6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการทางสังคม

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการทางสังคม ไม่ว่าพบว่ามีปัจจัยใด ๆ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 37)

ตารางที่ 37 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และกลุ่มอาการทางด้านสังคม

ปัจจัย	Odds Ratio	SE	P
ปัจจัยในตัวเด็ก			
โรคประจำตัวของเด็ก	1.59	0.2497	0.0641

6.5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ต่าง ๆ กับกลุ่มอาการผิดปกติทางด้านความคิด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการผิดปกติทางด้านความคิด พบว่า ปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผิดปกติทางด้านความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 38)

ตารางที่ 38 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มอาการผิดปกติทางด้านความคิด

ปัจจัย	Odds Ratio	SE	p
ปัจจัยครอบครัว			
ความขัดแย้งในครอบครัว	7.2	0.7800	0.011

4.6.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มอาการสมาธิสั้น

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการสมาธิสั้น พบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัว และเด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่(เด็กอาศัยอยู่กับพ่อแม่บุญธรรม) 2. ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต-ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 39)

ตารางที่ 39 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และกลุ่มอาการสมาธิสั้น

ปัจจัย	Odds Ratio	SE	p
ปัจจัยครอบครัว			
ความขัดแย้งในครอบครัว	9.01	0.7930	0.005
เด็กอาศัยกับพ่อแม่บุญธรรม	3.64	0.5303	0.015
ปัจจัยพ่อแม่			
พ่อแม่เป็นโรคจิต-ประสาท	2.98	0.5357	0.039

4.6.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มอาการพฤติกรรมเกราะและกระทำผิดกฎหมาย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการพฤติกรรมเกราะและกระทำผิดกฎหมาย พบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัวปานกลาง เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และ พ่อแม่มีบุตรหลายคน(>4 คน) 2. ปัจจัยตัวเด็ก : สอบตก มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการพฤติกรรมเกราะและกระทำผิดกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 40)

ตารางที่ 40 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และกลุ่มอาการพฤติกรรมเกราะและกระทำผิดกฎหมาย

ปัจจัย	Odds Ratio	SE	p
ปัจจัยครอบครัว			
ความขัดแย้งในครอบครัวปานกลาง	3.17	0.4896	0.018
เด็กอาศัยอยู่กับผู้อื่น	2.60	0.4491	0.033
ครอบครัวมีบุตร 4คน	3.48	0.5083	0.014
เด็กอยู่กับพ่อแม่บุญธรรม	2.7	0.5284	0.0557
ปัจจัยตัวเด็ก			
สอบตก	2.61	0.2868	0.0008

4.6.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มอาการก้าวร้าว

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการก้าวร้าว พบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : เด็กอาศัยอยู่กับผู้อื่น และครอบครัวมีบุตรหลายคน(> 4คน) 2. ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด 3. ปัจจัยตัวเด็ก : สอบกต มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 41)

ตารางที่ 41 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และกลุ่มอาการก้าวร้าว

ปัจจัย	Odds Ratio	SE	p
ปัจจัยครอบครัว			
เด็กอาศัยอยู่กับผู้อื่น	31.79	1.4382	0.01
เด็กอาศัยกับพ่อแม่บุญธรรม	4.32	0.5893	0.013
ครอบครัวมีบุตร จำนวน 5 คน	13.14	0.8724	0.0031
ปัจจัยพ่อแม่			
พ่อแม่เป็นโรคจิต-ประสาท	4.58	0.5540	0.006
ปัจจัยตัวเด็ก			
สอบกต	4.55	0.3302	0.0000

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยทางจิตเวชเด็กในชุมชนของกรุงเทพมหานคร เพื่อหาความชุกของโรคทางจิตเวชเด็ก และหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ descriptive cross - sectional study มีวิธีการศึกษาเป็น 2 ขั้นตอน (two - stage design) ขั้นตอนที่แรก ใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก เพื่อสำรวจปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ ขั้นตอนที่สอง การสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครองโดยจิตแพทย์เด็ก(ผู้วิจัย) 2 คน ด้วยเครื่องมือสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA (Angold, 1995)) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ หาค่า prevalence ratio และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิธี Logistic regression analysis กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนชั้นปีที่ 4 อายุ 8 - 11 ปี โดยสุ่มตัวอย่างแบบ multistage จากนักเรียนของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร โรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร และโรงเรียนเอกชน จำนวน 104 โรงเรียน จากทั้งหมด 898 โรงเรียน จำนวน 1698 คน และสัมภาษณ์เด็กทั้งหมดจำนวน 127 คน

สรุปผลการศึกษา

1. ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ปกครองหรือครูตอบแบบสอบถามกลับร้อยละ 98.80 ครูตอบแบบสอบถามกลับ ร้อยละ 95.05 ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามกลับร้อยละ 91.69
2. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว พบว่าเด็กส่วนมากเป็นบุตรคนแรก อยู่ด้วยกันกับพ่อแม่ในครอบครัวขนาดเล็ก และมีความสัมพันธ์กับพ่อแม่ผู้ปกครองและพี่น้องค่อนข้างดี มีเด็กจำนวนหนึ่งไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 13 ส่วนหนึ่งพ่อแม่มีความขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำ (ร้อยละ 4.4) พ่อแม่เคยเป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด (ร้อยละ 4.4) และสมาชิกในครอบครัวทำผิดกฎหมาย (ร้อยละ 2.1)
3. ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ พบความชุกของปัญหาร้อยละ 29.11 และสามารถแยกความชุกตามกลุ่มอาการได้ดังนี้

3.1 กลุ่มอาการแยกตนเองจากผู้อื่น	ร้อยละ 5.5
3.2 กลุ่มอาการทางกาย	ร้อยละ 9.1
3.3 กลุ่มอาการทางด้านอารมณ์	ร้อยละ 3.0
3.4 กลุ่มอาการทางด้านสังคม	ร้อยละ 12.0
3.5 กลุ่มอาการผิดปกติด้านความคิด	ร้อยละ 8.1
3.6 กลุ่มอาการสมาธิสั้น	ร้อยละ 8.6
3.7 กลุ่มอาการก้าวร้าว	ร้อยละ 6.1

4. ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์รายข้อ

ในทัศนะผู้ปกครองพบว่าเด็กประพฤติแบบเด็กเล็ก พึ่งพาผู้ใหญ่และช่วยเหลือตนเองไม่มีใครได้ ประมาณร้อยละ 31-58 เด็กมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง ประมาณร้อยละ 35.3 เด็กมีปัญหาแบบneurotic trait เช่น ดุดนึ้ร้อยละ 7.3 เล่นอวัยวะเพศ ร้อยละ 3.9 จงใจทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.8 เด็กมีปัญหาความประพฤติ เช่น หนีออกจากบ้านร้อยละ 4.7 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 0.6

ในทัศนะครู เด็กประพฤติตัวแบบเด็ก พึ่งพาผู้ใหญ่ และช่วยเหลือตนเองไม่มีใครได้ ประมาณร้อยละ 14 - 27 มีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง ร้อยละ 23.9 มีปัญหาความประพฤติ เช่น หนีโรงเรียน ร้อยละ 6.6 ใช้เหล้าและสารเสพติด ร้อยละ 1.7

5. ความชุกของโรคทางจิตเวช พบความชุกของโรคทางจิตเวชเด็ก ร้อยละ 37.58 สามารถจำแนกตามโรคต่างๆดังนี้

โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก	ร้อยละ 5.01
โรควิตกกังวลทั่วไป	ร้อยละ 10.77
โรคกลัวเฉพาะเจาะจง	ร้อยละ 9.73
โรคย้ำคิดย้ำทำ	ร้อยละ 0.81
โรคซึมเศร้า	ร้อยละ 7.11
โรคความผิดปกติผิดปกติ	ร้อยละ 5.5
โรคสมาธิสั้น	ร้อยละ 5.09

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์

ผลการศึกษาพบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัว เด็กอาศัยอยู่กับผู้อื่น ครอบครัวมีบุตรหลายคน (> 4 คน) และสมาชิกในครอบครัวกระทำผิดกฎหมาย 2. ปัจจัยของพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุรา หรือสารเสพติด 3. ปัจจัยตัวเด็ก : สอบตก มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการต่างๆ มีดังนี้

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการแยกตนเองจากผู้อื่น พบว่า 1. ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด และสมาชิกในครอบครัวทำผิดกฎหมาย 2. ปัจจัยครอบครัว : เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่(เด็กอาศัยอยู่กับญาติ) มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการแยกตนเองจากผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการทางกาย พบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต และ เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่(เด็กอาศัยอยู่กับคนรู้จัก) 2. ปัจจัย

พ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุรา หรือสารเสพติด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ พบว่า ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด และปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการทางสังคม พบว่าไม่มีปัจจัยใด ๆ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการผิดปกติทางด้านความคิด พบว่า ปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผิดปกติทางด้านความคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการสมาธิสั้น พบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัว และเด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (เด็กอาศัยอยู่กับพ่อแม่บุญธรรม) 2. ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต-ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.7 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการพฤติกรรมเกรี้ยวและกระทำผิดกฎหมาย พบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัวปานกลาง เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และ พ่อแม่มีบุตรหลายคน(>4 คน) 2. ปัจจัยตัวเด็ก : สอบตก มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการพฤติกรรมเกรี้ยวและกระทำผิดกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการก้าวร้าว พบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : เด็กอาศัยอยู่กับผู้อื่น และครอบครัวมีบุตรหลายคน(> 4คน) 2. ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด 3. ปัจจัยตัวเด็ก : สอบตก มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. การแก้ไขปัญหาสภาพจิต

ผลการศึกษาพบว่าพ่อแม่ส่วนมากรู้จักและคุ้นเคยกับเพื่อน ญาติ และพระในการปรึกษาปัญหาสภาพจิต ร้อยละ 49.9 ,47.8และ 42.3 ตามลำดับ และเมื่อมีปัญหาสภาพจิตพ่อแม่ผู้ปกครองส่วนมากปรึกษาเพื่อน ญาติ พระ และกุมารแพทย์ จำนวนร้อยละ 30.6 , 27.4 , 21.6 และ21.4 ตามลำดับ พ่อแม่ผู้ปกครองปรึกษาจิตแพทย์ประมาณร้อยละ 9.3

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้หาสุขภาพจิตเด็กนักเรียนในกรุงเทพมหานคร : การศึกษาทางระบาดวิทยาเป็นการศึกษาระบาดวิทยาในชุมชน ที่ใช้วิธีการและเกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานสากล คือ วิธีการวิจัยสองขั้นตอน(two - stage method) และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งสามารถเปรียบเทียบผลการศึกษากับงานวิจัยอื่นได้

ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพบว่าการศึกษาครั้งนี้ครูหรือผู้ปกครองเด็ก 8 - 11 ปีตอบกลับร้อยละ 98.8 และครูและผู้ปกครองตอบคำถามอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 84.23 ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามสูงกว่าการศึกษาในต่างประเทศซึ่ง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามกลับมีประมาณ ร้อยละ 72.4 - 92.2 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 82.3 (Brandenburg , 1990)

ความชุกของโรคจิตเวชเด็ก

จากการศึกษานี้พบว่า ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ ร้อยละ 29.11 รายงานว่าเด็กมีปัญหาน้อยกว่าพ่อแม่ผู้ปกครองรายงาน ทั้งคู่มีความเห็นพ้องกันว่าเด็กมีปัญหาจำนวนร้อยละ 4.85 และพบว่าความชุกของโรคทางจิตเวชในเด็กไทยค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของต่างประเทศ(ดูจากตารางด้านล่าง) ซึ่ง Verhaulst (1995) ได้รวบรวมผลงานวิจัยทางระบาดวิทยา 49 เรื่อง ในประชากรประมาณสองแสนกว่าคน พบว่า ความชุกของโรคทางจิตเวชเด็กมีค่าแตกต่างกันขึ้นกับวิธีการศึกษาวิจัย ค่า median prevalence เท่ากับ 12.3 และมีค่าใกล้เคียงกับความชุกของโรคโดยประมาณ (ร้อยละ11.8) ที่Gould และคณะ(1980) ได้ทบทวนงานวิจัยทางระบาดวิทยาในเด็กของประเทศสหรัฐอเมริกา 25 เรื่อง Verhaulst กล่าวว่าความชุกของโรคทางจิตเวชมีค่าต่ำสุดเพียงร้อยละ 3 ในประเทศญี่ปุ่น และมีค่าสูงสุดถึงร้อยละ 39 ในประเทศกรีซ ความชุกที่แตกต่างกันบ่งบอกว่า อัตราความชุกของโรคแตกต่างกันจริง หรือ มีความแตกต่างกันในวิธีการศึกษาและการใช้ภาษา หรือวัฒนธรรมที่ต่างกันมีอิทธิพลต่อการประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กและมีผลต่อความโน้มเอียงในการรายงานปัญหา อัตราการเกิดโรคทางจิตเวชในเขตเมืองจะสูงกว่าเขตชนบท ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของเด็กในเขตเมือง คือ เศรษฐฐานะ เชื้อชาติ และครอบครัวแตกแยก เป็นต้น

