



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการศึกษาติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น
- ตอนที่ 2 โรคทางจิตเวชในวัยรุ่นและผลการรักษา
- ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

#### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

วัยรุ่น หมายถึง วัยต่อระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ยระหว่าง 13-20 ปี เป็นวัยของการเตรียมตัวที่ก้าวไปสู่ความเป็นตัวของตัวเอง ความรับผิดชอบพื้นฐานของบุคลิกภาพ ตลอดจนการศึกษา การงานและการมีคู่ครองต่อไป วัยรุ่นเริ่มตั้งแต่เด็กผ่านวัยพิวเบอติซี (puberty) และสิ้นสุดลงเมื่อมีความสามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมประเพณีด้วย เช่น ในวัยรุ่นที่ศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย หรือโรงเรียนวิชาชีพต่าง ๆ ยังคงต้องพึ่งบิดามารดาในการดำรงชีวิต ในขณะที่วัยรุ่นในชนบทเริ่มมีครอบครัว และมีความรับผิดชอบตนเองในการเลี้ยงชีพ (ศรีธรรม ชนะภูมิ , 2530)

ดวงใจ กสานติกุล (2536) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า หมายถึง ช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ตามด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ซึ่งขบวนการนี้ จะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบดูแลตนเองได้ การสิ้นสุดของขบวนการนี้ไม่ปรากฏชัดเจนเหมือนช่วงเริ่มเป็นวัยรุ่น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างเห็นได้ชัด สัญลักษณ์ของความเป็นผู้ใหญ่ที่ยอมรับกันมากที่สุดเห็นจะ

ได้แก่ การมีอาชีพการงาน ทำมาหาเลี้ยงตนเองได้ โดยไม่ต้องอาศัยพึ่งพิงบิดามารดา และมีสัมพันธภาพที่ดีมีความหมายกับบุคคลอื่นนอกเหนือจากสมาชิกครอบครัว

นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการแล้ว ยังสามารถพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นตามช่วงวัยได้อีก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอายุของวัยรุ่น แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

วัยรุ่นตอนต้นหรือ pubertal phase เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมาก เป็นช่วงเวลายาวนานประมาณ 2 ปี ส่วนใหญ่อายุ 11-13 ปี มีความคิดหมกมุ่นกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้อารมณ์แปรปรวน

วัยรุ่นตอนกลางหรือ transitional phase อายุ 14-16 ปี เป็นวัยที่ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดลึกซึ้ง (abstract) จินตนาการใฝ่หาอุดมการณ์ และเอกลักษณ์ของตนเองเพื่อความเป็นตัวของตัวเอง และพยายามเอาชนะความผูกพันเกาะยึดพึ่งพิงบิดามารดา

วัยรุ่นตอนปลายหรือ adolescent proper อายุ 17-19 ปี เริ่มจากมี puberty ประมาณ 4 ปี เป็นเวลาของการฝึกวิชาชีพ ตัดสินใจเลือกอาชีพที่เหมาะสม และการมีความสัมพันธ์แบบผูกพันแน่นแฟ้น (intimacy) ลักษณะดังกล่าวอาจคาบเกี่ยวกันได้ในแต่ละช่วง

จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นแต่ละระยะ จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่นพอสรุปได้ว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายซึ่งรวมทั้งทางเพศ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจซึ่งรวมทั้งอารมณ์ สังคม สติปัญญาและคุณธรรม เมื่อวัยรุ่นมีการพัฒนาไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม ก็จะกลายเป็นบุคลิกภาพ Barker (1986) ได้ให้แนวคิดที่วัยรุ่นที่ผ่านพ้นการพัฒนาไปอย่างเหมาะสมมี Identity ที่สมบูรณ์ จะมีลักษณะดังนี้

1. สามารถเป็นตัวของตัวเอง
2. สร้างบทบาททางเพศที่เหมาะสม
3. สามารถทำงานได้

4. มีการพัฒนาจริยธรรม คุณธรรมของตนเอง
5. มีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ
6. อยู่กับบิดามารดาในบทบาทที่เป็นผู้ใหญ่

### โรคทางจิตเวชในวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตที่มีความยุ่งยากสับสนมากที่สุด เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการแห่งวัย หรือเกิดจากปัญหาในการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่ซับซ้อนทั้งด้านชีวภาพ การบรรลุวุฒิภาวะทางเพศ จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา วัยรุ่นที่มีพัฒนาการไม่เหมาะสมหรือไม่พร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลง จะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ พฤติกรรมและปัญหาการปรับตัว ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงปัญหาทางสุขภาพจิตที่ยังไม่ถึงขั้นป่วยเป็นโรค หรืออาจเกิดพยาธิสภาพร้ายแรงขึ้นในจิตใจก็ได้ การจะตัดสินใจว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิต หรือเกิดโรคทางจิตเวช อาศัยหลักเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งได้จัดกลุ่มความผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกในวัยทารก วัยเด็ก หรือวัยรุ่นไว้ วิจารณ์ วิชัยยะ และกฤษ ชื่นศิริ (2536) กล่าวถึงหัวข้อในการวินิจฉัยโรค ซึ่งมักเหมาะสมกับเด็กและวัยรุ่นไว้ดังนี้

1. Organic Mental Disorder
2. Psychoactive Substance Use disorder
3. Schizophrenia
4. Mood Disorders
5. Schizophreniform Disorder
6. Somatoform disorders
7. Sexual Disorders
8. Adjustment Disorder

9. Psychological Factors Affecting Physical Condition

10. Personality Disorders

วันเพ็ญ บุญประกอบ (2534) ได้กล่าวถึงปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ซึ่งต้องการการรักษาและพบได้บ่อย ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์แปรปรวน

(Mood Disorders or Affective Disorders)

คือ โรคที่มีความผิดปกติในอารมณ์เป็นสำคัญ และมีอาการเศร้าอย่างมาก หรือมีอาการรุนแรงผิดปกติร่วมกับอาการอื่น ๆ ของโรคซึมเศร้าและโรคแมเนีย โดยไม่มีพยาธิสภาพของโรคทางกาย ทางสมอง หรือพิษจากยาเป็นสาเหตุ

โรคอารมณ์แปรปรวนแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ Depressive disorders และ Bipolar disorders

1.1 Depressive disorders พบได้ตั้งแต่วัยเด็กเล็ก เด็กโต จนถึงวัยรุ่น (DSM-III-R , American Psychiatric Association , 1987) การวินิจฉัยโรคคล้ายคลึงกับ criteria ในผู้ใหญ่ แต่มีอาการแตกต่างกันบ้าง อาการของผู้ป่วยจะมีลักษณะซึมเศร้าอย่างเดียว ซึ่งอาจเป็นครั้งเดียวหรือหลายครั้ง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ Major depression และ Dysthymia

อาการ depressive disorder ในวัยรุ่นคล้ายคลึงกับอาการในผู้ใหญ่มากขึ้น แต่ก็มีข้อแตกต่างออกไป และเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยเฉพาะในวัยรุ่น หรือจะเริ่มพบมากขึ้นตั้งแต่วัยประถมศึกษาตอนปลายก็ได้ อาการ depression ในเด็กกลุ่มนี้ คือ

1. Separation anxiety อาการนี้จะพบครั้งแรกในวัยเด็ก และกลับมาอีกในช่วงระยะก่อนเข้าวัยรุ่น หรือวัยรุ่นตอนต้น และเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้ เช่น acute depression ในเด็กที่ไม่ยอมไปโรงเรียน (school refusal)

2. ปัญหาพฤติกรรม (Antisocial) เกิดได้ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน โดยเฉพาะในเด็กผู้ชาย เด็กจะแสดงอารมณ์ก้าวร้าว ดื้อดึง ไม่เชื่อฟัง ชอบทะเลาะเถียง แกล้งคน แสดงกิริยาอาละวาด เด็กบางคนที่มีอารมณ์เศร้า มีพฤติกรรมขโมยหรือรังแกสัตว์ ทำลายของ ซึ่งอาการเหล่านี้จะต้องแยกจากพวก conduct disorder ซึ่งเป็นลักษณะพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่เป็นมานาน และมีการเห็นคุณค่าของตัวเองต่ำ เด็กพวกนี้จะไม่รู้สึกผิดหรือเสียใจกับการกระทำของตน และแก้ไขอย่างไรก็ไม่ดีขึ้น Puig - Antich (1982) ได้รายงานการให้ยา antidepressant ในกลุ่มที่มี antisocial behavior จาก depression ได้ผลดี

