

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น เปรียบเทียบกับครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ในจังหวัดเพชรบูรณ์

ฐิติรัตน์ สันธิ*, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์*, นิดา ลิ้มสุวรรณ*, โซนิดา ภาวสุทธิไพศิฐ**, พชรินทร์ เสรี***

*วท.ม. จิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว โครงการร่วมระหว่างภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

**สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

***สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการมีปัญหภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น เปรียบเทียบกับครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยวและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และวัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 415 ครอบครัว เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ต 2) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) 3) Nine-Item Internet Gaming Disorder Scale (IGD Scale-9 TH) 4) Alabama Parenting Questionnaire (APQ) และ 5) The Parental Bonding Instrument (PBI) สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงบรรยายเพื่อหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่ใช้ ได้แก่ Chi-square, t-test, correlation analysis, ANOVA และ regression analysis

ผลการศึกษา พบว่าภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น ไม่แตกต่างกับวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว แต่ครอบครัวข้ามรุ่นมีสถานภาพพ่อแม่แยกกันอยู่/หย่าร้าง/เสียชีวิตมากกว่า และพ่อแม่มีการติดต่อสื่อสารและมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย ในทางกลับกันครอบครัวข้ามรุ่นมักได้รับการช่วยเหลือดูแลจากญาติมากกว่า และผู้ดูแลของครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีการมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดูต่ำกว่าครอบครัวรูปแบบอื่นๆ ผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันแบบ overprotection และการเลี้ยงดูแบบมีวินัยไม่สม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาหรือเสี่ยงที่จะมีปัญหภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป แม้การศึกษาไม่พบว่าวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นมีภาวะสุขภาพจิตต่างจากวัยรุ่นในครอบครัวอื่นๆ แต่ครอบครัวข้ามรุ่นมีลักษณะการเลี้ยงดูที่เสี่ยง และมีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่น้อยกว่า ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมและส่งเสริมการติดต่อสื่อสารระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งอาจลดปัญหภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้

คำสำคัญ ครอบครัวข้ามรุ่น ภาวะสุขภาพจิต วัยรุ่น การเลี้ยงดู ความผูกพัน

Corresponding author: คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: komsan.kei@gmail.com

วันรับ : 13 มีนาคม 2566 วันแก้ไข : 6 กรกฎาคม 2566 วันตอบรับ : 26 กันยายน 2566

Factors Associated with Mental Health Status of Adolescents in Skipped-Generation Family Compared with Extended Family and Nuclear Family in Phetchabun Province

Thitirat Sunthi*, Komsan Kiatrungrit*, Nida Limsuwan*, Chosita Pavasuthipaisit**, Patcharin Seree***

*Master of Science Program in Child, Adolescent and Family Psychology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, National Institute for Child and Family Development

**Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

***National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

ABSTRACT

Objectives: To examine the prevalence of having mental health status problems among adolescents in the skipped-generation families compared to those in extended families and nuclear families, and to identify the associated factors.

Method: The cross-sectional descriptive research design involved 415 primary caregivers and adolescents studying in grades 5 - 12 under the Office of the Basic Education Commission (OBEC) in Phetchabun Province. Data were collected from June to August 2021. The measurements consisted of 1 (questionnaire regarding demographic data and duration of internet use, 2 (strengths and difficulties questionnaire (SDQ), 3 (nine-item internet gaming disorder scale (IGD Scale-9 TH), 4) alabama parenting questionnaire (APQ), and 5) parental bonding instrument (PBI). Descriptive statistics were used to find frequency, percentage, mean and standard deviation. Analytical statistics included chi-square, t-test, correlation analysis, ANOVA, and regression analysis.

Results: The results showed that the mental health statuses of adolescents in skipped-generation families were not different from those in nuclear families or extended families. However, parents of skipped-generation families had experienced more separations/divorces/dead statuses and had less communication and participation in parenting than those in extended and nuclear families. On the other hand, the skipped-generation families received more support from their relatives. In addition, caregiver in skipped-generation family tend to have lower parental involvement than other family types. The study found that high level of overprotection and inconsistent discipline were significantly associated with having or being at risk of having mental health status problems in adolescents.

Conclusion: Although the study did not find a significant difference in mental health statuses between adolescents living in skipped-generation families and those in other family types, skipped-generation families exhibited higher risky parenting styles and less communication with parents. These factors were related to the mental health status problems in adolescents. Therefore, promoting appropriate parenting and communication between adolescents and their parents, especially in families where the elderly are primary caregivers, may reduce mental health problems in adolescents.

Keywords: skipped-generation family, adolescent, mental health status, parenting, attachment

Corresponding author: Komsan Kiatrungrit

E-mail: komsan.kei@gmail.com

Received 13 March 2023 Revised 6 July 2023 Accepted 26 September 2023

บทนำ

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้และพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพ ให้มีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดยสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน มีหน้าที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ให้การศึกษาอบรม ถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณี และค่านิยมของสังคม รวมทั้งช่วยพัฒนาด้านต่างๆ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคง การสร้างความผูกพันกับผู้อื่น รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข¹ โดยลักษณะครอบครัวที่อาศัยร่วมกันมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม ซึ่งปัจจุบันการอยู่อาศัยของครอบครัวในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จากการอาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่หรือครอบครัวขยาย (extended family) ที่มีพ่อแม่เป็นผู้อบรมเลี้ยงดูเด็ก และมีปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติพี่น้องคอยดูแลช่วยเหลือ แนวโน้มสถานการณ์เปลี่ยนแปลงเป็นพ่อแม่ต้องย้ายเข้ามาทำงานในเขตเมืองหรือต่างจังหวัดเพิ่มมากขึ้น²⁻³ จึงมีลักษณะของครอบครัวข้ามรุ่น (skipped-generation family) หรือครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่กับเด็กและวัยรุ่นโดยไม่มีพ่อแม่เพิ่มมากขึ้น

จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553 พบครอบครัวข้ามรุ่นเพิ่มขึ้นจาก 107,494 ครอบครัว ในปี พ.ศ. 2530 เป็น 405,615 ครอบครัว ในปี พ.ศ. 2556 และพบว่ามีเด็กจำนวน 1.24 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.1 อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น² ซึ่งส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี³⁻⁵ ในประเทศไทย จังหวัดเพชรบูรณ์เป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนของครอบครัวข้ามรุ่นที่สูงที่สุด โดยมีสัดส่วนของครอบครัวข้ามรุ่นร้อยละ 4.1 ของครอบครัวทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยคือร้อยละ 2.1² รวมถึงร้อยละ 8.6 ของหัวหน้าครอบครัวข้ามรุ่นมีอายุมากกว่า 80 ปี² มีโรคประจำตัวทางกาย³ และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ⁶⁻⁷ ส่งผลให้ผู้เลี้ยงดูหลักในครอบครัวข้ามรุ่นต้องรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ที่หลากหลาย ทั้งการเลี้ยงดูบุตรหลาน การดูแลจัดการภายในบ้าน และหารายได้⁵ รวมถึงอาจจะต้องเลี้ยงดูหลานพร้อมกันหลายคน^{4,8} โดยมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสุขภาพที่ไม่แข็งแรง^{2,4} และเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมของบุตรหลาน ส่งผลให้เกิดความเครียดได้มาก นำไปสู่การใช้วิธีการลงโทษหรือการเลี้ยงดูบุตรหลานที่ไม่เหมาะสม^{4,9} เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และส่งผลต่อสุขภาพจิตต่างๆ ของบุตรหลานต่อไป

การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น พบว่าเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตจากการวัดด้วย strength and difficulties questionnaire (SDQ) สูงกว่าครอบครัวลักษณะอื่น ทั้งในภาพรวมและด้านย่อยทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยซึ่งพบว่าเด็กที่เลี้ยงดูโดยปู่ ย่า ตา ยาย มีโอกาสมีพัฒนาการต่ำกว่าปกติ 2 เท่าของเด็กที่เลี้ยงดูโดยพ่อแม่ และพบปัจจัยด้านลักษณะการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก¹¹ แต่บางการศึกษาพบว่าเด็กที่เลี้ยงดูโดยปู่ ย่า ตา ยาย สัมผัสได้ถึงความรัก ความช่วยเหลือ และการเป็นแบบอย่างที่สำคัญของปู่ ย่า ตา ยาย และพบว่าผลการเลี้ยงดูโดยปู่ ย่า ตา ยาย มีความสำคัญต่อพัฒนาการด้านร่างกาย ความนึกคิด และสังคม¹² ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูบุตรหลานกับภาวะสุขภาพจิตจึงอาจมีความขัดแย้งกันในการศึกษาที่ผ่านมาทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบท กลุ่มประชากร และวิธีการประเมินที่แตกต่างกัน

เนื่องด้วยการเลี้ยงดูในครอบครัวข้ามรุ่นอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นดังกล่าว การทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่ถูกเลี้ยงดูในครอบครัวข้ามรุ่นจึงมีความสำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยต่างๆ อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่ถูกเลี้ยงดูในครอบครัวข้ามรุ่น เกี่ยวกับปัจจัยในตัววัยรุ่นพบว่า เพศของหลานที่ได้รับการดูแลมีความสัมพันธ์กับความใกล้ชิดกับปู่ ย่า ตา ยาย¹³ ระยะเวลาที่เด็กได้ใช้ร่วมกันกับปู่ ย่า ตา ยาย ที่จะมีความสัมพันธ์กับการสร้างความผูกพันที่มั่นคง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในด้านต่างๆ¹⁴ ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูพบว่า เด็กมักมีความใกล้ชิดกับตา ยาย มากกว่าปู่ ย่า¹⁵ การที่ปู่ ย่า ตา ยาย ยังทำงานอาจส่งผลต่อการขาดกำลังใจในการเลี้ยงดูบุตรหลาน รวมถึงรู้สึกห่างเหินทางสังคมกับเพื่อน เนื่องจากภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรหลาน¹⁶⁻¹⁷ ปัจจัยด้านครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เช่น ทรัพยากรของครอบครัวและเศรษฐกิจพบว่า มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางจิตใจ (psychological distress) ของปู่ ย่า ตา ยาย¹⁸ นอกจากนี้พบว่าปู่ ย่า ตา ยาย ที่ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจะรู้สึกโดดเดี่ยว แปรปรวน¹⁹ ซึ่งผลทางลบทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุดังที่ได้กล่าวมานี้ อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้เลี้ยงดู และส่งผลกับการเลี้ยงดูบุตรหลานต่อไป²⁰ และอาจนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้

นอกจากนี้การเลี้ยงดูซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น พบว่าปู่ ย่า ตา ยาย ในครอบครัวข้ามรุ่นส่วนใหญ่ยังไปทำงานและไม่มีเวลาดูแลบุตรหลานใกล้ชิด ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ในเด็กและวัยรุ่น เช่น ติดเพื่อน ไม่เรียนหนังสือ การสูบบุหรี่และใช้สารเสพติด และตั้งครมในวัยเรียน⁷ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวข้ามรุ่นที่พบความขัดแย้งระหว่างปู่ ย่า ตา ยาย และบุตรหลาน โดยเมื่อบุตรหลานกระทำผิด ปู่ ย่า ตา ยาย มักมีความลำบากในการรับมือกับปัญหาพฤติกรรม²¹ รวมถึงอาจขาดการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับบุตรหลาน²² นอกจากนี้ช่วงวัยที่มีความห่างกันส่งผลให้มีช่องว่างทางการสื่อสาร เกิดความไม่เข้าใจ และกระทบกับสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว⁷ ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้นปัจจัยจากตัวเด็ก ผู้เลี้ยงดู ครอบครัวและการสนับสนุน ลักษณะการเลี้ยงดู สามารถส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจของเด็กและวัยรุ่นและนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวข้ามรุ่นกับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นยังมีความขัดแย้งกัน รวมถึงยังมีการศึกษาครอบครัวข้ามรุ่นในบริบทประเทศไทยอยู่น้อย และขาดการศึกษาเปรียบเทียบความชุกของภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นกับครอบครัวลักษณะอื่นๆ รวมถึงยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในครอบครัวข้ามรุ่นในบริบทประเทศไทย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อเปรียบเทียบความชุกของการมีปัญหามาตรสุขภาพจิตของวัยรุ่น ระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว และมีวัตถุประสงค์รอง คือ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดูและความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว และ 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการมีปัญหามาตรสุขภาพจิตของวัยรุ่นโดยมีสมมติฐานการวิจัยว่าวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่อาศัยในครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดู ความผูกพันกับผู้เลี้ยงดู ระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว มีความแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์กับ

ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลช่วยเหลือ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น และสร้างความตระหนักให้กับผู้เลี้ยงดูและผู้ที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 11 - 17 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จังหวัดเพชรบูรณ์ และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Yamane, 1973 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{70,074}{1 + (70,074)(0.05)^2} = 397.7=398$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร

e คือ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 5%

จากสูตรจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 398 คน การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MURA953/1202

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ วัยรุ่น อายุระหว่าง 11 - 17 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่อยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว จำนวน 415 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบ multi-stage random sampling โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) นอกเขตเทศบาลและในเขตเทศบาล และใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อเลือกโรงเรียนจำนวนทั้งสิ้น 6 โรงเรียน และครูประจำชั้นเป็นผู้เลือกชั้นเรียนและนักเรียนที่จะเข้าร่วมการวิจัยตามความสะดวก (convenience sampling) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามหลังจากอธิบายขั้นตอนการวิจัย และแจกเอกสารยินยอมเข้าร่วม

การวิจัยให้วัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลัก และหากผู้เลี้ยงดูลงนามยินยอมให้ตนเองและวัยรุ่นเข้าร่วมการวิจัย ผู้เลี้ยงดูและวัยรุ่นจะได้รับแบบสอบถาม กรณีที่วัยรุ่นไม่ได้มาโรงเรียนเนื่องจากสถานการณ์โควิด ผู้วิจัยจะแจกสิ่งบอกสารที่แจ้งงานวิจัยและแบบสอบถามออนไลน์แก่ครูประจำชั้น เพื่อส่งให้นักเรียนผ่านทางช่องทางออนไลน์ต่างๆ กรณีผู้เลี้ยงดูยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แต่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้และให้ช่องทางการติดต่อกลับไว้ ผู้วิจัยจะติดต่อกลับและสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยใช้คำถามเดียวกับชุดแบบสอบถาม การวิจัยนี้เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลักและวัยรุ่น โดยส่วนผู้เลี้ยงดูหลักประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้เลี้ยงดูหลัก โดยผู้เลี้ยงดูหลักเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่นประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ระดับผลการเรียน สถานภาพพ่อแม่ การได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง

2. แบบสอบถามปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ตอบโดยผู้เลี้ยงดูหลักประกอบด้วย ข้อมูลเศรษฐกิจครอบครัว ผู้วิจัยใช้คำถาม “ปัจจุบันฐานะทางการเงินของครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร” มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ค่อนข้างลำบากเงินไม่พอใช้ ลำบากเล็กน้อยต้องอยู่อย่างประหยัด ไม่ลำบากมีเงินเพียงพอใช้จ่าย ไม่ลำบากมีเงินเหลือเก็บ ผู้ที่ตอบสองตัวเลือกจะถูกจัดกลุ่มเป็นผู้มีฐานะ ลำบาก และผู้ที่ตอบอีกสองตัวเลือกจะถูกจัดกลุ่มเป็นฐานะ ไม่ลำบาก

ข้อคำถามปัญหาสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยใช้คำถาม “ครอบครัวของท่านนอกจากบุตรหลาน มีสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น โรคติดกัญชา เสพติดสุราและสารเสพติด หรือไม?” มี 2 ตัวเลือก คือ มีและไม่มี

ข้อคำถามการช่วยเหลือดูแลจากญาติพี่น้อง ผู้วิจัยใช้คำถาม “บุตรหลานของท่านได้รับการช่วยเหลือเลี้ยงดูจากญาติพี่น้อง เช่น ลุง ป้า น้า อา เพื่อนบ้านมากนักเพียงใด” และข้อคำถามการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ผู้วิจัยใช้คำถาม

“ปัจจุบันพ่อแม่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็กอย่างไร” ข้อคำถามประกอบด้วย 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคยได้รับการช่วยเหลือเลี้ยงดู มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูนานๆ ครั้ง มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบ่อยครั้ง มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูประจำ ผู้ที่ตอบสองตัวเลือกแรกจะถูกจัดกลุ่มเป็น มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง และผู้ที่ตอบอีกสองตัวเลือกจะถูกจัดกลุ่มเป็น มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ

ข้อคำถามระยะเวลาการเลี้ยงดู ผู้วิจัยใช้คำถาม “บุตรหลานของท่านเคยอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยายเพียงลำพัง (ไม่มีพ่อแม่/ลุง/ป้า/น้า/อา ของเด็กพักอาศัยอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว) หรือไม?” ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก คือ ไม่เคย เคยในช่วงตั้งแต่ก่อนอายุ 3 ปี เคยในช่วงหลังจากอายุ 3 ปี แปลผล 3 กลุ่ม ได้แก่ ไม่เคยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยายเพียงลำพัง เคยในช่วงตั้งแต่ก่อนอายุ 3 ปี เคยในช่วงหลังจากอายุ 3 ปี

ข้อคำถามความถี่ของการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ด้วยคำถาม “บุตรหลานของท่านติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่โดยวิธีการ เช่น พูดคุย, โทรศัพท์, มาเยี่ยม, VDO call บ่อยเพียงใด” โดยมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่ติดต่อสื่อสารกันเลย ติดต่อสื่อสารนานๆ ครั้ง ติดต่อสื่อสารกันบ่อยครั้ง ติดต่อสื่อสารเป็นประจำ ผู้ที่ตอบสองตัวเลือกแรกจะถูกจัดกลุ่มเป็น มีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง และผู้ที่ตอบอีกสองตัวเลือกจะถูกจัดกลุ่มเป็น มีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ระดับบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ

3. ภาวะสุขภาพจิต ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินพฤติกรรมจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) ฉบับผู้ปกครองประเมินและฉบับวัยรุ่นประเมินตนเอง แปลโดย ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ และคณะ²³ โดยแต่ละฉบับประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก คือ ไม่จริง จริงบ้าง และจริงแน่นอน โดยวัดพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น ปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติก้าว ความสามารถทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency - Cronbach's alpha)²⁴ ของฉบับผู้ปกครองเท่ากับ 0.76 และฉบับวัยรุ่นประเมินตนเองเท่ากับ 0.70 การแปลผลใช้ข้อมูลทั้งสองส่วนโดยวัยรุ่นที่ประเมินตนเองหรือได้รับการประเมินจากผู้ปกครองว่าพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหา หรือมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาในด้านย่อยใดๆ จะนับว่ามีปัญหาหรือเสี่ยงที่จะมีปัญหาในด้านย่อยนั้นๆ

3.2 การใช้สื่อและอินเทอร์เน็ตและการติดเกม ประกอบด้วยแบบวัดการติดเกมอินเทอร์เน็ต 9 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Nine-item, Internet Gaming Disorder Scale; IGD Scale-9 TH) ซึ่งต้นฉบับพัฒนาโดย Lemmens และคณะ²⁵ และแปลเป็นภาษาไทย โดย อุดมพร บุญยประเสริฐ และ คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์²⁶ เป็นแบบสอบถามอาการติดเกมโดยวัยรุ่นเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ โดยใช้คัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเกม (internet gaming disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 และ ICD-11 แบบสอบถามมีค่า internal consistency อยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha = 0.69) การสัมภาษณ์มีค่า Inter-rater reliability อยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Cohen's kappa = 1) การแปลผลใช้คะแนนรวมแต่ละข้อ โดยคะแนนมากบ่งถึงการมีอาการติดเกมมาก และสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ตโดยคำถาม "ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาเฉลี่ยกี่ชั่วโมงต่อวันในการใช้สื่อต่างๆ" และวัยรุ่นตอบเป็นเฉลี่ยชั่วโมงต่อวัน โดยวัยรุ่นเป็นผู้ตอบคำถามดังกล่าวด้วยตนเอง โดยจำนวนชั่วโมงที่มากหมายถึงมีการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ตต่อวันมาก

4. ปัจจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดูใช้แบบประเมิน ดังนี้

4.1 แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (Alabama parenting Questionnaire; APQ)²⁷ เป็นแบบสอบถามที่ตอบโดยผู้ปกครอง แปลโดย เอพิกา คำออน และคณะ ประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ประกอบไปด้วย 6 หมวดหลัก โดยหมวดที่ 1 - 2 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (positive parenting) ได้แก่ บทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement) และหมวดที่ 3 - 5 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูทางลบ (negative parenting) ได้แก่ การขาดการดูแล/สังสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision) การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline) การลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment) หมวดที่ 6 วัดการใช้กฎระเบียบและการลงโทษที่เฉพาะเจาะจงที่นอกเหนือไปจากหมวดอื่นๆ มีจำนวนข้อคำถาม 42 ข้อ แต่ละข้อใช้การตอบแบบ 5-point Likert คือ ไม่เคย แทบจะไม่เคย บางครั้ง บ่อย และบ่อยมาก การแปลผลเครื่องมือใช้การรวมคะแนนของการเลี้ยงดูแต่ละหมวดคะแนนมากหมายถึงการมีพฤติกรรม การเลี้ยงดูในหมวดนั้นๆ มาก แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในในหมวด positive parenting practices, parental involvement และ poor parental monitoring อยู่ใน

เกณฑ์ดี (Cronbach's alpha = 0.80) หมวด inconsistent discipline มีค่าเท่ากับ 0.70 ส่วนในหมวด corporal punishment และ other discipline มีค่าเท่ากับ 0.60

4.2 แบบวัดความผูกพันผู้ปกครอง-เด็ก (The Parental Bonding Instrument) เป็นแบบสอบถามที่ตอบโดยวัยรุ่น แปลโดย ศุภกรใจ เจริญสุข²⁸ ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม โดยประเมินสององค์ประกอบได้แก่ การรับรู้ความผูกพันแบบดูแล จำนวน 14 ข้อ และการรับรู้ความผูกพันแบบปกป้องมากเกินไปจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนจาก 0 (ไม่เหมือนอย่างมา) ถึง 3 (เหมือนอย่างมา) การแปลผลเครื่องมือใช้การรวมคะแนนในแต่ละองค์ประกอบคะแนนที่มากหมายถึงผู้ปกครองมีความผูกพันกับวัยรุ่นในรูปแบบนั้นๆ มาก แบบวัดมีความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.88 ในองค์ประกอบการเลี้ยงดูแบบดูแล และมีค่าเท่ากับ 0.80 ในองค์ประกอบการรับรู้การเลี้ยงดูแบบควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 18 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของข้อมูลส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลักและวัยรุ่น ภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดู และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และสถิติทดสอบที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบการมีปัญหาวะสุขภาพจิต ระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นและครอบครัวรูปแบบอื่น และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดูและความผูกพันกับผู้เลี้ยงดู ระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นและครอบครัวรูปแบบอื่น สถิตีสหสัมพันธ์ (correlation) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ความผูกพันกับการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ตและพฤติกรรมเสพติดเกม และสถิติวิเคราะห์การถดถอย (regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยลักษณะการเลี้ยงดูและความผูกพัน กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น เนื่องจากมีตัวแปรจำนวนมากในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ Bonferroni correction method เพื่อแก้ไขปัญหที่อาจเกิดจากการเปรียบเทียบหลายครั้ง (multiple comparisons) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและการมีภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลัก

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน ส่วนใหญ่พักอาศัยในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย จำนวน 189 คน (ร้อยละ 45.5) และ 151 คน (ร้อยละ 36.4) รองลงมาคือครอบครัวข้ามรุ่น จำนวน 75 คน (ร้อยละ 18.1) โดยวัยรุ่นในการศึกษาเป็นเพศหญิง จำนวน 265 คน (ร้อยละ 63.9) กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 182 คน (ร้อยละ 43.9) มีระดับผลการเรียนเฉลี่ย >3.00 จำนวน 380 คน (ร้อยละ 91.6) ประชากรศึกษามีพ่อแม่ที่มีสถานภาพสมรสเป็นแยกกันอยู่/หย่าร้าง/เสียชีวิต 120 คน (ร้อยละ 28.9) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา ในภาพรวม 152 คน (ร้อยละ 36.6) และด้านย่อยด้านอารมณ์ 150 คน (ร้อยละ 36.1) ด้านพฤติกรรมเกราะ 75 คน (ร้อยละ 18.1) ด้านอยู่ไม่นิ่ง 119 คน (ร้อยละ 28.7) ด้านปัญหากับเพื่อน 234 คน (ร้อยละ 56.4) ด้านพฤติกรรมดีทางสังคม 79 คน (ร้อยละ 19.0)

กลุ่มตัวอย่างมีผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 351 คน (ร้อยละ 84.8) เป็นผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 61 คน (ร้อยละ 14.7) เป็นผู้ที่มีสถานะสมรส จำนวน 305 คน (ร้อยละ 73.7) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 340 คน (ร้อยละ 82.3) และมีฐานะการเงินของครอบครัวค่อนข้างลำบาก-ลำบากเล็กน้อย 277 คน (ร้อยละ 66.9) และมีโรคประจำตัว จำนวน 102 คน (ร้อยละ 25.2) ตารางที่ 1

ลักษณะทั่วไปข้อมูลปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดูและความผูกพัน

การศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่เคยพักอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพังก่อนอายุ 3 ปี จำนวน 106 คน (ร้อยละ 25.5) และเคยหลังจากอายุ 3 ปี จำนวน 65 คน (ร้อยละ 15.7) และส่วนใหญ่มีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ระดับบ่อยครั้งหรือประจำ จำนวน 341 คน (ร้อยละ 83.1) รองลงมาคือระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง จำนวน 70 คน (ร้อยละ 16.9) และพ่อแม่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูอยู่ในระดับบ่อยครั้งหรือประจำ จำนวน 341 คน (ร้อยละ 82.2) และระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง จำนวน 74 คน (ร้อยละ 17.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะการเงินของครอบครัวค่อนข้างลำบากหรือลำบากเล็กน้อย จำนวน 277 คน (ร้อยละ 66.9) และญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้านมีการช่วยเหลือการเลี้ยงดูอยู่ในระดับบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ จำนวน 110 คน (ร้อยละ 26.6)

เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูของพ่อแม่อยู่ในระดับไม่มีหรือมีส่วนร่วมนานๆ ครั้ง ($p < .001$ และ $p = .001$) มีการติดต่อสื่อสารของพ่อแม่อยู่ในระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง ($p < .001$ และ $p < .001$) และการพักอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพัง ($p < .001$ และ $p < .001$) มากกว่าครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นได้รับการช่วยเหลือเลี้ยงดูจากญาติ พี่น้องหรือเพื่อนบ้านมากกว่าครอบครัวเดี่ยว ($p = .005$) และจากสถิติทดสอบไคสแควร์พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมีลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดูในการเลี้ยงดู (parental involvement) อยู่ในระดับเสี่ยงสูงกว่าครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$) ตารางที่ 1

เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลักกับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน

จากสถิติทดสอบไคสแควร์พบว่าวัยรุ่นที่ศึกษาอยู่ระดับประถมปลายเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา และวัยรุ่นที่เคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิต ด้านอยู่ไม่นิ่ง ($p < .001$ และ $p < .001$) ด้านปัญหากับเพื่อน ($p < .001$ และ $p = .002$) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในภาพรวม ($p < .001$ และ $p = .003$) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหามากกว่า นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกราะ ($p = .005$) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า และวัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหามากกว่าวัยรุ่นชาย ($p = .002$) แต่วัยรุ่นชายมีแนวโน้มที่มีการติดเกมมากกว่าเพศหญิง ($p < .001$) ตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์พบว่าผู้เลี้ยงดูมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกราะ ($p < .001$) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหามากกว่าผู้เลี้ยงดูที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ตารางที่ 2

เปรียบเทียบปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเลี้ยงดู กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน

การศึกษาไม่พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นและครอบครัวประเภทอื่นๆ มีภาวะสุขภาพจิตทั้งในภาพรวมและด้านย่อยต่างๆ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเลี้ยงดู เปรียบเทียบระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นกับครอบครัวรูปแบบอื่นๆ

ข้อมูลด้านประชากร		รวม (n = 415) n (%) / mean (SD)	ครอบครัวข้ามรุ่น (n = 75, 18.1%) n (%)	ครอบครัวเดี่ยว (n = 189, 45.5%) n (%)	χ^2/t	p	ครอบครัวขยาย (n = 151, 36.4%) n (%)	χ^2/t	p
ปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่น									
อายุ ^a		14.0 (2.0)	13.96 (1.9)	14.47 (2.0)		.058	13.64 (2.0)		.254
เพศ ^b	ชาย	150 (36.1)	32 (42.7)	63 (33.3)	2.03	.154	55 (36.4)	.825	.364
	หญิง	265 (63.9)	43 (57.3)	126 (66.7)			96 (63.6)		
ระดับชั้นการศึกษา ^b	ประถมปลาย	81 (19.5)	14 (18.7)	25 (13.2)	1.31	.521	42 (27.8)	2.87	.238
	มัธยมต้น	152 (36.6)	27 (36.0)	70 (37.0)			55 (36.4)		
	มัธยมปลาย	182 (43.9)	34 (45.3)	94 (49.7)			54 (35.8)		
ระดับผลการเรียน ^b	<3.00	35 (8.4)	6 (8.0)	19 (10.1)	.26	.607	10 (6.6)	.145	.704
	≥3.00	380 (91.6)	69 (92.0)	170 (89.9)			141 (93.4)		
สถานภาพพ่อแม่ ^b	อยู่ด้วยกัน	295 (71.1)	36 (48.0)	151 (79.9)	25.27	< .001**	108 (71.5)	11.99	.001*
	ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ^c	120 (28.9)	39 (52.0)	38 (20.1)			43 (28.5)		
การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิต ^b	ไม่เคย	407 (98.1)	72 (96.0)	187 (98.9)	2.21 ^b	.138	148 (98.0)	.74 ^b	.389
	เคย	8 (1.9)	3 (4.0)	2 (1.1)			3 (2.0)		
ปัจจัยส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลัก									
เพศ ^b	ชาย	63 (15.2)	14 (18.7)	29 (15.3)	.44	.510	20 (13.3)	1.11	.292
	หญิง	351 (84.8)	61 (81.3)	160 (84.7)			130 (86.7)		
อายุ ^b	< 60 ปี	354 (85.3)	36 (48.0)	180 (95.2)	80.54	< .001**	138 (91.4)	53.26	< .001**
	≥ 60 ปี	61 (14.7)	39 (52.0)	9 (4.8)			13 (8.6)		
สถานภาพสมรส ^b	สมรส	305 (73.7)	49 (66.2)	146 (72.2)	3.38	.066	110 (72.8)	1.05	.305
	อื่นๆ ^d	57 (13.8)	25 (33.8)	43 (22.8)			41 (27.2)		
ระดับการศึกษา ^b	ต่ำกว่า - มัธยมศึกษา	340 (82.3)	68 (90.7)	149 (79.3)	4.84	.028	123 (82.0)	2.93	.087
	ปริญญาตรี - สูงกว่า	73 (17.7)	7 (9.3)	39 (20.7)			27 (18.0)		
โรคประจำตัว ^b	ไม่มี	303 (74.8)	43 (59.7)	139 (75.1)	5.96	.015	121 (81.8)	12.39	< .001**

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเลี้ยงดู เปรียบเทียบระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นกับครอบครัวรูปแบบอื่นๆ (ต่อ)

ข้อมูลด้านประชากร		รวม (n = 415) n (%) / mean (SD)	ครอบครัวข้ามรุ่น (n = 75, 18.1%) n (%)	ครอบครัวเดี่ยว (n = 189, 45.5%) n (%)	χ^2/t	p	ครอบครัวขยาย (n = 151, 36.4%) n (%)	χ^2/t	p
ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม									
อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายลำพัง ^b	ไม่เคย	244 (58.8)	10 (13.3)	132 (69.8)	70.78	< .001**	102 (67.5)	60.32	< .001**
	เคย ก่อนอายุ 3 ปี	106 (25.5)	40 (53.3)	41 (21.7)			25 (16.6)		
	เคย หลังอายุ 3 ปี	65 (15.7)	25 (33.3)	16 (8.5)			24 (15.9)		
การติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ ^b	ไม่มี - นานๆ ครั้ง	70 (16.9)	29 (38.7)	21 (11.1)	26.56	< .001**	20 (40.8)	19.07	< .001**
	บ่อยครั้ง - ประจำ	345 (83.1)	46 (61.3)	168 (88.9)			131 (74.0)		
การมีส่วนร่วมเลี้ยงดูของพ่อแม่ ^b	ไม่มี - นานๆ ครั้ง	74 (17.8)	44 (58.7)	10 (5.3)	94.02	< .001**	20 (31.3)	50.93	< .001**
	บ่อยครั้ง - ประจำ	341 (82.2)	31 (41.3)	179 (94.7)			131 (80.9)		
ฐานะการเงินของครอบครัว ^b	ลำบาก	277 (66.9)	54 (72.0)	122 (64.9)	1.22	.269	101 (66.9)	.61	.436
	ไม่ลำบาก	137 (33.1)	21 (28.0)	66 (35.1)			50 (33.1)		
ปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ^b	ไม่มี	396 (95.4)	71 (94.7)	185 (97.9)	1.71 ^a	.191	140 (92.7)	.32 ^a	.572
	มี	19 (4.9)	4 (5.3)	4 (2.1)			11 (7.3)		
การช่วยเหลือการเลี้ยงดู ^{b,c}	ไม่มี - นานๆ ครั้ง	304 (73.4)	46 (61.3)	148 (78.3)	7.94	.005*	110 (73.3)	3.39	.066
	บ่อยครั้ง - ประจำ	110 (26.6)	29 (38.7)	41 (21.7)			40 (26.7)		
การเลี้ยงดู									
positive parenting ^b	ปกติ	222 (53.5)	32 (42.7)	107 (56.6)	4.190	.041	83 (55.0)	3.034	.082
	เสี่ยง	193 (46.5)	43 (57.3)	82 (43.4)			68 (45.0)		
parental involvement ^b	ปกติ	132 (31.8)	10 (13.3)	66 (34.9)	12.205	< .001**	56 (37.1)	13.674	< .001**
	เสี่ยง	283 (68.2)	65 (86.7)	123 (65.1)			95 (62.9)		
poor parental monitoring ^b	ปกติ	171 (41.2)	25 (33.3)	81 (42.9)	2.027	.155	65 (43.0)	1.973	.160
	เสี่ยง	244 (58.8)	50 (66.7)	108 (57.1)			86 (57.0)		
inconsistent discipline ^b	ปกติ	340 (81.9)	58 (77.3)	163 (86.2)	3.126	.077	119 (78.8)	.064	.800
	เสี่ยง	75 (18.1)	17 (22.7)	26 (13.8)			32 (21.2)		
corporal punishment ^b	ปกติ	325 (78.3)	52 (69.3)	153 (81.0)	4.177	.041	120 (79.5)	2.832	.092
	เสี่ยง	90 (21.7)	23 (30.7)	36 (19.0)			31 (20.5)		
ความผูกพันต่อผู้เลี้ยงดูหลัก ^a	caring	24.7 (4.3)	25.6 (4.9)	24.50 (4.2)		.060	24.51 (1.0)		.073
	overprotection	26.8 (6.2)	28.31 (7.1)	26.22 (6.1)		.014	26.85 (5.9)		.098

a = t-test, b = chi-square test, c = แยกกันอยู่/หย่า/เสียชีวิต, d = โสด/แยกอยู่/หย่า/หม้าย/สมรสใหม่, e = การช่วยเหลือการเลี้ยงดูจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน, * = p < 0.01, ** = p < 0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลัก กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน

ปัจจัย	emotional		p	conduct		p	hyperactivity		p	peer problems		p	prosocial behavior		p	total difficulties score		p	Game Addiction ^a		p	ระยะเวลาการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ต ^a		p
	n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)	
ปัจจัย	ปกติ n = 265 (63.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 150 (36.1%)		ปกติ n = 340 (81.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 75 (18.1%)		ปกติ n = 296 (71.3%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 119 (28.7%)		ปกติ n = 181 (43.6%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 234 (56.4%)		ปกติ n = 336 (81.0%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 79 (19.0%)		ปกติ n = 263 (63.4%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 152 (36.6%)							
ปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่น																								
อายุ ^a	14.0 (2.0)	14.2 (2.0)	.213	14.1 (2.0)	13.0 (2.0)	.185	14.2 (1.9)	13.8 (2.2)	.064	14.3 (1.9)	13.9 (2.1)	.056	14.2 (2.0)	13.6 (2.0)	.017	14.3 (1.9)	13.7 (2.1)	.010	1.88 (2.0) ^c	<.001 ^{**}		8.69 (4.7) ^c	<.001 ^{**}	
เพศ ^b	ชาย	110 (73.3)	40 (26.7)	.002 [*]	119 (79.3)	31 (20.7)	.301	97 (64.7)	53 (35.3)	.024	64 (42.7)	86 (57.3)	.770	112 (74.7)	38 (25.3)	.014	91 (60.7)	59 (39.3)	.389	2.51 (2.1)	<.001 ^{**}		8.22 (4.3)	.132
	หญิง	155 (58.5)	110 (41.5)		221 (83.4)	44 (16.6)		199 (75.1)	66 (24.9)		117 (44.2)	148 (55.8)		224 (84.5)	41 (15.5)		172 (64.9)	93 (35.1)		1.52 (1.7)			8.96 (4.9)	
ระดับชั้นการศึกษา ^b	ประถมศึกษา	53 (65.4)	28 (34.6)	.742	59 (72.8)	22 (27.2)	.018	42 (51.9)	39 (48.1)	<.001 ^{**}	22 (27.2)	59 (72.8)	<.001 ^{**}	58 (71.6)	23 (28.4)	.017	34 (42.0)	47 (58.0)	<.001 ^{**}	3.10 (2.1)	<.001 ^{**}		6.52 (3.0)	<.001 ^{**}
	มัธยม	212 (63.5)	122 (36.5)		281 (84.1)	53 (15.9)		254 (76.0)	80 (24.0)		159 (47.6)	175 (52.4)		278 (83.2)	56 (16.8)		229 (68.6)	105 (31.4)		1.58 (1.7)			9.18 (4.9)	
ระดับผลการเรียน ^b	<3.00	23 (65.7)	12 (34.3)	.811	26 (74.3)	9 (25.6)	.219	22 (62.9)	13 (37.1)	.247	15 (42.9)	20 (57.1)	.925	18 (51.4)	17 (48.6)	<.001 ^{**}	21 (60.0)	14 (40.0)	.665	1.54 (2.0)	.277		7.62 (3.3)	.172
	≥3.00	242 (63.7)	138 (36.3)		314 (82.6)	66 (17.4)		274 (72.1)	106 (27.9)		166 (43.7)	214 (56.3)		318 (83.7)	62 (16.3)		242 (63.4)	138 (36.3)		1.91 (1.9)			8.79 (4.8)	
สถานภาพพ่อแม่ ^b	อยู่ด้วยกัน	189 (71.6)	106 (70.7)	.842	246 (72.6)	49 (65.3)	.210	214 (72.3)	81 (68.6)	.458	134 (74.0)	161 (69.1)	.271	244 (72.8)	51 (64.6)	.144	192 (65.1)	103 (34.9)	.300	1.77 (1.9)	.076		8.93 (4.9)	.120
	ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ^d	75 (28.4)	44 (29.3)		94 (27.4)	26 (34.7)		82 (27.7)	37 (31.4)		47 (26.0)	72 (30.9)		92 (27.2)	28 (35.4)		71 (59.7)	48 (40.3)		2.13 (2.0)			8.11 (4.1)	
ปัญหาสุขภาพจิต ^b	ไม่เคย	264 (64.9)	143 (35.1)	.002 [*]	337 (82.8)	70 (17.2)	.005 [*]	295 (72.5)	112 (27.5)	<.001 ^{**}	181 (44.5)	226 (55.5)	.002 [*]	332 (81.6)	75 (18.4)	.046	262 (64.4)	145 (35.6)	.003 [*]	1.84 (1.9)	.110		8.75 (4.7)	.111
	เคย	1 (12.5)	7 (87.5)		3 (37.5)	5 (62.5)		1 (12.5)	7 (87.5)		0 (0.0)	8 (100)		4 (50.0)	4 (50.0)		1 (12.5)	7 (87.5)		3.88 (3.1)			6.06 (2.3)	
ปัจจัยส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลัก																								
เพศ ^b	ชาย	42 (66.7)	21 (33.3)	.633	51 (81.0)	12 (19.0)	.792	43 (68.3)	20 (31.7)	.536	33 (52.4)	30 (47.6)	.132	49 (77.8)	14 (22.2)	.491	40 (63.5)	23 (36.5)	.995	1.79 (1.9)	.724		8.19 (4.3)	.724
	หญิง	223 (63.5)	128 (36.5)		289 (82.3)	62 (17.7)		253 (72.1)	98 (27.9)		148 (42.2)	203 (57.8)		286 (81.5)	65 (18.5)		223 (63.5)	128 (36.5)		1.89 (1.9)			8.79 (4.8)	
อายุ ^b	<60 ปี	231 (65.3)	123 (34.7)	.153	290 (81.9)	64 (18.1)	.993	252 (71.2)	102 (28.8)	.880	154 (43.5)	200 (56.5)	.912	289 (81.6)	65 (18.4)	.399	231 (65.3)	123 (34.7)	.055	1.83 (1.9)	.237		8.83 (4.8)	.180
	≥60 ปี	34 (55.7)	27 (44.3)		50 (82.0)	11 (18.0)		44 (72.1)	17 (27.9)		27 (44.3)	34 (55.7)		47 (77.0)	14 (23.0)		32 (52.5)	29 (47.5)		2.15 (2.0)			7.93 (4.3)	
สถานภาพสมรส ^b	สมรส	193 (63.3)	112 (36.7)	.729	254 (83.3)	51 (16.7)	.218	222 (72.8)	83 (27.2)	.250	139 (45.6)	166 (54.4)	.150	249 (81.6)	56 (18.4)	.532	199 (65.2)	106 (34.8)	.166	1.81 (1.8)	.196		8.93 (4.8)	.065
	อื่น ๆ ^e	71 (65.1)	38 (34.9)		85 (78.0)	24 (22.0)		73 (67.0)	36 (33.0)		41 (37.6)	68 (62.4)		86 (78.9)	23 (21.1)		63 (57.8)	46 (42.2)		2.10 (2.1)			7.94 (4.3)	
ระดับการศึกษา ^b	มัธยม	215 (63.2)	125 (36.8)	.685	268 (78.8)	72 (21.2)	<.001 ^{**}	233 (68.5)	107 (31.5)	.010 [*]	153 (45.0)	187 (55.0)	.299	268 (78.8)	72 (21.2)	.022	49 (67.1)	24 (32.9)	.471	1.88 (1.9)	.825		8.41 (4.6)	.007 [*]
	ปริญญาตรี	48 (65.8)	25 (34.2)		70 (95.9)	3 (4.1)		61 (83.6)	12 (16.4)		28 (38.4)	45 (61.6)		66 (90.4)	7 (9.6)		213 (62.6)	127 (37.4)		1.82 (1.7)			9.93 (4.9)	
โรคประจำตัว ^b	ไม่มี	200 (66.0)	103 (34.0)	.043	244 (80.5)	59 (19.5)	.395	216 (71.3)	87 (28.7)	.310	132 (43.6)	171 (56.4)	.658	245 (80.9)	58 (19.1)	.578	188 (62.0)	115 (38.0)	.120	1.83 (1.9)	.958		8.85 (4.8)	.359
	มี	58 (56.9)	44 (43.1)		86 (84.3)	16 (15.7)		78 (76.5)	24 (23.5)		47 (46.1)	55 (53.9)		85 (83.3)	17 (16.7)		72 (70.6)	30 (29.4)		1.84 (1.8)			8.34 (4.4)	

a = t-test, b = chi-square test, c = Pearson correlation, d = แยกกันอยู่/หย่า/เสียชีวิต, e = โสด/แยกอยู่/หย่า/หม้าย/สมรสใหม่, * = p < 0.01, ** = p < 0.001

อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงหรือมีปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูอยู่ในระดับไม่มีหรือนานๆ ครั้ง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ ($p = .006$) ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา มากกว่า ตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติทดสอบไคสแควร์วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่มีวินัยอย่างสม่ำเสมอ (inconsistent discipline) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ ($p < .001$) พฤติกรรมเกร ($p < .001$) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ($p < .001$) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในภาพรวม ($p < .001$) อยู่ในระดับเสี่ยง-มีปัญหา รวมถึงปัญหาติดเกม ($p = .001$) และการใช้เวลากับสื่อและอินเทอร์เน็ตมากกว่า ($p = .005$) นอกจากนี้วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบใช้การลงโทษทางกาย (corporal punishment) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกร ($p < .001$) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ($p < .001$) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา มากกว่า รวมถึงวัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเชิงบวก (positive parenting practices) และผู้ปกครองมีส่วนร่วม (parental involvement) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีแนวโน้มมีพฤติกรรมดีทางสังคม อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา มากกว่า ($p < .001$ และ $p < .001$) นอกจากนี้การมีคะแนนรับรู้ความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูหลักแบบปกป้องมากเกินไป สูงสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกร ($p = .002$) พฤติกรรมปัญหากับเพื่อน ($p < .001$) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในภาพรวมอยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา ($p < .001$) มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น

จากสถิติวิเคราะห์การถดถอยไม่พบว่าการอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะปัญหาสุขภาพจิต แต่พบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่มีวินัยอย่างสม่ำเสมอ เมื่อทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพบว่าเป็นปัจจัยทำนายการมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ ($OR = 5.55 (2.94 - 10.47)$, $p < 0.001$) พฤติกรรมเกร ($OR = 2.97 (1.48 - 5.97)$, $p = .002$) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ($OR = 3.33 (1.77 - 6.28)$, $p < .001$) ภาวะสุขภาพจิตในภาพรวม ($OR = 4.06 (2.19 - 7.56)$, $p < .001$) นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันกับผู้ปกครองแบบปกป้องมากเกินไป (overprotection) เป็นปัจจัยทำนายการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในภาพรวม ($OR = 1.08 (1.03 - 1.13)$, $p = .002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 4