ความชุกของโรคจิตเวชเด็กจากการศึกษาในชุมชน 9 การศึกษา

การศึกษา	ขนาดตัวอย่าง	อายุ	เกณฑ์การวินิจฉัย	ความชุก
Conell et al (1982)	779 (176)	10-11	เกณฑ์วินิจฉัยของ Rutter เกณฑ์ความรุนแรง	14.1
Verhulst et al (1985)	334 (116)	8, 11	DSM III เกณฑ์ความรุนแรง	26.0
Vikan (1985)	1510 (139)	10	เกณฑ์วินิจฉัยของ Rutter มีความรุนแรงและต้องการรักษา	5.0
Anderson et al (1987)	792	11	DSM III เข้าเกณฑ์จาก 1 แหล่งข้อมูล เข้าเกณฑ์จากหลายแหล่ง	17.6 7.3
Cohen et al (1987)	775	9-19	DSM III	16.7
Kashani et al (1987)	150	14-16	DSM III	18.7
Offord et al (1987)	2679 (194)	4-16	DSM III	18.1
Bird et al (1988)	777 (386)	4-16	DSM III รุนแรงปานกลางถึงมาก CGAS < 51	17.9 15.8 7.0
การศึกษา (1998)	1698 (127)	8-11	DSM IV	37.58

** ตารางจาก Brandenburg ,1990

ความชุกของโรคทางจิตเวชเด็กในแต่ละโรค พบว่ามีความชุกของโรควิตกกังวลและโรคกลัวค่อนข้างสูง ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Costello และคณะ (1989) Kashani และคณะ (1988) ความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.7 มีค่าค่อนข้างสูงกว่าในการศึกษาของต่างประเทศ ซึ่ง Bird และคณะ พบความชุกของโรคนี้ร้อยละ 5.9 ถ้าค่า CGAS < 60 (Bird ,19988) Costello พบความชุกของโรคนี้ ร้อยละ 1.7 (Costello, 1989) การศึกษาพบความชุกของโรคย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 0.81 มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Whitaker พบความชุกโรคนี้ร้อยละ 1.0 (Whitaker, 1990)

สำหรับความชุกของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 5.09 มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Bird (1988) พบความชุกของโรคนี้ร้อยละ 6.6 Anderson (1987) พบความชุกของโรคนี้ร้อยละ 6.7 และ Szatmari (1989) พบความชุกของโรคนี้ร้อยละ 6.3 แต่ Costello (1989) พบความชุกของโรคนี้เพียง ร้อยละ 2.2 และการศึกษาพบความชุกของโรคความประพฤตินิสัย ร้อยละ 6.54 ซึ่ง

การศึกษาของ Costello และคณะ พบความชุกของโรคนี้ร้อยละ 2.8 (Costello, 1989) Offord และคณะ พบความชุกของโรคนี้ร้อยละ 8.3 (Offord, 1987)

การเปรียบเทียบความชุกของโรคทางจิตเวชเด็ก

	Bird CGAS <60	Costello	การศึกษานี้
โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก	4.7	4.1	5.01
โรควิตกกังวลทั่วไป	9.5	4.6	11.79
โรคกลัวเฉพาะเจาะจง	2.6	9.2	11.55
โรคซึมเศร้า	5.9	1.7	7.11
โรคความประพฤติดีผิดปกติ	-	2.8	6.54
โรคสมาธิสั้น	9.9	2.2	5.09

การศึกษานี้พบว่า เด็กชายมีปัญหาพฤติกรรมที่แสดงภายนอก(externalizing problems) มากกว่าเด็กหญิง และเด็กหญิงมีปัญหาที่เก็บกดภายในใจ(internalizing problems) มากกว่าเด็กชาย ส่วนอัตราการเกิดโรคทางจิตเวชเด็กในแต่ละโรคจะแตกต่างกัน พบว่า ความชุกของโรคทางด้านอารมณ์(โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า) พบมากกว่าโรคทางด้านพฤติกรรม(โรคสมาธิสั้น และโรคความประพฤติดีผิดปกติ) และพบโรคทางด้านอารมณ์ในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย พบโรคทางด้านพฤติกรรมในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง จากการศึกษานี้พบโรควิตกกังวลและโรคกลัวค่อนข้างสูง และจากการสัมภาษณ์ พบว่าเด็กจำนวนมากกลัวผี แต่ชอบดูหนังผี อาจเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของไทย ที่อบรมสั่งสอนลูกหลานไม่ให้กระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยการขู่ให้เด็กกลัว และสอนให้เด็กเกรงใจผู้อื่น เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีละครและภาพยนตร์ในแนวนี้ค่อนข้างมาก ผลการศึกษาเป็นเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่าที่ผู้ปกครองและครูจะอดทนต่อปัญหาพฤติกรรมที่แสดงภายนอกได้น้อยกว่า ปัญหาที่เก็บกดภายในจิตใจ ดังนั้นเด็กชายจึงถูกนำไปขอรับบริการทางสุขภาพจิตมากกว่าเด็กหญิง (Verhulst, 1995)

จากการศึกษานี้พบอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นสูงในระดับปานกลาง ซึ่งในปัจจุบันเชื่อว่าโรคสมาธิสั้นเป็นผลจากความผิดปกติในการทำงานของสมองไม่ใช่เป็นผลจากการเลี้ยงดูที่ผิดปกติและการรักษาได้ผลค่อนข้างดีในแง่ผลการเรียนดีขึ้น การทำงานสำเร็จ ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ฯลฯ และจากการติดตามระยะยาวจนถึงวัยรุ่น พบว่า เด็กกลุ่มนี้ยังมีปัญหาอยู่ นั่นคือ ประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กมีปัญหาการเรียนอย่างต่อเนื่อง (ตกซ้ำชั้น ตกบางวิชา), ประมาณร้อยละ 20-30 มีโรคความประพฤติดีผิดปกติ, ร้อยละ 25 - 30 มีพฤติกรรมทางอาชญากรรม, ร้อยละ 19 ใช้สาร

เสฟติด (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 7), 2/3 ของเด็ก ยังมีอาการของโรคสมาธิสั้นอย่างน้อยหนึ่งอาการ, ประมาณ 1/3 มีอาการของโรคสมาธิสั้นครบตามเกณฑ์วินิจฉัยและเด็กมีความภาคภูมิใจต่ำ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538; Barkley, 1990; Gittelman-Klein 1987) ดังนั้นเด็กกลุ่มนี้จำเป็นที่จะต้องได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรก เพื่อการช่วยเหลือและการรักษาที่ถูกต้อง

สำหรับโรคความประพฤติดีดปกติ นั้นพบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วงวัยเรียนตอนต้น มีความสัมพันธ์กับความก้าวร้าวและการกระทำผิดกฎหมายเมื่อเด็กโตขึ้น และพบว่าเด็กที่มีคะแนนความก้าวร้าวสูง จะสัมพันธ์กับการถูกตำรวจจับ หรือถูกลงโทษเป็นประจำวันเกี่ยวกับการกระทำผิดกฎหมายค่อนข้างบ่อย เด็กมักเข้าร่วมทีมที่กระทำผิดกฎหมายที่รุนแรง ชอบการเผชิญหน้า และการทำร้ายร่างกายผู้อื่น (Henn, 1980) จากการศึกษาพบความชุกของโรคความประพฤติดีดปกติ ร้อยละ 5.5 และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Rutter พบว่าเด็กกลุ่มนี้ น้อยกว่าร้อยละ 50 กลายเป็นบุคคลอันธพาลหรือต่อต้านสังคม เมื่อเป็นผู้ใหญ่ (Rutter, 1983) ดังนั้นเด็กที่มีปัญหาความประพฤติดีดควรได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรก ก่อนที่ปัญหาจะรุนแรงและยากต่อการแก้ไข

จากแบบสอบถามพบว่าพ่อแม่หรือครู รายงานว่าเด็กมีปัญหาทางด้านอารมณ์(กลุ่มอาการ) เพียงร้อยละ 3.0 ซึ่งน้อยกว่าการวินิจฉัยโรคจากการสัมภาษณ์ ที่พบความชุกของโรค ซึมเศร้าถึงร้อยละ 7.11 นั่นคือ เด็กรายงานความรู้สึกซึมเศร้ามากกว่าพ่อแม่ ในการสัมภาษณ์พ่อแม่ มักจะให้คำตอบถึงเรื่องอารมณ์ซึมเศร้าของเด็กว่า “เด็กคงยังไม่ได้คิด เรื่องนี้” ซึ่ง ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ กล่าวหาพ่อแม่ที่มีแนวโน้มบอกความรุนแรงของโรคและความคิดฆ่าตัวตายให้เบาบางกว่าความจริง (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540) เราพบว่าอาการของโรคซึมเศร้าในเด็กจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ และระดับพัฒนาการ และพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 50 เด็กจะถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นโรคอื่น เช่น โรคสมาธิสั้น โรคความประพฤติดีดปกติ และโรควิตกกังวล ฯลฯ ดังนั้นแพทย์ควรระลึกถึงโรคนี้ และควรซักถามอาการของโรคซึมเศร้าหรืออารมณ์เศร้าในเด็กโดยตรง และการวินิจฉัยโรคซึมเศร่ายังใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของผู้ใหญ่ อาจจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไปเพื่อให้ได้เกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับเด็กไทย

การศึกษานี้พบว่า เด็ก 1 ใน 3 ประพฤติตนแบบเด็กเล็ก และยังคงพึ่งพาผู้อื่น อาจเป็นผลเนื่องจากการอบรมเลี้ยงดูที่ ผู้ใหญ่ คอยช่วยเหลือเด็ก ตลอดเวลาจนกระทั่งเด็กโต (infantilization) นอกจากนั้นเด็กจำนวนหนึ่งเริ่มดื่มเหล้าหรือใช้สารเสฟติด ซึ่งอาจมีผลต่อเนื่องในอนาคต จำเป็นจะต้องหาทางป้องกันปัญหาดังแต่แรกเริ่ม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาทางจิตเวชเด็ก

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ พบว่า **ปัจจัยครอบครัว** เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวกระทำผิดกฎหมาย **ปัจจัยพ่อแม่** เช่น พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราและสารเสพติด และ **ปัจจัยตัวเด็ก** เช่น เด็ก สอดตก เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ Rae- Grant (1988) พบว่า การทำหน้าที่ครอบครัวไม่ดี และหรือความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาพ่อแม่ ได้แก่ ผู้ปกครองเจ็บป่วยทางจิต เป็นโรคทางกาย หรือมีประวัติทำผิดกฎหมาย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช และพบว่า ถ้าเด็กสามารถเข้ากับเพื่อนได้ดี และเข้าร่วม กิจกรรมต่างๆ ได้ก็สามารถลดผลจากปัจจัยเสี่ยงได้

สำหรับความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในแต่ละกลุ่มอาการนั้น ผลการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ พบว่า ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด และปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับกลุ่ม อาการทางด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นหมายถึง เด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์อาจมีผล จากกรรมพันธุ์และความไม่สงบสุขภายในบ้าน ซึ่งควรได้รับการศึกษาในรายละเอียดต่อไป