3. การเรียนตกลง การเอาใจใส่การเรียนและสมาธิในการเรียนลดลง ทั้งการเรียนในห้องเรียนและการเข้าสังคมกับเพื่อน เด็กจะรู้สึกว่าตัวเองเป็นคนขี้ลืม ความจำไม่ดี ซึ่งมาจากสมาธิเสียมากกว่าเรื่องสมองเสื่อม

4. มีอารมณ์เบื่อหน่าย เฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย ไม่อยากทำอะไร และไม่รู้สึกสนุกกับอะไร

5. Hypochondriacal ideas อาการอึดอัด แน่น เจ็บหน้าอก พบเป็นอาการที่ผู้ป่วยวัยรุ่นบอกได้บ่อยกว่าในผู้ใหญ่ การที่วัยรุ่นมีอาการทาง somatic และคิดหมกมุ่นกับรูปร่างหน้าตามากกว่าผู้ใหญ่ นั้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมาก และจะได้รับคำวิจารณ์หรือสนใจจากผู้อื่นต่อตนอยู่เสมอ

6. หนีออกจากบ้าน เด็กที่หนีออกจากบ้านส่วนใหญ่มาจากการที่เด็กไม่มีความสุขภายในครอบครัว เกิดความรู้สึกทนไม่ได้ หรือมีความกดดันอย่างมาก ทำให้ต้องออกไปแสวงหาที่อื่น ในเด็กที่หนีออกจากบ้านบ่อย ๆ หรือมีอาการรุนแรง จะต้องนึกถึงความโน้มเอียงที่เด็กมีความคิดในการฆ่าตัวตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายไว้ด้วย

7. Hallucinations Chambers และพวก (1982) ได้รายงานว่าในวัยรุ่นที่มีโรคซึมเศร้า พบมี Hallucination ได้มากกว่าที่คาดคิด การวินิจฉัยแยกโรค อาการ depression มีปรากฏได้ในหลายโรค นอกจากอาการของโรคฝ่ายกายดังกล่าวแล้ว ในเด็กเล็กต้องแยกจาก

เด็กที่ถูกทอดทิ้งและเด็กที่ถูกทารุณกรรม เด็กเล็กและเด็กโตจะต้องแยกว่า อาการ depression นี้เป็นหนึ่งอาการใน Separation Anxiety Disorder หรือ เป็น Adjustment Disorder ด้วย และดังที่ได้อธิบายในอาการของโรคนี้แล้วว่า มีการแสดงทางพฤติกรรมด้วย จึงจำเป็นต้องแยกจากกลุ่ม conduct disorder ในผู้ป่วยวัยรุ่น การตรวจผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องวินิจฉัยแยกโรค Substance abuses และ early schizophrenia ไว้ด้วย

### การรักษาช่วยเหลือ

เด็กและวัยรุ่นที่มีอารมณ์ซึมเศร้า ควรจะต้องได้รับความช่วยเหลือระดับต้นในการวินิจฉัยและช่วยเหลือรักษา เพราะอาจมีอันตรายได้จากการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายผู้อื่น นอกจากนี้เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายในด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียน การงาน และการคบหาเข้าสังคมกับผู้อื่น การรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์ ใช้วิธีการรักษาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง กิจกรรมบำบัด และการรักษาด้วยยา ตลอดจนบางครั้งต้องแยกจากบ้านไปอยู่ที่อื่น หรือรับไว้ในโรงพยาบาล การที่จะให้การรักษานิดใจ และใช้กลุ่มการรักษาใจ ต้องพิจารณาดูความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป

1.2 Bipolar Disorders คือโรคที่มีลักษณะอาการแมนีย์ (mania) เกิดขึ้นครั้งเดียวหรือหลายครั้งก็ได้ ซึ่งผู้ป่วยอาจแสดงอาการทั้งสองอย่างปนกันในเวลาเดียวกันหรือสลับกันอย่างรวดเร็วทุก 2-3 วัน หรือผู้ป่วยอาจจะแสดงอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเด่นในขณะหนึ่ง ๆ ได้ เช่น Bipolar disorder mania แสดงว่า ขณะนั้นมีอาการของแมนีย์ หรือ Bipolar disorder depression แสดงว่าขณะนั้นมีอาการของ depression เด่นชัดเจน แต่มีประวัติเป็น mania มาก่อน

ส่วนใหญ่พบโรคนี้ในอายุระหว่าง 20-30 ปี แต่การเริ่มต้นของโรคส่วนมากจะเกิดขึ้นในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น โรคนี้พบได้น้อยมากในเด็กก่อนวัยรุ่น

แต่เมื่อเด็กย่างเข้าวัยรุ่นแล้วจะพบมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นการพบเช่นเดียวกับ depression และ suicide อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นหญิงและชายจะเท่า ๆ กัน

อาการ mania คือ อาการที่ผู้ป่วยมีอาการครั้นเคร่ง สนุกสนานอย่างผิดปกติร่วมกับการพูดมาก มีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ และจะทำกิจกรรมมากมายร่วมกับสมาธิสั้น หรือไม่มีสมาธิ และเปลี่ยนความคิดเร็ว

สาเหตุของโรคที่สำคัญ คือ กรรมพันธุ์ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะมีญาติสนิทเป็นโรคนี้ด้วย ร้อยละ 4-10

ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุสำคัญของโรคอารมณ์แปรปรวน คือ การตรวจพบที่มีความผิดปกติของ monoamine metabolism ในระบบประสาทสมองส่วนกลาง โดยเฉพาะในระยะ mania จะพบมี functional excess ของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ภาวะเครียดเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นง่ายขึ้น หรือเป็นเหตุให้เกิดอาการขึ้น

#### ลักษณะทางคลินิก

อาการแสดงระยะเฉียบพลัน (acute episode) ของโรค mania หรือ depression ในวัยรุ่น มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ ซึ่งมีลักษณะอาการดังนี้

1. ผู้ป่วยจะมีอาการรื่นเริงสนุกสนานอย่างผิดปกติ (expansive euphoria, elation) แต่จะมีอารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย และอารมณ์เปลี่ยนแปลงกลับไปมาง่าย เช่น จากอารมณ์ครั้นเคร่งเป็นโกรธและเศร้าได้ในระยะเวลาสั้น ๆ
2. อาการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมมากผิดปกติ (overactivity) จะเข้าไปพูดคุยกับคนอื่น ๆ ออกไปซื้อของหรือขนมวันละหลาย ๆ เที้ยว อยากทำโน่นทำนี่ตลอดเวลาห้ามไม่ฟัง ลูกตื่นขึ้นมาตี 4 แล้วปลุกคนในบ้านขึ้นมาเดินดิสโก้ ระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับฟังอะไรและไม่ฟังเหตุผล พฤติกรรมจะวุ่นวาย ก้าวร้าว อารมณ์งุ่นง่าน กระวนกระวาย แต่ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนผิดปกติทำให้เป็นที่เดือดร้อนของผู้ใกล้ชิดอย่างมาก

3. การพูด ผู้ป่วยจะพูดมาก ส่งเสียงดัง พูดเร็วจนบางครั้งฟังไม่รู้เรื่องบางครั้งเถียงไม่ตกปาก และก้าวร้าวผู้อื่น

4. ไม่มีสมาธิ เปลี่ยนเรื่องเร็ว (distractibility) รับสิ่งกระตุ้นจากภายนอกง่าย และเบนความคิดเป็นเรื่องอื่นง่ายมาก พร้อมกับมีอาการหงุดหงิด (irritability)

5. มีอาการทางเพศเพิ่มขึ้นผิดปกติ (hypersexuality)

ทั้ง 5 อาการนี้ พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยวัยรุ่น ร่วมกับความคิดที่แสดงออกรวดเร็ว และคิดหลาย ๆ เรื่องในเวลาเดียวกัน เปลี่ยนเรื่องเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง ทั้ง ๆ ที่เรื่องแรกยังไม่จบ (flight of ideas) ความคิดเหล่านี้ผู้ป่วยแสดงออกโดยคำพูด และความคิดยังมีความสัมพันธ์กัน ฉะนั้นผู้ฟังยังพอรู้เรื่อง จับใจความได้ ถ้าเป็นมาก ๆ บางครั้งจะฟังไม่รู้เรื่องเลย ขณะเดียวกันมีอาการหลงผิดชนิด grandiosity เช่น คิดว่าตนเป็นใหญ่ เป็นผู้ศักดิ์สิทธิ์ เป็นเศรษฐี เป็นคนเก่ง มีความสามารถสูง เป็นต้น

