



สุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์

Mental Health and Self-Esteem of Orphans

วรชัย สุริเยนทรากกร*, อานนท์ วิทยานนท์*

Worachai Suriyentrakorn*, Arnont Vittayanont*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต และความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านสงขลา จังหวัดสงขลา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์ที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไปฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-12) และแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์กจำนวน 10 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 66 ราย ตอบแบบสอบถามครบทุกราย ผลการศึกษาพบว่า เด็กร้อยละ 28.8 มีผลการคัดกรองสุขภาพจิตทั่วไปผิดปกติ ร้อยละ 18.2 ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 75.7 มีการสัมผัสของพี่เลี้ยง ภาวะน้ำหนัก (BMI) และการมีประวัติโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.044$, <0.001 และ 0.004 ตามลำดับ) และพบว่าการทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.028$)

สรุป การศึกษานี้พบปัญหาทางสุขภาพจิตต่ำกว่าการศึกษาอื่นๆ และพบว่าเด็กกำพร้ามีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าการศึกษาอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเอง

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ความภาคภูมิใจในตนเอง, เด็กกำพร้า

Corresponding author: วรชัย สุริเยนทรากกร

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(2): 165-178

ABSTRACT

Objective : To determine the mental health and self-esteem of orphans in Songkhla Children's Home.

Methods : This cross-sectional descriptive study was conducted at Songkhla Children's Home. Sixty-six orphans aged 7 years or more completed the Thai General Health Questionnaire (GHQ-12) and 10 questions from Rosenberg Self-Esteem Scale. Data were analyzed using descriptive statistics. The results are shown in frequency and percentage.

Results : 28.8% of samples had mental health problem; 18.2% of them had medium level self-esteem, 75.7% had high level self-esteem, and 6.1% scored the highest level for self-esteem. Moreover, the warm embrace of orphan caregivers, Body Mass Index (BMI), and history of the disease were associated with mental health ($p=0.044$, <0.001 and 0.004 respectively). We found that having a quarrel with a friend was also associated with self-esteem ($p=0.028$).

Conclusions : This study showed a lower percentage of mental health problems in orphans compared with other studies. We also found a higher percentage of self-esteem compared with other studies. The relationship between self-esteem and mental health problems was not found.

Keywords : mental health problems, self-esteem, orphans

Corresponding author: Worachai Suriyentrakorn

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(2): 165-178

บทนำ

สถานการณ์เด็กกำพร้าของโลกที่ประเมินโดย องค์การยูนิเซฟในปี พ.ศ.2553 พบว่ามีเด็กที่กำพร้า พ่อหรือแม่ จำนวน 153 ล้านราย และในจำนวนนี้มี 17.8 ล้านราย ที่กำพร้าทั้งพ่อและแม่ และได้ประมาณการจำนวนเด็กกำพร้าในประเทศไทยว่ามีจำนวน 1,400,000 ราย¹ ซึ่งจากการสำรวจของสถาบันวิจัย ประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ประมาณ จำนวนเด็กกำพร้าในปีพ.ศ.2549 ว่ามีเด็กกำพร้า ประมาณ 1,094,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 6.5 ของเด็กที่อายุ 0-14 ปีทั้งหมดโดยแยกเป็นเด็กกำพร้าที่เกิด จากเอดส์ 380,000 ราย และสาเหตุอื่น 714,000 ราย ซึ่งปัจจุบันเด็กกำพร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง²

สาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาเด็กกำพร้าในปัจจุบันนอกจากปัญหาด้านเอดส์แล้วยังเกิดจากการ ถูกทอดทิ้งจากแม่วัยเรียน ครอบครัวแตกแยก ครอบครัว มีฐานะยากจน มีบุตรจำนวนมากหัวหน้าครอบครัวต้อง รับภาระเพียงผู้เดียว หัวหน้าครอบครัวหรือสมาชิกใน ครอบครัวเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ติดยาเสพติด พิการ์ ต้อง โทษจำคุก รวมถึงจากปัญหาภัยพิบัติต่างๆ และปัญหา ก่อการร้าย³

เด็กกำพร้าเหล่านี้ส่วนหนึ่งจะถูกส่งเข้าสู่สถานรับ เลี้ยงเด็กกำพร้าในที่ต่างๆ โดยเด็กจะได้รับการอุปการะ จากสถานสงเคราะห์ในด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ที่พัก อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และการศึกษาพื้นฐาน เด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์จะถูกเลี้ยงแบบรวม สภาพการเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันของเด็กเป็นรายบุคคล ได้ เนื่องจากความจำกัดในเรื่องบุคลากร⁴ เด็กที่ไม่ได้อยู่ กับบิดามารดาจะขาดความรักความอบอุ่น ดังนั้นที่เลี้ยง จึงมีบทบาทที่สำคัญในการทดแทนสิ่งที่เด็กต้องการโดย พบว่าเด็กที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากพี่เลี้ยงจะ มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากไม่ได้รับการ ดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร เด็กจะเกิดความคับข้องใจ มองโลกในแง่ร้าย มองคนอื่นเป็นศัตรูมากกว่าเป็นมิตร ทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้านบุคคลอื่นและ

