

การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)

ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัว

The Use of Children's Depression Inventory (CDI) and Center for Epidemiologic Studies– Depression Scale (CES - D) in Social Work Practice of Shelter for Children and Families

กมลพรรณ คำชู¹ และ รองศาสตราจารย์เล็ก สมบัติ²

Kamolphan Khamchu³ and Associate Professor Lek Sombat⁴

Abstract

The current world situation is a society of globalization change. Affecting all social dimensions include the personal level, family level, organization level and social level. As a result, children and youth who are the key to the development of the nation are affected. Found that many children and youth are currently exposed to depression and received less service. Due to the emotional and behavioral symptoms of children and adolescents with depression have symptoms different from adults. Shelter for children and families's is organization to help children and youth that experiencing social problems in accordance with the social work process. By using Children's Depression Inventory (CDI) and Center for Epidemiologic Studies– Depression Scale (CES-D) as a tool to assessment of the problem and planning for intervention. And considered as creating a mental health screening system within the organization. Operators have developed knowledge and professional development necessary for the operation. Which is the duty of personnel and related organizations that will be an important part in leading to the development of professional social work.

Keywords: Children's Depression Inventory (CDI), Center for Epidemiologic Studies– Depression Scale (CES-D) , social work practice

บทคัดย่อ

สถานการณ์โลกในปัจจุบันเป็นสังคมของการเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลกระทบต่อทุกมิติทางสังคม ทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับองค์กร และระดับสังคมในภาพกว้าง ส่งผลให้เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาประเทศชาติได้รับผลกระทบ โดยพบว่า ปัจจุบันมีเด็กและเยาวชนจำนวนมากประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และเข้าถึงบริการน้อย เนื่องจากลักษณะอาการทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยซึมเศร้าจะมีอาการแตกต่างจากผู้ใหญ่ หน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยงานให้ความช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาทางสังคม ตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์ จึงต้องมีการปฏิบัติงานที่รองรับต่อสถานการณ์ทางสังคม โดยการนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินวินิจฉัยสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการ อันจะนำไปสู่การวางแผนให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งเป็นประเด็นความท้าทายในการสร้าง

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² อาจารย์ประจำ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ Master's student, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand

⁴ Lecturer, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand

E-mail: titelunacy@gmail.com

ระบบการคัดกรองทางสุขภาพจิตภายในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานได้มีการพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาเชิงวิชาชีพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นหน้าที่ของบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องที่จะเป็นส่วนสำคัญในการนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ต่อไป

คำสำคัญ: แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI), แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D), การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

คำนำ

“เด็กในวันนี้คือผู้ใหญ่ในวันหน้า” เป็นวลีที่เรามักได้ยินกันมาช้านาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเด็กคือทรัพยากรมนุษย์ที่สังคมควรจะต้องตระหนักให้ความสำคัญในการดูแล ส่งเสริมและพัฒนาให้เด็กและเยาวชนเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของสังคมในภายภาคหน้า และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติสืบไป แต่โลกปัจจุบันเป็นสังคมของการเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกาภิวัตน์ส่งผลกระทบต่อสังคมวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของคนไทย ทั้งสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา และสถาบันสื่อเนื่องจากสาเหตุของโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลง เกิดปัญหาการสร้างความเป็นธรรมในสังคม อีกทั้งสถานการณ์ปัญหาด้านเด็กและเยาวชนในปัจจุบันมีรูปแบบที่มีความซับซ้อนหลากหลายมากขึ้น ส่งผลให้เด็กและเยาวชนได้รับภาวะแรงกดดันต่างๆ มีความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต หนึ่งในนั้นคือภาวะซึมเศร้า โดย นาวาอากาศตรีนายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์อดีตอธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า ประเทศไทยมีผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นไทยอายุ 10-19 ปี มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าสูงร้อยละ 44 หรือมีประมาณ 3 ล้านกว่าคน จากวัยรุ่นทั้งหมดประมาณ 8 ล้านคน และมีอัตราป่วยเป็นโรคนี้ร้อยละ 18 คาดว่าขณะนี้ทั่วประเทศมีวัยรุ่นป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วกว่า 1 ล้านคน แต่ยังเข้าถึงบริการน้อย เนื่องจากลักษณะอาการทางอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยซึมเศร้าจะไม่เหมือนอาการของผู้ใหญ่ คืออาจมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรงทำร้ายตัวเองหรือคนอื่น มีอารมณ์ก้าวร้าว หรือแปรปรวนง่าย หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ใช้จ่ายเสพติด หรืออาจแยกตัวไม่กล้าเข้าสังคม ทำให้ผู้ปกครอง ครู เข้าใจผิดคิดว่าเป็นปัญหาและมีนิสัยเกเร จึงทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลือและนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ที่มีความรุนแรงขึ้นตามมา เช่น ฆ่าตัวตาย ทำร้ายคนอื่น ดิตยา เรียนไม่จบ เป็นต้น (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, 2560) ประกอบกับนายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต อธิบดีกรมสุขภาพจิตกล่าวว่าการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 พบว่ามีกลุ่มเยาวชนโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2561 จากการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ทั้งสิ้น 70,534 ครั้ง เป็นกลุ่มเด็กอายุ 11-19 ปี จำนวน 10,298 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 14.6 และเป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 20-25 ปี จำนวน 14,173 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20.1 โดย 5 อันดับปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กและเยาวชนคือ ปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล ปัญหาทางจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว สำหรับในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2562 มีผู้โทรเข้ามาใช้บริการทั้งสิ้น 40,635 ครั้ง เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 11-25 ปี จำนวน 13,658 ครั้ง เมื่อจำแนกตามประเภทของปัญหาพบว่าสัดส่วนของเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล ปัญหาความรัก ซึมเศร้า และมีความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, 2562) ดังนั้น หากบุคลากรที่ทำงานด้านการดูแลเด็กและเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงแนวทางการป้องกันส่งเสริมและการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจะเป็นการช่วยลดปัญหาหรือความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ในสังคมลงได้

หน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัว เป็นหนึ่งในสถานรองรับหลายๆ หน่วยงานที่ภาครัฐได้ให้สวัสดิการกับประชาชนที่ประสบปัญหา โดยเฉพาะเด็ก เยาวชน และสตรี โดยเดิมอยู่ในการบริหารของสำนักป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้าหญิงและเด็ก กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ แต่ปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยบ้านพักเด็กและครอบครัวได้ย้ายมาอยู่ในการบริหารของกรมกิจการเด็กและเยาวชน เพื่อบรรเทาสภาพปัญหาให้กับกลุ่มเป้าหมาย บ้านพักเด็กและครอบครัวดำเนินการจัดตั้งเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2536 โดยปัจจุบันได้มีการ