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ กลุ่มอาการพฤติกรรมเกรี้ยว/กระทำผิด กฎหมาย และกลุ่มอาการก้าวร้าว พบว่า 1. ปัจจัยครอบครัว : ความขัดแย้งในครอบครัวปาน กลาง เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และ พ่อแม่มีบุตรหลายคน(>4 คน) 2. ปัจจัยพ่อแม่ : พ่อแม่เป็น โรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด 3. ปัจจัยตัวเด็ก : สอดตก มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ พฤติกรรมเกรี้ยวและกระทำผิดกฎหมายและพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว กระทำผิดกฎหมายนั้น Loeber(1986) และ Frick(1989) พบว่าพ่อแม่ที่ มีบุคลิกแบบอันธพาล ใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับโรคความประพฤติดีผิดปกติในเด็ก รวมทั้ง การขาดการดูแลเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดูที่ไม่คงเส้นคงวา การลงโทษแบบรุนแรงด้วย แต่การ ศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ลงในรายละเอียดเรื่องการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งควรศึกษาเฉพาะกรณีต่อไป

การขอความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต

ผลการศึกษาการขอความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต พบว่า พ่อแม่ผู้ปกครองมักขอคำ บริกษาจากเพื่อน ญาติ และพระ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับค่านิยมของสังคมไทย ในทางพุทธศาสนา พระจะเป็นที่พึ่งทางใจของชาวพุทธเสมอมาตั้งแต่ในอดีต และจากการศึกษาครั้งนี้เราสามารถนำ แบบจำลองเส้นทางการบริการทางจิตเวชของ Goldberg & Huxley มาใช้ได้และสามารถอธิบาย ได้ดังนี้

ในระดับที่ 1 ระดับชุมชน ข้อมูลจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก พบกลุ่มอาการทางกาย และกลุ่มอาการทางพฤติกรรมมากขึ้น แต่พบกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 3.0) และจากการสัมภาษณ์พบความชุกของโรคทางอารมณ์(โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า) ค่อนข้างสูง ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับปัญหาทางอารมณ์ในเด็ก จะทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองตระหนักถึงปัญหาและสามารถนำเด็กมารับความช่วยเหลือได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ

ระดับที่ 2 & 3 ระดับสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Primary health care)

จากการศึกษานี้พบว่าพ่อแม่ผู้ปกครองเคยปรึกษากุมารแพทย์ถึงปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแพทย์ทั่วไปและจิตแพทย์ คือ ร้อยละ 4.3 และ 9.3 ตามลำดับ ดังนั้นจากแบบจำลองของ Goldberg เราสามารถทดแทนแพทย์ทั่วไปด้วยกุมารแพทย์ได้ และที่สำคัญ คือ กุมารแพทย์จำเป็นต้องถามพ่อแม่เกี่ยวกับปัญหาทางอารมณ์ของเด็กและสัมภาษณ์เด็กถึงความรู้สึกโดยตรง ซึ่งจะทำการแพทย์ทราบถึงปัญหาและให้ความช่วยเหลือเด็กได้ระดับหนึ่งและสามารถส่งต่อเพื่อการรักษาปัญหาที่ยุ่ยากและซับซ้อนขึ้น ในการนี้จำเป็นที่จะต้องให้ความรู้และฝึกอบรมกุมารแพทย์เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก เพื่อให้กุมารแพทย์เกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ปกครองและเด็กเหล่านี้

ระดับที่ 4&5 การบริการจิตเวชเด็ก

จากการศึกษานี้ พบความชุกของ โรคสมาธิสั้นและโรคความประพฤติดีผิดปกติ ใกล้เคียงกับของต่างประเทศ อาจเกิดจากการวินิจฉัยโรคที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน หรือปัญหาที่พบใกล้เคียงกันจริง แต่เราพบโรคทางด้านอารมณ์ค่อนข้างสูงจึงเป็นที่น่าสนใจว่า การใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคของต่างประเทศและการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของผู้ใหญ่จะใช้ได้กับเด็กไทยหรือไม่ ซึ่งความชุกที่พบอาจเป็นจริงหรือเป็นปัญหาจากการใช้เครื่องมือหรือการใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นเนื่องจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่ง Weisz และคณะ พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กไทยสูงกว่าของเด็กอเมริกันในเรื่อง การเก็บกตอารมณ์ (Weisz, 1987) อย่างไรก็ตามการศึกษาระยะยาวหรือการศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้เครื่องมือที่แตกต่างกันคงจะตอบคำถามนี้ได้บ้าง

เครื่องมือในการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้เราใช้เครื่องมือวิจัย สองชนิด คือ

1. แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก เป็นเครื่องมือที่ดีได้มาตรฐาน และสามารถใช้ในการวิจัยระหว่างวัฒนธรรมได้ แต่มีข้อจำกัด คือ จำนวนคำถามมีมากเกินไป ทำให้การตอบคำถามไม่สมบูรณ์ และพ่อแม่จำนวนไม่น้อยอ่านหนังสือไม่ออก ซึ่งเดิมจำนวนคำถามใน CBCL มีเพียง 100 ข้อ แต่เมื่อนำมาพัฒนาเป็นแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กของไทยได้เพิ่มคำถามเป็น 135 ข้อ ถ้าเป็นไปได้น่าจะปรับปรุงแก้ไขและลดทอนจำนวนคำถามลงและหาเกณฑ์มาตรฐานใหม่ต่อไป หรือหาแบบสอบถามหรือแบบสำรวจพฤติกรรมอื่น ๆ ที่มีคำถามไม่มากนักและได้มาตรฐานมาใช้เพื่อให้เกิดทางเลือกมากขึ้น

อีกประการหนึ่ง คือ ความไวของการคัดกรองในเครื่องมือนี้ค่อนข้างต่ำโดยเฉพาะในโรควิตกกังวลทั่วไป มีความไวระดับปานกลางในโรคสมาธิสั้นและโรคซึมเศร้า แต่ค่าความเที่ยงตรง(specificity) อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 75 - 79) ซึ่งโดยทั่วไปในการศึกษาของต่างประเทศแทบจะไม่มีกรายงานเรื่องนี้เลย อาจมีเหตุผลดังนี้ 1. เครื่องมือที่วัดใช้กรอบความคิดที่แตกต่างกัน แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก มีลักษณะแบบ dimensional ไม่ได้อิงทฤษฎีหรือเกณฑ์การวินิจฉัยโรค เครื่องมือสร้างจากการรวบรวมปัญหานำของเด็กในคลินิกจิตเวช และใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นตัวแบ่งแยกระหว่างเด็กมีปัญาในระดับคลินิกกับเด็กทั่วไป และถือว่าเด็กที่มารับบริการเป็นเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับคลินิก แต่เครื่องมือสัมภาษณ์ใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช (criteria) 2. การตอบแบบสอบถามหรือการตอบสัมภาษณ์ เป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นภายในบุคคลแต่ละบุคคล(subjective) เป็นการยากที่จะบอกได้อย่างชัดเจน ในขณะที่เดียวกันผู้สัมภาษณ์อาจมี bias ได้ ซึ่งจะแก้ไขได้โดยใช้การทำความเข้าใจร่วมกัน การทำ inter-rater reliability และใช้คู่มือ(glossary) แต่ก็ยังมีข้อสงสัยว่าการสัมภาษณ์ให้คะแนนทางคลินิกจะเป็น Gold standard ได้หรือไม่ ในขณะที่ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ดีที่สุด 3. ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชทำให้เกิดตราบาป(stigmata)แก่บุคคลที่ถูกระบุว่าเป็นโรค ดังนั้นโดยทั่วไปแบบคัดกรองจึงต้องมีความไวพอควรแต่ความเที่ยงตรงจะต้องมีค่าค่อนข้างสูง 4. ผู้ผลิตแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กถือว่าเครื่องมือนี้ดีในแง่การระบุปัญหาและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขไม่น้อยกว่าการสัมภาษณ์ทางคลินิก

2. เครื่องมือสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่น เป็นเครื่องมือที่ดีสามารถนำมาใช้ได้ในวันธรรมดาไทย เพราะสามารถปรับเปลี่ยนคำถามเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันได้ แต่มีหัวข้อสัมภาษณ์บางอย่าง เช่น โรคความกลัวและโรควิตกกังวล ตอบคำถามได้ยาก อาจจำเป็นต้องทำ content validity โดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อความสมบูรณ์และให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น เครื่องมือนี้ควรจะแปลเป็นไทยและมีการอบรมการใช้เครื่องมือเพื่อประโยชน์ในการวิจัยทางจิตเวชเด็กต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดและข้อผิดพลาดบางประการ ดังนี้

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage sampling เริ่มต้นโดยการสุ่มตัวอย่างโรงเรียนจากทุกเขตของกรุงเทพมหานคร และเลือกนักเรียนจำนวน 7 คนจากทุกห้องจนครบจำนวน ซึ่งน่าจะเป็นตัวแทนของเด็กนักเรียนในกรุงเทพมหานครได้ จากการสุ่มตัวอย่างเราได้โรงเรียนในเขตหนองจอกและบางกะปิด้วย ทำให้มีเด็กที่นับถือศาสนาอิสลามค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนการนับถือศาสนาของประชากรทั่วประเทศ และมีโรงเรียนเอกชน 3 โรงเรียนที่ปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการศึกษาตั้งแต่เริ่มแรก และบางโรงเรียนไม่ใส่ชื่อนักเรียนในแบบสอบถามทำให้ผลต่อการเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่สอง ในกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เด็กจำนวน 5 คนไม่พบโรคทางจิตเวชในเด็กกลุ่มนี้ และจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กที่ครูและผู้ปกครองตอบมีค่าคะแนนไม่แตกต่างจากกลุ่มทั้งหมด

2. การเก็บข้อมูลและเครื่องมือ ข้อผิดพลาดอาจเกิดจาก

2.1 เครื่องมือ

2.1.1 ข้อคำถามในแบบสอบถามมีจำนวนมาก ทำให้การตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ถ้าเป็นไปได้การหาเครื่องมือที่มีข้อคำถามจำนวนไม่มากนักและได้มาตรฐาน หรือทำการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบสำรวจพฤติกรรมโดยการลดทอนจำนวนคำถามลงและหา คำมาตรฐานใหม่เช่นเดียวกับขั้นตอนการพัฒนา CBCL ของ Achenbach จะทำให้การตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.1.2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยซึ่งเป็นจิตแพทย์เด็กทั้ง 2 คน ได้ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่นเป็นผู้สัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครองด้วยตนเอง สามารถใช้เทคนิคการสัมภาษณ์และการตัดสินใจทางคลินิกโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันควบคู่ไปกับการใช้คู่มือ (Glossary) จะช่วยให้ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 2 มีมาตรฐานยิ่งขึ้น แต่ถ้าจะให้ข้อมูลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ควรทำ inter-rater reliability ระหว่างผู้วิจัยทั้งสองด้วย

2.2 การเก็บข้อมูล อาจมีข้อผิดพลาด ดังนี้

2.2.1 การเก็บข้อมูลขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 มีระยะเวลาค่อนข้างห่างกัน ทำให้อาการบางอย่างหายไป และอาจเกิดอาการใหม่ขึ้นมาแทนได้

2.2.2 มีเด็กจำนวนหนึ่งย้ายโรงเรียน ทำให้มีผลต่อการสุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2

2.2.3 การเก็บข้อมูลขั้นตอนที่ 1 มีผู้อ่านหนังสือไม่ออกจำนวนหนึ่งไม่ได้ตอบแบบสอบถามกลับมา ซึ่งในจำนวนนี้เด็กอาจมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น

2.2.4 การเก็บข้อมูลขั้นตอนที่ 2 ในการสัมภาษณ์จะใช้รูปแบบการนัดหมายเด็กและผู้ปกครองที่ต่างกัน การนัดหมายเด็กและผู้ปกครองที่โรงเรียนจะได้รับความร่วมมือค่อนข้างดี สามารถควบคุมเวลานัดหมายได้ แต่บางโรงเรียนสถานที่ไม่เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ และเด็กอาจรู้สึกเป็นเป้าความสนใจของครูและนักเรียนคนอื่น แต่สามารถแก้ไขได้ด้วยการติดต่อประสานงานที่ดีและทำความเข้าใจกับอาจารย์ใหญ่และอาจารย์ประจำชั้นของเด็ก สำหรับการนัดหมายในสถานที่ทำงานของผู้วิจัยจะได้รับความร่วมมือน้อยกว่าและไม่มาตามนัด ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมเวลานัดหมายได้ แต่สถานที่เหมาะสมกว่า