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นเมื่อทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายการมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์มากกว่าเพศชาย ($OR = 2.76 (1.60 - 4.74)$, $p < 0.001$) แต่เพศชายมีแนวโน้มภาวะสุขภาพจิตด้านติดเกมมากกว่าเพศหญิง ($OR = -.77 (-1.15 - -.40)$, $p < 0.001$) และการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายเป็นปัจจัยทำนายด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมอยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา และติดเกมมากกว่า ($OR = 4.76 (1.84 - 12.35)$, $p < .001$; $OR = 3.29 (1.39 - 7.83)$, $p = 0.007$; $OR = .95 (.30 - 1.59)$, $p = .004$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ระดับผลการเรียนเฉลี่ย < 3.00 เป็นปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมดีทางสังคมอยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา ($OR = 4.04 (1.67 - 9.79)$, $p = .002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 4

วิจารณ์

วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่พักอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ไม่พบความแตกต่างกันด้านภาวะสุขภาพจิตด้านต่างๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ที่กล่าวว่า เด็กที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ โดยการศึกษาของ Natasha และ Rachel²⁹ พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นและปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวเกร (externalizing behaviors) ในผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือแม่ แต่ไม่พบความแตกต่างของปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ (internalizing behaviors) และจากการศึกษาของ Masfety และคณะ³⁰ พบว่าการมีปู่/ย่า/ตา/ยายในครอบครัวสัมพันธ์กับการมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตจากการวัดด้วย SDQ ในเด็กเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในบริบทประเทศไทยของ Karittha Onkeaw³¹ พบว่าผู้ที่อาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.1) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจระดับไม่ดีเพียงร้อยละ 1.1 โดยพบว่าผู้เลี้ยงดูซึ่งเป็นปู่/ย่า/ตา/ยายมีความเอาใจใส่ในการดูแล พ่อแม่มีการกลับมาเยี่ยม³¹ รวมถึงครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน³² เช่น การช่วยเหลือรับส่ง การช่วยเหลือดูแลบุตรหลาน⁵ ซึ่งแตกต่างจากบริบทของต่างประเทศที่พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมักไม่ได้รับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเลี้ยงดู กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน

ปัจจัย	emotional		p	conduct		p	hyperactivity		p	peer problems		p	prosocial behavior		p	total difficulties score		p	Game Addiction mean (SD)	ระยะเวลา การใช้สื่อ และ อินเทอร์เน็ต mean (SD)	p		
	n (%)			n (%)			n (%)			n (%)			n (%)			n (%)							
	ปกติ n = 265 (63.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 150 (36.1%)		ปกติ n = 340 (81.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 75 (18.1%)		ปกติ n = 296 (71.3%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 119 (28.7%)		ปกติ n = 181 (43.6%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 234 (56.4%)		ปกติ n = 336 (81.0%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 79 (19.0%)		ปกติ n = 263 (63.4%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 152 (36.6%)						
ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม																							
ลักษณะครอบครัว ^a	ไม่ใช่ครอบครัวข้ามรุ่น	221 (65.0)	119 (35.0)	.301	278 (81.8)	62 (18.2)	.854	241 (70.9)	99 (29.1)	.671	144 (42.4)	196 (57.6)	.270	275 (80.9)	65 (19.1)	.928	220 (64.7)	120 (35.3)	.230	1.88 (1.9)	.998	8.63 (4.717)	.597
	ครอบครัวข้ามรุ่น	44 (58.7)	31 (41.3)		62 (82.7)	13 (17.3)		55 (73.3)	20 (26.7)		37 (49.3)	38 (50.7)		61 (81.3)	14 (18.7)		43 (57.3)	32 (42.7)		1.88 (2.0)		8.96 (4.721)	
อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายลำพัง ^a	ไม่เคย	160 (65.6)	84 (34.4)	.542	199 (81.6)	45 (18.4)	.944	174 (71.3)	70 (28.7)	.992	105 (43.0)	139 (57.0)	.959	200 (82.0)	44 (18.0)	.537	161 (66.0)	83 (34.0)	.053	1.7 (1.8)	.063 ^c	8.58 (4.8)	.847 ^c
	เคย ก่อนอายุ 3 ปี	63 (59.4)	43 (40.6)		88 (83.0)	18 (17.0)		76 (71.7)	30 (28.3)		47 (44.3)	59 (55.7)		82 (77.4)	24 (22.6)		57 (53.8)	49 (46.2)		2.2 (1.9)		8.7 (4.7)	
	เคย หลังจากอายุ 3 ปี	42 (64.6)	23 (35.4)		53 (81.5)	12 (18.5)		46 (70.8)	19 (29.2)		29 (44.6)	36 (55.4)		54 (83.1)	11 (16.9)		45 (69.2)	20 (30.8)		1.9 (2.0)		9.0 (4.7)	
การติดต่อกับพ่อแม่ ^a	ไม่มี-นาน ๆ ครั้ง	37 (52.9)	33 (47.1)	.036	50 (71.4)	20 (28.6)	.012	42 (60.0)	28 (40.0)	.022	22 (31.4)	48 (68.6)	.024	53 (75.7)	17 (24.3)	.220	225 (65.2)	120 (34.8)	.083	1.79 (1.8)	.053	8.67 (4.614)	7.93
	บ่อยครั้ง-ประจำ	228 (66.1)	117 (33.9)		290 (84.1)	55 (15.9)		254 (73.6)	91 (26.4)		159 (46.1)	186 (53.9)		283 (82.0)	62 (18.0)		38 (54.3)	32 (45.7)		2.34 (2.2)		8.83 (5.214)	
การมีส่วนร่วมเลี้ยงดูของพ่อแม่ ^a	ไม่มี-นาน ๆ ครั้ง	37 (50.0)	37 (50.0)	.006 [*]	55 (74.3)	19 (25.7)	.061	48 (64.9)	26 (35.1)	.175	26 (35.1)	48 (64.9)	.105	56 (75.7)	18 (24.3)	.201	225 (66.0)	116 (34.0)	.018	1.82 (1.9)	.142	8.86 (4.699)	.130
	บ่อยครั้ง-ประจำ	228 (66.9)	113 (33.1)		285 (83.6)	56 (16.4)		248 (72.7)	93 (27.3)		155 (45.5)	186 (54.5)		280 (82.1)	61 (17.9)		38 (51.4)	36 (48.6)		2.18 (2.0)		7.94 (4.737)	
ฐานะการเงินของครอบครัว ^a	ลำบาก	172 (62.1)	105 (37.9)	.314	221 (79.8)	56 (20.2)	.115	187 (67.5)	90 (32.5)	.017	115 (41.5)	162 (58.5)	.252	217 (78.3)	60 (21.7)	.058	90 (65.7)	47 (34.3)	.475	1.58 (1.6)	.018	8.89 (4.711)	.570
	ไม่ลำบาก	92 (67.2)	45 (32.8)		118 (86.1)	19 (13.9)		108 (78.8)	29 (21.2)		65 (47.4)	72 (52.6)		118 (86.1)	19 (13.9)		172 (62.1)	105 (37.9)		2.02 (2.0)		8.61 (4.726)	
ปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ^a	ไม่มี	257 (64.9)	139 (35.1)	.043	323 (81.6)	73 (18.4)	.351	286 (72.2)	110 (27.8)	.065	177 (44.7)	219 (55.3)	.035	322 (81.3)	74 (18.7)	.408	255 (64.4)	141 (35.6)	.049	1.85 (1.9)	.207	8.67 (4.751)	.643
	มี	8 (42.1)	11 (57.9)		17 (89.5)	2 (10.5)		10 (52.6)	9 (47.4)		4 (21.1)	15 (78.9)		14 (73.7)	5 (26.3)		8 (42.1)	11 (57.9)		2.42 (2.4)		9.18 (3.948)	
การช่วยเหลือการเลี้ยงดู ^a	ไม่มี - นานๆ ครั้ง	204 (67.1)	100 (32.9)	.029	253 (83.2)	51 (16.8)	.239	224 (73.7)	80 (26.3)	.101	137 (45.1)	167 (54.9)	.359	243 (79.9)	61 (20.1)	.397	60 (54.5)	50 (45.5)	.022	1.95 (1.7)	.668	9.31 (5.215)	.125
	บ่อยครั้ง - ประจำ	61 (55.5)	49 (44.5)		86 (78.2)	24 (21.8)		72 (65.5)	38 (34.5)		44 (40.0)	66 (60.0)		92 (83.6)	18 (16.4)		203 (66.8)	101 (33.2)		1.86 (2.0)		8.5 (4.493)	

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเลี้ยงดู กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน (ต่อ)

ปัจจัย		emotional		p	conduct		p	hyperactivity		p	peer problems		p	prosocial behavior		p	total difficulties score		p	Game Addiction mean (SD)	p	ระยะเวลา การใช้สื่อ และ อินเทอร์เน็ต mean (SD)	p
		n (%)			n (%)			n (%)			n (%)			n (%)			n (%)						
		ปกติ n = 265 (63.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 150 (36.1%)		ปกติ n = 340 (81.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 75 (18.1%)		ปกติ n = 296 (71.3%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 119 (28.7%)		ปกติ n = 181 (43.6%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 234 (56.4%)		ปกติ n = 336 (81.0%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 79 (19.0%)		ปกติ n = 263 (63.4%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 152 (36.6%)					
การเลี้ยงดู																							
positive parenting practices ^b	ปกติ	144 (64.9)	78 (35.1)	.646	184 (82.9)	38 (17.1)	.588	159 (71.6)	63 (28.4)	.886	91 (41.0)	131 (59.0)	.248	197 (88.7)	25 (11.3)	<.001**	132 (59.5)	90 (40.5)	.076	1.91 (1.8)	.691	8.65 (4.779)	.845
	เสี่ยง	121 (62.7)	72 (37.3)		156 (80.8)	37 (19.2)		137 (71.0)	56 (29.0)		90 (46.6)	103 (53.4)		139 (72.0)	54 (28.0)		131 (67.9)	62 (32.1)		1.84 (2.0)		8.74 (4.647)	
parental involvement ^b	ปกติ	89 (67.4)	43 (32.6)	.301	112 (84.8)	20 (15.2)	.291	94 (71.2)	38 (28.8)	.972	52 (39.4)	80 (60.6)	.236	121 (91.7)	11 (8.3)	<.001**	77 (58.3)	55 (41.7)	.146	1.93 (1.9)	.704	9.19 (4.951)	.144
	เสี่ยง	176 (62.2)	107 (37.8)		228 (80.6)	55 (19.4)		202 (71.4)	81 (28.6)		129 (45.6)	154 (54.4)		215 (76.0)	68 (24.0)		186 (65.7)	97 (34.3)		1.86 (1.9)		8.46 (4.585)	
poor parental monitoring ^b	ปกติ	115 (67.3)	56 (32.7)	.228	153 (89.5)	18 (10.5)	<.001**	129 (75.4)	42 (24.6)	.121	69 (40.4)	102 (59.6)	.262	145 (84.8)	26 (15.2)	.096	109 (63.7)	62 (36.3)	.896	1.75 (1.7)	.244	8.56 (4.860)	.627
	เสี่ยง	150 (61.5)	94 (38.5)		187 (76.6)	57 (23.4)		167 (68.4)	77 (31.6)		112 (45.9)	132 (54.1)		191 (78.3)	53 (21.7)		154 (63.1)	90 (36.9)		1.97 (2.0)		8.79 (4.618)	
inconsistent discipline ^b	ปกติ	240 (70.6)	100 (29.4)	<.001**	294 (86.5)	46 (13.5)	<.001**	261 (76.8)	79 (23.2)	<.001**	150 (44.1)	190 (55.9)	.660	278 (81.8)	62 (18.2)	.376	235 (69.1)	105 (30.9)	<.001**	1.74 (1.8)	.001*	8.58 (4.730)	.005*
	เสี่ยง	25 (33.3)	50 (66.7)		46 (61.3)	29 (38.7)		35 (46.7)	40 (53.3)		31 (41.3)	44 (58.7)		58 (77.3)	17 (22.7)		28 (37.3)	47 (62.7)		2.52 (2.1)		9.21 (4.630)	
corporal punishment ^b	ปกติ	214 (65.8)	111 (34.2)	.109	278 (85.5)	47 (14.5)	<.001**	247 (76.0)	78 (24.0)	<.001**	146 (44.9)	179 (55.1)	.307	270 (83.1)	55 (16.9)	.037	215 (66.2)	110 (33.8)	.025	1.69 (1.8)	<.001**	8.84 (4.900)	.717
	เสี่ยง	51 (56.7)	39 (43.3)		62 (68.9)	28 (31.1)		49 (54.4)	41 (45.6)		35 (38.9)	55 (61.1)		66 (73.3)	24 (26.7)		48 (53.3)	42 (46.7)		2.58 (2.1)		8.13 (3.897)	
ความผูกพันต่อผู้เลี้ยงดูหลัก ^a	caring	24.5 (4.1)	24.5 (4.6)	.321	24.4 (4.0)	25.9 (5.4)	.028	24.5 (4.0)	25.2 (5.0)	.171	23.9 (3.7)	25.3 (4.6)	.001*	24.9 (4.1)	23.9 (4.9)	.108	24.4 (3.9)	25.3 (4.9)	.054		.225		.146
	overprotection	26.3 (6.1)	27.7 (6.5)		26.3 (5.8)	29.2 (7.5)		26.3 (5.7)	28.1 (7.4)		25.4 (5.5)	28.0 (6.6)		27.0 (6.2)	26.1 (6.6)		27.5 (6.2)	28.6 (7.0)		<.001**		.037	