ดำเนินจัดตั้งจนครบทั้ง 77 จังหวัด เพื่อเป็นหน่วยบริการสำหรับผู้เดือดร้อนในลักษณะบ้านพักฉุกเฉินแก่เด็ก สตรี ครอบครัว และผู้ประสบปัญหาทางสังคมรูปแบบต่างๆ โดยจัดบริการด้านที่พักอาศัย อาหาร สิ่งของเครื่องใช้จำเป็น การรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังให้การช่วยเหลือเรื่องการส่งกลับภูมิลำเนา การสงเคราะห์ครอบครัว การประสานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยให้บริการ 24 ชั่วโมง เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ปัญหาของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวจะเป็นการให้ความช่วยเหลือตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์ โดยมีการประเมิน วิเคราะห์ สอบข้อเท็จจริง และให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ใช้บริการ วางแผนร่วมกัน โดยมีการประชุมทีมสหวิชาชีพภายในหน่วยงาน และประชุมทีมสหวิชาชีพร่วมกับหน่วยงานภายนอก เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกับผู้ใช้บริการและครอบครัว จัดกระบวนการแก้ไข บำบัด ฟื้นฟู เพื่อเยียวยาสภาพจิตใจให้แก่ผู้ใช้บริการประเมินความพร้อมผู้ใช้บริการ ครอบครัว ชุมชน พร้อมทั้งประสานส่งต่อหน่วยงานหรือส่งกลับคืนสู่ครอบครัว และมีการติดตามผลก่อนยุติการให้บริการ

ทั้งนี้ จากบทบาทภารกิจของหน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัว และสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษามีความสนใจเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและให้ความช่วยเหลือผู้ใช้บริการ โดยการนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัว เนื่องจาก “การคัดกรองสุขภาพจิต” (mental health screening) เป็นการใช้ชุดเครื่องมือหรือการทดสอบแบบย่อและเฉพาะเจาะจง เพื่อระบุความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะพบประเด็นเฉพาะทางสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชในประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ลักษณะพฤติกรรม หรืออาการในระยะเริ่มแรกที่เป็นตัวทำนายความผิดปกติของจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม แต่มีข้อควรระวัง คือ ไม่ใช่การวินิจฉัยโรค หรือบ่งชี้ว่ามีความผิดปกติ เป็นกระบวนการในการคัดแยกประชากรออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามประเด็นเฉพาะ ปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชที่มีคือ กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มที่มีปัญหา กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ เพื่อการส่งต่อตามขั้นตอนจนถึงการตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติทางจิตใจต่อไป หรือแนะนำ ให้กลุ่มเสี่ยงไปปรับปรุงแก้ไขพัฒนาตามขั้นตอนการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การคัดกรองสุขภาพจิตอาจนำมา ใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการรักษา ผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงของอาการ (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2560) ซึ่งหากเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวสามารถนำแบบคัดกรองดังกล่าวมาใช้กับผู้ใช้บริการแล้ว จะสามารถนำผลจากการคัดกรองมาใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือ พัฒนาผู้ใช้บริการรายบุคคลได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น และเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีเครื่องมือในการคัดกรอง ประเมินวินิจฉัยสภาพจิตใจของเด็กในเบื้องต้น นำไปสู่การวางแผนการให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาเฉพาะรายบุคคลที่เกิดประโยชน์และเหมาะสมต่อไป เกิดมาตรฐานการทำงานเชิงวิชาชีพ ตัวผู้ใช้บริการได้รับการช่วยเหลือที่รวดเร็วมากยิ่งขึ้น เนื่องจากภาวะซึมเศร้านั้นมีหลายระดับ หากเจ้าหน้าที่สามารถประเมินทราบตั้งแต่ยังมีระดับเล็กน้อยจะทำให้การรักษาไม่ซับซ้อนเท่าระดับที่รุนแรงแล้ว ซึ่งหากเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวไม่ตระหนักถึงการนำเครื่องมือมาใช้ในการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ อาจทำให้เกิดการประเมินวินิจฉัยสภาพปัญหาเฉพาะรายของผู้ใช้บริการที่ผิดพลาด หรือไม่ครอบคลุมทุกสภาพปัญหา ผู้ใช้บริการเสียประโยชน์ในการได้รับการที่ตรงตามสภาพปัญหา อีกทั้งเป็นการปรับบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ให้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันทางสังคม โดยเปลี่ยนจากการให้บริการเฉพาะหน้า มาเป็นการวางแผนป้องกันแก้ไขระยะยาว และเป็นการนำเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและมีมาตรฐานมาใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อใช้ประเมินวินิจฉัยสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการ เกิดความน่าเชื่อถือ สามารถทำงานร่วมกับบุคลากรต่างวิชาชีพได้เป็นอย่างดี และนำไปสู่การวางแผนการให้บริการที่เหมาะสม และเป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่เหมาะสม ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) อาทิ การศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า” ของ ทักษา สุริโย (2559) การศึกษาเรื่อง “ผลของ

โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรม” ของ วิลลา กิตติมาสกุล (2560) และการศึกษาของชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, วรณา กลกิจโกวินท์ และ พิสาสน์ เตชะเกษม (2557) เรื่อง “ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตคูสิต กรุงเทพมหานคร” พบว่า แบบคัดกรองดังกล่าว สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และเป็นเครื่องมือสำหรับติดตามผลการบำบัดรักษาได้ ซึ่งในการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัวยังไม่มี การนำแบบคัดกรองมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันจริง จึงนำมาสู่การเขียนบทความวิชาการนี้ขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ถึงความจำเป็น ประโยชน์ รวมถึงความท้าทายของการนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัว

ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น

ความหมายของภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนเอกสารและตำราวิชาการพอจะสรุปได้ดังนี้ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีรูปแบบความคิดที่มีมุมมองต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตในแง่ลบจนมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ในเด็กและวัยรุ่นอาจมีอาการหงุดหงิดง่ายแทนที่จะมีอาการเศร้าร่วมกับอาการต่อไปนี้ คือ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารจุกนอนไม่หลับหรือหลับมาก เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย อ่อนเพลียไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิด ไม่มีสมาธิหรือมีความลึกลับใจ มีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงไม่เท่ากัน อาจแบ่งระดับความซึมเศร้าได้ 3 ระดับ คือ 1) ระดับอ่อน (Mild depression) 2) ระดับปานกลาง (Moderate depression) และ 3) ระดับรุนแรง (Severe depression) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จาก 2 สาเหตุใหญ่ๆ ดังนี้ 1) สาเหตุด้านชีวภาพ (Biological Causes) เกิดจากสาเหตุด้านพันธุกรรม หรือด้านชีวเคมีเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทอะดรีนาลีน (Neurotransmitters) หรือด้านฮอร์โมน (Hormonal Factor) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการทำงานของต่อมไร้ท่อซึ่งมีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนในร่างกาย (Michael et al., 1998; Wilson et al., 1996) 2) สาเหตุด้านจิตสังคม (Psychosocial Causes) พบแนวคิดหลักที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้ 2.1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ฟรอยด์ (Freud) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปัญหาในเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาตั้งแต่วัยทารก และวัยเด็กถูกปล่อยปละละเลยไม่มีคนดูแล เกิดความคับข้องใจในระยะปาก (Oral stage) ทำให้บุคคลไม่มั่นใจในตนเองมีแนวโน้มในการพึ่งพาคนอื่นและมีความรู้สึกในทางลบต่อตนเองและอาจส่งผลให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำได้ง่ายและมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Michael et al., 1998) 2.2) ทฤษฎีแรงเสริม (Reinforcement Theory) ของเลวินสัน (Lewinson, 1974, 1979, 1984) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากบุคคลขาดการได้รับแรงเสริมทางบวกจากสิ่งแวดล้อมหรือได้รับการลงโทษหรือการตีตรา ทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมถดถอย วิตกกังวล แยกตัวเองออกจากสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Michael et al., 1998) 2.3) รูปแบบการเรียนรู้ภาวะไร้การช่วยเหลือ (Learned Helplessness Model) ของเซลิกแมน (Seligman, 1975) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะสถานการณ์ตั้งเครียดในชีวิต ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ ทำให้รู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Helplessness) รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้การตอบสนองแบบใหม่ โดยการเฉยเมย ไม่สนใจกับปัญหา ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Michael et al., 1998) และ 2.4) ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive theory) เบ็ค (Beck, 1979) กล่าวว่าเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ตั้งเครียดที่เกิดขึ้นครั้งแรกในชีวิต บุคคลจะประมวลเรื่องราวและสร้างโครงสร้างทางความคิด ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ตั้งเครียดในชีวิตอีกครั้งและไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงและสะสมความคิดดังกล่าวมาเรื่อยๆ เกิดการเสียสมดุลของโครงสร้างทางความคิดและทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ทั้งต่อตัวเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้น เกิดจากความบิดเบือนของกระบวนการคิดที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่เกิดจากการมีความเชื่อในด้าน