3. ปัจจัยอื่นๆ เนื่องจากแบบสอบถามมีข้อคำถามค่อนข้างมากจึงไม่สามารถเพิ่มเติมข้อคำถามเพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรอื่นๆ ได้ทุกตัวแปร เพราะจะมีผลต่อการตอบแบบสอบถามและความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามถ้ามีข้อคำถามเกิน 100 ข้อ ดังนั้นอาจมีบางปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด

ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางด้านอารมณ์ และไม่ได้นำมาศึกษาครั้งนี้ เช่น ปัจจัยป้องกันปัญหา ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยตัวเด็กและปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยตัวเด็ก ได้แก่ พื้นฐานอารมณ์ ความสำเร็จด้านการเรียน ความสามารถพิเศษ ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ใหญ่ ฯลฯ ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากเครือญาติ เพื่อนหรือองค์กรอื่นๆ ที่อาจเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กได้

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามแบบสากล สามารถเปรียบเทียบผลการศึกษาในชุมชนอื่นๆ ได้
2. สามารถนำผลที่ได้มาใช้ทางคลินิกและงานวิจัยต่อไป เนื่องจากตัวเลขความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการศึกษานี้ได้มาจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเด็กในกรุงเทพมหานคร จึงสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ ตัวเลขความชุกของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์สามารถบอกขนาดของปัญหาของเด็กในกรุงเทพฯ และใช้เป็นแนวทางในการวางนโยบายการให้บริการและการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ ตัวเลขความชุกของปัญหาพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับต่างประเทศบอกเราว่าเด็กไทยก็มีความผิดปกติของความประพฤติไม่น้อยกว่าต่างประเทศ ยิ่งไปกว่านั้นตัวเลขความชุกของปัญหาทางอารมณ์ที่สูงในเด็กไทยน่าจะกระตุ้นเตือนให้พ่อแม่ผู้ปกครองจิตแพทย์และผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กให้ความสนใจปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์มากขึ้น รวมทั้งการทําวิจัยเพิ่มเติมถึงสาเหตุดังกล่าวด้วย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา บ่งชี้แนวทางการป้องกันปัญหาได้พอสมควร ปัจจัยตัวเด็กที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา คือ การสอบตก ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ควรจะได้รับ การดูแล และชี้แนะเป็นพิเศษเพื่อไม่ให้ เป็นปัญหาในอนาคต ปัจจัยของพ่อแม่ที่ทำให้เกิดปัญหา คือ การที่พ่อแม่เป็นโรคจิต - ประสาท ติดสุราหรือสารเสพติด ซึ่งการช่วยเหลือรักษาพ่อแม่เหล่านี้นอกจากจิตแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยป้องกันปัญหาในเด็กได้ ปัจจัยทางครอบครัวที่ทำให้เด็กมีปัญหา คือ ความขัดแย้งในครอบครัว การที่เด็กอาศัยกับผู้อื่นที่ไม่ใช่พ่อแม่ ครอบครัวที่มีบุตรมากกว่า 4 คน และสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต น่าจะแนะแนวป้องกันปัญหาได้จากการวางแผนครอบครัว การให้บริการให้คำปรึกษาแก่พ่อแม่ผู้ปกครองที่มีปัญหา รวมทั้งการให้คำปรึกษาในภาวะวิกฤต

ผลการศึกษาเกี่ยวกับแหล่งที่พ่อแม่ผู้ปกครองจะขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือ พบว่า ผู้ปกครองจะขอคำปรึกษาจากเพื่อน ญาติ พระและกุมารแพทย์ตามลำดับ ซึ่งทำให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปในลักษณะกลุ่มน่าจะมีประโยชน์เพราะคนส่วนใหญ่ยังขอคำปรึกษาจากญาติ เพื่อน ผลการศึกษาการขอความช่วยเหลือพบว่าพ่อแม่ผู้ปกครองเพียงร้อยละ 9.3 ที่มา

ขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์และเพียงร้อยละ 3.4 ขอคำปรึกษาจากแพทย์ทั่วไป ในขณะที่ร้อยละ 21.4 ขอคำปรึกษาจากกุมารแพทย์ ซึ่งเห็นว่ากุมารแพทย์น่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรจะได้รับความรู้และฝึกอบรมทางจิตเวชเด็ก เพื่อช่วยเหลือในงานป้องกัน การเฝ้าระวังปัญหาและการแก้ไขปัญหาทางจิตเวชเด็กตั้งแต่เบื้องต้น

3. การศึกษานี้แม้จะไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้ แต่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเด็กในกรุงเทพมหานครสามารถให้ข้อมูลในเรื่องความชุกของปัญหาทางจิตเวชเด็กและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีมาตรฐานและถูกต้อง และควรจะมีการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาในรูปแบบเดียวกันเพื่อดูความคล้ายคลึง/ความแตกต่างของโรคทางจิตเวชเด็กและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในส่วนอื่นๆของประเทศ

4. การศึกษาครั้งนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาระบาดวิทยาทางจิตเวชเด็กในชุมชนของประเทศไทย ซึ่งต้องการศึกษากับเด็กในกลุ่มอายุอื่นๆ (6-7 ปี, 12-18 ปี)

เอกสารอ้างอิง

- กวี สุวรรณกิจ, พรทิพย์ ฟองสุพัฒน์, ปฐมพร เชยอรุณ, และคณะ. สุขภาพจิตและปัญหาการเรียน
ในเด็ก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2524; 26 (4):259-262.
- กองวิชาการ สำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร. สถิติการศึกษาที่สำคัญ ปีการศึกษา 2537. ใน:
เอกสารฝ่ายแผนงานและสารสนเทศทางการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
- ดวงใจ กสานติกุล, พวงสร้อย วรกุล, และภิรมย์ สุนธนาภิรมย์. การช่วยเหลือแนะแนวนักเรียน
วัยรุ่นในเขตกรุงเทพฯ-สำรวจนำร่อง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2539;30 (8):731-738.
- นางพางา ลี้มสุวรรณ. การดำเนินโรคและผลลัพธ์. ใน: นางพางา ลี้มสุวรรณ (บรรณาธิการ). โรคสมาธิ
สั้น. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538:104-114.
- ปนัดดา มุมบ้านเช่า. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาต้น สังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัด
ลพบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540;
42(1):35-49.
- ฝ่ายสถิติและประมวลผล กองนโยบายและแผน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน
กระทรวงศึกษาธิการ. สถิติการศึกษาเอกชนประจำปีการศึกษา 2538.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. 2539;
4 (3) .
- สมทรง สุวรรณเลิศ, วันชัย ไชยสิทธิ์. คู่มือแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Manual for the Thai Youth
Checklist (TYC), ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2. ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. 2538.
- อัมพร โอตระกูล, ศิริธรรม ธนะภูมิ. การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนไทยใน
ชนบทและในเมือง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2522;4(4):449-556.
- อัมพร โอตระกูล, อรพรรณ เมฆสุกะ และสุวัฒน์ ศรีสรจักร. ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนใน
เขตกรุงเทพมหานคร ปี 2529. หนังสือการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 1 ระหว่าง
มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่อง "คุณภาพชีวิตของคนเมืองหลวง"
19-21 มี.ค. 2533. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- อัลฟารีเสรีซ จำกัต์. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539. ใน:
ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2536-2537. กรุงเทพฯ: ธีรพงศ์การพิมพ์ 2536.

อมรรัตน์ โพธิ์พรรค. Logistic regression การศึกษาอิทธิพลของ confounder และ effect modifier โดยใช้ multivariate analysis. เอกสารประกอบการสอน ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล .

- Achenbach T.M. & Edelbrock C.S. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Child Development* 1981;46 (6).
- , Verhulst FC, Baron GD, Akkerhuis GW. Epidemiologic comparisons of American and Dutch Children: I. behavioral / emotional problems and competencies reported by parents of ages 4 to 16. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26: 311-325.
- Manual for the CBCL / 4-18 and 1991 profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva P. DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44: 69-76.
- Anderson JC, William S, McGee R. Cognitive and social correlates of DSM III disorders in preadolescent children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28:842-846.
- Angold A. Childhood and adolescent depression: I. epidemiology and etiology aspects. *Br J Psychiatry* 1988;152: 601-617.
- , Costello EJ. A test - retest reliability study of child reported psychiatric symptoms and diagnoses using the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-C) *Psychol Med* 1995;25:755-762.
- , Cox A, Prendergast M. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) Pre-training package caring for children in the community. Developmental epidemiology program, Duke University 1995.
- Barkley RA. *Attention - deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnostic and treatment*. New York : The Guilford Press, 1990.
- Bernstein GA, Borchardt CM. Anxiety disorders of childhood and adolescence : A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(4):519-532.
- Bird HR, Canino G, Rubio - Stipek MR. Further measures of the psychometric properties of the children global assessment scale . *Arch Gen Psychiatry* 1987 ;44:821-824.

- Bird HR, et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1120-1126.
- , Gould MS, Yager T, et al. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 847-850.
- Bowen RC, Offord DR, Boyle MH. The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: result from the Ontario Child Health Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:753-758.
- Boyle MH, Offord DR, Hofmann HG, et al. Ontario Child Health Study: I. methodology. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:796-803.
- Brandenburg NA, Friedman RM, Silver SE. The epidemiology of childhood psychiatric disorders: prevalence findings from recent studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:76-83.
- Brown SF. Social class, child maltreatment, and delinquent behavior. *Criminology* 1984; 22:259-278.
- Chambers WJ, Puig - Antich J, Hirsch M, et al. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi structured interview. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:692-702.
- Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, et al. Psychiatric disorders in pediatric primary care : prevalence and risk factors. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1107-1116 .
- Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders : a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(4):571-580.
- Frick PJ, Lahey BB, Loeber R, et al. Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder : parental psychopathology and maternal parenting. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(1):49- 55.
- Fombonne E. The Chartres study : I. prevalence of psychiatric disorders among France school - aged children. *Br J Psychiatry* 1994;164:69-79.
- Garmeiz N. Stress - resistant children: the search for protective factors. *J Child Psychol Psychiatry* 1985(Suppl 4).
- Garraida MD, Bailey D. Child and family factors associated with referral to child psychiatrists. *Br J Psychiatry* 1988;153:81-89.

- Garrison CZ, Schluchter MD, Schoenbach VJ, Kaplan BK. Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28:
- Gittelman-Klein R, Mannuzza S. Hyperactive boys almost grown up, III: methylphenidate effects on ultimate height. *Arch Gen Psychiatry* 1987;45:1131-1134.
- , Mannuzza S, Shenker R, Bonagura N. Hyperactive boys almost grown up. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 937-947.
- Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock, 1980.
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy ET, et al. A comparison of clinical and Diagnostic Interview Schedule Diagnoses: physician re-examination of lay - interviewed cases in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42: 657-666.
- Henn FA, Bardwell R, Jenkins RL. Juvenile delinquents revisited. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1160-1163.
- Hodgers K, Gordon Y, Lennon MP. Parent - child agreement on symptoms assessed via a clinical research interview for children: the Child Assessment Schedules (CAS). *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31(3): 427-436.
- Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1205-1212.
- Kandel DB, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:255-262.
- Kashani JH, Burbach DJ, Rosenberg TK. Perception of family conflict resolution and depressive symptomatology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:42-48.
- , Simond JF. The incidence of depression in children. *Am J Psychiatry* 1979;136: 1203-1205.
- , Orvaschel H, Rosenberg TK, et al. Psychopathology in community samples of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:701-706
- Lapouse R, Monk MA. An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *Am J Public Health* 1985;48:1134-1144.