a = t-test, b = chi-square test, * = p < 0.01, ** = p < 0.001

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น

ปัจจัยทำนาย	emotional		conduct		hyperactivity		peer problems		prosocial behaviour		total difficulties score		Game Addiction		ระยะเวลาการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ต	
	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	B (95%CI)	p	B (95%CI)	p
ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่น																
เพศหญิง ^a	2.76 (1.60 - 4.74)	<.001**	1.04 (.55 - 1.97)	.902	.74 (.43 - 1.28)	.282	1.12 (.70 - 1.79)	.638	.74 (.40 - 1.37)	.337	1.18 (.71 - 1.96)	.534	-.77 (-1.15 - -.40)	<.001**	.19 (-.84 - 1.22)	.175
อายุ	1.16 (.98 - 1.36)	.078	1.00 (.80 - 1.24)	.984	1.18 (.98 - 1.42)	.079	1.05 (.90 - 1.22)	.534	.83 (.67 - 1.02)	.077	1.05 (.89 - 1.24)	.579	-.10 (-.22 - .02)	.111	.12 (.21 - .45)	.461
ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ^b	1.79 (.74 - 4.33)	.198	3.47 (1.15 - 10.45)	.027	4.76 (1.84 - 12.35)	.001*	2.55 (1.12 - 5.83)	.027	1.40 (.50 - 3.91)	.517	3.29 (1.39 - 7.83)	.007*	.95 (.30 - 1.59)	.004*	-2.22 (-3.97 - -.48)	.013
ระดับผลการเรียนเฉลี่ย <3.00 ^c	.77 (.31 - 1.91)	.578	1.00 (.36 - 2.77)	.994	1.06 (.43 - 2.59)	.900	.96 (.42 - 2.20)	.918	4.04 (1.67 - 9.79)	.002*	1.00 (.41 - 2.45)	.997	-.80 (1.46 - (-.15)	.016	-1.06 (-2.85 - .73)	.245
เคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิต ^d	N/A	.999	10.08 (.68 - 149.68)	.093	4.04 (.37 - 43.97)	.252	N/A	.999	1.40 (.21 - 9.33)	.726	7.23 (.57 - 92.15)	.128	.54 (-.87 - 1.98)	.444	-2.36 (-6. - 1.45)	.224
ปัจจัยส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลัก																
อายุ >60 ปี ^e	.93 (.41 - 2.09)	.856	.44 (.16 - 1.20)	.110	.40 (.16 - 1.02)	.056	.741 (.34 - 1.61)	.448	1.07 (.39 - 2.89)	.902	1.01 (.44 - 2.29)	.992	.04 (-.56 - .64)	.901	-.191 (-1.82 - 1.44)	.818
ระดับการศึกษามัธยมศึกษา - ต่ำกว่า ^f	.74 (.37 - 1.45)	.378	4.49 (1.24 - 16.32)	.022	1.49 (.66 - 3.35)	.332	.649 (.34 - 1.61)	.187	1.26 (.47 - 3.38)	.641	1.03 (.55 - 2.01)	.944	-.39 (-.90 - .12)	.129	-1.33 (-2.69 - .04)	.056
มีโรคประจำตัว ^g	1.68 (.98 - 2.88)	.060	.89 (.43 - 1.90)	.754	.82 (.44 - 1.52)	.533	.991 (.60 - 1.65)	.971	.77 (.38 - 1.56)	.467	.72 (.41 - 1.27)	.258	.08 (-.33 - .49)	.685	-.72 (-1.82 - 1.44)	.205
ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม																
ไม่ใช่ครอบครัวข้ามรุ่น ^h	.84 (.38 - 1.84)	.662	.66 (.23 - 1.90)	.439	.65 (.26 - 1.59)	.343	.49 (.23 - 1.04)	.064	.62 (.24 - 1.60)	.321	.89 (.40 - 2.02)	.788	-.39 (-.97 - .20)	.194	1.02 (-.56 - 2.60)	.204
อาศัยกับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพัง ก่อน 3 ปี	1.08 (.59 - 1.97)	.799	.69 (.31 - 1.55)	.365	.77 (.39 - 1.52)	.452	.90 (.51 - 1.58)	.706	.98 (.47 - 2.01)	.951	1.31 (.72 - 2.40)	.374	-.13 (-.38 - .13)	.322	.35 (-.35 - 1.04)	.328
อาศัยกับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพัง หลัง 3 ปี	.64 (.30 - 1.33)	.232	.63 (.26 - 1.55)	.297	.83 (.39 - 1.77)	.626	.88 (.45 - 1.72)	.704	.72 (.30 - 1.75)	.473	.61 (.29 - 1.27)	.185				
การติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ ไม่มี - นานๆ ครั้ง	1.60 (.81 - 3.09)	.183	2.22 (1.02 - 4.83)	.045	2.55 (1.24 - 5.25)	.011	2.11 (1.07 - 4.15)	.031	1.05 (.47 - 2.33)	.908	1.75 (.87 - 3.51)	.117	.57 (.04 - 1.09)	.034	.71 (-.72 - 2.15)	.329
การมีส่วนร่วมเลี้ยงดูของพ่อแม่ ไม่มี - นานๆ ครั้ง ⁱ	1.96 (.88 - 4.34)	.098	1.69 (.63 - 4.52)	.293	1.06 (.44 - 2.60)	.895	1.63 (.76 - 3.53)	.211	1.26 (.48 - 3.28)	.643	1.36 (.61 - 3.04)	.454	.05 (-.55 - .65)	.859	-1.52 (-3.15 - .11)	.067
ฐานะทางการเงินค่อนข้าง - ลำบากเล็กน้อย ^j	1.28 (.77 - 2.14)	.342	1.13 (.59 - 2.18)	.718	1.81 (1.02 - 3.23)	.044	1.63 (.76 - 3.53)	.336	1.55 (.80 - 3.00)	.192	1.08 (.65 - 1.80)	.772	.41 (.03 - .79)	.035	.48 (-.54 - 1.50)	.357
มีปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ^k	1.20 (.37 - 3.86)	.761	.11 (.01 - 1.30)	.080	2.13 (.61 - 7.45)	.238	2.34 (.66 - 8.28)	.186	1.94 (.50 - 7.49)	.339	1.67 (.52 - 5.34)	.391	.33 (-.55 - 1.21)	.462	1.09 (-1.27 - 3.45)	.365
การช่วยเหลือการเลี้ยงดู ไม่มี - นานๆ ครั้ง ^l	.53 (.31 - .90)	.018	.68 (.35 - 1.31)	.252	.60 (.34 - 1.06)	.078	.75 (.46 - 1.25)	.271	1.57 (.77 - 3.19)	.214	.62 (.37 - 1.06)	.079	-.13 (-.52 - .27)	.535	-1.07 (-2.15 - .01)	.053
ลักษณะการเลี้ยงดูเด็ก																
positive parenting practices ^o	.80 (.50 - 1.41)	.433	.81 (.40 - 1.62)	.544	.87 (.47 - 1.62)	.653	.81 (.47 - 1.39)	.447	2.52 (1.24 - 5.13)	.011	.63 (.35 - 1.12)	.111	-.04 (-.25 - .18)	.741	.17 (-.41 - .75)	.570
parental involvement ^o	1.23 (.66 - 2.32)	.517	.82 (.37 - 1.79)	.615	.87 (.44 - 1.73)	.700	.88 (.48 - 1.58)	.662	2.68 (1.07 - 6.69)	.036	.74 (.38 - 1.39)	.348	.09 (-.15 - .33)	.468	-.37 (-1.10 - .27)	.256
poor parental monitoring ^o	.83 (.48 - 1.46)	.524	2.17 (1.02 - 4.62)	.045	1.59 (.86 - 2.97)	.142	1.05 (.62 - 1.78)	.845	1.01 (.50 - 2.04)	.977	1.15 (.66 - 2.02)	.625	.19 (-.02 - .40)	.074	.26 (-.31 - .83)	.366
inconsistent discipline ^o	5.55 (2.94 - 10.47)	<.001**	2.97 (1.48 - 5.97)	.002*	3.33 (1.77 - 6.28)	<.001**	1.05 (.58 - 1.90)	.879	.96 (.45 - 2.04)	.917	4.06 (2.19 - 7.56)	<.001**	.30 (.06 - .54)	.014	.43 (-.22 - 1.09)	.199
corporal punishment ^o	1.15 (.61 - 2.17)	.679	1.57 (.78 - 3.13)	.205	1.89 (1.01 - 3.53)	.045	1.10 (.62 - 1.95)	.756	1.36 (.68 - 2.74)	.386	1.01 (.54 - 1.88)	.982	.14 (-.10 - .37)	.253	.24 (-.88 - .41)	.473
ความผูกพันระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก																
ความผูกพันแบบ caring	1.00 (.94 - 1.07)	.972	1.02 (.94 - 1.10)	.675	.99 (.93 - 1.06)	.825	1.05 (.99 - 1.12)	.096	.94 (.87 - 1.02)	.114	.99 (.93 - 1.06)	.782	-.01 (-.06 - .04)	.589	-.09 (-.22 - .04)	.179
ความผูกพันแบบ overprotection	1.02 (.97 - 1.07)	.372	1.07 (1.01 - 1.13)	.022	1.04 (.99 - 1.09)	.168	1.05 (1.01 - 1.10)	.018	.99 (.94 - 1.05)	.705	1.08 (1.03 - 1.13)	.002**	.03 (-.01 - .06)	.113	.04 (-.05 - .14)	.350

a = เทียบกับเพศชาย, b = เทียบกับระดับชั้นมัธยมศึกษา, c = เทียบกับระดับผลการเรียนเฉลี่ย >3.00, d = เทียบกับไม่เคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิต, e = เทียบกับอายุ <60 ปี, f = เทียบกับระดับการศึกษาปริญญาตรี-สูงกว่าปริญญาตรี, g = ไม่มีโรคประจำตัว, h = เทียบกับลักษณะครอบครัวข้ามรุ่น, i = เทียบกับไม่เคยพักอาศัยกับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพัง, j = เทียบกับการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่บ่อยครั้ง-ประจำ, k = เทียบกับมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูของพ่อแม่บ่อยครั้ง-ประจำ, l = เทียบกับฐานะทางการเงินของครอบครัวไม่ลำบาก เพียงพอ-เหลือเก็บ, m = เทียบกับไม่มีปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว, n = เทียบกับการช่วยเหลือเลี้ยงดูจากญาติพี่น้อง บ่อยครั้ง-ประจำ, o = อยู่ในเกณฑ์คะแนนระดับปกติ, N/A = ไม่สามารถอ่านค่าได้, * = p < 0.01 และ ** = p < 0.001

การสนับสนุนทางสังคม (social support)³³⁻³⁴ นอกจากนี้ Michelle Rosenthal และคณะ³⁵ พบว่าในช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ที่ครอบครัวข้ามรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง จึงอาจทำให้ผลที่ได้ในการศึกษานี้ต่างจากการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศ นอกจากนี้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันได้ รวมถึงการศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค covid-19 ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิต เช่น การงดการเรียนในชั้นเรียน การเรียนออนไลน์ การจำกัดเดินทาง³⁶⁻³⁸ และการย้ายที่อยู่ของเด็กและวัยรุ่นชั่วคราวไปอยู่อาศัยกับปู่/ย่า/ตา/ยายที่ต่างจังหวัด³⁹ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นอาจส่งผลต่อปัญหาภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมที่เพิ่มมากขึ้นทุกรูปแบบครอบครัวได้

ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลัก ปัจจัยครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดู ความผูกพันกับผู้เลี้ยงดู ระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว มีความแตกต่างกัน

จากการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นมีสถานภาพบิดามารดาแยกกันอยู่/หย่าร้าง/เสียชีวิตมากกว่า และมีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่/ย่า/ตา/ยายน้อยกว่า ซึ่งที่มาของครอบครัวข้ามรุ่นเกิดจากสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ส่งผลให้พ่อแม่ต้องย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น รวมถึงการมีปัญหาคู่ครองได้แก่ การเป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว⁴⁰ การแยกทางกับคู่สมรส การมีภาระการทำงานที่มากขึ้นในปัจจุบัน⁵ ทำให้ปู่/ย่า/ตา/ยายต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแทน พ่อแม่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูและติดต่อสื่อสารกับเด็กน้อยกว่าครอบครัวรูปแบบอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thianlai และ Hutaphaed⁴⁰ ที่พบว่าในครอบครัวข้ามรุ่นพ่อแม่มักกลับมาเยี่ยมเฉลี่ยปีละ 1 - 2 ครั้ง และใช้การติดต่อผ่านโทรศัพท์มือถือติดต่อแทน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า ครอบครัวข้ามรุ่นมักได้รับการช่วยเหลือดูแลจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Karittha Onkeaw³¹ ที่พบว่าเด็กในครอบครัวข้ามรุ่นมักได้รับความช่วยเหลือจากโรงเรียน และชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนที่ช่วยให้การอาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นดำเนินต่อไปได้⁵

ด้านปัจจัยผู้เลี้ยงดูหลักพบว่า ครอบครัวข้ามรุ่นผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีระดับการศึกษา

สูงสุดต่ำกว่า และมีปัญหาสุขภาพสูงกว่าผู้เลี้ยงดูของครอบครัวลักษณะอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ซึ่งพบว่าผู้รับผิดชอบเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น ร้อยละ 34 มีอายุที่มากกว่า 65 ปี⁴¹ และมีโรคประจำตัวทางกาย²⁻³ และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา^{6,42} และพบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมีการมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดู (parental involvement) ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวเดี่ยวและขยาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jampaklay และคณะ⁴³ พบว่าเด็กในครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มได้รับการสนับสนุนในการทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการต่างๆ น้อยกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวลักษณะอื่นๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากอายุของผู้ดูแลที่มากและปัญหาสุขภาพกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ปวดตามร่างกาย^{9,3} รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด⁴⁴ โดยปู่/ย่า/ตา/ยาย ร้อยละ 29 ระบุว่า มีระดับสุขภาพจิต (mental health) และด้านอารมณ์ (emotional) อยู่ในระดับต่ำถึงพอใช้³³ ซึ่งจากที่กล่าวมาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีข้อจำกัดในการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นอย่างเหมาะสม รวมทั้งการทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาสุขภาพกายและใจของเด็กและวัยรุ่นได้

ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดู ปัจจัยครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงดู ความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูหลัก มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น

จากการศึกษาแม้ไม่พบว่าลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น แต่พบว่าลักษณะการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างครอบครัวแต่ละประเภท เป็นปัจจัยที่สำคัญกับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยจากการศึกษาพบว่าการมีความผูกพันต่อผู้เลี้ยงดูหลัก แบบควบคุมหรือปกป้องมากเกินไป (overprotection) สัมพันธ์กับการเพิ่มของภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมของวัยรุ่นอยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Yuli Li และคณะ⁴⁵ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปู่/ย่า/ตา/ยายเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และมีเลี้ยงแบบดูแลและปกป้องมากเกินไป สัมพันธ์กับการมีปัญหสุขภาพจิตด้านอารมณ์และพฤติกรรม และการศึกษานี้พบปัจจัยการเลี้ยงดูแบบไม่มีวินัยอย่างสม่ำเสมอ (inconsistent discipline) มีความสัมพันธ์กับปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกราะ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ภาวะสุขภาพจิตภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nancy E. Hill และคณะ⁴⁶ และการศึกษาของ Cuong และคณะ⁴⁷ พบว่าการเลี้ยงดู

แบบไม่มีวินัยอย่างสม่ำเสมอสัมพันธ์การเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า (depressive symptoms) ปัญหาพฤติกรรม (conduct problems)

ด้านปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูพบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมหรือมัธยมศึกษาสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Tippavan Surinya⁴⁸ พบว่าวัยรุ่นชายที่มีระดับการศึกษาของบิดาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมก้าวร้าวแตกต่างกัน โดยวัยรุ่นที่บิดามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าผู้เลี้ยงดูที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นพบว่า เพศหญิงมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ (emotional) สูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบความชุกปัญหาสุขภาพจิตด้านอารมณ์ได้แก่ โรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในเพศหญิงมากกว่าชาย⁴⁹ ในขณะที่เพศชายพบปัญหาติดเกมมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ko Chin-Hung และคณะ⁵⁰ และการศึกษาพบว่าระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายพบมีปัญหาสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมอยู่ไม่น้อย ภาวะสุขภาพจิตในภาพรวม และติดเกมที่สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ซึ่งจากการศึกษาของ kolkijikovin และคณะ⁵¹ พบว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความเสี่ยงติดเกมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับชั้นประถมศึกษา ด้านระดับผลการเรียนพบว่าผู้ที่ระดับผลการเรียนเฉลี่ย <3.00 สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมดีทางสังคมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 2.50 มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านสุขภาพจิต (mental health) น้อยกว่าผู้ที่ได้เกรดเฉลี่ยมากกว่า >2.50³¹

จากความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสมกับการเสี่ยงหรือมีปัญหาวาภาวะสุขภาพจิตดังได้กล่าวมา การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม โดยเฉพาะในปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่ให้การดูแลบุตรหลานจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไปที่พบได้มากในครอบครัวข้ามรุ่นมากกว่าครอบครัวรูปแบบอื่น ซึ่งส่วนหนึ่งปู่/ย่า/ตา/ยาย อาจใช้เพื่อจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ในบุตรหลานที่ตนดูแล⁵² ซึ่งอาจเนื่องมาจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลบุตรหลานอย่างเหมาะสม โดยพบว่าปู่/ย่า/ตา/ยายที่เลี้ยงดูบุตรหลานอาจขาดความรู้และทักษะในเรื่องต่างๆ เช่น ทักษะการเลี้ยงดู การจัดการปัญหาพฤติกรรม ทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด หรือการจัดการกับความรู้สึกเศร้าจากการสูญเสีย

พ่อแม่ของเด็ก (grief) ซึ่งการให้ความรู้เหล่านี้อาจช่วยเหลือให้ปู่/ย่า/ตา/ยาย สามารถที่จะดูแลบุตรหลานได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น^{19,53} แต่อย่างไรก็ตามปู่/ย่า/ตา/ยาย อาจมีแรงต้านเนื่องจากพวกเขาอาจตีความว่าการอบรมการเลี้ยงดูเหล่านี้แปลว่าพวกเขาเลี้ยงดูลูกของเขาไม่ถูกต้องหรือผิดวิธี⁵⁴ การเริ่มต้นอบรมด้วยเรื่องปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยอาจช่วยลดแรงต้านดังกล่าวลงได้¹⁹ นอกจากนี้การตระหนักถึงภาระของเด็กที่อาจต้องช่วยเหลือดูแลปู่/ย่า/ตา/ยาย รวมถึงภาระหน้าที่ในบ้านร่วมด้วยก็มีความสำคัญ เนื่องจากการรับผิดชอบของเด็กที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่การมีภาวะผู้ใหญ่หลอก (pseudo adult) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กในด้านต่างๆ ต่อไป²²

จุดแข็งและจุดอ่อน

การวิจัยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบครอบครัวต่างๆ ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาก่อนหน้านี้อยู่น้อย และมีการคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ลักษณะการเลี้ยงดู การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเพื่อนบ้าน ช่วงระยะเวลาและช่วงอายุที่อาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทในประเทศไทยและน่าที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดต่างๆ เช่น 1) เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงอาจไม่สามารถสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ได้ จึงควรมีการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) ในการศึกษาถัดไป 2) การศึกษานี้ทำในประชากรจังหวัดเพชรบูรณ์รวมถึงเป็นเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษาเท่านั้น การศึกษาถัดไปจึงควรทำในประชากรที่ครอบคลุมมากขึ้น 3) การศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงที่อยู่การพักอาศัย การเรียนรูปแบบการใช้ชีวิต ส่งผลให้มีผลกระทบต่อดัชนีที่ใช้ในการศึกษา 4) การศึกษานี้ใช้เครื่องมือ SDQ เพื่อวัดการมีปัญหาวาภาวะสุขภาพจิต ซึ่งอาจไม่ได้สะท้อนถึงการมีโรคหรือปัญหาสุขภาพจิต หากต้องการทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบครอบครัวและการเลี้ยงดูกับโรคหรือปัญหาสุขภาพจิต การศึกษาถัดไปควรใช้เครื่องมือที่สะท้อนถึงโรคหรือปัญหาสุขภาพจิตตามเกณฑ์การวินิจฉัย อย่างไรก็ตามแบบวัด IGD Scale-9 TH ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบวัดที่ได้มีการเทียบเคียงกับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์²⁶ จึงอาจเป็นเครื่องมือหนึ่งซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการติดเกมอินเทอร์เน็ตตามเกณฑ์การวินิจฉัยได้ และ 5) อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องเพิ่มเติมที่ไม่ได้เก็บข้อมูลในการศึกษานี้