ต่อต้านสังคม ส่งผลต่อสุขภาพจิตของเด็กเหล่านั้นใน ระยะเวลา มีผลต่อการแก้ปัญหาในชีวิต ความมั่นใจ ในตนเองและมีแนวโน้มต่อการกระทำผิดได้โดยง่าย^{3,5} เด็กกำพร้าเหล่านี้ยังมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อน การทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนพบได้สูงกว่าเด็กทั่วไป รวมทั้งปัญหาการไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนล้นเป็น ปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของเด็ก⁶ นอกจากนี้เด็กที่มี ปัญหาเรื่องการติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วยจะมีปัญหาด้าน การยอมรับของสังคม การเข้ากับกลุ่มเพื่อนซึ่งส่งผลให้ เด็กกลุ่มนี้มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็ก ที่ไม่มีปัญหาการติดเชื้อเอดส์⁷

สำหรับปัจจัยด้านความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) พบว่า สัมพันธภาพกับผู้ดูแลเป็นปัจจัย ที่สำคัญต่อเด็กในการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง เด็กกำพร้าที่ขาดความรักและการดูแลเอาใจใส่อย่าง โกลัซซีจะมีลักษณะของความภาคภูมิใจในตนเอง ต่ำ มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาทางอารมณ์ และ รับรู้ตนเองในทางลบ มองว่าตนเองด้อยค่า ขาดความ กระตือรือร้น ไม่มีวินัยในตนเอง ขาดความสนใจใน สิ่งต่างๆ รอบๆ ตัว⁸ ความภาคภูมิใจในตนเองมีความ สำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคม และ การเรียนรู้สำหรับเด็ก เพราะพื้นฐานของการมองชีวิต ความสามารถทางด้านสังคมและอารมณ์เกิดจาก ความภาคภูมิใจในตนเองบุคคลที่ภาคภูมิใจในตนเอง สูงจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ สามารถรองรับเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกผิดหวังท้อแท้ใจ มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความหวัง และมีความ กล้าหาญ ทำให้เป็นคนที่มีประสิทธิผลสำเร็จ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตตามที่ตนปรารถนา⁹

ปัญหาทั้งหมดนี้สามารถส่งผลต่อสังคมและ สภาวะความมั่นคงของประเทศในอนาคต โดยที่ปัญหา ของเด็กกำพร้าในปัจจุบันยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่าง จริงจังและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การ ได้สำรวจสาเหตุและปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผล ต่อสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเองจะช่วยให้ สามารถเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจใน

ในตนเองของเด็กกำพร้ามากยิ่งขึ้น จึงได้เป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาฉบับนี้ อันจะเป็นการสำรวจปัญหาเพื่อที่จะเสนอแนวทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพจิตและตัวตนของเด็กกำพร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของเด็กกำพร้า
2. ศึกษาความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กกำพร้า

วิธีการศึกษา

รูปแบบโครงการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณานาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรที่ศึกษา

เด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์จังหวัดสงขลา ซึ่งมีสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าทั้งหมด 2 แห่ง และ 1 แห่ง ไม่อนุญาตให้เก็บข้อมูล จึงสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลจากสถานสงเคราะห์เด็กบ้านสงขลาได้เพียงแห่งเดียว ซึ่งมีเด็กกำพร้าตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 20 ปี จำนวน 170 ราย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 ราย

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มประชากรศึกษา (Inclusion criteria)

เด็กกำพร้า สถานสงเคราะห์เด็กบ้านสงขลาอายุ 7 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออกจากประชากรศึกษา (Exclusion criteria)

เด็กกำพร้าที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ หรือให้เด็กตอบเองแล้วเก็บรวบรวมกลับทันทีหลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามจากนั้นเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบเอง

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามสำหรับเด็ก ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแลและเพื่อน
3. แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของ

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg self esteem scale)¹⁰ การคิดคะแนนอ้างอิงมาจากการศึกษาดังกล่าว¹⁰ ซึ่งมีคำถาม 10 ข้อ กำหนดคะแนนเป็น 4 ระดับในแต่ละข้อ จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยโดย

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-1.50 หมายถึง คุณค่าในตนเองต่ำ

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.51-2.50 หมายถึง คุณค่าในตนเองปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51-3.50 หมายถึง คุณค่าในตนเองสูง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51-4.00 หมายถึง คุณค่าในตนเองสูงสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (crude analysis) ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเองโดยใช้ logistic regression

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

เด็กกำพร้าอายุ 7 ปีขึ้นไป ในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านสงขลา มีจำนวนทั้งสิ้น 66 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 62 ราย

(ร้อยละ 93.9) มีอายุระหว่าง 7-11 ปี 35 ราย (ร้อยละ 53.0) อายุเฉลี่ย 11.3 ปี (SD = 3.4) กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา 45 ราย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 51.8) มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 2.50 มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 62.1) ดูตารางที่ 1