- Mc Gee RM, Silva PA, Williams S. Behaviour problems in a population of seven - year - old children : prevalence , stability and types of disorder: a research report. *J child Psychol Psychiatry* 1984; 25: 251-259.
- , Feehan M, Williams S, et al. DSM - III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29: 611-619.
- Williams S. A longitudinal study of depression in nine- year - old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;7: 342-348.
- Munro BH. Logistic regression . In: Statistical methods for health care research. 2nd ed New York: B Lippincott Co, 1993: 229-244.
- Naomi Rae-Grant ,Thomas BH, Offord DR,et al . Risk, protective factors, and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28(2):262-268.
- Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, et al . Ontario Child Health Study: II. Six month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987 ;44:832-836.
- , Masten A, Tellegan A. The study of stress and competence in children . *Child Development* 1984;55:97-111.
- Patterson GR, Stouthamer- Loeber M. The correction of family management practices and delinquency. *Child Development* 1984;55:1299-1307.
- Rutter M, Tizard J, Whitmore K. (Eds). Education, health and behaviour. London: Longman, 1970.
- , Cox A, Tupling C, et al. Attainment and adjustment in two geographical areas: I. the prevalence of psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1975;125:493- 509.
- , Graham P, Chadwick OFD, Yule W. Adolescent turmoil: Fact or fiction? *J Child Psychol Psychiatry* 1976;17:25-56.
- , Resilience in the face of adversity. *Br J Psychiatry* 1985;147:598-611.
- , Isle of Wight revisited: Twenty - five years of child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(5):633-653.
- , Giller H. Juvenile delinquency: Perspectives. New York: The Guilford Press, 1983.

- Strauss CC, Last CG, Hersen, Mkazdin AE. Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *J Abnorm Child Psychology* 1988;16:57-68.
- Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario Child Health Study: Prevalence of oppositional defiant disorder with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry* 1989;30(2):219-230.
- Verhulst FC, Akkerhuis GW, Althaus, M. Mental health in Dutch children: I. A cross cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985;72(Suppl 323)
- , Koot HM. Child psychiatric epidemiology concepts, methods and findings. *Developmental Clinl Psychol Psychiatry Vol23*. SAGE Publications, 1992
- . A reviews of community studies. In: Verhulst FC, Koot HM,eds. *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford: Oxford University Press Inc, 1995:145-177.
- Vikan A. Psychiatric epidemiology in a sample of 1,510 ten- year-old children : I. prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 1985;26:55-75.
- Walker E, Better B, Ceci S. Teachers' assumptions regarding the severity, causes, and outcomes of behavioral problems in preschoolers: implication for referral. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:899-902.
- Weisz JR, Suwanlert S, Chaiyasit W, et al. Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: parent reports for ages 6 to 11. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26 (6): 890-897.
- , Suwanlert S, Chiaysit W, et al. Epidemiology of behavioral and emotinal problems among Thai and American children: teacher reports for ages 6-11. *J Child Psychol Psychiatry* 1989;30(3):471-484.
- Wells LC, Rankin JH. Direct parental controls and delinquency. *Criminology* 1988;26: 263-284.
- Werner EE, Smith RS. *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGaw-Hill,1982.

ภาคผนวก

1. แบบสอบถาม

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ปกครอง

ชื่อ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

1. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยในบ้านเดียวกัน..... คน
2. เด็กเป็นบุตรคนที่ ในจำนวนลูกทั้งหมดคน(รวมเด็กด้วย)
3. รายได้รวมของครอบครัว บาท ต่อเดือน
4. สถานภาพสมรสของพ่อแม่ (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

☐ อยู่ด้วยกัน	☐ พ่อหรือแม่เสียชีวิต
☐ แยกกันอยู่	☐ พ่อหรือแม่แต่งงานใหม่
☐ หย่าร้าง	
5. เด็กอยู่กับพ่อแม่หรือไม่ ☐ อยู่ ☐ ไม่อยู่ เด็กอาศัยอยู่กับ ☐ พ่อแม่บุญธรรม

☐ ญาติ
☐ คนรู้จัก
6. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก

☐ ดีตลอด
☐ ดีบ้างไม่ดีบ้าง
☐ ไม่ดี ระบุปัญหา
7. ความขัดแย้งและการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองและคนในครอบครัว

☐ ไม่มีเลย
☐ มีบ้าง นานๆครั้ง
☐ ค่อนข้างบ่อย
☐ บ่อยๆ ระบุปัญหา
8. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ตามข้อความข้างล่างเกิดขึ้นกับครอบครัวของท่านหรือเด็กของท่านหรือไม่

☐ ไม่มี
☐ มี ได้แก่ ☐ การแยกจากกันระหว่างเด็กและผู้ปกครองเกิน 2 สัปดาห์
☐ การเจ็บป่วยรุนแรงของสมาชิกในครอบครัว
☐ การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว

() การย้ายที่อยู่หรือโรงเรียนของเด็ก

() อื่นๆ ระบุ.....

9. สมาชิกในครอบครัวเคยทำผิดกฎหมายหรือต้องคดีใด ๆ หรือไม่

() ไม่เคย () เคย ระบุ.....

ข้อมูลด้านสุขภาพกาย

1. เด็กมีโรคประจำตัวที่ต้องพบแพทย์เป็นประจำหรือไม่

() ไม่มี

() มี ระบุ.....

ข้อมูลด้านสุขภาพจิต

1. พ่อหรือแม่เคยมีอาการทางจิต ประสาท ติดสุรา หรือสารเสพติดหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย ถ้าเคยได้รับการรักษาหรือไม่ () รักษา () ไม่รักษา

ระบุอาการ.....

2. ท่านคิดว่าเด็กของท่านมีปัญหาพฤติกรรมหรือไม่

() ไม่คิด

() คิด ระบุคิดว่าเด็กเป็นอะไร.....

ถ้าคิดว่าเด็กมีปัญหาท่านแก้ปัญหาด้วยตนเอง หรือปรึกษาแหล่งอื่น

3. ท่านรู้จักแหล่งให้คำปรึกษาช่วยเหลือได้บ้าง และเคยปรึกษาหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	รู้จัก	เคยปรึกษา
■ แพทย์ทั่วไป	()	()
■ กุมารแพทย์	()	()
■ จิตแพทย์	()	()
■ ครู	()	()
■ ญาติ	()	()
■ เพื่อน	()	()
■ พระ	()	()
■ สื่อ เช่นรายการตอบปัญหาทางหนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ หรือโทรทัศน์	()	()
■ ตำรวจ	()	()
■ องค์กรเอกชนที่ให้ความช่วยเหลือปัญหา เช่นฮอตไลน์ มูลนิธิต่างๆ	()	()

สำหรับผู้ปกครอง

แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

วันที่ตอบแบบสำรวจ

วันเดือนปีเกิด อายุ.....ปี	เพศของเด็ก ☐ ชาย ☐ หญิง	เชื้อชาติ	ศาสนา	ผู้ตอบแบบสำรวจ ☐ พ่อ ☐ แม่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาของพ่อแม่ในแต่ละระดับ			ลักษณะอาชีพของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง (เช่น ช่างซ่อมรถยนต์ ครู พลดัรวาง เสมียน ผู้จัดการบริษัท พนักงานขับรถ แม่บ้าน หรือ อื่น ๆ โปรดระบุ)	
ประถมศึกษา	ปี	แม่	ปี	พ่อ.....
มัธยมศึกษา	ปี	แม่	ปี	พ่อ.....
อาชีวศึกษา	ปี	แม่	ปี	พ่อ.....
อุดมศึกษา	ปี	แม่	ปี	พ่อ.....

1. บุตรของท่านชอบกีฬาหรืองานอดิเรก เช่น ว่ายน้ำ เล่นฟุตบอล เล่นดนตรี สะสมแสตมป์ ฯลฯ หรือไม่?

☐ ไม่ชอบ ☐ ชอบ : ถ้าชอบโปรดระบุ : ก
ข
ค

2. โปรดระบุงานที่บุตรของท่านช่วยในบ้าน (เช่น ช่วยดูแลน้อง ช่วยรดน้ำต้นไม้ ฯลฯ)

ก
ข
ค

3. ก. บุตรของท่านมีเพื่อนสนิทหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี : ถ้ามี.....คน

ข. นอกเวลาเรียน บุตรของท่านพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทอาทิตย์ละ.....ครั้ง

4. เปรียบเทียบกับเด็กคนอื่นวัยเดียวกัน บุตรของท่าน :

	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ก. เข้ากับเพื่อนได้.....	☐	☐	☐
ข. เข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้.....	☐	☐	☐
ค. ปฏิบัติตนต่อพ่อแม่.....	☐	☐	☐
ง. ขยันทำงานบ้าน.....	☐	☐	☐
จ. ขยันทำการบ้าน.....	☐	☐	☐
ฉ. มีผลของการเรียนที่โรงเรียน.....	☐	☐	☐

5. บุตรของท่านเคยสอบตกซ้ำชั้นหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย : ถ้าเคย ซ้ำชั้นอะไร.....
☐ เคยสอบซ่อมวิชา.....เมื่ออยู่ชั้น.....

หัวข้อต่อไปนี้เป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมของเด็ก โปรดเขียนเครื่องหมายวงกลมตรงหมายเลขที่ท่านพิจารณาเห็นว่าหัวข้อนั้นอธิบายลักษณะพฤติกรรมของบุตรของท่านในขณะนี้หรือในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยวงกลมหมายเลข 2 ถ้าเห็นว่าเป็นเช่นนั้นอย่างมากหรือบ่อยครั้งมากในหัวข้อมาตรฐานเลข 1 ถ้าเห็นว่าเป็นเช่นนั้นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง และให้วงกลมหมายเลข 0 ถ้าเห็นว่าไม่เป็นเช่นนั้นเลย โปรดตอบทุกหัวข้อเท่าที่ท่านสามารถจะทำได้ ถึงแม้ว่าบางหัวข้อไม่อธิบายถึงพฤติกรรมของบุตรของท่านโดยตรงก็ตาม

ไม่เป็นเลย			เป็นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง			เป็นอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก				
0			1			2				
0	1	2	1. ประพฤติตนเด็กกว่าวัย	0	1	2	30. กลัวการไปโรงเรียน	0	1	2
0	1	2	2. มีอาการแพ้ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง)	0	1	2	31. กลัวว่าจะคิดหรือกระทำในสิ่งที่ไม่ดี	0	1	2
0	1	2	3. ชอบโต้เถียง	0	1	2	32. รู้สึกว่าตนเองจะต้องมีอะไรบกพร่อง	0	1	2
0	1	2	4. เป็นโรคหืด	0	1	2	33. รู้สึกหรือบ่นว่าไม่มีใครรัก	0	1	2
0	1	2	5. ประพฤติตนเหมือนเพศตรงข้าม	0	1	2	34. รู้สึกว่าคนอื่นคอยปองร้าย	0	1	2
0	1	2	6. ขับถ่ายไม่เป็นที่	0	1	2	35. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีปมด้อย	0	1	2
0	1	2	7. ชอบคุยโม้ โอ้อวด	0	1	2	36. เจ็บตัวบ่อยหรือได้รับอุบัติเหตุบ่อย	0	1	2
0	1	2	8. ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน	0	1	2	37. มักมีเรื่องต่อสู้กับคนอื่น	0	1	2
0	1	2	9. หมกมุ่นอยู่กับความคิดอย่างใดอย่างหนึ่งหรือคิดซ้ำ ๆ อยู่เรื่องเดียว (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง):	0	1	2	38. ถูกล้อเลียนมาก	0	1	2
0	1	2	10. ไม่อยู่นิ่ง ลูกกลิ้งลูกกลิ้ง หรืออยู่ไม่สุข	0	1	2	39. มั่วสุมกับผู้อื่นที่ก่อเรื่องเดือดร้อน	0	1	2
0	1	2	11. พังพาผู้ใหญ่มากเกินไป	0	1	2	40. ได้ยินเสียงซึ่งไม่ได้มีอยู่จริง (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง):	0	1	2
0	1	2	12. บ่นว่าเหงา	0	1	2	41. ทำอะไรโดยไม่คิด	0	1	2
0	1	2	13. มีอาการสับสน	0	1	2	42. ชอบอยู่ตามลำพัง	0	1	2
0	1	2	14. ร้องไห้ฟูมฟายมาก	0	1	2	43. พุดพลหรือขี้อิง	0	1	2
0	1	2	15. ใจร้ายต่อสัตว์	0	1	2	44. กัดเล็บ	0	1	2
0	1	2	16. ใจร้ายหรือชอบรังแกผู้อื่น	0	1	2	45. ประหม่าหรือแสร้ง	0	1	2
0	1	2	17. ผันกลางวันหรือหมกมุ่นกับความคิดของตนเอง	0	1	2	46. มีอาการสั่นกระตุกตามร่างกายเมื่อประหม่าหรือตกใจกลัว (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง):	0	1	2
0	1	2	18. ตั้งใจทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย	0	1	2	47. ผันร้าย	0	1	2
0	1	2	19. เรียกเรื่องความสนใจมาก	0	1	2	48. ไม่เป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น ๆ	0	1	2
0	1	2	20. ทำลายสิ่งของของตนเอง	0	1	2	49. มีอาการท้องผูก	0	1	2
0	1	2	21. ทำลายสิ่งของของผู้อื่น	0	1	2	50. กลัวหรือวิตกกังวลเกินไป	0	1	2
0	1	2	22. ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่บ้าน	0	1	2	51. รู้สึกวิงเวียนศีรษะ	0	1	2
0	1	2	23. ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่โรงเรียน	0	1	2	52. รู้สึกผิดมากเกินไป	0	1	2
0	1	2	24. กินอาหารได้น้อย	0	1	2	53. กินมากเกินไป	0	1	2
0	1	2	25. เข้ากับเด็กคนอื่นไม่ได้	0	1	2	54. เหนื่อยง่าย	0	1	2
0	1	2	26. ไม่รู้สึกผิดหลังจากได้กระทำสิ่งที่ไม่สมควรไปแล้ว	0	1	2	55. นอนหลับมากเกินไป	0	1	2
0	1	2	27. อิจฉาคนอื่น	0	1	2	56. บ่นว่าไม่สบายถึงแม้ว่าท่านทราบว่าเด็กคนนี้ได้เป็นอะไร	0	1	2
0	1	2	28. กินหรือดื่มสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง):	0	1	2	ก. บ่นว่าปวดแน่นเจ็บนี้	0	1	2
0	1	2	29. กลัวสัตว์บางชนิด สถานการณ์บางอย่างหรือสถานที่อื่นนอกเหนือจากโรงเรียน (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง):	0	1	2	ข. บ่นปวดศีรษะ	0	1	2
				0	1	2	ค. บ่นว่าคลื่นไส้ ไม่สบาย	0	1	2