ซึ่งอาจส่งผลกับผลการศึกษา เช่น การเข้ารับการรักษาสุขภาพจิตของวัยรุ่นและผู้ปกครอง ความลำบากในครอบครัว (family adversity) เช่น การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว การดื่มสุราและใช้สารเสพติดในครอบครัว ดังนั้นการนำผลไปใช้ควรคำนึงถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย

สรุป

แม้การศึกษานี้จะไม่พบว่าวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นมีปัญหาวัยรุ่นในครอบครัวแตกต่างจากครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ แต่พบว่าลักษณะการเลี้ยงดูและการมีความผูกพันต่อผู้เลี้ยงดูที่เหมาะสม รวมถึงการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่อย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น และพบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีลักษณะการเลี้ยงดูที่เสี่ยง อาจจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะสุขภาพจิตมากกว่า รวมถึงขาดการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูหรือการพูดคุยสื่อสารจากพ่อแม่มากกว่าครอบครัวประเภทอื่นๆ ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและวัยรุ่นจึงควรที่จะส่งเสริมการเลี้ยงดูให้มีระเบียบวินัยอย่างสม่ำเสมอ ใช้การเลี้ยงดูเชิงบวก ลดการดูแลแบบปกป้องมากเกินไปหรือการลงโทษทางกาย และเพิ่มการสอดคล้องดูแล รวมถึงการสนับสนุนให้มีการติดต่อสื่อสารและช่วยเหลือการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้หน่วยงานที่มีบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ควรมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ซึ่งอาจช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นทั้งในครอบครัวข้ามรุ่นและครอบครัวลักษณะอื่นๆ ได้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

จิตติรัตน์ สันธิ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; นิดา ลิ้มสุวรรณ ออกแบบการศึกษา และตรวจสอบแก้ไขบทความ; โชษิตา ภาวสุทธิไพบูลย์ ตรวจสอบแก้ไขบทความ; พัชรินทร์ เสรี ตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Trangkasombat U. Family therapy and family counseling. Bangkok: Family research and development center; 2018.
2. Peek C, Im-em W, Tangthanaset R. The state of Thailand's population 2015 features of Thai families in the era of low fertility and longevity. Institute of population and social research, Mahidol University; the National Economic and Social Development Board; 2015.
3. Runghairun U. A study of the quality of life elderly in skipped-generation family in Northeast Thailand. Panyapiwat Journal 2021;13:226-39.
4. Hongthai K, Jongudomkarn D. A phenomenological study on older persons as a breadwinner of a skipped-generation family: day by day coping journey in Thai context. Int J Qual Stud on Health Well-being 2021;16:2-11.
5. Komjakraphan P, Chansawang W. The lived experience of living in skipped-generation household among Southern Thai elders. Songklanagarind J Nurs 2015;33:33-55.
6. Rutchatawat A. A comparison of the cognitive development of school-age children reared by their grandparents and those reared by their parents in the rural area of Phaisali district, Nakhon Sawan Province [the degree of master of public health]: Mahidol University; 2003.
7. Hongthai K, Jongudomkarn D. Older person who raising teenage grandchildren in the present age. Nurs Health Sci 2020;43:97-109.
8. Fuller-Thomson E. Grandparents raising grandchildren in Canada: A profile of skipped generation families. McMaster university; 2005.
9. Hongthai K, Jongudomkarn D. Grandchildren-raising burden of older people in skipped-generations families. JTNMC 2021;36:72-88.
10. Smith G, Palmieri P. Risk of psychological difficulties among children raised by custodial grandparents. Psychiatr Serv 2007;58(10):1303-10.
11. Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Nanthamongkolchai C. Influence of child rearing by grandparent on the development of children aged six to twelve years. J Med Assoc Thai 2009; 92(3):430-4.
12. Wake M, Australia. Department of Families H, Community Services, Affairs I, Berthelsen D, Sanson A, Hardy P, et al. Social Policy Research Paper No. 36: How well are Australian infants and children aged 4-5 doing?: Findings from the longitudinal study of Australian children wave 1: Australian Government - Department of Social Services; 2008.
13. Dubas JS. How gender moderates the grandparent-grandchild relationship: A comparison of kin-keeper and kin-selector theories. J Fam Issues 2001;22(4):478-92.
14. Patterson DL. Adolescent mothering: Child-grandmother attachment. J Pediatr Nurs 1997;12(4):228-37.
15. Kennedy GE. College students' expectations of grandparent and grandchild role behaviors. Gerontol 1990;30(1):43-8.
16. Wilson MN. The black extended family: An analytical consideration. Dev Psychol 1986;22:246-58.
17. Jendrek MP. Grandparents who parent their grandchildren: circumstances and decisions. Gerontol 1994;34(2):206-16.
18. Whitley DM, Lamis DA, Kelley SJ. Mental health stress, family resources and psychological distress: A longitudinal mediation analysis in African American grandmothers raising grandchildren. J Clin Psychol 2016;72(6):563-79.
19. Wohl E, Lahner J, Jooste J. Group processes among grandparents

- raising grandchildren. In: Hayslip B, Patrick J, editors. Working with custodial grandparents. New York: Springer; 2003. p. 195–212.
20. Musil CM. Health, stress, coping, and social support in grandmother caregivers. *Health Care Women Int* 1998;19(5):441–55.
21. Ingersoll-Dayton B, Tangchonlatip K, Punpuing S, Yakas L. Relationships between grandchildren and grandparents in skipped generation families in Thailand. *J Intergenerational Relatsh* 2018;16(3):256–74.
22. Bavolek SJ, Keene RG. Adult–adolescent parenting inventory–2: Administration and development handbook. Park City, UT: Family Development Resources; 1999.
23. Wongpiromsarn Y, Nuanmanee S, Mongkol A, Wipulakorn P, Woener W. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Thai improved version: change and administration. *J Ment Health Thai* 2011;19(2):128–34.
24. Woerner W, Nuanmanee S, Becker A, Wongpiromsarn Y, Mongkol A. Normative data and psychometric properties of the Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Ment Health Thai* 2011;19(1):42–57.
25. Lemmens JS, Valkenburg PM, Gentile DA. The Internet Gaming Disorder Scale. *Psychol Assess* 2015;27(2):567–82.
26. Boonyaprasert U, Kiatrungrit K. Validity and reliability of the Thai Internet Gaming Disorder Scale 9-item (IGD Scale-9 TH) in adolescents at psychiatric out-patient unit. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2021;66(3):243–60.
27. Khamon A, Charmsil C, Srisurapanont M, Suradom C. Development and validation of the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ). *J Ment Health Thai* 2019;27(2):107–20.
28. Vongsirimas N, Sitthimongkol Y, Wiratchai N, Beeber L, Sangorn S. The parental bonding instrument (Thai version): Psychometric testing for use in adolescents with depressed mothers. *J Nurs Sci* 2011;29:19–28.
29. Pilkauskas NV, Dunifon RE. Understanding grandfamilies: Characteristics of grandparents, nonresident parents, and children. *J Marriage Fam* 2016;78(3):623–33.
30. Masfety VK, Aarnink C, Otten R, Bitfoi A, Mihova Z, Lesinskiene S, et al. Three-generation households and child mental health in European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54(4):427–36.
31. Onkeaw K. Quality of life of children and youths in skipped generation families in Thailand's northeastern region. *JHSTRU* 2020;15:93–104.
32. Watyotha W, Samahito C. The study of child rearing behaviors of young children in skipped-generation families in Maha Sarakham province. *Kasetsart Educational Review* 2019;34(1):91–7.
33. Shakya HB, Usita PM, Eisenberg C, Weston J, Liles S. Family well-being concerns of grandparents in skipped generation families. *J Gerontol Soc Work* 2012;55(1):39–54.
34. Sampson D, Hertlein K. The experience of grandparents raising grandchildren. *GrandFamilies: The Contemporary Journal of Research, Practice and Policy* 2015;2(1).
35. Rosenthal M, Littlewood K, Langosch D, Cooper L, Fedus D. GrOW national study of grandfamilies during COVID-19: Wave I and Wave II results and recommendations. *GrandFamilies: The Contemporary Journal of Research, Practice and Policy* 2022;7(1):52–61.
36. Shah K, Mann S, Singh R, Bangar R, Kulkarni R. Impact of COVID-19 on the mental health of children and adolescents. *Cureus* 2020;12(8).
37. Fitzpatrick O, Carson A, Weisz JR. Using mixed methods to identify the primary mental health problems and needs of children, adolescents, and their caregivers during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Child Psychiatry Hum Dev* 2021;52(6):1082–93.
38. Saxena R, Vivek G, Vaishali R, Rebika D, Bhardawaj A, Vashist P. Lifestyle modification in school-going children before and after COVID-19 lockdown. *Indian J Ophthalmol* 2021;69(12):3623–9.
39. Department of Disease Control. Corona Virus Disease (COVID-19) Situation 2022 [Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/situation.php>].
40. Thianlai K, Hutaphaed W. Distance people: communication of skipped-generation household. *Soc Dev* 2019;21.
41. Conway F, Jones S, Speakes-Lewis A. Emotional strain in caregiving among African American grandmothers raising their grandchildren. *J Women Aging* 2011;23(2):113–28.
42. Wen M, Ren Q, Korinek K, Trinh HN. Living in skipped generation households and happiness among middle-aged and older grandparents in China. *Soc Sci Res* 2019;80:145–55.
43. Jampaklay A, Tangchonlatip K, Richter K, Nanthamongkolchai S, Lucktong A, Prasithima C. The impact of Internal migration on early childhood well-being and development. Bangkok; 2016.
44. Hung S, Fung K, Lau A. Grandparenting in Chinese skipped-generation families: Cultural specificity of meanings and coping. *J Fam Stud* 2018;27(2):196–214.
45. Li Y, Cui N, Kok H, Deatrick J, Liu J. The relationship between parenting styles practiced by grandparents and children's emotional and behavioral problems. *J Child Fam Stud* 2019;28(7):1899–913.
46. Hill NE, Bush KR, Roosa MW. Parenting and family socialization strategies and children's mental health: low-income Mexican-American and Euro-American mothers and children. *Child Dev* 2003;74:189–204.
47. Cuong VM, Assanangkornchai S, Wichaidit W, Minh Hanh VT, My Hanh HT. Associations between gaming disorder, parent-child relationship, parental supervision, and discipline styles: Findings from a school-based survey during the COVID-19 pandemic in Vietnam. *J Behav Addict* 2021;10(3):722–30.
48. Surinya T. The effects of self-esteem, anger control, coping behavior and attitudes toward the violence on aggressive behavior of Thai male adolescence. *Asian Acad Res J Soc Sci Humanit* 2015;21(2):193–244.
49. Panyayong B, Wacharasindhu A. Psychiatric disorder of school-age children in Bangkok: Epidemiologic study. 1998.
50. Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Yen CF. Gender differences and related factors affecting online gaming addiction among Taiwanese adolescents. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(4):273–7.



51. Kolkijkovin V, Wisitpongaree C, Techakasem P, Pornnoppadol C, Supawattanabodee B. Computer game addiction: Risk and protective factors in students in Dusit district, Bangkok. *Vajira Med J* 2015;59(3):1-13.
52. Li J, Ahemaitijiang N, Han ZR, Jin Z. Grandparents' parenting on children's internalizing symptoms: The serial mediation of parents' psychological control and children's emotion regulation. *J Fam Issues* 2018;39(17):3996-4018.
53. Silverstein N, Vehvilainen L. Grandparents and schools: Issues and potential challenges. In: Cox C, editor. *To grandmother's house we go and stay: Perspectives on custodial grandparents*. New York: Springer; 2000. p. 268-82.
54. Pinson-Millburn NM, Fabian ES, Schlossberg NK, Pyle M. Grandparents raising grandchildren. *J Couns Dev*.1996;74:548-54.