มีโรคประจำตัว 24 ราย (ร้อยละ 36.4) โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็น AIDS 21 ราย (ร้อยละ 87.5) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 66)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	6.1
หญิง	62	93.9
อายุ (ปี) mean±SD	11.3 ± 3.4	
7-11	35	53.0
11ปีขึ้นไป	31	47.0
ระดับชั้น		
ไม่ได้ศึกษา/ไม่ระบุ	7	10.6
ประถมศึกษา	45	68.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	18.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	3.0
เกรดเฉลี่ย mean±SD	2.5 ± 0.8	
ต่ำกว่า 2.50	29	43.9
2.50 ขึ้นไป	27	40.9
ไม่ระบุ	10	15.2
BMI		
< 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ)	41	62.1
18.5-22.99 (ปกติ)	15	22.7
≥ 23.00 (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ)	10	15.2
ประวัติโรคประจำตัวเด็ก		
(จากการสอบถามเด็ก) ไม่มี	45	68.2
มี	17	25.7
ไม่ระบุ	4	6.1

ตารางที่ 2 ประวัติโรคประจำตัวเด็กจากการสอบถามผู้ดูแล (N = 66)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	26	39.4
มี	24	36.4
ไม่ระบุ	16	24.2
ถ้ามีโรคประจำตัว ได้แก่	(n=24)	
AIDS	21	87.5
โรคอื่นๆ	3	12.5

2. ภาวะสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเอง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 28.8) มีคะแนนผลการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต (GHQ-12) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ซึ่งแสดงว่า อาจมีปัญหาภาวะ

สุขภาพจิตโดยมีผลการวัดระดับความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์กอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 18.2) อยู่ในเกณฑ์สูง 50 ราย (ร้อยละ 75.8) และเกณฑ์สูงสุด 4 คน (ร้อยละ 6.1) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.9 (SD = 0.4) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเอง (N = 66)

ผลการคัดกรอง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพจิต		
ปกติ (< 2 คะแนน)	47	71.2
ผิดปกติ (≥ 2 คะแนน)	19	28.8
ความภาคภูมิใจในตนเอง mean±SD		
ต่ำ (1.51-2.50)	-	-
ปานกลาง (2.51-3.50)	12	18.2
สูง (3.51-4.50)	50	75.7
สูงสุด (4.51-5.00)	4	6.1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเอง

เนื่องจากจำนวนขนาดตัวอย่างเมื่อแยกตามกลุ่มย่อยในบางตัวแปรมีน้อยมาก ดังนั้นในการทดสอบความสัมพันธ์จึงเป็นการวิเคราะห์ในระดับ univariate analysis ซึ่งมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะสุขภาพจิต

พบว่าการสัมผัสของพี่เลี้ยง ภาวะน้ำหนัก (BMI) และการมีประวัติโรคประจำตัว (จากการสอบถาม

ผู้ดูแล) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.044, <0.001 และ 0.004 ตามลำดับ) โดยพบว่าผู้ที่ได้รับการสัมผัสน้อยครั้ง นานๆ ครั้ง หรือบางครั้ง มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสบ่อยครั้ง ผู้ที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์ต่ำหรือสูงกว่าปกติ มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่โรคประจำตัว (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะสุขภาพจิต (N = 66)