ไม่เป็นเลย 0		เป็นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง 1		เป็นอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก 2	
0 1 2	ง. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา(โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง)	0 1 2	79. ปัญหาการพูด (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :		
0 1 2	จ. มีอาการเป็นผื่นหรือปัญหาเกี่ยวกับโรคผิวหนัง	0 1 2	80. ชื่องบงโดยไร้จุดหมาย		
0 1 2	ฉ. ปวดหรือมีอาการเกร็งในท้อง	0 1 2	81. ขโมยของในบ้าน		
0 1 2	ช. อาเจียน	0 1 2	82. ขโมยของนอกบ้าน		
0 1 2	ซ. หายใจไม่อิ่ม	0 1 2	83. สะสมสิ่งของของตนเองไม่ได้ต้องการใช้ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :		
0 1 2	ณ. บ่นว่ามีอาการเจ็บปวดทางร่างกายอื่นๆ(โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0 1 2	84. พฤติกรรมแปลกๆ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :		
0 1 2	57. ทำร้ายร่างกายผู้อื่น	0 1 2	85. ความคิดแปลกๆ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :		
0 1 2	58. แคะจมูก แคะเกาผิวหนังหรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง):	0 1 2	86. คื้อ บี้คัง หรือฉุนเฉียว		
0 1 2	59. เล่นอวัยวะเพศของตนเองในที่สาธารณะ	0 1 2	87. อารมณ์หรือความรู้สึกเปลี่ยนแปลงกะทันหัน		
0 1 2	60. ชอบเล่นอวัยวะเพศของตนเองมากเกินไป	0 1 2	88. เฉย ไม่พูดจาเวลาโกรธหรือไม่สบายใจ		
0 1 2	61. เรียนไม่ดี	0 1 2	89. ระแวงสงสัย		
0 1 2	62. ทำทางงอแง หรือ รุ่มง่าม	0 1 2	90. สบถหรือใช้คำหยาบ		
0 1 2	63. ชอบเล่นกับเด็กที่อายุมากกว่า	0 1 2	91. พูดถึงการทำลายชีวิตตนเอง		
0 1 2	64. ชอบเล่นกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	0 1 2	92. ละเมอพูดหรือเดินเวลาหลับ		
0 1 2	65. ไม่ยอมพูด	0 1 2	93. พูดมากเกินไป		
0 1 2	66. ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำๆ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0 1 2	94. ชอบล้อเลียน		
0 1 2	67. หนีออกจากบ้าน	0 1 2	95. ทำอุทธรณ์มือลงเท้าหรืออารมณ์ร้อน		
0 1 2	68. ส่งเสียงร้องกรี๊ดกร๊าดบ่อย	0 1 2	96. คิดเกี่ยวกับเรื่องเพศมากเกินไป		
0 1 2	69. ชอบทำอะไรหลบ ๆ ซ่อน ๆ ไม่แสดงให้คนอื่นรู้	0 1 2	97. ข่มขู่หรือขู่ขู่ผู้อื่น		
0 1 2	70. มองเห็นสิ่งที่ไม่มีในความเป็นจริง (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง):	0 1 2	98. คุดนิ้วหัวแม่มือ		
0 1 2	71. ระเบิดระว่างตัวเองเกินไป หรือประหม่าง่าย	0 1 2	99. พะวากับความเป็นระเบียบหรือความสะอาดมากเกินไป		
0 1 2	72. ชอบจุดไฟเผาของที่ไม่ควรเผา	0 1 2	100. ปัญหาการนอน (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง):		
0 1 2	73. ปัญหาทางเพศ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง):	0 1 2	101. หนีโรงเรียนหรือขาดเรียนโดยไม่มีสาเหตุอันควร		
0 1 2	74. ชอบอวดตัวหรือทำดลก	0 1 2	102. ไม่พอใจเคลื่อนไหวหรือขาดความกระปรี้กระเปร่า		
0 1 2	75. ขี้อายหรือกระดาก (ขี้ตื่น)	0 1 2	103. ไม่มีความสุข เสียใจ เศร้าซึม		
0 1 2	76. นอนได้น้อยกว่าเด็กอื่นโดยทั่วไป	0 1 2	104. พูดอะอะ เสียงดังเกินควร		
0 1 2	77. นอนมากกว่าเด็กอื่นโดยทั่วไปในเวลากลางวันและ/หรือกลางคืน (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0 1 2	105. คืบหน้าหรือเครื่องคืบที่ผสมแอลกอฮอล์ โดยพ่อแม่ไม่อนุญาต		
0 1 2	78. ละเลงหรือเล่นดูจระ				

ไม่เป็นเลย		เป็นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง	เป็นอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก	
0		1	2	
0 1 2	106. ใช้ยาหรือสิ่งเสพติดโดยไม่มีเหตุผลเกี่ยวข้องกับเรื่องการเจ็บป่วย (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____	0 1 2	124. ชอบออกไปนอกบ้าน	
0 1 2	107. งงใจทำลายสมบัติสาธารณะ	0 1 2	125. ทำอะไรเชิงซ้ำ	
0 1 2	108. ปัสสาวะรดเวลากลางวัน	0 1 2	126. ไม่สุภาพ หยวนคายหรือไม่เคารพผู้ใหญ่	
0 1 2	109. ปัสสาวะรดที่นอน	0 1 2	127. ไม่สุภาพหรือหยวนคายต่อเด็กคนอื่น ๆ	
0 1 2	110. ออดอ้อนด้วยความน้อยเนื้อต่ำใจ สงสารตัวเอง	0 1 2	128. ไม่มีความรับผิดชอบ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____	
0 1 2	111. อยากเป็นเพศตรงข้าม	0 1 2	129. ซุกซน (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____	
0 1 2	112. แยกตัวเองไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น	0 1 2	130. ถอนใจ	
0 1 2	113. กังวลใจ	0 1 2	131. เก็บกด ไม่แสดงความรู้สึก	
0 1 2	114. ใจลอยหรือขี้หลงขี้ลืม	0 1 2	132. ทำตัวเก๋เกินวัย (แก่แดด)	
0 1 2	115. ตื่นเต้น	0 1 2	133. ใช้เงินไม่เป็น	
0 1 2	116. รู้สึกไม่สบายใจได้ง่าย	0 1 2	134. ออกจากบ้านไปเรื่อย ๆ โดยไร้จุดหมาย	
0 1 2	117. ถูกเด็กอื่นแกล้ง	0 1 2	135. โปรดเขียนเพิ่มเติมถ้าบุตรของท่านมีปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ : _____	
0 1 2	118. สร้างมิตรสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ยาก	0 1 2	ก. _____	
0 1 2	119. ใจแคบหรือไม่ชอบแบ่งปันสิ่งของแก่ผู้อื่น	0 1 2	ข. _____	
0 1 2	120. ไม่ใคร่สนใจสิ่งรอบ ๆ ตัว	0 1 2	ค. _____	
0 1 2	121. เห็นแก่ตัวหรือเอาแต่ใจตนเอง			
0 1 2	122. ไม่สนใจการเรียน			
0 1 2	123. ช่วยเหลือตนเองไม่มีใครได้			

				สำหรับครู	
แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก				วันที่ตอบแบบสำรวจ	
วันเดือนปีเกิด อายุ.....ปี	เพศของนักเรียน ☐ ชาย ☐ หญิง	เชื้อชาติ	ศาสนา	ชื่อนักเรียน..... โรงเรียน.....	
ชั้นเรียน	ผู้ตอบแบบสำรวจ ☐ ครู ☐ ครูประจำชั้น ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....		ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสำรวจ (โปรดระบุ)		
ลักษณะอาชีพของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง (เช่น ช่างซ่อมรถยนต์ ครู อาจารย์ พลตำรวจ เสมียน ข้าราชการ ข้าราชการ พนักงานบริษัท พนักงานขับรถ แม่บ้าน หรืออื่น ๆ ระบุ) พ่อ.....แม่..... ผู้ปกครอง.....					

- ท่านรู้จักนักเรียนคนนี่มากี่เดือนแล้ว?.....เดือน
- ท่านคุ้นเคยกับนักเรียนคนนี้น้อยเพียงใด? ☐ คุ้นเคยดีมาก ☐ คุ้นเคยปานกลาง ☐ ไม่คุ้นเคย
- นักเรียนคนนี้เรียนในชั้นเรียนของท่านสัปดาห์ละกี่ชั่วโมง?.....ชั่วโมง
- นักเรียนคนนี้เคยสอบตกซ้ำชั้นหรือไม่? ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่เคย ☐ เคย : ซ้ำชั้นอะไร.....
- ผลการเรียนของนักเรียนคนนี้เป็นอย่างไรในวิชาที่ท่านสอน

วิชาที่สอน	ด้อยกว่านักเรียน ในชั้นอย่างมาก	ด้อยกว่านักเรียน ในชั้นพอสมควร	ปานกลาง	ดีกว่านักเรียน ในชั้นพอสมควร	ดีกว่านักเรียน ในชั้นอย่างมาก
1.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐

6. เมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนในชั้นอายุเท่า ๆ กันแล้ว	น้อยกว่า อย่างมาก	น้อยกว่า พอสมควร	ปานกลาง	มากกว่า พอสมควร	มากกว่า อย่างมาก
ก. นักเรียนคนนี้ตั้งใจเรียน	☐	☐	☐	☐	☐
ข. นักเรียนคนนี้เรียนรู้ได้	☐	☐	☐	☐	☐
ค. นักเรียนคนนี้ทำทางวิ่งมีความสุข	☐	☐	☐	☐	☐

7. โปรดเขียนความคิดเห็นอื่น ๆ เกี่ยวกับการเรียน พฤติกรรม หรือความสามารถของนักเรียนคนนี้เท่าที่ท่านทราบ

.....

.....

.....