#### การรักษาช่วยเหลือ

ผู้ป่วยที่มีอาการ mania จะทำให้ครอบครัวและผู้คนใกล้ชิดเดือดร้อนมาก และตัวผู้ป่วยเองจะเสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ จึงควรจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

การรักษาในระยะแรก จะต้องมีการจำกัดให้ผู้ป่วยอย่างจริงจัง (firm limits) หลีกเลี่ยงการไปต่อปากคำ ชักถาม หรือช่วยุทำทนายผู้ป่วยในขณะที่กำลังเป็นมาก เพราะขณะนี้ผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิด จึงควรให้สภาพแวดล้อมสงบที่สุดและใช้ยาช่วย

ยาที่ใช้ในระยะเร่งด่วน คือ major tranquiliser เช่น Chlorpromazine หรือ Haloperidol เพื่อระงับอาการคลุ้มคลั่งก่อน Lithium carbonate เป็นยาที่ให้ผลดีในการรักษาและป้องกันการเกิดซ้ำของอาการ mania และ depression ในผู้ป่วยที่เป็นโรค bipolar affective disorder

การให้ความรู้และอธิบายเกี่ยวกับโรคนี้นี้ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมากในการรักษาและป้องกันการเกิดโรคขึ้นมาอีก การรักษาช่วยเหลือใน



ด้านอื่น ๆ นั้นขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ๆ ไป ซึ่งอาจรวมถึงการรักษา ครอบครัวยุติบำบัด จิตบำบัดเฉพาะผู้ป่วย การให้คำปรึกษากับครูและโรงเรียน (School consultation) ด้วย เป็นต้น

## 2. การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

(Suicide and Attempted Suicide or Suicidal Behaviour)

การฆ่าตัวตาย (suicide) คือ การทำร้ายตนเองถึงชีวิต

การพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) คือ การทำร้ายตนเอง หรือทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ถึงตาย

suicidal behaviour คือ พฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงการจะฆ่าตัวตาย เช่น กล่าวถึงความคิดในการฆ่าตัวตาย ชูว่าจะฆ่าตัวตาย หรือแสดงความพยายามที่จะกระทำเช่นนั้น

การฆ่าตัวตายในเด็กอายุระหว่าง 10-14 ปี พบน้อยมาก ยิ่งอายุต่ำกว่า 10 ปีลงไปแทบไม่พบเลย แต่อายุระหว่าง 15-19 ปีจะพบได้สูงขึ้น (Mc Clure, 1984) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าอายุระหว่างนี้การฆ่าตัวตายพบเป็นอันดับที่ 1 ของสาเหตุความตาย และในระยะ 30 ปีที่ผ่านมาพบว่าการฆ่าตัวตายมีอัตราสูงเพิ่มขึ้นกว่าเดิม 2-5 เท่าตัว (Shaffer และ Fisher, 1981)

การพยายามฆ่าตัวตาย หรือแสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในเด็กผู้หญิงสูงกว่าเด็กผู้ชาย ในอัตราส่วน 3:1 - 9:1 แต่การฆ่าตัวตายสำเร็จจะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเป็นอัตราส่วน 2:1

ในการฆ่าตัวตายสำเร็จ เด็กหรือวัยรุ่นจะใช้อาวุธ เช่น ปืน และรองลงมาคือ การแขวนคอ กระโดดจากที่สูง กระโดดน้ำ ดมสารพิษคาร์บอนมอนอกไซด์ และกินสารมีพิษหรือยาเกินขนาด

ส่วนการพยายามฆ่าตัวตายนั้น การใช้ยาเกินขนาดจนถึงขั้นเป็นอันตรายเป็นวิธีการที่พบบ่อยที่สุด ยาที่ใช้เป็นพวก aspirin, กลุ่มpsychotropic drugs , ยากันชัก เช่น Barbiturate, สารมีพิษ เช่น ยาฆ่าแมลง ในวัยรุ่น

บางคนใช้วิธีกรีดข้อมือซ้ำ ๆ เป็นการทาลายตนเอง

วัยรุ่น ในกลุ่มของการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามี depression ได้ถึง 50% ซึ่งเป็นลักษณะเฉียบพลันหรือเป็นปฏิกิริยาต่อความเครียด ความยุ่งเหยิง ขณะนั้น แต่อาจจะพบเป็นลักษณะ depression ที่เป็นมานานแล้วก็ได้ นอกจากนี้พบมีปัญหาพฤติกรรม เช่น conduct disorder ในวัยรุ่นจะพบมี antisocial , drug และ alcohol abuse พบได้เสมอ ๆ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้นนั้น คือ สภาพจิตใจที่เด็กและวัยรุ่นรู้สึกหมดหวัง ว่าเหว่ ความรู้สึกอยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง ชาดที่พึ่งพาไม่มีคนช่วยเหลือ บางครั้งพบว่าในช่วงเวลานั้นเด็กไม่รู้จะหันหน้าไปรับทุกข์กับใคร เฟื่องโกรธกับเพื่อนสนิท หรือสูญเสียคนรัก คนสนิทไปก่อนหน้า จะกระทำการฆ่าตัวตาย วัยรุ่นบางคนมีประวัติหนีออกจากบ้านไป และรู้สึกตัวเองอยู่โดดเดี่ยว

เด็กวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย จะมีสาเหตุจากอารมณ์ชั่ววูบ (impulsivity) ประมาณ 2/3 ของกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจจะตาย แต่กระทำเพื่อข่มขู่ (threatened suicide) เพื่อเป็นการบังคับผู้อื่น เพื่อเรียกร้องความสนใจ เพื่อให้คนมารักหรือเป็นการแสดงความโกรธ ต้องการลงโทษคนที่ตัวรัก และบางครั้งกระทำเพื่อหนีสถานการณ์ที่ตนไม่ชอบหรือไม่สามารถทนได้

กลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหานี้ มักพบว่ามีปัญหาในการคบเพื่อนไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลได้ และมีปัญหาการเข้าสังคม

การรักษา มีหลักในการรักษา 3 ประการ คือ

1. รักษาโรคทางจิตเวชที่มีอยู่
2. ช่วยเหลือในการให้ผู้ป่วยรู้จักแก้ปัญหาที่ตนเผชิญและช่วยให้เพิ่มความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและการเข้าสังคม
3. ช่วยแก้ปัญหาข้อขัดแย้งภายในครอบครัวและให้ความรู้ความเข้าใจในสภาพจิตใจของผู้ป่วย

### 3. ภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติ

(Adjustment Disorders)

การปรับตัวผิดปกติมีชื่อที่เคยเรียกอื่น ๆ อีก เช่น Reactive disorder และ Transient Situational Disorder DSM-III-R (1987) ให้คำอธิบาย Adjustment Disorder ว่า เป็นปฏิกิริยาการปรับตัวที่ผิดปกติ (maladaptive reaction) ที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังการเกิดความเครียดหรือความกดดันต่อสภาพจิตใจสังคม (Psychosocial stress) และสาเหตุของความเครียดนั้นเป็นลักษณะเกิดขึ้น ๆ หรือเป็นต่อเนื่องก็ได้ สาเหตุนั้นอาจเป็นเพียงเล็กน้อยหรือเป็นขั้นรุนแรงก็ได้ และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่สบาย และอาการเป็นมากพอจนทำให้มีผลกระทบกระเทือนต่อการเรียน การงาน การมีกิจกรรมในสังคม หรือรบกวนต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ด้วย และปฏิกิริยาเหล่านี้จะทุเลาลงมากหรือหายภายในระยะเวลา 6 เดือน และที่สำคัญคือ อาการเหล่านี้ไม่ใช่อาการที่เกิดขึ้นจากอาการกำเริบขึ้นมาของโรคอื่น ๆ ทางจิตเวช และไม่ใช้ลักษณะที่เป็นปฏิกิริยาเรื้อรังมานานต่อความเครียดนั้น ๆ

อาการของภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติในเด็กและวัยรุ่น จะแสดงอาการร่วมกันหลายอย่างได้ดังนี้

Adjustment disorder with anxious mood อาการที่สำคัญคือ อาการวิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว มีความเครียด มีอาการไม่สบายทางร่างกายได้ เช่น ปัสสาวะบ่อย ๆ ปวดท้อง ใจสั่น เป็นต้น เด็กมีพฤติกรรมติดแม่มากเกินไป นอนไม่หลับ ผื่นร้าย หวาดกลัว สมาธิไม่ดี การเรียนตกต่ำ แต่สาเหตุเป็นจากความเครียดและเหตุการณ์ภายนอกมากกว่าเด็กเป็นไปเอง

Adjustment disorder with depressed mood อาการทั่วไปเหมือนอาการ depression ในเด็ก แต่มีสาเหตุชัดเจนทำให้เกิดอาการ ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ การสูญเสีย เช่น การพลัดพราก การตาย

Adjustment disorder with disturbance of conduct เด็กที่มีการปรับตัวผิดปกติ บางคนมีอาการของพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป เช่น พุดบดขโมย หรือหนีโรงเรียน เป็นต้น

อาการของการปรับตัวผิดปกติเป็นลักษณะใดก็ได้ เช่น ปัสสาวะรดที่นอน อุจจาระราด มีอารมณ์เศร้า มีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด อาละวาด หรือเป็นกังวล นอนละเมอ นอนไม่หลับ ตื่นบ่อย มีอาการ somatic complaints เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปัสสาวะบ่อย ถอนใจ เป็นต้น ตลอดจนมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ไม่เชื่อฟัง ก้าวร้าว เป็นต้น ความเครียดที่พบบ่อยตามอายุต่าง ๆ มีดังนี้

อายุ	1-4 ปี	ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับกรณีน้องใหม่
อายุ	1-5 ปี	มีความเครียดต่อการพลัดพรากหรือการแยกจาก (separation) ได้สูง
อายุ	5-6 ปี	เป็นปฏิกิริยาต่อการเข้าโรงเรียนประถม เบื้องต้นที่แตกต่างไปจากวัยอนุบาล เด็กจะเผชิญกับการเรียนที่จริงจัง และระเบียบกฎเกณฑ์ของโรงเรียนมากขึ้น รวมทั้งการช่วยเหลือรับผิดชอบตัวเองมากขึ้น

เมื่อโตขึ้นเข้าวัยรุ่นในช่วงอายุ 10-15 ปี เด็กจะปรับตัวต่อการคบเพื่อน วัยนี้จะมีปัญหาความกดดันจากเพื่อนได้มากขึ้น การถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเพศและการใช้ยาเสพติดได้มากขึ้น

วัยรุ่นหนุ่มสาว 15-18 ปี จะเป็นปัญหาการมีคู่อริและความกดดันจากการเลือกอาชีพ การแข่งขันสอบเข้ามหาวิทยาลัย เป็นต้น ประการหลังพบมีบ่อยขึ้นในหมู่เด็กมัธยมปลาย

การปรับตัวที่ผิดปกติพบได้บ่อยเสมอในทุกอายุ จากวัยเด็กจนเป็นผู้ใหญ่ ทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นเท่า ๆ กัน เมื่อพ่อแม่รู้สาเหตุของตัวกระตุ้นที่ทำให้เด็กเกิดความเครียด และช่วยให้เด็กหาวิธีป้องกันตัว แก้ไขข้อขัดแย้งได้หรือลดความเครียดลง อาการต่าง ๆ จะดีขึ้นและหมดไปได้ บางรายเพียง 2-3 วัน บางราย 2-3 สัปดาห์ แต่จะไม่นานเกิน 6 เดือน

การรักษา ใช้วิธีจิตบำบัดชนิดประคับประคอง (supportive psychotherapy) ให้ผู้ป่วยระบายถึงความคับข้องใจและข้อขัดแย้ง ชี้แนวทางและส่งเสริมให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ให้ข้อแนะนำแก่พ่อแม่ในการช่วยเหลือ

บุตร ผู้ป่วยจะหายได้ ข้อบ่งชี้ในการใช้ยามีน้อยมาก ยกเว้นผู้ป่วยมีอาการกังวลมากให้ antianxiety หรือ antidepressant drug ในรายที่มีอาการซึมเศร้า บางครั้งโรคนี้หายไปเองได้เมื่อสถานการณ์คลี่คลาย

#### 4. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรู้ การคิดบ้างเมื่อป่วยนาน

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความสำคัญอันดับหนึ่งสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่มีการรักษาโรคทางจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และผู้ป่วยที่เหลือค้างอยู่ในหอผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 60-70 (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) การศึกษาถึงอายุของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีอุบัติการณ์สูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 15-34 ปี เพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิง พบในผู้มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่าระดับสูง สำหรับในวัยรุ่น จำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น และการดำเนินของโรคยังสามารถต่อเนื่องไปในวัยผู้ใหญ่ได้ Weiner (1980) ได้เสนอประเด็นที่ควรให้ความสำคัญกับโรคจิตเภทในวัยรุ่น ดังนี้

1. โรคจิตเภทที่เริ่มต้นในวัยรุ่นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ โดยในวัยรุ่นจะมีอาการผิดปกติผสมผสานกันหลายอย่าง
2. ปัญหาในการพัฒนาการของบุคลิกภาพในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภท
3. การพยากรณ์โรคจิตเภทในระยะยาวจะไม่ได้ถ้าอาการป่วยของโรคจิตเภทเริ่มในวัยรุ่น

ลักษณะอาการที่ปรากฏของโรคจิตเภทในวัยรุ่น มักจะนำมาด้วยความผิดปกติของความคิด ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ อาการเริ่มต้นของโรคจิตเภทในวัยรุ่นจะตรวจพบได้ยากกว่าในผู้ใหญ่ โดยสรุปจะพบความผิดปกติในด้านต่าง ๆ คือ

1. ด้านความคิด จะเป็นความคิดแบบไม่ต่อเนื่อง มีการรับรู้ที่ผิดปกติ
2. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทในวัยรุ่น จะมีลักษณะอารมณ์เศร้าร่วมด้วย มีความรู้สึกผิดหวัง อารมณ์ไม่เหมาะสม ตลอดจนการขาดความสนใจในบุคคลหรือกิจกรรมในสังคม หรือมีบุคลิกภาพเป็นแบบเก็บตัว (schizoid)
3. ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมที่มีปัญหา เช่น ความล้มเหลวในการเรียน ความขัดแย้งในครอบครัว การลักขโมย นี้ออกจากบ้าน ซึ่งพฤติกรรมต่อต้านดังกล่าว เนื่องจากปัญหาในการปรับตัวตามธรรมชาติของวัยรุ่น ซึ่งจากการศึกษาของ Pelkonen (1990) แสดงให้เห็นถึงลักษณะของพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งมีผลต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยศึกษาถึงการใช้ชีวิตภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นเวลา 7 ปี ของผู้ป่วย 58 คน โดยการสัมภาษณ์และประเมินด้วย Global Assessment Scale (GAS) พบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ มีเพียงร้อยละ 10 ที่มีปัญหารุนแรง ผู้ที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี จะเป็นผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองและมีพฤติกรรมรุนแรง

สมภพ เรืองตระกูล (2533) ได้กล่าวถึงการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภทในวัยรุ่นว่า โรคจิตเภทในวัยรุ่นมีการดำเนินโรค 2 ประการคือ อาการดีขึ้นเร็ว หรือเป็นชนิดเรื้อรังต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคดีมีลักษณะทางคลินิก ดังนี้

1. สติปัญญาดี
2. การตรวจคลื่นสมองเป็นปกติ
3. มีอาการเมื่ออายุมาก
4. มีประวัติญาติสนิทเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน
5. มีบุคลิกภาพดี มีเพื่อนมาก

ส่วนผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีลักษณะทางคลินิกดังนี้

1. เริ่มมีอาการก่อนอายุ 10 ขวบ
2. มีอาการมานานก่อนได้รับการรักษา
3. มีอารมณ์เป็นแบบเฉยเมย
4. มีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดี

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ไม่ทำให้เสียชีวิต ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย แต่เมื่อเป็นแล้วผู้ป่วยจะไม่สามารถหายเป็นปกติเหมือนเดิม (สุวิทนา อารีพรรค, 2524) ดังนั้นผู้ป่วยจึงตกเป็นภาระของครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในความปกครองหรืออยู่ระหว่างกำลังศึกษา

### ผลการรักษาผู้ป่วย

การรักษาโรคทางจิตเวชในวัยรุ่น ประกอบด้วยบุคลากรหลายวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา โดยแพทย์จะเป็นผู้ตรวจสภาพจิตของผู้ป่วย มีการซักประวัติครอบครัว และรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการรักษา ซึ่งหลักเกณฑ์ในการรักษาจะประกอบด้วย การกำหนดจุดมุ่งหมายในการรักษา กำหนดปัญหาที่จะให้การรักษา และเลือกวิธีการในการรักษา (Rose N, 1988) ซึ่งวิธีการรักษาประกอบด้วย การรักษารูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเกษม ตันติผลาชีวะ (2536) ได้สรุปวิธีการรักษาผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา ยาสามารถรักษาอาการสำคัญต่าง ๆ เช่น ประสาทหลอน และหลงผิดให้หายได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยารักษาโรคจิตเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้รักษาสามารถพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาผู้ป่วยได้
2. การรักษาด้วยไฟฟ้า ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีอาการทางจิตรุนแรง ตลอดจนใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การรักษาด้วยยา หรือจิตบำบัด

3. การรักษาทางจิตใจ เน้นที่การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบ่งเป็นชนิดต่าง ๆ คือ

3.1 การทำจิตบำบัด เป็นวิธีการรักษาแบบประคับประคอง เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตให้เหมือนปกติมากที่สุด ทั้งด้านการเรียน การทำงาน ครอบครัวและสังคม

3.2 ครอบครัวบำบัด มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วย ให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม แก้ไขความสัมพันธ์ที่ผิดปกติ และเรียนรู้วิธีที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

3.3 การรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม มีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยหลายรูปแบบเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น ทั้งด้านสังคม การงาน และการช่วยเหลือตนเอง

ภายหลังการรักษาแล้วผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีผลการรักษาแตกต่างกัน ซึ่งการที่จะศึกษาถึงผลการรักษาของผู้ป่วย จำเป็นต้องศึกษาทั้งอาการทางจิตและการปรับตัวทางสังคม โดยผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมตลอดจนทำงานรับผิดชอบตนเองได้และผู้ป่วยมีอาการลดลง ซึ่ง Gordon (1991) ได้รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้ดี หรือไม่ภายหลังจากการป่วยสามารถประเมินได้จาก

1. เป็นผู้มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดน้อย ซึ่งวัดได้ด้วย Axis IV ใน DSM-III
2. มีอาการป่วยอยู่ในระดับต่ำ
3. มีความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ได้แก่ การใช้ชีวิตประจำวัน การสื่อสาร การกล้าแสดงออก การแก้ปัญหา และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
4. มีความสามารถในการทำงาน มีสถานภาพทางสังคม สามารถเรียนหรือทำงานได้



5. ได้รับการช่วยเหลือทางสังคม ทั้งในด้านจำนวนของผู้ให้การช่วยเหลือและเป็นการช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพ ซึ่งเป็นการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดหรือช่วยอยู่ห่าง ๆ ตามความเหมาะสม

ส่วนผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น Rose, N. (1988) ได้สรุปประเด็นเกี่ยวกับผลการรักษาผู้ป่วยไว้ว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. ความรุนแรงของโรค
2. อายุที่เริ่มป่วยและช่วงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนเข้ารับการรักษา
3. ความสัมพันธ์ในครอบครัว
4. ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและการเรียนหรือการทำงาน

จากการศึกษารายงานการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในต่างประเทศ พบว่า มีการประเมินผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ภายหลังการรักษาทั้งด้านอาการและการดำเนินชีวิตในสังคม ตลอดจน ความสามารถในการเรียนหรือการทำงาน สำหรับผลการรักษาในแต่ละรายงานพบว่าอยู่ในระดับเดียวกันคือ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีผลการรักษาอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ทั้งการศึกษาในระยะสั้นและระยะยาวตั้งแต่ 2-10 ปี

Herrena et al. (1974) ได้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ภายหลังการรักษาระยะยาวเป็นเวลา 10 ปี โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว การเรียนการทำงาน ความสัมพันธ์ทางสังคมและการปรับตัว พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 52 คน สามารถปรับตัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 21 ปานกลาง ร้อยละ 21 ค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 23 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35 ด้านที่ปรับตัวได้ดีที่สุดคือ ความสามารถในการเรียนและการทำงาน แต่ด้านการปรับตัวทางสังคม

จะทำได้น้อย ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายผลการรักษา คือ ความสัมพันธ์กับเพื่อน และภาวะการเป็นผู้นำของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนป่วย และทัศนคติที่ดีของบิดามารดา ส่วนปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยและการรักษาที่สามารถทำนายผลการรักษาได้ คือ ระดับความรุนแรงของโรค

Pichel, I. (1974) ศึกษาถึงผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในระยะเวลา 10 ปีภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ถึงภาวะและการปรับตัวของผู้ป่วย พบว่าการปรับตัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37 ปานกลาง ร้อยละ 25 และปรับตัวไม่ดี ร้อยละ 38 สำหรับผู้ที่มีผลการรักษาไม่ดีเป็นผู้ที่มีปัญหาจิตเวชตั้งแต่อายุยังน้อย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต โรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ และบุคลิกภาพแปรปรวน โดยเฉพาะแบบแยกตัว หลังจากนั้น ในปี 1980 Gossett, J.T. et al. ได้รายงานผลการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในระยะเวลา 3-8 ปี ที่มีอาการรุนแรง โดยสร้างเครื่องมืออย่างง่ายขึ้นมาใช้วัดผล ใน 3 ด้าน คือ ความสัมพันธ์กับเพื่อน และบุคคลในสังคม ความสัมพันธ์กับบิดามารดา และความสามารถในการเรียนหรือการทำงาน ผลของคะแนนมี 3 ระดับ และผลรวมของคะแนนทั้ง 3 ด้าน พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 105 คน ผลการรักษาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 27 ปานกลาง 42 และผลการรักษาไม่ดี ร้อยละ 31 ตามลำดับ

Pyne, Morrison and Ainsworth (1985) ศึกษาผลการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น 71 คน ซึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี ประเมินผลในด้านอาการทางจิตและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านสังคม เรื่องเพศและการทำงาน พบว่าผลการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ปานกลาง และต่ำ ในอัตราส่วนเท่า ๆ กัน และพบว่าผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเรื่องการอยู่ร่วมกันในสังคมและการทำงาน

นอกจากนี้ มีรายงานที่พบว่าผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นแตกต่างจากที่กล่าวมาแล้ว คือ ผลการรักษาผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายในระยะเวลาไม่เกิน 7 ปี จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพจิตและการดำเนินชีวิตในสังคมพบว่าอยู่ในระดับดี คือ อากาารปกติสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ร้อยละ 30 ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงมีเพียงร้อยละ 10 (Pelkonen, 1990)

### ปัจจัยเกี่ยวกับผลการรักษาผู้ป่วย

#### ปัจจัยเกี่ยวกับโรค

Rose, N. (1988) ได้สรุปผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละชนิดได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อศึกษาผลการรักษาในระยะเวลา 5 ปี พบว่าผู้ป่วยมีผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 50 ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาเลย ร้อยละ 25-35 และกลุ่มที่มีปัญหาเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 15-25 ส่วนผู้ที่มีผลการรักษาอยู่ในระดับปานกลางพบได้ร้อยละ 25 และผลการรักษาอยู่ในระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตและมีปัญหาการปรับตัวในสังคมมาก มีจำนวนร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับสุวิทนา อารีพรรค (2524)

ผู้ป่วยด้วยโรคทางอารมณ์ ผลการรักษาจะดีขึ้นภายในระยะเวลาไม่ถึง 1 ปี เมื่อหายแล้วผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำงานเช่นเดิม แต่ผู้ป่วยยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก

ผู้ป่วยโรคประสาท ผลการรักษาโดยทั่วไป พบว่า จากการศึกษาผู้ป่วยในชุมชนอาการจะดีขึ้นร้อยละ 50 ในระยะเวลา 3 เดือน ส่วนผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป อาการจะดีขึ้นร้อยละ 50 ในระยะเวลา 1 ปี และในโรงพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยจะดีขึ้นร้อยละ 50 ในระยะเวลา 4 ปี

แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของโรคแต่ละชนิด ซึ่งภายหลังจากได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยจะหายดีหรือยังคงมีอาการอยู่ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคที่ป่วย

Adelson (1980) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ผลการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 23 มีอาการดีขึ้นดังเดิม อีกส่วนหนึ่งร้อยละ 25 มีอาการดีขึ้น แต่ยังคงปรากฏอาการป่วยอยู่บ้าง และสามารถป่วยซ้ำได้อีก ส่วนที่เหลือร้อยละ 52 มีการพยากรณ์โรคไม่ดี และต้องการการดูแลจากผู้อื่น จากผลการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงธรรมชาติของโรคจิตเภทอย่างหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับ Kaplan, I. and Sadock, J. (1991) กล่าวถึงการรักษาโรคจิตเภทว่าผลการรักษาอยู่ในระดับดีเหมือนปกติ ร้อยละ 20-30 ซึ่งผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อีกร้อยละ 20-30 ยังคงมีอาการผิดปกติอยู่บ้าง และส่วนที่ยังคงมีอาการป่วยและไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีร้อยละ 40-60

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นยังมีโรคที่สำคัญและได้รับการวินิจฉัยบ่อย คือ โรคอารมณ์แปรปรวน ซึ่งผลการรักษาของโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคทางอารมณ์จะดีกว่าโรคจิตเภท คือ เมื่อผู้ป่วยหายป่วยแล้วจะมีอาการปกติเหมือนเดิม สามารถเรียน ทำงานหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2533) ส่วนการศึกษาที่สนับสนุนค่ากล่าวข้างต้น คือ King, J. และ Pittman, D. (1970) ได้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เปรียบเทียบผู้ป่วยโรค Affective disorder 26 คน กับผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ 25 คน ในด้านอาการ สังคมวิทยาของผู้ป่วย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเป็นระยะเวลา 6 ปี ผลการศึกษพบว่า เมื่อแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มจะมีกลุ่มที่ไม่มีอาการของโรค 23 คน มีอาการเล็กน้อย 7 คน มีอาการรุนแรงเพียงครั้งเดียว 7 คน และมีอาการป่วยซ้ำหลายครั้ง 6 คน เมื่อได้ศึกษาถึงการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วย Affective disorder ที่มาด้วยอาการ psychotic อยู่ในกลุ่มที่ผลการรักษาไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) อาการ psychotic ซึ่งเป็นอาการนำของโรค Affective disorder ในวัยรุ่น จะเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าจะทำให้ผลการรักษาไม่ดี

การศึกษาดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผลการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในกลุ่มโรคจิตเภทแตกต่างจากโรคทางอารมณ์ โดยผลการรักษาโรคทางอารมณ์จะดีกว่า เมื่อหายป่วยแล้วผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีกว่า และมีความเสื่อน้อยกว่าโรคจิตเภท สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเมื่อป่วยแล้วจะมีกลุ่มที่จะยังคงมีอาการป่วย และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ประมาณร้อยละ 50-60

### ปัจจัยด้านการรับการรักษา

การรักษาโรคทางจิตเวชในปัจจุบันใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ การใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด อาชีวบำบัด รวมทั้งการรักษาโดยใช้วิธีการจัดสิ่งแวดล้อมในการบำบัดผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยจึงประสบผลสำเร็จมากขึ้น รวมทั้งจากการค้นพบยารักษาโรคทางจิตเวชและการรักษาแบบใหม่ ๆ ทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ถึงแม้ว่าจะป่วยเป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคที่มีอาการรุนแรง เมื่อป่วยแล้วมักจะไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นพอสมควรจนถึงดีขึ้นมาก ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับ Kociemba, Cottow and Frank (1979) ได้ศึกษา พบว่า การติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นด้วย โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Gossett et al. (1980) ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นจำนวน 60 คน โดยติดตามผลการรักษาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 26 เดือน ถึง 4 ปี รวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์บิดามารดาหรือคู่สมรสของผู้ป่วย ถึงสถานะของผู้ป่วยในปัจจุบัน ด้านการเรียน อาการป่วยในปัจจุบัน การใช้ยาเสพติดและสุรา การทำผิดกฎหมาย สมรรถภาพในการทำงาน และการเตรียมการในอนาคต ว่ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค อาการเริ่มแรกของผู้ป่วย การรักษาด้วยจิตบำบัดอย่างต่อเนื่อง ประวัติการทำร้ายตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผลการรักษาของผู้ป่วยจะดีในกลุ่มที่มีอาการทันทีทันใด อาการเริ่มเป็นไม่รุนแรง ได้รับการรักษา

อย่างครบถ้วนและได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคประสาทจะมีผลการรักษาอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ป่วยโรคจิตผลการรักษาไม่ดี เป็นส่วนมาก

จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยส่วนมากจะไม่มารับการรักษาในช่วงที่ไม่มีอาการ เนื่องจากไม่เข้าใจธรรมชาติของโรคแต่ละชนิด หรือคิดว่าผู้ป่วยหายเป็นปกติแล้ว และจะกลับมาได้รับการรักษาอีกเมื่อมีอาการกำเริบ จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อให้อาการป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยจะมีอาการเสื่อมลงจนไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

#### ปัจจัยด้านการปรับตัวทางสังคมก่อนป่วย

การปรับตัวทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การเข้าสังคม การสื่อสารสัมพันธ์กับผู้อื่นและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน รวมทั้ง มาตรฐานในความเป็นตัวของตัวเอง และความรับผิดชอบต่อสังคม โดยคาดหมายตามอายุของผู้นั้นหรือตามวัฒนธรรมของกลุ่มชนนั้น ๆ

การปรับตัวทางสังคมมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ได้จัดการปรับตัวทางสังคมเข้าเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค โดยเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การงาน ความสัมพันธ์ทางสังคม และการดูแลตนเอง ในช่วงระยะเวลาก่อนป่วยกับช่วงระยะเวลาของการเกิดความผิดปกติขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นระยะการดำเนินของโรค จะพบว่าแตกต่างจากความสามารถซึ่งเคยทำได้ในระดับสูงกว่านี้ ซึ่งปัจจัยเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชนี้ Foerster et al. (1991) ได้ศึกษาถึงความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยกลุ่มอายุระหว่าง 16-50 ปี โดยเปรียบเทียบระหว่างโรคจิตเภทและโรคจิตทางอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการปรับตัวในระดับที่ไม่ดี มากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้นี้สอดคล้อง Kaplan, I and Sadock, J. (1991) ซึ่งกล่าวว่าบุคลิกภาพของผู้ป่วย

โรคจิตเภทมักจะเป็นแบบแยกตัว มีลักษณะเงียบเฉยไม่กล้าแสดงออก ฝันกลางวัน เก็บตัว ถ้าเป็นผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยรุ่นมักจะไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทเลยตั้งแต่ก่อนป่วย มักไม่สนใจเล่นกีฬา แต่ชอบดูภาพยนตร์ ดุทีวี่และฟังเพลงหนักเสียงกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ การประเมินสภาพระดับความผิดปกติทางจิตใจของผู้ป่วย โดยใช้หลักการประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Third Edition Revised : DSM.III-R) ได้จัดระบบการประเมินไว้เรียกว่า Multiaxial Evaluation ซึ่งเป็นการประเมินโดยให้ความเอาใจใส่ต่อความผิดปกติหลายด้านร่วมกัน ทั้งด้านความผิดปกติของบุคลิกภาพ อากาาร ความผิดปกติทางกาย เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยก่อนมีอาการป่วย โดยไม่ได้ให้ความสำคัญเฉพาะปัญหาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นแต่เพียงอย่างเดียว