ข้อมูลทั่วไป	ผลคัดกรองสุขภาพจิต		OR (95%CI)	P (LR-test)	
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ปกติ N=47	ผิดปกติ N=19			
อายุ (ปี)	7-11	27 (57.4)	8 (42.1)	1	0.258
	>11	20 (42.6)	11 (57.9)	1.86 (0.63,5.46)	
ระดับชั้น	ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	38 (80.9)	14 (73.7)	1	0.525
	มัธยมศึกษาตอนต้นหรือสูงกว่า	9 (19.1)	5 (26.3)	1.51 (0.43,5.28)	
เกรดเฉลี่ย	2.50 ขึ้นไป	20 (50)	7 (43.8)	1	0.672
	ต่ำกว่า 2.50	20 (50)	9 (56.2)	1.29 (0.40,4.13)	
BMI	18.5-22.99 (ปกติ)	13 (27.7)	2 (10.5)	1	< 0.001*
	<18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ)	32 (68.1)	9 (47.4)	1.83 (0.35,9.64)	
	≥ 23.00 (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ)	2 (4.3)	8 (42.1)	26 (3.03,222.93)	
ประวัติโรคประจำตัว (จากการสอบถามเด็ก)	ไม่มี	33 (75.0)	12 (66.7)	1	0.509
	มี	11 (25.0)	6 (33.3)	1.50 (0.45,4.95)	
ที่เลี้ยงสัมผัสท่านโดยการกอด หอมแก้ม ลูบศีรษะ หรือเล่นด้วย		21 (44.7)	4 (21.1)	1	0.044*
	บ่อยครั้ง	7 (14.9)	8 (42.1)	6.00 (1.37,26.20)	
	บางครั้ง	19 (40.4)	7 (36.8)	1.93 (0.49,7.66)	
	น้อยครั้ง/นานๆ ครั้ง				
ที่เลี้ยงแสดงความห่วงใย	เอาใจใส่	21 (44.7)	7 (36.8)	1	0.161
	บ่อยครั้ง	14 (29.8)	10 (52.6)	2.14 (0.66,6.97)	
	บางครั้ง	12 (25.5)	2 (10.5)	0.5 (0.09,2.80)	
	น้อยครั้ง/นานๆ ครั้ง				
ที่เลี้ยงแสดงท่าทีภาคภูมิใจ	บ่อยครั้ง	17 (36.2)	2 (10.5)	1	0.055
	บางครั้ง	20 (42.6)	9 (47.4)	3.82 (0.73,20.18)	
	น้อยครั้ง/นานๆ ครั้ง	10 (21.3)	8 (42.1)	6.80 (1.20,38.56)	
ความพึงพอใจของเด็กต่อความรักความห่วงใยของที่เลี้ยง					0.757
	ไม่พอใจมาก/ไม่ค่อยพอใจ	8 (17.0)	2 (10.5)	1	
	พอใจปานกลาง	20 (42.6)	8 (42.1)	1.60 (0.28,9.24)	
	พอใจมาก	19 (40.4)	9 (47.4)	1.89 (0.33,10.80)	
เข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ดี	ปานกลาง/มาก	45 (95.7)	18 (94.7)	1	0.777
	น้อย	2 (4.3)	1 (5.3)	1.25 (0.11,14.66)	
การทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อน	ปานกลาง/มาก	29 (61.7)	8 (42.1)	1	0.126
	น้อย	18 (38.3)	11 (57.9)	2.22 (0.75,6.55)	
เพื่อนยอมรับ	ปานกลาง/มาก	47 (100)	17 (89.5)	1	0.558
	น้อย	0 (0)	2 (10.5)	NA	
ประวัติโรคประจำตัวเด็ก (จากการสอบถามผู้ดูแล)	ไม่มี	24 (63.2)	2 (16.7)	1	0.004*
	มี	14 (36.8)	10 (83.3)	8.57 (1.64,44.86)	

หมายเหตุ: *p < 0.05

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกรุปตัวอย่างกับความภาคภูมิใจในตนเอง

พบว่ากรุปทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p= 0.028$) โดยผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนน้อยมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าเมื่อเทียบกับกรุปที่ตอบว่ามากหรือปานกลาง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกรุปตัวอย่างกับความภาคภูมิใจในตนเอง (N = 66)

ลักษณะทั่วไปของกรุปตัวอย่าง	ความภาคภูมิใจในตนเองจำนวน (ร้อยละ)		OR (95%CI)	P (LR-test)	
	ปานกลาง N=12	สูง/สูงสุด N=54			
อายุ	>11 ปี	6 (50.0)	25 (46.3)	1	0.816
	7-11 ปี	6 (50.0)	29 (53.7)	1.16(0.33,4.03)	
ระดับชั้น	ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	11 (91.7)	41 (75.9)	1	0.190
	มัธยมศึกษาตอนต้นหรือสูงกว่า	1 (8.3)	13 (24.1)	3.49 (0.41,29.65)	
เกรดเฉลี่ย	2.50 ขึ้นไป	5 (55.6)	24 (51.1)	1	0.805
	ต่ำกว่า 2.50	4 (44.4)	23 (48.9)	1.2 (0.29,5.02)	
BMI	18.5-22.99 (ปกติ)	3 (25.0)	12 (22.2)	1	0.110
	< 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ)	9 (75.0)	32 (59.3)	0.89 (0.21,3.85)	
	≥ 23.00 (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ)	0 (0)	10 (18.5)	NA	
ประวัติโรคประจำตัว (จากการสอบถามเด็ก)	มี	4 (36.4)	13 (25.5)	1	0.473
	ไม่มี	7 (63.6)	38 (74.5)	1.67(0.42,6.64)	
ที่เลี้ยงสัมผัสท่านโดยการกอด หอมแก้ม ลูบศีรษะ หรือเล่นด้วย					0.129
	บ่อยครั้ง	2 (16.7)	23 (42.6)	1	
	บางครั้ง	5 (41.7)	10 (18.5)	0.17 (0.03,1.05)	
	น้อยครั้ง/นานๆ ครั้ง	5 (41.7)	21 (38.9)	0.37 (0.06,2.09)	
ที่เลี้ยงแสดงความห่วงใย เอาใจใส่	บ่อยครั้ง	3 (25.0)	25 (46.3)	1	0.332
	บางครั้ง	5 (41.7)	19 (35.2)	0.46 (0.10,2.15)	
	น้อยครั้ง/นานๆ ครั้ง	4 (33.3)	10 (18.5)	0.30 (0.06,1.59)	
ที่เลี้ยงแสดงท่าทีภาคภูมิใจ	บ่อยครั้ง	3 (25.0)	16 (29.6)	1	0.895
	บางครั้ง	6 (50.0)	23 (42.6)	0.72 (0.16,3.31)	
	น้อยครั้ง/นานๆ ครั้ง	3 (25.0)	15 (27.8)	0.94 (0.16,5.39)	
ความพึงพอใจของเด็กต่อความรักความห่วงใยของที่เลี้ยง					0.773
	ไม่พอใจมาก/ไม่ค่อยพอใจ	2 (16.7)	8 (14.8)	1	
	พอใจปานกลาง	6 (50.0)	22 (40.7)	0.92 (0.15,5.51)	
	พอใจมาก	4 (33.3)	24 (44.4)	1.50 (0.23,9.80)	
เข้ากับกรุปเพื่อนได้ดี	น้อย/ปานกลาง	10 (83.3)	53 (98.1)	1	0.057
	มาก	2 (16.7)	1 (1.9)	0.09 (0.01,1.14)	
การทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อน	มาก/ปานกลาง	10 (83.3)	27 (50)	1	0.028*
	น้อย	2 (16.7)	27 (50)	5.00 (1.00,24.99)	
เพื่อนยอมรับ	น้อย/ปานกลาง	11 (91.7)	53 (98.1)	1	0.298
	มาก	1 (8.3)	1 (1.9)	0.21 (0.01,3.58)	
ประวัติโรคประจำตัว (จากการสอบถามผู้ดูแล)	มี	6 (66.7)	18 (43.9)	1	0.213
	ไม่มี	3 (33.3)	23 (56.1)	2.56 (0.56,11.65)	