หัวข้อต่อไปนี้เป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมของนักเรียน โปรดเขียนเครื่องหมายวงกลมตรงหมายเลขที่ท่านพิจารณาเห็นว่าหัวข้อนั้นอธิบายลักษณะพฤติกรรมของนักเรียนของท่านในขณะนี้หรือในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา โดยวงกลมหมายเลข 2 ถ้าเห็นว่าเป็นเช่นนั้นน้อยอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก ให้วงกลมหมายเลข 1 ถ้าเห็นว่าเป็นเช่นนั้นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง และให้วงกลมหมายเลข 0 ถ้าเห็นว่าเป็นเช่นนั้นเลย โปรดตอบทุกหัวข้อเท่าที่ท่านสามารถทำได้ ถึงแม้ว่าบางหัวข้อไม่อธิบายถึงพฤติกรรมของนักเรียนของท่านโดยตรงก็ตาม

ไม่เป็นเลย				เป็นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง				เป็นอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก			
0				1				2			
0	1	2	1. ประพฤติตนเด็กกว่าวัย	0	1	2	30. กลัวการไปโรงเรียน	0	1	2	31. กลัวว่าจะคิดหรือกระทำในสิ่งที่ไม่ดี
0	1	2	2. ครวญเพลง (ท่าเสียงในลำคอ) หรือส่งเสียงแปลก ๆ ในห้องเรียน	0	1	2	32. รู้สึกว่าตนเองจะต้องไม่มีอะไรบกรบร้อม	0	1	2	33. รู้สึกหรือบ่นว่าไม่มีใครรัก
0	1	2	3. ชอบโต้เถียง	0	1	2	34. รู้สึกว่าคนอื่นคอยปองร้าย	0	1	2	35. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีปมด้อย
0	1	2	4. ทำงานที่เริ่มต้นไว้แล้วไม่เสร็จ	0	1	2	36. เจ็บตัวบ่อยหรือได้รับอุบัติเหตุบ่อย	0	1	2	37. มักมีเรื่องต่อสู้กับคนอื่น
0	1	2	5. ประพฤติตนเหมือนเพศตรงข้าม	0	1	2	38. ถูกล้อเลียนมาก	0	1	2	39. มักสู้กับผู้อื่นที่ก่อเรื่องเดือดร้อน
0	1	2	6. ชอบโต้เถียงครู	0	1	2	40. ได้ยินเสียงซึ่งไม่ได้มีอยู่จริง (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	41. ทำอะไรโดยไม่คิด
0	1	2	7. ชอบคุยโม้ โอ้อวด	0	1	2	42. ชอบบอตามลำพัง	0	1	2	43. พุดบดหรือขี้โกง
0	1	2	8. ขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน	0	1	2	44. กัดเล็บ	0	1	2	45. ประหม่าหรือเครียด
0	1	2	9. หมกมุ่นอยู่กับความคิดอย่างใดอย่างหนึ่งหรือคิดซ้ำ ๆ อยู่เรื่องเดียว (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	46. มีอาการสั่น กระตุกตามร่างกายเมื่อประหม่าหรือตกใจกลัว (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	47. ทำตามกฎอย่างเคร่งครัดถึงแม้ว่าจะไม่เหมาะกับสถานการณ์
0	1	2	10. ไม่อยู่นิ่ง ลูกลึกลุกลน หรืออยู่ไม่สุข	0	1	2	48. ไม่เป็นที่ชอบพอของนักเรียนคนอื่น ๆ	0	1	2	49. มีความยากลำบากในการเรียน
0	1	2	11. พังพาดใหญ่มากเกินไป	0	1	2	50. กลัวหรือวิตกกังวลเกินไป	0	1	2	51. รู้สึกกังวลหรือเครียด
0	1	2	12. บ่นว่าเหงา	0	1	2	52. รู้สึกผิดมากเกินไป	0	1	2	53. พุดไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ
0	1	2	13. มีอาการสับสน	0	1	2	54. เห็นอย่างง่าย	0	1	2	55. น้ำหนักมากเกินไป
0	1	2	14. ร้องให้พุ่มพวยมาก	0	1	2	56. บ่นว่าไม่สบายถึงแม้ว่าเท่าที่ควรทราบเด็กคนนั้นไม่เป็นอะไร	0	1	2	ก. บ่นว่าปวดนั้นเจ็บนี้
0	1	2	15. หยุกหยิกหรือขุกขยิก	0	1	2	57. บ่นว่าปวดศีรษะ	0	1	2	ข. บ่นว่าคลื่นไส้ ไม่สบาย
0	1	2	16. ใจร้ายหรือชอบรังแกผู้อื่น	0	1	2	58. บ่นว่าคลื่นไส้ ไม่สบาย	0	1	2	ค. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา
0	1	2	17. ผันกลางวันหรือหมกมุ่นกับความคิดของตนเอง	0	1	2	59. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	ง. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	18. จงใจทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย	0	1	2	60. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	61. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	19. เรียกเรื่องความสนใจมาก	0	1	2	62. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	63. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	20. ทำลายสิ่งของของตนเอง	0	1	2	64. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	65. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	21. ทำลายสิ่งของของผู้อื่น	0	1	2	66. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	67. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	22. มีความลำบากในการทำตามคำแนะนำ	0	1	2	68. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	69. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	23. ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่ที่โรงเรียน	0	1	2	70. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	71. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	24. ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่ที่บ้าน	0	1	2	72. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	73. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	25. เข้ากับนักเรียนคนอื่น ๆ ไม่ได้	0	1	2	74. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	75. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	26. ไม่รู้สึกผิดหลังจากได้กระทำสิ่งที่ไม่สมควรไปแล้ว	0	1	2	76. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	77. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	27. อิงฉฉานง่าย	0	1	2	78. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	79. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	28. กินหรือดื่มสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	80. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	81. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :
0	1	2	29. กลัวสัตว์บางชนิด สถานการณ์บางอย่างหรือสถานที่อื่นนอกเหนือจากโรงเรียน (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	82. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :	0	1	2	83. บ่นว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตา (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) :

ไม่เป็นเลย			เป็นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง	เป็นอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก
0			1	2
0	1	2	จ. มีอาการเป็นผื่นหรือปัญหาเกี่ยวกับโรคผิวหนัง	0 1 2 81. รู้สึกไม่สบายใจเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์
0	1	2	ฉ. ปวดหรือมีอาการเกร็งในท้อง	0 1 2 82. ลึกซึ้ง
0	1	2	ช. คลื่นเหียน อาเจียน	0 1 2 83. สะสมสิ่งของที่ตนเองไม่ได้ต้องการใช้ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____
0	1	2	ซ. หายใจลำบาก หายใจไม่อิ่ม	
0	1	2	ณ. บ่นว่ามีอาการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____	0 1 2 84. พฤติกรรมแปลก ๆ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____
0	1	2	57. ทำร้ายร่างกายผู้อื่น	0 1 2 85. ความคิดแปลก ๆ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____
0	1	2	58. แคะจมูก แคะเกาผิวหนังหรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____	
0	1	2	59. หลับในชั้นเรียน	
0	1	2	60. ไม่สนใจการเรียนหรือขาดแรงจูงใจ	0 1 2 86. ดื้อ บ้างดิ่ง หรือฉุนเฉียว
0	1	2	61. เรียนไม่ตี	0 1 2 87. อารมณ์หรือความรู้สึกเปลี่ยนแปลงกะทันหัน
0	1	2	62. ทำทางแะแะ หรือรุ่มร่าม	0 1 2 88. เฉย ไม่พูดจาเวลาโกรธ หรือไม่สบายใจ
0	1	2	63. ชอบอยู่กับเด็กที่อายุมากกว่า	0 1 2 89. ระแวงสงสัย
0	1	2	64. ชอบอยู่กับเด็กที่อายุน้อยกว่า	0 1 2 90. สบถ หรือใช้คำหยาบ
0	1	2	65. ไม่ยอมพูด	0 1 2 91. พุดถึงการทำลายชีวิตตนเอง
0	1	2	66. ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำ ๆ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____	0 1 2 92. เรียนไม่เต็มความสามารถ
				0 1 2 93. พุดมากเกินไป
0	1	2	67. ก่อให้เกิดความสับสนวุ่นวายในห้องเรียน	0 1 2 94. ชอบล้อเลียน
0	1	2	68. ส่งเสียงร้องกรี๊ดกร๊าดบ่อย	0 1 2 95. ทำฤทธิ์ลงมือลงเท้าหรืออารมณ์ร้อน
0	1	2	69. ชอบทำอะไรหลบ ๆ ซ่อน ๆ ไม่แสดงให้คนอื่นรู้	0 1 2 96. คิดเกี่ยวกับเรื่องเพศมากเกินไป
0	1	2	70. มองเห็นสิ่งที่ไม่ใช่ในความเป็นจริง (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____	0 1 2 97. ข่มขู่หรือขู่ขวัญผู้อื่น
				0 1 2 98. ไปโรงเรียนหรือเข้าห้องเรียนสาย
0	1	2	71. ระเบิดระงับตัวเองเกินไป หรือประหม่าง่าย	0 1 2 99. พะวากับความเป็นระเบียบหรือความสะอาดมากเกินไป
0	1	2	72. ทำงานไม่เรียบร้อย	0 1 2 100. ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จ
0	1	2	73. ไม่มีควมรับผิดชอบ (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____	0 1 2 101. หนีโรงเรียนหรือขาดเรียนโดยไม่สาเหตุอันสมควร
				0 1 2 102. ไม่พอใจ เคลื่อนไหวเขื่องช้า หรือขาดความกระปรี้กระเปร่า
0	1	2	74. ชอบอวดตัวหรือทำตลก	0 1 2 103. ไม่มีความสุข เสียใจ ซึมเศร้า
0	1	2	75. ขี้อายหรือกระดาก (ขี้อั่น)	0 1 2 104. พุดอะอะ เสียงดังเกินควร
0	1	2	76. รู้สึกโกรธและก่ออันตรายแก่ผู้อื่นด้วยสาเหตุเพียงเล็กน้อย	0 1 2 105. คัดค้านหรือเครื่องค้ำที่ผสมแอลกอฮอล์ โดยพ่อแม่ไม่อนุญาต
0	1	2	77. ต้องการอะไรต้องได้ทันที ทนต่ออะไรไม่ได้	0 1 2 106. ใช้ยาหรือสิ่งเสพติดโดยไม่มีเหตุผลเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____
0	1	2	78. เปลี่ยนความสนใจง่าย	
0	1	2	79. ปัญหาการพุด (โปรดอธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____	0 1 2 107. คอยเอาใจผู้อื่นมากเกินไป
				0 1 2 108. ไม่ชอบโรงเรียน
0	1	2	80. จ้องมองโดยไร้จุดหมาย	0 1 2 109. กลัวว่าจะทำอะไรผิดพลาด
				0 1 2 110. ออดอ้อนด้วยความน้อยเนื้อต่ำใจ สงสารตัวเอง

ไม่เป็นเลย			เป็นเล็กน้อยหรือเป็นบางครั้ง	เป็นอย่างมากหรือบ่อยครั้งมาก			
0			1	2			
0	1	2	111. เสื้อผ้าร่างกายไม่สะอาด	0	1	2	126. ไม่สุภาพ หยวนคายหรือไม่เคารพผู้ใหญ่
0	1	2	112. แยกตัวเอง ไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น	0	1	2	127. ไม่สุภาพหรือหยวนคายต่อเด็กคนอื่น ๆ
0	1	2	113. กังวลใจ	0	1	2	128. เอาเปรียบเพื่อนนักเรียนคนอื่น (โปรดยธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____
0	1	2	114. ใจลอยหรือขี้หลงขี้ลืม				
0	1	2	115. ตื่นเต้น	0	1	2	129. ชุกชน (โปรดยธิบายหรือยกตัวอย่าง) : _____
0	1	2	116. รู้สึกไม่สบายใจได้ง่าย				
0	1	2	117. ถูกเด็กอื่นแกล้ง	0	1	2	130. ถอนใจ
0	1	2	118. สร้างมิตรสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ยาก	0	1	2	131. เก็บกด ไม่แสดงความรู้สึก
0	1	2	119. ใจแคบหรือไม่ชอบแบ่งปันสิ่งของแก่ผู้อื่น	0	1	2	132. ทำตัวแก่เกินวัย (แก่แดด)
0	1	2	120. ไม่ใคร่สนใจสิ่งรอบ ๆ ตัว	0	1	2	133. โปรดยื่นเพิ่มเติมถ้านักเรียนมีปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ : _____
0	1	2	121. เห็นแก่ตัวหรือเอาแต่ใจตนเอง				
0	1	2	122. ไม่สนใจการเรียน	0	1	2	ก. _____
0	1	2	123. ช่วยเหลือตนเองไม่ใคร่ได้	0	1	2	ข. _____
0	1	2	124. ขาดความมั่นใจในตนเอง	0	1	2	ค. _____
0	1	2	125. ทำอะไรเชื่องช้า				

ข้อปัญหาพฤติกรรมและรูปแบบของปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการต่าง ๆ
แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กสำหรับครู

INTERNALIZING		
WITHDRAWN	SOMATIC COMPLAINTS	ANXIOUS/DEPRESSED
12. ชอบอยู่ลำพัง 65. ไม่ยอมพูด 69. หลบ ๆ ซ่อน ๆ 75. ซ้ำอาย 80. จ้องไร้จุดหมาย 88. เฉยไม่พูด 102. ไม่ร้องไห้ 103. เสียใจ เศร้า 112. แยกตัวเอง รวมคะแนน	51. เวียนศีรษะ 54. เหนื่อยง่าย 56. ก.ปวดแน่นเจ็บนี้ 56. ข.ปวดศีรษะ 56. ค.คลื่นไส้ 56. ง.ปัญหาตา 56. จ.เป็นผื่น 56. ฉ.ปวดท้อง 56. ช.อาเจียน รวมคะแนน	12. บ่นว่าเหงา 14. ร้องไห้ 31. กลัว/คิด/ทำสิ่งไม่ดี 32. ต้องไม่บกพร่อง 33. ไม่มีใครรัก 34. คนอื่นปองร้าย 35. ไม่มีคุณค่า 45. ประหม่า 47. ทำตามกฎเกณฑ์ 50. กลัว/วิตกกังวล 52. รู้สึกผิด 71. ระมัดระวัง 81. ไม่สบายใจเมื่อถูกวิจารณ์ 89. ระแวง 103. เสียใจ เศร้า 107. เอาใจผู้อื่น 109. กลัวผิดพลาด 113. กังวลใจ รวมคะแนน

NEITHER HIGH LOADING ON INTERNALIZING NOR EXTERNALIZING		
SOCIAL PROBLEMS	THOUGHT PROBLEMS	ATTENTION PROBLEMS
1. ประพฤติเด็กกว่าวัย 11. ฟังพาผู้ใหญ่ 12. บ่นว่าเหงา 14. ร้องให้พุ่มพ่าย 25. เข้ากับเด็กอื่นไม่ได้ 33. ไม่มีใครรัก 34. คนอื่นปองร้าย 35. ไม่มีคุณค่า 36. เจ็บตัวบ่อย 38. ถูกล้อเลียน 48. ไม่เป็นที่ชอบพอ 62. เงอะงะ 64. เล่นกับเด็กอายุน้อยกว่า รวมคะแนน	9. หมกมุ่น 18. ทำร้ายตนเอง 29. กลัวสัตว์ 40. ได้ยินเสียงที่ไม่มีจริง 66. ทำสิ่งใดซ้ำ ๆ 70. เห็นสิ่งที่ไม่มีจริง 84. พฤติกรรมแปลก ๆ 85. ความคิดแปลก ๆ รวมคะแนน	1. ประพฤติเด็กกว่าวัย 2. ส่งเสียงในห้องเรียน 4. ทำงานไม่เสร็จ 8. ขาดสมาธิ 10. ไม่อยู่นิ่ง 13. สับสน 15. หยุกหยิก 17. ผีนกลางวัน 22. ลำบากในการทำตามคำแนะนำ 41. ทำอะไรไม่คิด 45. ประหม่า 49. ลำบากในการเรียน 60. ไม่สนใจเรียน 61. เรียนไม่ดี 62. เงอะงะ 72. ทำงานไม่เรียบร้อย 78. เปลี่ยนความสนใจง่าย 80. จ้องมองโดยไร้จุดหมาย 92. เรียนไม่เต็มความสามารถ 100. ทำงานไม่เสร็จ รวมคะแนน

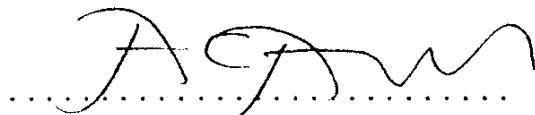
EXTERNALIZING	
DELINQUENT PROBLEMS	AGGRESSIVE PROBLEMS
26. ไม่รู้สึกผิด 39. มั่วซุ่ม 43. พุดปด 63. เล่นกับเด็กอายุมากกว่า 67. หนีออกจากบ้าน 72. จุดไฟ 81. ขโมยในบ้าน 82. ขโมยนอกบ้าน 90. สบถ 96. คิดเรื่องเพศ 101. หนีโรงเรียน 105. ดื่มเหล้า 107. ทำลายสมบัติสาธารณะ รวมคะแนน	3. ได้เถียง 7. คุยไม่โอ้อวด 16. ใจร้ายรังแก 19. เรียกร้องความสนใจ 20. ทำลายสิ่งของตนเอง 21. ทำลายสิ่งของผู้อื่น 22. ไม่เชื่อฟังที่บ้าน 23. ไม่เชื่อฟังที่โรงเรียน 27. อิจฉา 37. มีเรื่องต่อสู้อยู่ 57. ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 68. กรีดกรีด 74. อดตัว 86. บังคับ 87. อารมณ์เปลี่ยนแปลง 93. พุดมากไป 94. ล้อเลียน 95. ทำฤทธิ์ 96. ข่มขู่ผู้อื่น 97. พุดเอะอะ รวมคะแนน

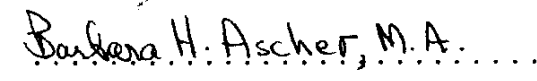
Developmental Epidemiology Program of Duke University Medical Center

Recognizes

Dr. Benjaporn Panyayong

as having successfully completed all educational and
practicum program requirements necessary for
appointment as a CAPA Interviewer using the
Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)


.....
Adrian Angold, MRCPsych
Director


.....
Barbara H. Ascher, M.A.
Trainer

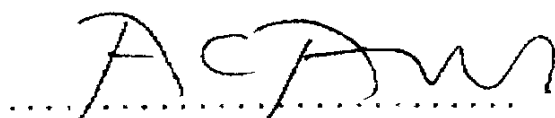
..... January, 1997
Date

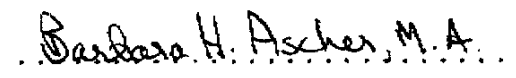
Developmental Epidemiology Program of Duke University Medical Center

Recognizes

Dr. Alisa Wacharasindhu

as having successfully completed all educational and
practicum program requirements necessary for
appointment as a CAPA Interviewer using the
Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)


.....
Adrian Angold, MRCPsych
Director


.....
Barbara H. Ascher, M.A.
Trainer

..... January 1997
Date

ประวัตินักวิจัย

1. แพทย์หญิงเบญจพร ปัญญาวยง

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นางสาวเบญจพร นามสกุล ปัญญาวยง อายุ 38 ปี เพศ หญิง

สถานภาพสมรส โสด สถานที่ทำงาน ศูนย์สุขภาพจิต

ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 7

สถานที่ติดต่อ ศูนย์สุขภาพจิต 75/1 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 2461195

โทรสาร 2457834

1.2 พื้นฐานการศึกษา

1. แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2525
2. ประกาศนียบัตรแพทย์ฝึกหัด โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2526
3. ประกาศนียบัตรชั้นสูง วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก สาขากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2529
4. วุฒิบัตรผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเด็ก พ.ศ. 2531
5. วุฒิบัตรผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2536

1.3 ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2526-2528	แพทย์ใช้ทุน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
พ.ศ.2528-2531	แพทย์ประจำบ้าน	โรงพยาบาลเด็ก
พ.ศ.2531-2533	กุมารแพทย์	ศูนย์สุขภาพจิต
พ.ศ.2533-2536	แพทย์ประจำบ้าน	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
พ.ศ.2536-ปัจจุบัน	จิตแพทย์เด็ก	ศูนย์สุขภาพจิต

1.4 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

การอบรม

1. อบรม"แนวทางวิจัยทางระบาดวิทยา พ.ศ. 2531 คณะเวชศาสตร์เขตร้อน
ครั้งที่ 1 " มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อบรม" การสร้างมาตรฐานวัดสำหรับการวิจัย" พ.ศ. 2532 สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์3.
- อบรม"การวิจัยทางระบาดวิทยาสำหรับ พ.ศ. 2533 คณะแพทยศาสตร์

แพทย์ประจำบ้าน"		จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อบรม"การใช้แบบสำรวจพฤติกรรม"	พ.ศ. 2538	ศูนย์สุขวิทยาจิต
5.อบรม"การวิจัยงานด้านสุขภาพจิต"	พ.ศ. 2538	กรมสุขภาพจิต

ผลงานวิจัย

1. ความชุกของโรคปัสสาวะรดที่นอนในโรงพยาบาลเด็ก (วิทยานิพนธ์ ปี 2531)
2. ผลกระทบทางจิตใจจากเหตุการณ์ชุมนุมประท้วงเดือนพฤษภาคม 2535(วิทยานิพนธ์ พ.ศ. 2536)
- 3.ผลที่ได้รับจากการทำกลุ่มจิตบำบัดในวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณทางเพศ (ทุนมูลนิธิผู้หญิง จัดพิมพ์ พ.ศ.2537)
- 4.การศึกษาทางคลินิกของโรคย้ำคิดย้ำทำในเด็กและวัยรุ่น ลงพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำเดือน ม.ค.- มี.ค. 2540

2. แพทย์หญิงอลิสรา วัชรสินธุ

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นางสาวอลิสรา นามสกุล วัชรสินธุ อายุ 36 ปี เพศ หญิง

สถานภาพสมรส คู่

สถานที่ทำงาน หน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์

2.2 พื้นฐานการศึกษา

แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2529

ประกาศนียบัตร(ชั้นสูง) ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก สาขาจิตเวชศาสตร์ พ.ศ.2530

Membership of the Royal College of Psychiatrists (MRCPsych : UK) 2533

2.3 ประวัติการทำงาน

อาจารย์ประจำหน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2529 - 2535

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำหน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2535 - 2538

รองศาสตราจารย์ประจำหน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน

2.4 ประสพการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

การอบรม

1. การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "ระบาดวิทยาและระเบียบวิธีวิจัย" จัดโดยศูนย์วิทยาการวิจัยและ
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง " การใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist (TYC)
ในงานส่งเสริมป้องกัน งานศึกษาวิจัยและงานคลินิก" จัดโดย

ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

งานวิจัย

1. Patterns of in-patient referral to a child psychiatric service.
2. ความต่อเนื่องของปัญหาทางจิตเวชเด็กและจิตเวชผู้ใหญ่
3. การค้นหาป้องกันและบำบัดฟื้นฟูสภาพเด็กที่ถูกทอดทิ้งและถูกกระทำทารุณ
4. Post-traumatic stress disorder following sexual abuse in a very young child (case report)
5. การศึกษาความผิดปกติของ Corpus Callosum ในผู้ป่วยจิตเวช
6. การศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นในคลินิกจิตเวชเด็ก
7. การศึกษาทางจิตเวชในโศกณิเด็ก
8. การศึกษาปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่ถูกล่วงเกินทางเพศ
9. การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในแต่ภาคของประเทศไทย
10. การศึกษาปัญหาทางจิตเวชและลักษณะของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น
ในคลินิกจิตเวชเด็ก

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์แล้ว

1. อลิสา วัชรสินธุ. Patterns of in-patient referral to a child psychiatric service. จุลาลงกรณ์
เวชสาร 2535;36(8): 610-610.
2. อลิสา วัชรสินธุ. Post-traumatic stress disorder following sexual abuse in a very young
child (case report) จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2535;36(8): 617-623.
3. อลิสา วัชรสินธุ. ผู้ป่วยวัยรุ่นในคลินิกจิตเวชเด็ก จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2536;39(9): 635 -648.
4. David AS , Wacharasindhu A, Lishman A. Severe psychiatric disturbance and
abnormalities of the corpus callosum : review and case series. J Neurology
Neurosurgery Psychiatry 1993;56:58- 93.