สำหรับการประเมิน การปรับตัวทางสังคม สามารถทำได้โดยประเมินตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งได้เสนอแบบประเมินความสามารถของการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการประกอบอาชีพ คือ Global Assessment of Functioning Scale (GAF Scale) โดยให้คะแนนช่วงละ 10 คะแนน รวม 9 ช่วงคะแนน โดยผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวดี จะมีคะแนนสูงสุด 90 คะแนน

ส่วนใน DSM III ได้กล่าวถึงความสำคัญของการปรับตัวในหน้าที่ต่าง ๆ ก่อนป่วย โดยนับระยะเวลาของรอบปีที่ผ่านมา (อย่างน้อย 2-3 เดือน) ว่ามีความสำคัญในการพยากรณ์โรค เพราะผู้ป่วยมักจะปรับตัวกลับไปสู่ระดับเดิมได้ภายหลังที่พ้นจากอาการป่วย โดยเป็นการประเมินการปรับตัวในหน้าที่ต่าง ๆ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ด้าน คือ.-

- ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในสังคม
- การประกอบอาชีพ
- การใช้เวลาในยามว่างงาน

การพิจารณาต้องพิจารณาหน้าที่ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน แม้จะมีข้อมูลที่บ่งว่า ควรจะให้น้ำหนักด้านความสัมพันธ์ต่าง ๆ ทางสังคมมากกว่า เพราะมีความหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการพยากรณ์โรคก็ตาม การประเมินผลของการใช้เวลาในยามว่างจะมีผลต่อการตัดสินใจโดยทั่ว ๆ ไปก็ต่อเมื่อ ไม่เกิดความบกพร่องของความสัมพันธ์ต่าง ๆ ทางสังคมและการประกอบอาชีพเท่านั้น หรือโอกาสในการประกอบอาชีพมีน้อยหรือไม่มีเลย เช่น ผู้ที่เกษียณอายุหรือพิการ

ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในสังคม (Social relations) ได้แก่ ความสัมพันธ์ทั้งหมดของผู้นั้นต่อคนทั่วไป โดยเน้นหนักโดยเฉพาะต่อครอบครัวและเพื่อน ๆ ควรพิจารณาถึงความกว้างขวางและความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลด้วย

การประกอบอาชีพ (Occupational functioning) หมายถึง การทำงานเป็นกรรมการ เป็นนักศึกษา หรือทำงานภายในบ้าน ควรพิจารณาถึงปริมาณความซับซ้อนและคุณภาพของงานที่ทำจนสำเร็จ

การใช้เวลาในยามว่างงาน (Use of leisure time) ได้แก่ กิจกรรมที่ให้ความหย่อนใจหรืองานอดิเรกต่าง ๆ ควรพิจารณาถึงความกว้างขวางและความลึกซึ้งที่ผู้นั้นเข้าร่วมกิจกรรมและความสุขที่ได้รับ

สำหรับการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคมก่อนป่วยของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับผลการรักษา มีผู้ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จำนวน 59 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคว่าป่วยด้วยโรคจิต ซึ่งรวมทั้งโรคจิตเภทและโรคจิตทางอารมณ์ อายุเฉลี่ย 13.9 ปี ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวการปรับตัวก่อนป่วย และอาการทางจิต ใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการปรับตัวก่อนป่วยเป็นปัจจัยในการทำนายผลการรักษาได้ดีที่สุด สำหรับกลุ่มที่มีผลการรักษาดี คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ มีจำนวนร้อยละ 50 ส่วนโรคจิตเภทมีผลการรักษาดี ร้อยละ 17 (Werry and McClellan, 1992)

Foerster et al. (1991) ศึกษาการวินิจฉัยโรคและปัจจัยด้านเพศของผู้ป่วยที่มีผลต่อการปรับตัวทางสังคม โดยการสัมภาษณ์มารดาของผู้ป่วย อายุ



16-50 ปี ภายหลังจากการรักษาเป็นเวลา 12 เดือน จำนวน 73 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท หรือโรคจิตทางอารมณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์การปรับตัวทางสังคมก่อนป่วย ซึ่งตัดแปลงจากแบบวัดการปรับตัวทางสังคมของ Cannon-Spoor มีคำถาม 7 ข้อ การให้คะแนนมี 4 ระดับ คือ 0-3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการปรับตัวทางสังคมก่อนป่วยกับการวินิจฉัยโรคและเพศของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เป็นเพศชาย จะมีปัญหาการปรับตัวทางสังคมมากกว่าเพศหญิง หรือชายซึ่งป่วยเป็นโรคจิตทางอารมณ์ นอกจากนี้พบว่า ถ้ามีอาการป่วยตั้งแต่อายุยังน้อย จะมีการปรับตัวทางสังคมไม่ดี

การปรับตัวทางสังคม นอกจากจะเป็นปัจจัยที่สามารถวัดผลการรักษาผู้ป่วยแล้ว การปรับตัวทางสังคมก่อนป่วยของผู้ป่วยแต่ละคน ยังสามารถทำนายผลการรักษาของผู้ป่วยด้วย ดังเช่นการศึกษารายงานของบุคคลต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว (Rose, N., 1988, Gordon, 1991, สมภพ เรืองตระกูล, 2533)

#### ปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับผลการรักษาผู้ป่วยนอกจากที่กล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยด้านครอบครัว อมรา พงศาพิชญ์ และสุรียา วีระวงศ์ (2536) ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน โดยทั่วไปจะหมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือดและหรือทางกฎหมาย ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูกและญาติพี่น้อง แต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งในทางเศรษฐกิจและทางสังคม โดยครอบครัวมีหน้าที่สำคัญแบ่งเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. หน้าที่พื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต (basic task) เช่น การจัดให้สมาชิกมีที่อยู่อาศัย มีเครื่องนุ่งห่ม ดูแลเรื่องสุขภาพอนามัย เป็นต้น
2. หน้าที่ในการส่งเสริมให้สมาชิก พัฒนาไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม (developmental task) เช่น ความเป็นตัวของตัวเองเมื่อเด็กเข้าวัยรุ่น

3. หน้าที่แก้ไขวิกฤตการณ์หรือความเครียด ที่จะมาทำลายสมดุลของ  
 ครอบครัวยุ (crisis task) เช่น เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วย หรือตกงาน เป็นต้น  
 (อมาพร ตรังคสมบัติ, 2534)

วัยรุ่นเป็นวัยซึ่งกำลังเปลี่ยนจากความเป็นเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ การปรับตัว  
 ของวัยรุ่นจึงถูกอิทธิพลของครอบครัวซึ่งสะสมมาโดยตลอด ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อ  
 สุขภาพจิตเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในสังคมและวัฒนธรรมของไทย ซึ่งผูกพันกับ  
 ครอบครัวและบิดามารดาจนถึงวัยผู้ใหญ่ สังวรณ์ สมบัติใหม่ (2530) ได้ศึกษา  
 ถึงปัจจัยต่าง ๆ ทางครอบครัว ได้แก่ วิธีการอบรมเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ของ  
 ครอบครัวที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการป่วยทางจิตเวช โดยสร้างแบบสัมภาษณ์ ญาติ  
 ผู้ป่วยโรคจิต และโรคประสาทกลุ่มละ 40 คน พบว่า การเลี้ยงดูแบบรักมาก  
 และปกป้องมากมีความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคจิตและโรคประสาทในระดับสูง ส่วน  
 ความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าความสัมพันธ์แบบไม่ประนีประนอมกัน มีผลกระทบ  
 ต่อการป่วยโรคจิตและโรคประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดง  
 ให้เห็นถึงอิทธิพลของครอบครัวต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวช

การเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว ย่อมทำให้เกิดผล  
 กระทบแก่ครอบครัวโดยตรง ครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและเป็นภาระในการช่วย  
 เหลือผู้ป่วยในทุก ๆ ด้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สมาชิกในครอบครัวต้องอดทนต่อ  
 พฤติกรรมเบี่ยงเบนของผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว  
 และต้องปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย การเกิดภาวะเช่นนี้  
 แสดงให้เห็นว่าครอบครัวใดที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ด้วย เป็นครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤติ  
 ซึ่งแตกต่างจากภาวะวิกฤติอื่น ๆ เช่น สมาชิกในครอบครัวถึงแก่กรรม สังคมจะร่วม  
 ประคับประคองทางจิตใจและแสดงความเสียใจ แต่ภาวะวิกฤติที่เกิดจากการเจ็บ  
 ป่วยทางจิตเวช อาจจะทำให้ถูกสังคมรังเกียจ หรือเชื่อว่าครอบครัวเป็นแหล่งปัญหา  
 และสาเหตุของความเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจึงเกิดความรู้สึก และตกอยู่ใน  
 ภาวะอารมณ์ได้หลายรูปแบบ