หมายเหตุ: * $p < 0.05$, NA = Not Available เนื่องจากขนาดตัวอย่างน้อยไม่เพียงพอในการคำนวณ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเอง อย่างไรก็ตามสังเกตได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงถึงสูงสุดมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติเล็กน้อยกว่ากลุ่มที่มีความภาคภูมิใจในตนเองปานกลาง (OR=0.77, 95%CI=0.2, 2.94)

วิจารณ์

ภาวะสุขภาพจิตของเด็กกำพร้า

จากการศึกษาพบว่าเด็กกำพร้าร้อยละ 28.8 มีค่าผลการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต (GHQ-12) ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ซึ่งแสดงว่าอาจมีภาวะผิดปกติทางจิตใจ มีจำนวนเป็นร้อยละต่ำกว่าการศึกษาอื่น ๆ ตัวอย่างเช่นการศึกษาในปี พ.ศ. 2555 ที่ประเทศกานา¹² พบว่าร้อยละ 76.0 ของเด็กกำพร้าที่เป็นโรคเอดส์ และร้อยละ 49 ของเด็กกำพร้าที่ไม่ได้เป็นโรคเอดส์มีภาวะผิดปกติทางจิตใจ การศึกษาในปี พ.ศ. 2555 ที่ประเทศบังกลาเทศ¹³ พบว่า เด็กกำพร้ามีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร้อยละ 40.35 นอกจากนี้การศึกษาในปี พ.ศ. 2545 ที่ประเทศแทนซาเนีย¹⁴ พบว่าร้อยละ 34.0 ของเด็กกำพร้าเคยมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีเพียงเฉพาะการศึกษาในปี พ.ศ.2551 ในประเทศตุรกี¹⁵ ที่พบปัญหาภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าการศึกษานี้โดยพบว่าร้อยละ 17.6 มีความเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากผลการศึกษานี้พบว่าปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าการศึกษาอื่น ๆ ค่อนข้างมาก ผู้วิจัยจึงได้เปรียบเทียบผลการศึกษากับภาวะสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นของประเทศไทยที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2546¹⁶ เพื่อยืนยันความเป็นไปได้ของผลการศึกษา ซึ่งผลพบว่าในเด็กวัยรุ่นมีภาวะผิดปกติทางจิตใจร้อยละ 18.54 ซึ่งมีจำนวนร้อยละ

ต่ำกว่าภาวะผิดปกติทางจิตใจที่พบในผลการศึกษานี้จึงแสดงถึงความเป็นไปได้ของผลการศึกษาในครั้งนี้สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้จากการศึกษาของประเทศไทยและในต่างประเทศ^{14,17-19} ซึ่งพบว่าเด็กกำพร้าที่เป็นโรคเอดส์จำนวนมาก จะได้รับการเลี้ยงดูจากบุคคลในครอบครัว หลังจากการสูญเสียบิดา หรือมารดา หรือทั้งบิดาและมารดาไป ซึ่งมักเป็นปู่ย่า ตายาย หรือพี่น้องของบิดามารดา และมักจะทำให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงดูโดยเฉพาะปัญหาทางด้านเศรษฐกิจทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม รวมถึงการเข้าถึงการศึกษาด้วย แต่เด็กกำพร้าในการศึกษานี้ซึ่งมีจำนวนมากที่มีเป็นโรคเอดส์และได้รับการเลี้ยงดู จากสถานสงเคราะห์เข้าถึงการรักษาและการศึกษาซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นกว่าการศึกษาอื่นๆ ดังที่กล่าวไว้ในการศึกษาในปีพ.ศ. 2550 ที่ประเทศแอฟริกาใต้²⁰ ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันอย่างหนึ่งสำหรับปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กกำพร้าคือการได้เข้าถึงการศึกษา นอกจากนี้ในการศึกษานี้ยังพบว่าเด็กกำพร้ามีความสัมพันธ์ต่อทั้งเพื่อนและพี่เลี้ยงดีและพอใจเป็นส่วนใหญ่ซึ่งมีผลสำคัญต่อสุขภาพจิต ตามทฤษฎี Attachment ของ Bowlby²¹ ที่กล่าวว่าความสัมพันธ์ของผู้ดูแลจะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิต และเช่นเดียวกับความสัมพันธ์ต่อกลุ่มเพื่อน¹⁸ ที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตเช่นกันนอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549²² พบว่าเด็กกำพร้าในภาคใต้ของประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะมีภาวะความฉลาดทางอารมณ์และความสุขสูงกว่า และมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าเด็กกำพร้าในภาคอื่นๆ ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผลมีความแตกต่างกัน

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะสุขภาพจิตของเด็กกำพร้าพบว่า การที่พี่เลี้ยงสัมผัสด้วยการอุ้ม กอด มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้อง

ทฤษฎีของ Bowlby²³ ตามที่ได้กล่าวไว้แล้ว และยังพบว่าเมื่อเด็กมีความบกพร่องของความสัมพันธ์กับผู้ดูแลจะมีผลให้เกิดความผิดปกติต่างๆ เช่น failure-to-thrive syndromes, depressive disorder เป็นต้น สำหรับ BMI ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตได้พบความสัมพันธ์คล่องกับการศึกษาของประเทศกินี⁵ ที่พบว่าการศึกษาที่ต้องปล่อยให้เด็กหิวจนเข้าอนมีผลทำให้สุขภาพจิตไม่ดีซึ่งถึงแม้จะไม่ได้อธิบายถึงภาวะ BMI ต่ำ แต่ก็พอจะบอกได้ว่าปัญหาเรื่องอาหารการกินที่ไม่ดีทำให้สุขภาพจิตแย่ลงแต่ทั้งนี้ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนว่า BMI มีผลต่อสุขภาพจิตได้อย่างไร นอกจากนี้การมีโรคประจำตัวของเด็กซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเอดส์ในการศึกษานี้ยังทำให้สุขภาพจิตแย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศตุรกี¹⁵ และ ประเทศกินี⁵ ที่ยังพบว่ากลุ่มเด็กกำพร้าที่เป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคเอดส์จะมีผลให้สุขภาพจิตแย่ลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคทางจิตเวชด้วยโดยอธิบายได้จากการศึกษาที่ประเทศแอฟริกาใต้²⁰ ที่พบว่าเด็กกำพร้าที่เป็นโรคเอดส์มีความรู้สึกว่ามีตราบาป(stigma) และส่งผลต่อสุขภาพจิตของเด็กกำพร้า

ความภาคภูมิใจในตนเอง

ผลการศึกษาพบว่าเด็กกำพร้าร้อยละ 81.9 มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงหรือสูงสุด และมีความภาคภูมิใจในตนเองปานกลางร้อยละ 18.2 โดยไม่พบเด็กกำพร้าที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมามีพบว่าความภาคภูมิใจในตนเองมีจำนวนเป็นร้อยละสูงกว่าการศึกษาอื่นๆ ค่อนข้างมากตัวอย่างเช่น การศึกษาในปี พ.ศ. 2548 ในประเทศไทย²⁴ พบว่าเด็กกำพร้าทั้งที่อยู่ในสถานกำพร้าและไม่ได้อยู่ในสถานกำพร้า มีความภาคภูมิใจในตนเองร้อยละ 60.8 การศึกษาในปี พ.ศ. 2556 ที่ประเทศเอธิโอเปีย²⁵ พบว่าเด็กกำพร้าร้อยละ 59.16 มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ สำหรับการศึกษ

ที่ประเทศเคนยา²⁶ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กกำพร้าร้อยละ 52.0, 39.8 และ 8.8 มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2553 มีการศึกษาที่ประเทศอียิปต์²⁷ พบว่าเด็กกำพร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำร้อยละ 23.0 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มเด็กวัยรุ่นทั่วไปในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553²⁸ พบว่าส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับต่ำ ซึ่งแสดงว่าความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กวัยรุ่นทั่วไปยังต่ำกว่าความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กกำพร้าที่ศึกษา ทั้งนี้สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากแบบวัดที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อการเปรียบเทียบ จึงได้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่ใช้แบบวัดชนิดเดียวกัน พบว่าการศึกษาในประเทศปากีสถาน²⁹ ที่ศึกษาความภาคภูมิใจในตนเองในเด็กกำพร้าโดยใช้แบบสอบถามชนิดเดียวกันมีคะแนนเฉลี่ย 27.89 เต็ม 40 ในขณะที่ในการศึกษาฉบับนี้ได้คะแนนเฉลี่ย 2.9 เต็ม 5 ซึ่งมีแนวโน้มใกล้เคียงกัน โดยภาพรวมถึงแม้ว่าจะไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้ต่อนักเนื่องจากกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามอาจแสดงได้ว่าแบบวัดนี้มีผลทำให้คะแนนของความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าแบบวัดชนิดอื่นก็เป็นไปได้ ซึ่งต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กกำพร้าที่ศึกษาโดยให้เหตุผลจากในการศึกษาในสหรัฐอเมริกา³¹ ที่พบว่าความสัมพันธ์ต่อเพื่อนและพี่เลี้ยงมีผลต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเด็กกำพร้าในการศึกษานี้มีความสัมพันธ์กับเพื่อนและพี่เลี้ยงที่ดีและพอใจเป็นส่วนใหญ่ซึ่งอาจทำให้เด็กกำพร้ามีความภาคภูมิใจในตนเองที่สูงขึ้น³² ที่พบว่าการศึกษาถึงปัจจัยด้านการศึกษามีผลต่อความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กและเด็กวัยรุ่นในทางที่ดีขึ้นและพบว่าปัจจัยด้านการศึกษาในการศึกษาฉบับนี้นั้น

เด็กกำพร้าได้รับการศึกษาและ ซึ่งส่งผลดีต่อความภาคภูมิใจในตนเอง

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับความภาคภูมิใจในตนเองพบว่ากลุ่มที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนน้อยและปานกลาง มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีปัญหา มาก ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีและการศึกษาต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีของ Battle³⁴ ในปี พ.ศ. 2524 กล่าวว่า ความภาคภูมิใจในตนเองที่ดีเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสัมพันธ์ที่ดีที่มีต่อเพื่อน การศึกษาในปี พ.ศ. 2550 ที่ประเทศแอฟริกาใต้³⁵ พบว่าเด็กที่รับรู้ด้วยว่าตนเองมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อผู้อื่นจะมีความภาคภูมิใจในตนเองในด้านสังคมต่ำ การศึกษาในปี พ.ศ. 2549 ที่ประเทศแคนาดา³⁶ พบว่า ความภาคภูมิใจในตนเองจะมีผลเกี่ยวเนื่องอย่างมากต่อความสัมพันธ์กับเพื่อน นอกจากนี้การศึกษาในประเทศนอร์เวย์³⁷ ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนจะช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กวัยรุ่นด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต และความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กกำพร้า ดังนั้นในการวิเคราะห์เพิ่มเติมในประเด็นของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเองอาจมีข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีค่อนข้างน้อย จึงเป็นเพียงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบเท่านั้น (crude analysis) นอกจากนี้ผลวิจัยไม่สามารถกล่าวสรุปทั่วไปได้ (generalization) เนื่องจากเป็นการศึกษาในจังหวัดเดียวและแห่งเดียวในจังหวัดและยังพบว่าเด็กกำพร้าบางคนไม่สามารถทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม เนื่องจากการศึกษานี้ใช้แบบประเมิน GHQ ฉบับภาษาไทยซึ่งใช้สำหรับผู้ใหญ่จึงทำให้

ข้อคำถามหลายข้อยากสำหรับเด็กบางกลุ่มโดยเฉพาะกับเด็กอายุระหว่าง 7-11 ปี ทำให้ต้องอธิบายด้วยคำพูดเสริมจึงอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวัดผล (bias) ร่วมด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

เด็กกำพร้าในการศึกษานี้มีความผิดปกติของสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าการศึกษาอื่น นอกจากนี้ไม่พบเด็กที่มีความภาคภูมิใจอยู่ในระดับต่ำ แต่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงโดยพบว่าการสัมผัสโดยการกอด หอมแก้ม ลูบศีรษะ หรือเล่นด้วยของที่เลี้ยงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต การทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเอง

ในการศึกษานี้ไม่ได้นำกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตมาศึกษาเพื่อหาภาวะทางสุขภาพจิตต่างๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาต่อไปอาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังต้องมีการศึกษาปัจจัยความเสี่ยงหรือป้องกันกาเกิดภาวะสุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเองอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Unicef. Orphan estimate[Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 20]. Available from: http://www.childinfo.org/hiv_aids_orphanestimates.php.
2. Institute for population and social research mahidol university. The statistic data of Thai population [Internet]. [cited 2013 Jan 22]. Available from: http://www.ipssr.mahidol.ac.th/ipssr-th/population_thai.html.
3. Tangkananurak W. Children who have been forgotten in Thailand. Chulalongkorn University; 1992.

4. Ruksuntipukdee R. A development of an enhancing self-concept program for preschool orphans inphyathai babies' homebangkok metropolis. Chulalongkorn University; 1999.
5. Delva W, Vercoutere A, Loua C, Lamah J, Vansteeland S, Koker PD, et al. Psychological well-being and socio-economic hardship among AIDS orphans and other vulnerable children in Guinea. *AIDS Care* 2009; 21:1490-8.
6. Wang B, Li X, Barnett D, Zhao G, Zhao J, Stanton B. Risk and protective factors for depression symptoms among children affected by HIV/AIDS in rural china. *Social Science and Medicine* 2012; 74:1435-43.
7. Cluver L, Gardner F. The psychological well-being of children orphaned by AIDS in Cape Town, South Africa. *Ann Gen Psychiatry* 2006; 5:8.
8. Jamfa W. The results of activity therapy on self-esteem of children with attention deficit/hyperactivity disorder aged 9-12 years. Chulalongkorn University; 2000.
9. Amnajkasem W. the results of activities based on multiple intelligence theory on Self-Esteem of Orphans. Kasetsart University; 2006.
10. Gulatnam W. The degree of self-directed learning readiness of non-formal education volunteer teacher in Education Region 11. Kasetsart University; 1995.
11. Nilchaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Thai general health questionnaire (Thai GHQ). Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Public Health; 2002.
12. Doku PN. The mental health of orphans and vulnerable children within the context of HIV/AIDS in Ghana. Doctoral Thesis; 2012.
13. Rahman W, Mullick MSI, Pathan MAS, Chowdhury NF, Shahidullah M, Ahmed H, et al. Prevalence of behavioral and emotional disorders among the orphans and factors associated with these disorders. *Journal Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University* 2012; 5(1):29-34.
14. Makame V, Ani C, Grantham-McGregor S. Psychological wellbeing of orphansin Dar El Salaam, Tanzania. *Acta Paediatr* 2002; 91(4): 459-65.
15. Karadag Caman O, Ozcebe H. Adolescents living in orphanages in Ankara: psychological symptoms, level of physical activity, and associated factors. *Turk Psikiyatri Derg* 2011; 22:93-103.
16. Siritwanarangsun P, Kongsuk T, Arunpongpaisan S, Kittirattanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of mental disorders in Thailand: a national survey 2003. *Journal of Mental Health of Thailand* 2004;12:117-185.
17. Isaranurug S. HIV/AIDS orphans and vulnerable children and supporting systems in Thailand: situational analysis. ASEAN Institute for health development Mahidol University; 2006.
18. Lata S, Verma S. Mental health of HIV/AIDS orphans: A review. *J AIDS HIV Res* 2013; 5:455-67.

19. Nyamukapa CA, Gregson S, Wambe M, Mushore P, Lopmana B, Mupambireyi Z, et al. Causes and consequences of psychological distress among orphans in eastern Zimbabwe. *AIDS Care* 2010; 22(8):988-96.
20. Cluver L, Gardner F. Risk and protective factors for psychological well-being of children orphaned by AIDS in Cape Town: a qualitative study of children and caregivers' perspectives. *AIDS Care* 2007; 19:318-25.
21. Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vols.1, 2, 3. New York: Basic Books; 1969, 1973, 1980.
22. Nilmanat K, Petchrachatachard U, Limchaiaunrueng S, Jittanon P. Emotional quotient among orphans affected by HIV/AIDS in Southern Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2008; 16:33-40
23. Wilkinson RB. The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 2004; 33(6):479-93.
24. Charoensuk D. The study of situation of the orphans and children affected by HIV and AIDS in Thailand and phase 2 of the form of assistance (2007): Network development to improve quality of life and human security of orphans affected by AIDS in Thailand. Kasetsart University; 2007.
25. Afework T. A comparative study of psychological wellbeing between orphan and non-orphan children in Addis Ababa: The case of three selected schools in Yeka Sub-city. The school of psychology Addis Ababa University; 2013.
26. Gatumu HN, Gitumu MW, Oyugi EO. Orphan students' self-esteem and their relationship between socio-economic statuses among secondary school students in three districts of central Kenya. *Journal of Sociology, Psychology and Anthropology in Practice* 2010; 2:1-8.
27. Fawzy N, Fouad A. Psychosocial and developmental status of orphanage children: epidemiological study. *Current Psychiatry* 2010; 17:41-8.
28. Thayansin S. Influence of family on self-esteem of adolescents. *JPSS* 1998; 10:43-68
29. Yasin MG, Iqbal N. Resilience, self esteem and delinquent tendencies among orphan and non-orphan adolescents. Department of Psychology, University of Sargodha; 2013.
30. Pruksapanachart B. The Relationship between Bullying Behavior and self-esteem in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 56:93-102.
31. Levine C, Foster G, Williamson J. *Children on the Brink: A joint report of new orphan estimates and a framework for action*. New York: UNICEF; 2004.
32. Robins RW, Trzesniewski KH. Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Research* 2005; 14(3):158-62.
33. Phipps S, Srivastava DK. Repressive adaptation in children with cancer. *Health Psychol* 1997; 16:52-8.

-
34. Battle J. Culture-free SEI: Self-esteem inventories for children and adults. Washington: Special Child Publications; 1981.
35. Jacqueline C, Ann Z. Self-esteem of aids orphans a descriptive study. Master of diaconiology (Play Therapy). University of South Africa; 2007.
36. Bosacki S, Dane A, Marini Z. Peer relationships and internalizing problems in adolescents: mediating role of self-esteem. Brock University 2007; 12:26-82.
37. Birkeland MS, Breivik K, Wold B. Peer acceptance protects global self-esteem from negative effects of low closeness to parents during adolescence and early adulthood. J Youth Adolescence 2014; 43:70-80.