ลบ 3 ลักษณะ (Beck, 1979) คือรูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) รูปแบบความคิดด้านลบต่อโลก (Negative view of world) และรูปแบบความคิดด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าจะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง เมื่อพบสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีแต่ปัญหาและอุปสรรคจะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ เป็นปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ห่อหุ้มตัวเองในอนาคตของ ตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดซึมเศร้าตามมา โดยปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกภาพ สถานภาพสมรสบิดา มารดา และสัมพันธภาพใน ครอบครัว การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ปัญหาทางโรงเรียน สัมพันธภาพกับเพื่อนเป็นต้น ทั้งนี้ อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นนั้นพอสรุปได้ดังนี้ (Sadler, 1991) คือ มีอารมณ์เศร้าหรือไม่เป็นสุขได้แก่ รู้สึก เศร้า เหงาหงอย อ้างว้าง โดดเดี่ยว ถูกปฏิเสธ โดยอาจจะแสดงออกในลักษณะหงุดหงิด ร้องไห้ มองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ ต่อด้านสังคม มีพฤติกรรมที่ไม่ยังคิด หรือหุนหันพลันแล่น หรือถอยห่างจากสังคม ความสนใจและพึงพอใจในกิจกรรมส่วนใหญ่ ลดลง เช่น เบื่อหน่ายไร้อารมณ์หรือห่อหุ้มใจโดยไร้มูลเหตุที่ชัดเจน ความอยากอาหารที่เปลี่ยนแปลง เช่น รับประทาน อาหารมากหรือน้อยผิดปกติ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เช่น นอนมากหรือนอนน้อยผิดปกติ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ต่ำ เช่น รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างมาก ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง เช่น จำอะไรไม่ค่อยได้หรือการเรียนแย่ ลง และรู้สึกสิ้นหวังหรือหมดหนทาง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ร้าย อาจหมกมุ่นอยู่กับความตายหรือการฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อีกทั้งเป็นปัญหาสุขภาพจิตอีกปัญหาหนึ่ง เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงก็จะเป็น อันตรายจนกระทั่งถึงแก่ชีวิต ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรงและทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996)

ผลกระทบทางตรง ภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาลดลงไม่สามารถเผชิญปัญหา ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา โดยพบว่าบุคคล ที่มีภาวะซึมเศร้ามักดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้ การดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Blumental, 1980) และอาจฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการ ฆ่าตัวตายได้ (Buckwalet, 1990) โดยประมาณร้อยละ 60.00 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายอาจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell and Brent cited in McDougall, Blixen, and Suen, 1997) และพบว่าภาวะดิ่งเครียดทางร่างกายที่เกิดขึ้น อัน เป็นผลจากความเข้มข้นของสารสื่อประสาทในสมอง คือ อะเซทิลโคลีน ซีโรโทนิน โดพามีน และนอร์อิพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันด้านทานโรคลดลง เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการศึกษา พบว่าผู้หญิงที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีความบกพร่องในการทำ หน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคตามธรรมชาติ (Irwin et al., 1987)

ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

- การขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่ง คือ ไม่มีความอยาก รับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารที่รุนแรง (Neese, 1991) ในที่สุดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงตามมา
- อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบ ข้างลดน้อยลง นอกจากนี้การขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินลดลง
- สภาพร่างกายทรุดโทรม จากการที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่งคือ การนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้าตามมา
- สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นบุคคลนั้นจะแยกตัวเอง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ร้ายหรือ ด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ จากบุคคลอื่น

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ เช่น ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในแง่ลบ อารมณ์เศร้าร้องไห้ มีปัญหาในการนอนและความอยากอาหารและมีความคิดฆ่าตัวตาย ในส่วนที่ต่างจากผู้ใหญ่ เช่น มีปฏิกริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ภายนอก หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมากกว่า และบางครั้งมีอารมณ์หงุดหงิดมากกว่าอารมณ์เศร้า (Mufson et al., 1993) การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น สามารถทำได้ทั้งจากแหล่งข้อมูลที่เป็นผู้สังเกตการณ์ เช่น บุคคลในครอบครัว คุณครู เป็นต้น และจากการบอกเล่าของวัยรุ่นเองผ่านเครื่องมือจากการประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory), แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) และแบบวัดภาวะซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) ส่วนการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าสามารถทำได้ด้วยการให้ยาและการทำจิตบำบัด

การนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัว

กองคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีภารกิจที่สำคัญในการให้ความคุ้มครอง ฟื้นฟู เยียวยาเด็กและเยาวชนที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง ให้ได้รับการดูแลและปฏิบัติอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน สิทธิเด็ก และผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจที่ได้จากการถูกใช้ความรุนแรง ให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข จึงกำหนดให้มีการจัดทำหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงานในบ้านพักเด็กและครอบครัว เพื่อการบำบัดฟื้นฟูเยียวยาเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรงขึ้น คือหลักสูตร “เสริมสร้างทักษะการบำบัดและฟื้นฟูเยียวยาเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง สำหรับ ทีมสหวิชาชีพบ้านพักเด็กและครอบครัว” ร่วมกับคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเสริมสร้างความรู้ที่เกี่ยวกับการบำบัดและฟื้นฟูเยียวยาเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ความผิดปกติทางจิตใจที่พบในกลุ่มเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง และผลกระทบต่อเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง 2) เพื่อเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการบำบัดและฟื้นฟูเยียวยาเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง ได้แก่ ทักษะการให้การปรึกษาเบื้องต้น ทักษะการประเมินผลกระทบต่อจิตใจของเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง ทักษะในการดูแลตนเองในฐานะผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการถูกกระทำด้วยความรุนแรง 3) เพื่อปรับทัศนคติในการทำงานกับเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบำบัดและฟื้นฟูเยียวยาเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรงโดยเริ่มมีการจัดฝึกอบรมครั้งแรกในช่วงเดือนพฤษภาคม 2560 และอบรมต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวแต่ละจังหวัดที่เข้ารับการฝึกอบรมดังกล่าวจะต้องเข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 3 ครั้ง ปัจจุบันมีหน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัวที่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าวแล้วทั้งสิ้น 44 แห่ง

ทั้งนี้ทางกองคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมกิจการเด็กและเยาวชน ยังมีแผนในการจัดฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าวให้กับเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดอีก 33 จังหวัดที่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมในปีงบประมาณ 2563 ต่อไป เนื่องจากหน่วยงานมีความตระหนักถึงแนวทางในการพิทักษ์สิทธิเด็กตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ว่าสิทธิเด็กเป็นสิทธิสากล (Universal Rights) และเป็นสิทธิเด็ดขาดที่ต้องได้รับการรับรองและคุ้มครอง ใช้เพื่อพัฒนาเด็กทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา ให้เจริญเติบโตรอบด้านเต็มศักยภาพ ต้องยึดหลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก (The best interest of the child) เป็นสำคัญ โดยเด็กทุกคนจะได้รับสิทธิพื้นฐาน 4 ประการ คือ 1) สิทธิการมีชีวิตอยู่รอด (Right of Survival) 2) สิทธิในการพัฒนา (Right of Development) 3) สิทธิในการได้รับการคุ้มครอง (Right of Protection) และ 4) สิทธิในการมีส่วนร่วม (Right of Participation) (สำนักงานเลขาธิการผู้แทนราษฎร) ประกอบกับพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ที่เป็นกฎหมายสำหรับคุ้มครองสวัสดิภาพและส่งเสริมความประพฤติที่ดีงามของเด็กซึ่งจากเนื้อหาของหลักสูตรดังกล่าว ได้มีการอบรมการใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

(CES-D) เนื่องจากผู้ใช้บริการส่วนมากที่เข้ารับบริการยังหน่วยงานจะเป็นกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน ซึ่งประสบปัญหาทางสังคมต่าง ๆ ส่งผลให้เด็กมองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง อารมณ์ไม่คงที่ และในบางรายมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ประกอบกับทางหน่วยงานยังขาดรูปแบบการคัดกรองที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีเครื่องมือในการคัดกรอง ประเมินวินิจฉัยสภาพปัญหาของเด็กในเบื้องต้น นำไปสู่การวางแผนการให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาเฉพาะรายบุคคลที่เกิดประโยชน์และเหมาะสมต่อไป โดยมีวิธีการใช้เครื่องมือดังกล่าว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI)

คุณสมบัติของเครื่องมือ

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ Children's Depression Inventory: CDI ฉบับภาษาไทยเป็นแบบวัดที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ หัวหน้าหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory เหมาะสำหรับเด็กและวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-15 ปี ซึ่งแบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในเด็ก แต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนความรุนแรงของอาการ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลยหรือมีน้อย คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อย ๆ และคะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-52 คะแนน จากการวิจัยพบว่า CDI ฉบับภาษาไทยมีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 10$

การศึกษาในเด็กไทยพบว่า reliability coefficient (Alpha) = 0.83 และมีความตรงในการจำแนกสูง จาก receiver operating characteristic curve คะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ 15 คะแนนขึ้นไป ที่คะแนนนี้ CDI ฉบับภาษาไทยมีความไว (sensitivity) = 78.7% ความจำเพาะ (specificity) = 91.3% และมีความแม่นยำ (accuracy) = 87%

วิธีการใช้เครื่องมือ

แบบคัดกรอง CDI ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรงของอาการ

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อย

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา

คะแนนรวม มีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 54

การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ก. ให้ 0 คะแนน

ข. ให้ 1 คะแนน

ค. ให้ 2 คะแนน

- กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 2, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ก. ให้ 2 คะแนน

ข. ให้ 1 คะแนน

ค. ให้ 0 คะแนน

ทั้งนี้ แต่ละข้อคำถามจะให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ ในแต่ละข้อ ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อย

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา

การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 15 ขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)

1. คุณสมบัติของเครื่องมือ

แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) เป็นเครื่องมือวัดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นประเภท self-report เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความเที่ยงตรงของ CES-D วัดโดย Cronbach Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 โดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้นำ CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ได้กับวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ผู้ได้รับคะแนนรวม สูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

2. วิธีการใช้เครื่องมือ

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มี 4 ระดับ คือ

- 1) ไม่เลย (น้อยกว่า 1 วัน) ให้ 0 คะแนน
- 2) บางครั้ง (1-2 วัน) ให้ 1 คะแนน
- 3) บ่อย ๆ (3-4 วัน) ให้ 2 คะแนน
- 4) ตลอดเวลา (5-7 วัน) ให้ 3 คะแนน

การแปลผล

ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัย เพื่อช่วยเหลือต่อไป

ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรคของการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัว

ผู้ศึกษามีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งนักจิตวิทยา ที่บ้านพักเด็กและครอบครัวกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปี พ.ศ. 2562 ทั้งยังได้รับการฝึกอบรมหลักสูตร “เสริมสร้างทักษะการบำบัดและฟื้นฟูเยียวยาเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง สำหรับทีมสหวิชาชีพบ้านพักเด็กและครอบครัว” ทำให้พบข้อจำกัดหรือปัญหาอุปสรรคในการนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ กล่าวคือ หลังจากเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร “เสริมสร้างทักษะการบำบัดและฟื้นฟูเยียวยาเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง สำหรับทีมสหวิชาชีพบ้านพักเด็กและครอบครัว” เรียบร้อยแล้ว ผู้เข้ารับการอบรมบางส่วนยังไม่สามารถนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ไปใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการปฏิบัติงานนั้นจะต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ให้ความสนใจ และมีทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น และเกี่ยวกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ประกอบกับทางหน่วยงานหรือหัวหน้าสังกัดหน่วยงาน

จะต้องให้การสนับสนุน มีการติดตามผลหลังจากการฝึกอบรม เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ในสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับการฝึกอบรม และส่งเสริมให้มีการได้นำแบบคัดกรองดังกล่าวไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เพื่อให้สามารถนำสิ่งที่ได้รับการฝึกอบรมไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ในทางตรงข้ามกันหากกรณีข้างต้นขาดการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยหรือทางต้นสังกัด ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น รวมถึงการใช้แบบคัดกรองในการปฏิบัติงานแล้ว จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ยุ่งยาก ไม่ได้ตระหนักให้ความสำคัญในการป้องกันปัญหาประกอบกับหน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัวเป็นหน่วยงานที่มีภาระงานค่อนข้างหลากหลายมีการปฏิบัติงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับตามสถานการณ์ปัญหาทางสังคม การวางแผนในการปฏิบัติงานในแต่ละวันอาจทำได้ยาก ยกตัวอย่างเช่น หากมีเหตุได้รับแจ้งด่วนหรือข่าวสถานการณ์ปัญหาที่รายงานเข้ามาเกี่ยวกับบทบาทภารกิจของหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ต้องมีความพร้อมปฏิบัติงานตามสถานการณ์ได้ทุกเมื่อแม้นั้นๆ จะติดบทบาทภารกิจอื่นๆ ก็ต้องสามารถบริหารจัดการได้รวมถึงปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ปริมาณงานมีมากกว่าจำนวนบุคลากร ส่งผลต่อการบริหารจัดการงาน และความสุขชีวิตของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทวัน ไจมา (2560) เรื่อง “ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ในบ้านพักเด็กและครอบครัวต่อการแก้ไขและป้องกันปัญหาเด็กที่ถูกทารุณกรรม” ที่มีข้อเสนอแนะให้พิจารณาอัตราค่าจ้างบุคลากรเพิ่มให้สอดคล้องกับปริมาณงานจริง เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการจัดเอกสารคู่มือการปฏิบัติงานกับกลุ่มเป้าหมายเด็กที่ถูกทำทารุณกรรม จัดให้มีการอบรม สัมมนาเกี่ยวกับเด็กที่ถูกทารุณกรรม เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการศึกษาเรื่อง “คุณภาพชีวิตการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์บ้านพักเด็กและครอบครัว” ของ จันทิมา ศรีเพ็ชร (2560) ที่มีข้อเสนอแนะเห็นควรให้มีการเพิ่มอัตราค่าจ้างบุคลากรและระบุตำแหน่งหน้าที่การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ในบ้านพักเด็กและครอบครัวให้เพียงพอเหมาะสมกับภารกิจของงานตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงด้านคุณภาพชีวิตการทำงานนักสังคมสงเคราะห์ ควรส่งเสริมความสมดุลระหว่างชีวิตครอบครัวกับชีวิตการทำงานให้มีความสุข เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และกิจกรรมการทำงานเป็นทีม กิจกรรมการพัฒนาทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น อีกทั้งการนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์นั้น ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมก่อนนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง

ความจำเป็นและประโยชน์จากการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัว

“วิชาชีพสังคมสงเคราะห์” หมายความว่า วิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ ในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหามวลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน หรือชุมชน เพื่อให้กระทำหน้าที่ทางสังคมและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (พระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556) โดยกระบวนการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์นั้นประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาข้อมูล (Fact Finding or Social Study) 2) การวินิจฉัยหรือประเมินปัญหา (Assessment) 3) การวางแผนให้ความช่วยเหลือ (Planning for Intervention) 4) การดำเนินการให้ความช่วยเหลือ (Intervention) และ 5) การติดตามและประเมินผล (Follow up and Evaluation) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ทั้ง 5 ขั้นตอนนั้นจะมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกัน เพื่อช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์มีแนวทางการปฏิบัติงานอย่างมีแบบแผน ทั้งนี้การนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้กับงานสังคมสงเคราะห์นั้น อยู่ในขั้นตอนของการวินิจฉัยหรือประเมินปัญหา (Assessment) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญยิ่งของผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อค้นหาและประเมินปัญหาทางสังคมที่มีความซับซ้อน อันเป็นสาเหตุหรือผลกระทบกับสุขภาพหรือความทุกข์ร้อนของผู้ใช้บริการ และค้นหาปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมและความเข้มแข็งของผู้ใช้บริการและครอบครัว ที่สนับสนุนให้เกิดแนวทางการให้บริการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อจะนำไปสู่การวางแผนให้ความช่วยเหลือ (Planning for Intervention) พื้นฟูสถานะและสมรรถภาพทางสังคมแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวให้ใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขหรือ

ป้องกันปัญหาและสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ผลการประเมินผู้ใช้บริการโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) จะช่วยในการกำหนดเป้าหมายแนวทางที่จะดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามลำดับความสำคัญ หรือความรุนแรงของปัญหา โดยให้ผู้ใช้บริการ และ/หรือครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผน โดยพิจารณาจากความจำเป็นตามบริบทที่เป็นจริง เป็นการช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์รู้ทิศทางในการดำเนินงาน เมื่อผู้ปฏิบัติรู้ทิศทางการทำงานก็สามารถประสานงานกับหน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เกิดความชัดเจนในการทำงานและเกิดประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการ หากไม่มีการวางแผน นอกจากไม่รู้จุดหมายปลายทางแล้ว ยังก่อให้เกิดการสูญเสียหรือสิ้นเปลืองทรัพยากรอีกด้วย

ดังนั้น การปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีการประเมินทางสังคม ความเสี่ยงและความซับซ้อนของสภาพปัญหา โดยจะต้องมีการประเมินให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งกาย จิต สังคม และอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้อง สามารถวางแผนในการดำเนินงานได้ ทั้งแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวเพื่อเสนอทางเลือกเกี่ยวกับแนวทางการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ แก่ผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ การนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อประเมินวินิจฉัยสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการนั้น ถือเป็น “การป้องกันสุขภาพจิต (Mental Health Prevention)” อย่างหนึ่ง ซึ่งหมายถึง การสำรวจสาเหตุของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตผ่านการศึกษาประวัติครอบครัว ทั้งนี้การศึกษาประวัติครอบครัวผู้ป่วยจะสามารถประเมินพิจารณาปัจจัยความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดอาการของโรคทางจิตเวชและสามารถมีแนวทางในการบรรเทาอาการเหล่านั้น ในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นโดยมากมักให้ความสนใจกับครอบครัว โรงเรียน และกลุ่มเพื่อน แวดล้อมของเด็ก บุคลากรด้านสุขภาพจิตรวมถึงนักสังคมสงเคราะห์จึงควรมีความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตก่อนที่ปัญหานั้นจะกลายเป็นโรคทางจิตเวชที่ลุกลามไปในสังคมกว้าง (ชานนท์ โภกลมลาลย์, 2560) โดยการป้องกันมีประโยชน์ในการส่งเสริม ป้องกัน ช่วยคืนปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น และฟื้นฟู ทั้งนี้พบว่า การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ในวัยเด็ก ช่วยป้องกันปัญหาจิตเวชในวัยผู้ใหญ่ได้ ตามแนวคิดเรื่องการป้องกันแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการป้องกันระดับต้น ก่อนจะเกิดปัญหาหรือโรคทางจิตเวช โดยลดปัจจัยของการเกิดโรค ลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยป้องกันโรค ได้แก่ การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมในวัยเด็ก ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อจิตใจ การป้องกันจะเน้นที่สาเหตุ ได้แก่ การให้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อเซลล์สมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ป้องกันความพิการต่อเด็ก ส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามวัย ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว สร้างระบบโรงเรียนที่ดี คุณครูมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติเชิงบวกต่อเด็ก การให้ความรู้ต่างๆ เป็นต้น 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) การป้องกันระดับที่สอง เป็นการป้องกันที่เกิดขึ้นแล้ว มิให้เป็นยาวนาน เป็นการลดความชุกของโรค โดยการค้นหาผู้ที่เป็นโรค สำรวจคัดกรอง และรีบให้รักษาโดยเร็ว เนื่องจากการรักษาโดยเร็ว สามารถทำได้ง่ายกว่า และผลการรักษาดีกว่าปล่อยเป็นแบบเรื้อรังที่จะรักษายาก คือ การสามารถตรวจและให้การรักษาดังแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วยหรือปัญหาด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) จะเน้นการป้องกันการสูญเสียหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสังคมได้โดยเร็ว เช่น กิจกรรรมฟื้นฟู

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์นั้น ถือเป็นการป้องกันปัญหาในระดับที่สองคือระดับทุติยภูมิ เนื่องจากเป็นการค้นหา สำรวจคัดกรองเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและถือเป็นการสำรวจผลกระทบทางด้านจิตใจของเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่รวดเร็วมากยิ่งขึ้นและได้รับการรักษาโดยเร็ว เนื่องจากภาวะซึมเศร้านั้นมีหลายระดับ หากได้รับการเยียวยารักษาตั้งแต่แรกๆ หรือได้รับการรักษาโดยเร็ว จะส่งผลดีและสามารถทำได้ง่ายกว่าการรักษา

ภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงแล้ว อีกทั้งยังเป็นการป้องกันภาวะทางจิตเวชที่อาจส่งผลในวัยผู้ใหญ่ และสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขในสังคมต่อไปได้

ทั้งนี้ การนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) เข้ามาใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานของหน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัวยังเป็นแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกับการวางแผนนโยบายของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาทางสังคมในระยะยาวให้กับเด็กและเยาวชน ได้แก่ร่างยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ได้กล่าวถึงการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี รวมถึงการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การใช้แบบคัดกรองถือเป็นการป้องกันสุขภาพได้ทางหนึ่ง เพื่อให้สามารถรับรู้ถึงสภาพปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้นและดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ในส่วนของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป้าหมายที่ 2 ได้กล่าวถึงการตั้งเป้าหมายให้เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมีสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น เป้าหมายที่ 4 ได้กล่าวถึงการที่คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนลดลง เชื่อมโยงลงมาถึงแผนกลยุทธ์กรมกิจการเด็กและเยาวชน ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-2564) ได้มีการกล่าวถึงบทบาทภารกิจของบ้านพักเด็กและครอบครัว ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน ได้จัดตั้งบ้านพักเด็กและครอบครัวทั่วประเทศทั้ง 77 จังหวัด เป็นสถานแรกรับตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มุ่งให้ความคุ้มครองแก่เด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการสงเคราะห์ การคุ้มครองสวัสดิภาพ การพัฒนาและฟื้นฟู โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ และมีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก และเป็นสถานแรกรับผู้เสียหายชั่วคราวตามกฎหมาย 3 ฉบับ ได้แก่ 1) พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 2) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 และ 3) พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 ซึ่งหน่วยงานจะมีการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้ประสบปัญหาสังคม อาทิเช่น เด็กที่ถูกทารุณกรรมทางกาย/จิต/เพศเด็กที่เสี่ยงต่อการกระทำความผิด เด็กที่ผู้ปกครองไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ เด็กเร่ร่อน กำพร้า ถูกทอดทิ้ง หรือพลัดหลงผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวผู้ตกเป็นเหยื่อ ค้ามนุษย์หรือผู้ประสบปัญหาทางสังคมอื่น ๆ เป็นต้น ทั้งนี้การนำแบบคัดกรองดังกล่าวมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน เพื่อสอดคล้องกับตัวชี้วัดของมาตรฐานการจัดสวัสดิการบ้านพักเด็กและครอบครัว หมวดที่ 2 การบริการ โดยเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวจะต้องมีการประเมินเฉพาะด้าน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ มีการประเมินคัดกรองผู้ใช้บริการด้วยการสอบประวัติ และมีการประเมินคัดกรองด้วยเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับตามหลักวิชาชีพ เพื่อประกอบจัดทำแผนพัฒนารายบุคคลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้บริการ อีกทั้งเพื่อให้ทางหน่วยงานได้มีการพัฒนาระบบการคัดกรองสภาพปัญหาของผู้รับบริการที่มีเครื่องมือรองรับการปฏิบัติงาน และเพื่อให้สอดคล้องกับแผนนโยบายของทางรัฐบาล และสถานการณ์สังคมในปัจจุบัน

บทสรุป

เด็กและเยาวชนเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติในภายภาคหน้า แต่โลกปัจจุบันเป็นสังคมของการเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลกระทบต่อทุกมิติทางสังคม ทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับองค์กร และระดับสังคมในภาพกว้าง อีกทั้งสถานการณ์ปัญหาด้านเด็กและเยาวชนในปัจจุบันมีรูปแบบที่มีความซับซ้อนหลากหลายมากขึ้น ส่งผลให้เด็กและเยาวชนได้รับภาวะแรงกดดันต่างๆ มีความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยพบว่า ปัจจุบันมีเด็กและเยาวชนจำนวนมากที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และยังเข้าถึงบริการน้อย เนื่องจากลักษณะอาการทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยซึมเศร้าจะมีการแตกต่างจากผู้ใหญ่ คืออาจมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง ทำร้ายตัวเองหรือคน

อื่น มีอารมณ์ก้าวร้าวหรือแปรปรวนง่าย หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้น หากผู้ที่อยู่รอบตัวเด็กและวัยรุ่น ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ก็อาจทำให้มีทัศนคติต่อเด็กหรือวัยรุ่นที่ประสบปัญหาภาวะซึมเศร้าในแง่ลบได้ หน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักถึงความสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมแก่สังคมเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น รวมถึงแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อเป็นการสร้างมาตรการคุ้มครองทางสังคมและ สร้างระบบเพื่อดูแลและคุ้มครองเด็กทั้งในระยะเฉพาหน้าและในอนาคตระยะยาวอีกด้วย

ความจำเป็นและประโยชน์ของการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น (CES-D) ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัว

หน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัวเป็นหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบปัญหาทางสังคม มีกลุ่มเป้าหมาย หลักเป็นเด็กและวัยรุ่น โดยมีการให้ความช่วยเหลือตามกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้การนำแบบคัดกรองภาวะ ซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้กับงานสังคมสงเคราะห์นั้น อยู่ในขั้นตอนของการ วินิจฉัยหรือประเมินปัญหา (Assessment) เพื่อจะนำไปสู่การวางแผนให้ความช่วยเหลือ (Planning for Intervention) ซึ่งถือเป็น ขั้นตอนที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นขั้นตอนในการกำหนดทิศทางเป้าหมายแนวทางที่จะดำเนินการให้ ความช่วยเหลือผู้ใช้บริการตามลำดับความสำคัญ หรือความรุนแรงของปัญหา นอกจากนี้ผลการประเมินที่ได้จากแบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ยังสามารถทำให้นักสังคมสงเคราะห์มีข้อมูลที่ นำเชื่อถือในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ และถือเป็น “การป้องกันสุขภาพจิต (Mental Health Prevention)” อย่างหนึ่ง ช่วยค้นปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น และฟื้นฟู ทั้งนี้พบว่า การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ในวัยเด็ก ช่วย ป้องกันปัญหาจิตเวชในวัยผู้ใหญ่ได้อีกด้วย นอกจากนี้การที่นักสังคมสงเคราะห์มีการประเมินคัดกรองด้วยเครื่องมือที่ได้รับการ ยอมรับตามหลักวิชาชีพ จะส่งผลต่อการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคลของผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเกิด ประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้บริการ

ดังนั้น เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวซึ่งเป็นบุคลากรที่จะต้องปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ และทำงานให้ ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและเยาวชนซึ่งประสบปัญหาทางสังคม จะต้องมีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ทัศนคติ รวมถึงทักษะในการปฏิบัติงานเพื่อที่จะสามารถประเมินสถานะทางสังคมของผู้ใช้บริการในระดับที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผน การในการให้บริการ มีการใช้เทคนิคการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์หลากหลายวิธี เพื่อพัฒนาการให้บริการที่มีความ ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ การนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์นั้น จะทำให้เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวมีรูปแบบการคัดกรองหรือสังเกต อาการผิดปกติทางด้านจิตใจ และมีเครื่องมือในการปฏิบัติงานซึ่งสามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม ช่วยวินิจฉัยหรือ ประเมินสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น สามารถวางแผนการให้ความช่วยเหลือผู้ใช้บริการเฉพาะ รายได้อย่างเหมาะสม ตรงตามสภาพปัญหาอีกทั้งเป็นการเพิ่มทักษะในการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่ประสบปัญหาทางสังคม อีกทั้ง ปัจจุบันการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทหลากหลายเพิ่มมากขึ้นและครอบคลุมไปหลายด้าน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาให้กับประชาชน โดยเฉพาะผู้ประสบปัญหาทางสังคมให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข หน่วยงานจึงควรส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้ และมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์มีคุณภาพและมาตรฐาน และมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ การนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์นั้น จึงถือเป็นการปฏิบัติงานที่ส่งเสริม วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ให้มีความก้าวหน้า เนื่องจากการนำแบบคัดกรองมาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองสภาพปัญหา เป็น อีกหนึ่งแนวทางการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในภายภาคหน้า หรือเป็นการช่วยบรรเทาสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันให้ ได้รับการเยียวยารักษาโดยเร็ว เป็นเครื่องมือที่ช่วยยกระดับมาตรฐานและหลักประกันคุณภาพในการปฏิบัติงานสังคม สงเคราะห์ เพื่อนำไปสู่ความเชื่อมั่นในระบบบริการ อีกทั้งยังเป็นการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการให้ได้รับความ

ช่วยเหลือที่ตรงตามสภาพปัญหาและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ผู้ปฏิบัติงานได้มีการพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาเชิงวิชาชีพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นหน้าที่ของบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องที่จะเป็นส่วนสำคัญในการนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ต่อไป

ความท้าทายในการนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ไปใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัว

ปัจจุบันบริบทการเปลี่ยนแปลงสังคมโลกและสังคมไทยภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมและวัฒนธรรม ส่งผลกระทบต่อสังคม วิถีชีวิต และความเป็นอยู่ของคนไทย ทั้งสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา และสถาบันสื่อ เนื่องจากสาเหตุของโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนไป เกิดปัญหาการสร้างความไม่เป็นธรรมในสังคม การกระจายรายได้ที่แตกต่างกัน เกิดการขยายตัวตามเมืองใหญ่ ๆ ประชาชนละทิ้งถิ่นฐานอพยพเข้าสู่ตัวเมืองในสภาพที่ไม่พร้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนเป็นอย่างมาก กล่าวคือ สถาบันครอบครัว สภาพเศรษฐกิจและสังคมกดดันให้พ่อแม่ต้องทำงาน ไม่มีเวลาเลี้ยงดูลูกหรือเลี้ยงดูในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาบุคลิกภาพของเด็ก และการปรับตัวเข้ากับสังคมหรือสิ่งแวดล้อม กระทรวงวัฒนธรรมร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การประมวลสถานการณ์เด็กและเยาวชนไทย” จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพ่อแม่ผู้ปกครองในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,066 คน พบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่ทำงานวันละ 7-8 ชั่วโมง และพ่อแม่ร้อยละ 43 รู้สึกห่างเหินกับลูก เนื่องจากในแต่ละวันมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับลูกเพียง 1-3 ชั่วโมง ในแง่ของเด็กเองก็รู้สึกห่างเหินกับพ่อแม่มากขึ้น (กระทรวงวัฒนธรรม และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548) นอกจากนี้ สถาบันทางการศึกษามีการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรบ่อยครั้ง หรือการใช้หลักสูตรไม่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง และท้องถิ่น ส่งผลให้เด็กและเยาวชนขาดแรงจูงใจในการศึกษาขาดต้นแบบที่ดี สถาบันการศึกษาไม่เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจเท่าที่ควร และสถาบันสื่อมีการแพร่ภาพทั้งที่เหมาะสมสำหรับเด็กและเยาวชน และการโฆษณาที่เกินจริงกลายเป็นรูปแบบที่เด็กและเยาวชนเอาอย่าง ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีค่านิยมที่ผิด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550) เด็กและเยาวชนจำนวนมากซึมซับพฤติกรรมความรุนแรง สื่อลามกอนาจาร เสพยาเสพติด มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อยู่ในแหล่งมั่วสุมและอื่น ๆ จนพฤติกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตร่วมสมัยของเด็กและเยาวชนที่เติบโตขึ้นทุกวัน (ศูนย์วิจัยและพัฒนาวัตกรรมการศึกษาเพื่อเด็กและผู้มีความต้องการพิเศษ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ทั้งนี้ สภาพการณ์ของครอบครัวไทยปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปแบบและโครงสร้างและองค์ประกอบสมาชิกครอบครัวขาดช่วงกลาง มีแต่ผู้สูงอายุ (ปู่ย่าตายาย) กับเด็ก (หลาน) เนื่องจากกลุ่มคนช่วงอายุกลาง (พ่อแม่) จำนวนมากต้องไปทำงานนอกถิ่นฐาน สภาพของครอบครัวดังกล่าว ทำให้เด็กเหล่านี้ ประมาณร้อยละ 2 รวมกับเด็กกำพร้า ประมาณร้อยละ 7 ซึ่งอาจตกอยู่ในภาวะเสี่ยงที่ต้องเผชิญกับภาวะขาดแคลนถูกทอดทิ้งถูกรังแกทำร้ายรุนแรง เอาเปรียบและแสวงประโยชน์ในด้านต่างๆ ดังได้พบว่าเป็นแต่ละปีมีรายงานจำนวนเด็กที่ประสบปัญหาเพิ่มขึ้น เช่น ช่วงปี 2550-2552 มีเด็กถูกทอดทิ้งให้อยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงเข้ารับความช่วยเหลือจากศูนย์พึ่งได้ ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์ การกระทำผิด ฯลฯ จึงเห็นได้ว่าสถานการณ์ปัญหาด้านเด็กและเยาวชนในปัจจุบัน มีรูปแบบที่มีความซับซ้อน หลากหลายมากขึ้น ส่งผลให้เด็กและเยาวชนได้รับภาวะแรงกดดันต่าง ๆ มีความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต หนึ่งในนั้นคือภาวะซึมเศร้า

บ้านพักเด็กและครอบครัวในฐานะที่เป็นสถานรองรับกลุ่มเป้าหมายเด็กและวัยรุ่นที่ประสบปัญหาสังคมในด้านต่าง ๆ และเป็นหน่วยงานที่ปฏิบัติงานตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์ จึงต้องมีรูปแบบการปฏิบัติงานที่รองรับต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางสังคม โดยมีการประเมินวินิจฉัยสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และมีความน่าเชื่อถือ เพื่อนำมาสู่การวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ให้บริการที่เหมาะสม รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ทางสังคมมากยิ่งขึ้น ดังนั้น กองคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ

มนุษย์ ซึ่งมีภารกิจสำคัญในการให้ความคุ้มครอง พี่นฟู เยียวยาเด็กและเยาวชนที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง ให้ได้รับการดูแล และปฏิบัติอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน สิทธิเด็ก และผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจที่ได้จากการถูกใช้ ความรุนแรง ให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข จึงกำหนดให้มีการจัดทำหลักสูตร “เสริมสร้างทักษะการบำบัดและ พี่นฟูเยียวเด็กที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง สำหรับทีมสหวิชาชีพบ้านพักเด็กและครอบครัว” ขึ้นมา โดยเนื้อหาการฝึกอบรม จะมีการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) บรรจู่ไว้ในหลักสูตรด้วย เพื่อเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ซึ่งการจัดหลักสูตรฝึกอบรมดังกล่าวถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีต่อวิชาชีพสังคม สงเคราะห์และการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ควรจัดทำอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผลหลังการฝึกอบรม อีกทั้งเป็น ประเด็นความท้าทายในการสร้างระบบการคัดกรองทางสุขภาพจิตภายในหน่วยงาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและ ครอบครัวจะต้องมีการประเมินวินิจฉัยสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านกาย จิต และสังคม แต่ทาง หน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัวยังไม่เคยมีรูปแบบหรือเครื่องมือที่ใช้คัดกรอง เพื่อประเมินหรือวินิจฉัยสภาพปัญหาของ ผู้ใช้บริการในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การวางแผนการให้ความช่วยเหลือผู้ให้บริการแต่ละราย มักจะใช้แบบแผนที่เคยใช้ตาม ประสบการณ์เดิม ทั้งที่ผู้ให้บริการแต่ละรายถึงแม้จะเข้ารับบริการด้วยสภาพปัญหาเดียวกัน แต่ก็จะมีความเป็นปัจเจกบุคคล มีรายละเอียดของสภาพปัญหา ภาวะแวดล้อม จุดแข็ง และจุดอ่อน แตกต่างกัน ดังนั้น หากเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและ ครอบครัวสามารถนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) มาใช้ในการ ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ได้ ก็จะทำให้มีทิศทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น สามารถเลือกใช้เครื่องมือในการ ปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งเครื่องมือดังกล่าวเป็นการแสดงให้เห็นถึงกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ที่นักสังคม สงเคราะห์จะต้องทำงานร่วมกับผู้ให้บริการ นำไปสู่การวางแผนให้ความช่วยเหลือร่วมกันทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวได้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). แผนกลยุทธ์กรมกิจการเด็กและ เยาวชน ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2562, จาก https://www.dcy.go.th/webnew/upload/download/file_th_20172404004528_1.pdf
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI). สืบค้นเมื่อ วันที่ 24 พฤษภาคม 2562, จาก <https://www.dmh.go.th/test/download/files/cdi.pdf>
- กายทิพย์ เจริญรื่น. (2556). การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจัดสวัสดิการบ้านพักเด็ก และครอบครัว. สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารสังคม. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. (2555). แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 (ผนวกกรมนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาเด็กตามแนวทาง “โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก” พ.ศ. 2550-2559 กับยุทธศาสตร์จังหวัดนำร่องสำหรับเด็กและเยาวชน). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จันทิมา ศรีเพชร. (2560). คุณภาพชีวิตการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์บ้านพักเด็กและครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- จันทิรา เมฆวิสัย. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุ่นหันปล้นเล่น ของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนเขตกรุงเทพและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารสังคม. สาขาการ พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.

- ชานนท์ โกมลมาลย์. (2559). *พื้นฐานสังคมสงเคราะห์สุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชัยพร วิชาญพงศ์อารีย์, วรณา กลกิจโกวินท์ และพิสาสน์ เตชะเกษม. (2557). ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. *วชิรเวชสาร*, 58(3), 43-53.
- ฐานวัฒน์ พรนิธิตลวัฒน์. (2552). ลักษณะการปฏิบัติงานและปัญหาอุปสรรคของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ร่วมกับสหวิชาชีพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546: กรณีศึกษาผู้ปฏิบัติงานของบ้านพักเด็กและครอบครัว ทั่วประเทศ. สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- ทิตยาภรณ์ ดีแก้ว. (2559). การศึกษาประสิทธิภาพกลไกการคุ้มครองเด็กของพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 ภายใต้ การปฏิบัติงานของบ้านพักเด็กและครอบครัว: กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- ทัชชา สุริโย. (2559). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ: กรุงเทพมหานคร.
- นันทวัน ไจมา. (2560). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ในบ้านพักเด็กและครอบครัวต่อการแก้ไข และป้องกันปัญหาเด็กที่ถูกทารุณกรรม. สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- ใบเรียม เงามาม. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
- พิสมัย เต็งพงศธร. (2533). การศึกษาระดับความซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนจากสถานสงเคราะห์ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาจิตวิทยาคลินิก. มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร.
- มะลิสา งามศรี. (2555). ผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและ เยาวชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- รัตนา ศิริพานิช. (2533). รายงานวิจัยเรื่องการสร้างแบบสอวัดความซึมเศร้าทางอารมณ์ของเด็กไทย. กรุงเทพฯ: สาขาวิชา จิตวิทยา. คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัลลภา กิตติมาสกุล. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- วิภา ชันธรรม. (2557). การพัฒนาบริการด้านการบำบัดฟื้นฟูเด็กที่ถูกทารุณกรรมในสถานพัฒนาและฟื้นฟูเด็ก. สารนิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- เวิร์คพอยท์นิวส์. (2562). กรมสุขภาพจิตห่วงเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า แนะครอบครัวรับฟังอย่างเข้าใจ. สืบค้นเมื่อ วันที่ 11 มิถุนายน 2562, จาก https://workpointnews.com/2019/06/11/news071/?fbclid=IwAR03ItCRyqnoMz6-zyuV7xTBlnQtdRTPIFutte2InTlm0PYQ4xf_GqkKTuo.
- ศลักษณา กิติทัศน์เศรณี. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดา กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับ ช่วงชั้นที่ 4 ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขา จิตวิทยาชุมชน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2560). แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2562. จาก <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20171221100925.pdf>

- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2559). แบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2562, จาก <http://www.thaiteentraining.com/survey/evaluation.php?module=detail&action=view&cid=1&id=5>.
- สมพงษ์ จิตระดับ และคณะ. (2553). รายงาน สภาวการณ์เด็กและเยาวชน (Child Watch) กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล (2551-2552). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการแห่งชาติ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). ความรู้พื้นฐานด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: หจก.เทพเพ็ญวานิชย์.
- สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย สาขาการพัฒนาศาสตร์ เยาวชน และครอบครัว คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF). (2554). วิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เพื่อการช่วยเหลือเด็กและเยาวชน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2555). สิทธิเด็กตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานผลิตเอกสาร สำนักประชาสัมพันธ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สุรางคณา คงเพชร. (2556). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่มารับบริการที่สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2554). ต้นทุนชีวิต จุดเปลี่ยนสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล เจ็ยฮั่ว.
- อาจารย์ แก้วศรีงาม. (2551). ผลการใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีรู้คิดของเบคเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของเด็กที่ถูกทารุณกรรม: กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์เด็กหญิงจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะศิลปศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.