ดรณี รุจกรกานต์ (2536) ได้กล่าวถึงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1. ความโศกเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวช เพราะครอบครัวรู้สึกถึงความสูญเสียผู้ที่ตนเองรู้จักและคุ้นเคย หมดสิ้นความหวังและความฝันที่เคยมีร่วมกันกับผู้ป่วย
2. ความรู้สึกผิดบาป พ่อแม่มักจะคิดว่าตนเองเลี้ยงดูลูกผิดพลาดและมักจะครุ่นคิด และขบถย้อนในความคิด คำนึงเรื่องหรือสาเหตุที่ตนเองทำให้ลูกมีปัญหาทางจิต ความคิดถึงเหตุการณ์เหล่านี้ จะหลอกหลอนสมาชิกครอบครัวให้รู้สึกผิดบาปมากยิ่งขึ้น และหากผู้ป่วยต้องถูกควบคุมพฤติกรรม หรือให้การรักษาพิเศษก็จะทำให้ครอบครัวรู้สึกเหมือนถูกตำหนิมากยิ่งขึ้น
3. ความโกรธ ครอบครัวรู้สึกโกรธ บางครั้งไม่ทราบว่าจะโกรธอะไรแน่ อาจโกรธผู้ป่วย แต่มักจะเป็นชั่วคราว อาจโกรธสมาชิกในครอบครัวผู้ใดผู้หนึ่ง ที่คิดว่าเป็นสาเหตุ หรือโกรธที่ระบบของครอบครัวหรือสังคมก็เป็นได้ ความโกรธที่เกิดขึ้นในหมู่สมาชิกแตกต่างกัน ทั้งนี้แล้วแต่การรับรู้ของแต่ละบุคคลในครอบครัว การแสดงออกของความโกรธของสมาชิกแต่ละคนก็แตกต่างกันออกไป บางครั้งพบว่าความโกรธสร้างคามขัดแย้งใหม่ในครอบครัว
4. การหมดสิ้นความหวัง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกว่าควบคุมไม่ได้ ทำให้ครอบครัวรู้สึกเศร้าสลดใจและโกรธที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ และหากอาการผู้ป่วยเรื้อรัง ยิ่งทำให้ครอบครัวเกิดภาวะถดถอยไร้ความสามารถ ความพยายามที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยหาวิธีการต่าง ๆ นานา ๆ จะยิ่งเพิ่มความรู้สึกสิ้นหวังหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น
5. ความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง สูญเสียความสามารถมักจะตามด้วยความหวาดกลัว อาจจะหวาดกลัวผู้ป่วยที่จะแสดงพฤติกรรมคุกคาม สมาชิกครอบครัวที่มีความรู้สึกผิดบาปจะรู้สึกกลัวมากยิ่งขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่หลีกเลี่ยงมาพบผู้ป่วยหรือให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล การกลับบ้านของผู้ป่วยจะเพิ่มความหวาดกลัวให้แก่สมาชิกในครอบครัว พยาบาลจิตเวชจะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่จะต้องสังเกตและช่วยเหลือความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากการ

มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรภช นิธิกุล (2535) ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง เปรียบเทียบความเครียดของบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยกับคู่สมรส พี่น้อง หรือบุตร ของผู้ป่วย พบว่า บิดา หรือมารดา มีความเครียดสูงกว่าญาติอีกกลุ่มหนึ่ง และพบว่าญาติผู้ป่วยมีความเครียดสูงสุดเกี่ยวกับความกังวล ว่าผู้ป่วยมีโอกาสรักษาให้หายดี ดั่งเดิมน้อยมาก

ทั้งนี้ในทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ป่วยการที่จะมีอาการดีขึ้นหรือไม่ มีปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ ปัจจัยด้านครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่มากที่สุด เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวในทางที่ดีขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนแล้วก็ตาม จากการศึกษาของ เพ็ญประภา เกษมสุวรรณ และคณะ (2532) ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในชุมชน โดยศึกษาสภาพแวดล้อมในครอบครัว และปัญหาของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน เป็นผู้ป่วยที่ป่วยไม่เกิน 5 ปี และเคยรับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 80 ราย โดยการเยี่ยมบ้าน 3-5 ครั้ง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตแต่อยู่ในระดับน้อย ปัญหาทางสังคมระดับน้อย มีปัญหามากที่สุด คือ การประกอบอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมในครอบครัวพบว่า ทศนคติและการแสดงออกของญาติต่อผู้ป่วยทั้งเชิงบวกและเชิงลบอยู่ในระดับปานกลาง และมีผลต่อระดับอาการทางจิตและการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2534) ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของครอบครัวและปัญหาทางจิตเวชว่า มีผลกระทบต่อกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การศึกษาในครอบครัวที่บิดาหรือมารดา มีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่า หน้าที่ของครอบครัวจะเสียไปโดยเฉพาะด้านการสื่อสารและความสัมพันธ์ นอกจากนี้ลักษณะของครอบครัวก็มีผลต่อการกลับเป็นโรคซ้ำ (relapse) เช่น ครอบครัวที่มีการ

แสดงออกทางอารมณ์มาก (high expressed emotion) อันได้แก่ ลักษณะไม่  
เป็นมิตร พุดจาวิพากษ์วิจารณ์ หรือตำหนิติเตียน และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มาก  
เกินไป ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทหรือซึมเศร้าในครอบครัวเหล่านี้จะมีโอกาสกลับเป็น  
โรคซ้ำได้สูง

จากปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อผลการ  
รักษาผู้ป่วยจิตเวชมีผลการวิจัยที่สอดคล้องกันคือ Halford, W., Scheveitzer,  
D. , Varghese, N. (1991) ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการทางจิต และการ  
ใช้ชีวิตในสังคมกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว โดยศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาไว้เป็น  
ผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก จำนวน 57 ราย ซึ่งป่วยด้วยโรคจิต รวบรวมข้อมูลโดย  
ให้ญาติซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยตอบแบบวัด Family Environment Scale ขณะที่ผู้ป่วยถูก  
รับตัวไว้ในโรงพยาบาล และภายหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 1 เดือน สำหรับ  
ผู้ป่วยให้ตอบแบบสอบถามเช่นเดียวกันเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต่อมาอีก  
6 เดือนวัดระดับอาการทางจิตโดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale  
และวัดการปรับตัวทางสังคมโดย Premorbid Adjustment Scale พบว่า  
การแสดงอารมณ์ในทางบวกมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต และการปรับตัวทาง  
สังคมของผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับในผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชกลุ่มอื่นได้มีผู้ศึกษาไว้ คือ Vaughn  
and Leff (1976) ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ในครอบครัวที่เกี่ยวข้อง  
กับการมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท 37 ราย และผู้ป่วยโรคประสาท  
ชนิดซึมเศร้า 30 ราย โดยการสัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการทางจิตและการแสดง  
ออกทางอารมณ์ ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 9 เดือน พบว่าการ  
แสดงออกทางอารมณ์ในทางลบมีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท มากกว่า  
ผู้ป่วยในกลุ่มโรคประสาทชนิดซึมเศร้า

Arasnow R. et al. (1993) ได้ศึกษาถึงผลของการแสดงออกทาง  
อารมณ์ในครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยอายุ 7-13 ปี ภายหลังจำหน่ายจาก  
โรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี ศึกษาในผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จำนวน 26 ราย ซึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยการสัมภาษณ์ด้วย Five Minute Speech Sample (FMSS) และ K-SADS-E ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางอารมณ์กับอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง และสามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายผลการรักษาผู้ป่วย

สรุปจากการศึกษาปัจจัยซึ่งเกี่ยวข้องกับผลการรักษาผู้ป่วยดังกล่าว พบว่า มีปัจจัยสำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านผู้ป่วย ครอบครัว การป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและการรับการรักษา ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยการศึกษาติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นด้านอาการทางจิต และการปรับตัวทางสังคม และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว