

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุขขาดสมดุลย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลซึมเศร้าจะมีอารมณ์หม่นหมอง เศร้าสลดหดหู่ ท้อแท้หมดหวังมองโลกในแง่ร้าย เนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิตใจจากการสูญเสีย หรือมีการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวเคมีในร่างกาย ทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง มีความท้อใจ และเบื่อชีวิต ความรู้สึกนึกคิดในคุณค่าของตนเองน้อยลง และอาจทำลายตัวเองได้[4]

Beck[6] ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ คือ

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้าโศก เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม
2. มีอึดทนในทศนีในแง่ลบกับตนเอง ต่ำหนินตนเอง
3. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตัวเอง
4. เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. กิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เชื่องช้า (retardation)

หรือกระวนกระวาย (agitation)

Simon and Worden อ้างในวิระวรรณ อุประมาณ[7] กล่าวว่า ภาวะซึมเศร่ายังมีอีกหลายความหมาย ดังนี้

1. สภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงเวลาสั้นๆ อาจจะเป็นช่วงขณะหนึ่งหรือยาวนานเป็นวัน โดยที่การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน บางครั้งเราอาจรู้สึกเศร้าหรือไม่มีความสุข เมื่อมีบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ถูกใจเกิดขึ้น

2. ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะอาการหนึ่ง (depression as a symptom) หมายถึง สภาวะของการสูญเสีย หรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง และระยะเวลาอาจยาวนาน เป็นสัปดาห์หรือเดือน

3. ภาวะซึมเศร้าที่มีอาการผิดปกติทางคลินิก (depression as a clinical syndrome) หมายถึง ภาวะที่อาการซึมเศร้าเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่องและยาวนาน ระยะเวลาเป็นเดือนขึ้นไป มีลักษณะรุนแรง และรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงส่วนอื่นๆ ในการทำงานของร่างกายจิตใจ และสังคมจนถือเป็นอาการป่วยทางจิตเวช

Lazure A. [8] ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า (depression) ในปี 1989 ว่ามีความหมายดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบที่เป็นปกติ เช่น ความรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุข
2. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการ

2.1 เป็นสภาวะของความรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุขที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและยาวนานกว่ากรณีดังกล่าวข้างต้น ระยะเวลายาวนานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน

2.2 จะเกิดตามหลังการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงในชีวิต หรือเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการ สูญเสีย บุคคลสำคัญในชีวิต

2.3 ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะของโรค

2.4 เป็นภาวะที่อาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นและต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานเป็นเดือนขึ้นไป

2.5 ถือว่าเป็นการป่วยทางจิตเวช

2.6 การเปลี่ยนแปลงอื่น ที่เกิดพร้อมกัน คือ การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของร่างกาย งานและสังคม

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้อีกมากมายเช่น อุมพร ตรังคมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล[9] ได้ให้นิยามศัพท์ภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขสนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด สามารถแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. เพียงอาการซึมเศร้า (depressive symptom) เท่านั้น ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค (disorder) หมายถึงผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าบางประการที่ไม่รุนแรง โดยยังไม่มี ความผิดปกติในกิจวัตรประจำวันหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น มีเพียงความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรือร้องไห้

2. โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงและรบกวนกิจวัตรประจำวัน แบ่งตามวิธีการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกาไว้ 3 ประเภทคือ

2.1 ภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติในการปรับตัว (adjustment disorder with depressed mood)

2.2 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia)

2.3 โรคซึมเศร้ารุนแรง (major depression)

ดวงใจ กสานติกุล[4] ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบ

ทางด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบ ซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง

สรุทธิ สังข์ศรีศรี[10] ได้ให้ความหมายของอารมณ์เศร้าว่า หมายถึง การที่ไม่สามารถจะรู้สึกถึงความพึงพอใจ ไม่ว่าจะในหนทางใดๆ เช่น ไม่สามารถหัวเราะเมื่อมีเรื่องตลก ไม่สามารถยินดีเมื่อมีเรื่องโชคดี ไม่สามารถมีอารมณ์รื่นเริงเหมือนคนอื่นๆ ในกลุ่มอารมณ์เศร้าเป็นประสบการณ์ปกติของมนุษย์ จะพบได้เมื่อสูญเสียสิ่งสำคัญหรือไม่ได้บางสิ่งที่คาดหวังเอาไว้

2.แนวคิดและทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีของการเกิดภาวะซึมเศร้า

นักทฤษฎีหลายท่านได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้(อ่างในสุภาเพ็ญ)[11]

1.ทฤษฎีทางชีวเคมี

เชื่อกันว่า สมองมีบทบาทที่สำคัญเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความไม่สมดุลยในหน้าที่ของสารสื่อประสาท 2 กลุ่ม คือ The catecholamines (dopamine และ norepinephrine) และ indoleamines (serotonin) ซึ่งลักษณะทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าจะมีอยู่สองแบบ คือ ภาวะซึมเศร้าแบบ norepinephrine และ serotonin ต่ำ และอีกแบบก็คือการลดลงของ catecholamines ส่วนอาการ mania สัมพันธ์กับการมี catecholamines มากเกินไป

2.ทฤษฎีทางพันธุกรรม

เชื่อกันว่ายีนส์ มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในพี่น้องฝาแฝด พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จึงเป็นสิ่งสนับสนุนทฤษฎีว่าภาวะซึมเศร้าเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และจากผลการวิจัย เมื่อไม่นานมานี้ ชี้ให้เห็นว่ามียีนส์อย่างน้อย 1 ตัว บนโครโมโซมคู่ที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยีนส์เหล่านี้ตั้งอยู่ใกล้ๆ กลุ่มของยีนส์ที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกันบางส่วนในร่างกาย และจะสนับสนุนให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

3.ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory)

กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่ไม่สามารถแสดงออกถึงความก้าวร้าว และแรงผลักดันทางเพศได้ และจากการสูญเสีย สิ่งของอันเป็นที่รักในความเป็นจริง หรือในความคิด การสูญเสียความรักจากพ่อแม่ จะพัฒนาไปสู่อารมณ์ซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถูกแยกจากในวัยเด็ก และการสูญเสียความผูกพันกับพ่อแม่ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความเศร้า เสียใจ และในบางคนจะเป็นจุดเริ่มของการเจ็บป่วยทางจิต

4.Cognitive theory

รูปแบบของ Beck model กล่าวถึงความซับซ้อนของสภาวะทางจิตใจส่วนของ ego ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดในแง่ลบ และความคิดในอนาคตที่เป็นส่วนหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในอดีตของบุคคลนั้น ได้เป็น 3 ประเด็น

- 1.ความคิดทางลบต่อตัวเอง
- 2.การตีความทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา
- 3.การมองทางลบต่ออนาคต

คนที่ซึมเศร้าจะรู้สึกว่ โลกเป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถจะผ่านไปถึงจุดหมายได้ มองตนเองไว้ที่สิ่งที่จะผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ และสิ้นความหวังที่จะทำการควบคุมอนาคต ให้เป็นไปตามจุดหมายของตนเอง

ภาวะซึมเศร้าอาจจำแนกได้ 3 กลุ่ม ดังนี้[12]

1.เป็นอารมณ์ปกติ (affect or state) ซึ่งใครๆ ก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนานและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2.เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or trait) คือ คงนานและระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้างเกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) หรือมีผลมาจากมีโรคทางกายและทางจิตต่างๆ (secondary depression)

3.เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affect disorder)โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกตินาน (mood disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้าหรือ hypomania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่

3.1 อาการทางจิตสรีระ (psychophysiology หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

3.2 อาการทางความคิด (cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ซ้ำหลังซ้ำลิ้ม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

3.3 อาการทางพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (psychomotor) เช่น เชื่องซึม หรือ กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กษานติกุล[4] ได้แบ่งสาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวนออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1.สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์ดิบนพื้นฐาน (primitive) ที่สุดปรากฏให้เห็นแม้เด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิด เป็นอารมณ์ที่ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุดที่จะเกิดขึ้น

2.สาเหตุจากความคิดแง่ลบ (negative cognitive)

Aron Beck[6] อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไรก็รู้สึกอย่างนั้น และความคิดบิดเบือนเป็นผลมาจากการมีประสบการณ์ชีวิตที่เลวร้าย ผู้ป่วยซึมเศร้ามี Cognitive Triad คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบดังนี้

ผู้ป่วยมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

ผู้ป่วยมองโลกหรือสังคมในแง่ร้ายเห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีในสังคมสิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกบีบ

บังคับและเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกหมดกำลังใจ

ผู้ป่วยมองอนาคตว่ามีความยากลำบาก ล้มเหลวและหมดทางแก้

3.สาเหตุทางพฤติกรรม (behavioral models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจมาสู้ และหมดความกระตือรือร้นเนื่องจากประสบความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

สมภพ เรื่องตระกูล[12] ได้อธิบายถึงสาเหตุที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1.พันธุกรรม

การศึกษาพันธุกรรมของโรคซึมเศร้าพบลักษณะสำคัญดังนี้

1.1 ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้นสูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5-3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) ในอัตราที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป

1.2 ถ้าบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยในอัตราที่สูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า

1.3จากการศึกษาคู่แฝด พบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 54 และโอกาสที่คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะเป็นมีร้อยละ 24

1.4 การศึกษาโรคนี้ในบุตรบุญธรรม ที่เกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้ง 2 คน พบว่า บุตรบุญธรรมจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาซึ่งเป็นปกติ

2. ความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง

ในปัจจุบันพบว่าความผิดปกติของ dopamine metabolism ในระบบประสาทส่วนกลางเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอารมณ์แปรปรวน โดยในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจะมี functional deficit ของ norepinephrine และ/หรือ serotonin

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ มีผู้เสนอข้อสันนิษฐานว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีแนวความคิดเกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งชีวิตที่ผ่านมา และจะมีต่อไปในอนาคตทางด้านลบและไม่มีคุณค่า

ทฤษฎีเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจ พบว่าโรคซึมเศร้านักเกิดภายหลังผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รัก หรือการหย่าร้าง

ปัจจัยทางจิตใจเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในช่วงแรกๆ แต่จะมีผลเพียงเล็กน้อยในการป่วยครั้งต่อไป

4. โรคทางกายเรื้อรัง หรือสารเสพติด

โรคทางกายเรื้อรัง เช่น กลุ่มอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง (chronic fatigue syndrome) และสารเสพติดสุราและโคเคน อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีอาการเกิดซ้ำได้

อาการของภาวะซึมเศร้า

1. อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของโรค ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้านี้อาจมีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยเหตุนี้จึงถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกด้วยเสมอ

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อาการนี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว

3.ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบก็รู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย

4.อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหาร แม้ตนจะเคยชอบ แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา

5.นอนไม่หลับ มีปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น

6.อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น

7.ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหวตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ แรกๆ จะสังเกตว่าผู้ป่วยเงียบและซึมลง ความสนใจต่างๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลตลอดเวลาต่ออาการต่างๆ ผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนเช่นเคย

8.สมาธิเสีย ความจำไม่ดี และสับสนง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้

8.1.ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนมากรู้สึกตนเองไม่มีค่าหรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไม่ดีในด้านต่างๆ ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตาย และฆ่าตัวตายได้

8.2.ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยเศร้ามากจะรู้สึกมีความผิด และตำหนิตัวเองโดยที่ไม่มี ความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ

8.3.ความคิดอยากตาย ผู้ป่วยไม่น้อยเมื่อเศร้ามากๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่าอาการเศร้ามากๆ

8.4.ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัว และกังวลไปต่างๆ

8.5.อาการทางกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

1.แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ (อ้างในอุดม มาสแสง) [13]

1.1 ความรู้ (knowledge) ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้มากมาย เช่น

Bloom ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่าความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกได้ถึงสิ่งเฉพาะหรือต่างทั่วไป ระลึกถึงวิธีการ กระบวนการหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ

ประกาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนจำได้ อาศัยการนึกได้ หรือโดยมองเห็น ได้ยินก็จำได้ ความรู้ในขั้นต้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา

ชวาลา แพรัตกุล ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้ คือ การแสดงออกของสมรรถภาพสมองด้านความจำ โดยใช้วิธีระลึกออกมาเป็นหลัก

จากความหมายที่ได้กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ความรู้หมายถึง สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การรับรู้ ความคุ้นเคยและความเข้าใจ ตลอดจนข่าวสารซึ่งเป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ที่ถูกต้องชัดเจน ซึ่งแต่ละคนอาจมีความรู้แตกต่างกันไปตามการรับรู้ ความเข้าใจและความคุ้นเคยของแต่ละคน

ระดับความรู้

Bloom ได้แยกความรู้ไว้ 6 ระดับ คือ

1.ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธีปฏิบัติ กระบวนการและแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้คือ ความสามารถในการนำข้อมูลจากความจำออกมาได้

2.ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถที่จะเขียนถ้อยคำเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง สามารถแสดงให้เห็นด้วยภาพ ให้ความหมาย แปลความหมายและเปรียบเทียบความคิดเห็นอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้

3.ระดับการนำไปใช้ (application) เป็นระดับที่ผู้เรียนสามารถนำเอาข้อเท็จจริงตลอดจนความคิดที่เป็นนามธรรม ปฏิบัติได้จริงอย่างรูปธรรม

4.ระดับการวิเคราะห์ (analysis) เป็นระดับที่สามารถใช้ความคิดในรูปของการนำแนวความคิดแยกเป็นส่วน ประสาท หรือนำเอาข้อมูลต่างๆ มาประกอบกันเพื่อปฏิบัติ

5.ระดับการสังเคราะห์ (synthesis) คือ การนำข้อมูลและแนวคิดต่างๆ มาประกอบกันแล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่จากเดิม

6.ระดับการประเมินผล (evaluation) คือ ความสามารถใช้ความรู้เพื่อจัดตั้งเกณฑ์การรวบรวมข้อมูล การวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

1.2 เจตคติ (attitude)

เจตคติ ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายไว้ว่า เจตคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

Good ให้ความหมายว่า เจตคติ คือ ความพร้อมที่จะแสดงออกทางใดทางหนึ่ง โดยสนับสนุนหรือต่อต้านสภาพการณ์บุคคลหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใด

เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณทกล่าวว่ เจตคติเป็นสภาพความพร้อมของจิตใจของบุคคล ที่เป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคล ในการที่จะตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ[14] สรุปว่า เจตคติ เป็นความเชื่อ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติ เป็นนามธรรมและเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ

จากความหมายของเจตคติเบื้องต้น พอจะสรุปได้ว่า เจตคติ เป็นแนวความคิดเห็นของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์ที่บุคคลได้ประสบมา ซึ่งมีผลต่อการกำหนดการแสดงออกของบุคคลต่อบุคคลอื่น สิ่งของหรือสภาพการณ์ต่างๆ ว่าจะมีแนวทางการแสดงออกไปในทางใด

องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

1.Cognitive Component เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้หรือความเชื่อถือของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากบุคคลมีความรู้หรือเชื่อว่าสิ่งใดดี มักจะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ในทางตรงข้ามหากมีความรู้มาก่อนว่าสิ่งใดไม่ดีก็จะมีเจตคติต่อสิ่งนั้น

2.Feeing Component เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกของบุคคลซึ่งมีอารมณ์เกี่ยวข้องอยู่ด้วย นั่นคือ หากบุคคลมีความรู้สึกรัก หรือชอบพอในบุคคลใดหรือสิ่งใดก็จะช่วยให้เกิดเจตคติที่ดีต่อบุคคลนั้นไปด้วย แต่ถ้าหากมีความรู้สึกเกลียดหรือโกรธบุคคลใดหรือสิ่งใดก็จะทำให้มีเจตคติที่ไม่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งนั้น

3. Action Tendency Component เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล คือ ความโน้มเอียงที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตอบโต้ได้อย่างใดอย่างหนึ่งออกมา พฤติกรรมที่เขาแสดงออกมานั้น เกี่ยวกับความรู้สึกที่มีอยู่เกี่ยวกับวัตถุ เหตุการณ์หรือบุคคลนั้นๆ นั่นเอง

องค์ประกอบทั้ง 3 อย่างข้างต้นนี้ มีความสัมพันธ์อย่างแยกไม่ออกเกี่ยวกับเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

การวัดเจตคติ ใช้มาตรวัดเจตคติ (attitude scale) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นข้อความหรือส่วนที่เป็นคำตอบ มาตรวัดเจตคตินิยมและรู้จักกันอย่างแพร่หลายมี 4 ชนิด ได้แก่ มาตรวัดแบบเทอร์สโตน (Thurstone's type scale) มาตรวัดแบบไลเคิร์ต (Likert's scale) มาตรวัดแบบกัตต์แมน (Guttman's scale) และมาตรวัดแบบออสกู๊ด (Osgood's scale) ทั้ง 4 ชนิดมีข้อดีและข้อจำกัดในการนำไปใช้แตกต่างกันตามความเหมาะสม สำหรับการศึกษาคั้งนี้ใช้แบบ Likert's scale กำหนดข้อคำถามปลายปิด เพื่อวัดเจตคติของครูโดยจำแนกระดับ เจตคติเป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (อ้างในแสงเดือน คงวิวัฒนากุล)[15]

ทัศนคติของคนเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ แผนกจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอวิธีการที่อาจจะทำให้ทัศนคติเปลี่ยนแปลงไว้ ดังนี้คือ

1. โดยการจัดการประสบการณ์ให้ใหม่ ให้พบกับสภาพการณ์ที่แท้จริง
2. โดยให้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง
3. โดยการเร้าให้เกิดอารมณ์กลัว

Hovland (1960) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกิดขึ้นได้เมื่อมีความขัดแย้งระหว่างทัศนคติเดิมของบุคคลกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับ บุคคลจะเปรียบเทียบทัศนคติเดิมของตนกับข้อมูลนั้น ถ้าข้อมูลใหม่ตรงกับบรรทัดฐานของกลุ่ม จะทำให้บุคคลเปลี่ยนไปเชื่อข้อมูลใหม่ที่ได้รับ

Lewin ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติและพฤติกรรมสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ การให้มีส่วนร่วมจะมีผลต่อองค์ประกอบของทัศนคติทั้งทางด้านความรู้ ความเข้าใจ (cognitive component) และองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (behavior component)

1.3 การปฏิบัติ (practice)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า การปฏิบัติหมายถึง การดำเนินไปตามระเบียบแบบแผน การกระทำเพื่อให้เกิดความชำนาญ ประณีตเรียบร้อย

การปฏิบัติ หมายถึง การกระทำที่เกี่ยวกับสมอง อารมณ์ ความคิด และความรู้สึกเกี่ยวกับ ความต้องการและความรู้สึกนึกคิด เป็นผลต่อการตอบสนองต่อ สิ่งเร้าและปฏิกิริยาการกระทำหรือ พฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่สามารถมองเห็นได้

1.4 ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ความรู้มีความสำคัญที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และเกิด ความสามารถในการปฏิบัติ การมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร และต้องสามารถปฏิบัติได้จริง

เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ซึ่งอาจได้รับมาจากการฟัง การอ่าน หรือ การมองเห็นจะทำให้ บุคคลพยายามที่จะทำความเข้าใจกับความรู้นั้นๆ จากนั้นบุคคลจะนำความรู้ไปใช้ในการ แก้ปัญหาหรือวิเคราะห์ปัญหาหรือสถานการณ์ออกเป็นส่วนๆ เพื่อทำความเข้าใจในแต่ละส่วนของ สถานการณ์นั้น สามารถมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแนบชิดระหว่างส่วนประกอบ แล้วนำ ส่วนประกอบเหล่านั้นมารวมกันเข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างแน่ชัด โดยนำความรู้ที่มีอยู่เดิมมา รวมกันกับความรู้ใหม่ที่ได้รับแล้วสร้างเป็นแผนปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับที่ ชม ภูมิภาค กล่าวว่าการ ที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติในสิ่งใดที่ถูกต้องได้นั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น เสียก่อน เพราะความรู้ความเข้าใจเป็นพื้นฐานการคิด การไตร่ตรองตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตาม หรือไม่

นิภา มนูญปิฎ [16] ได้กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติไว้ 4 รูปแบบ คือ

1. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามเจตคติและความรู้ที่บุคคลนั้นมี

ความรู้ → เจตคติ → การปฏิบัติ

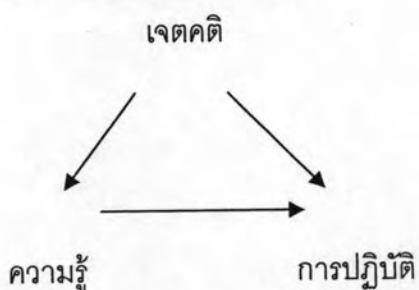
2. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้และเจตคติที่มีความสัมพันธ์กัน



3. ความรู้และเจตคติ ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติหรือพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยมีเจตคติเป็นตัวกลางที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



จะเห็นได้ว่า ความรู้เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กัน และเชื่อว่าเจตคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลและขณะเดียวกันความรู้พื้นฐานก็มีส่วนสนับสนุนต่อเจตคติของบุคคลนั้นด้วยเช่นกัน ในการศึกษาที่ใช้สมมติฐานตามรูปแบบที่ 4 ซึ่งมีความสัมพันธ์กันทั้งความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเนื่องจากรูปร่างนี้จะใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากกว่า

จิตเภสัชบำบัด

ความหมาย

จิตเภสัชบำบัดหรือ Psychopharmacology เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตโดยใช้สารเคมีที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติ[17]

ความเป็นมา

ในปี ค.ศ. 1950 ผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนมากได้รับการรักษาทางจิต โดยนำมาไว้ในโรงพยาบาลและในปี 1952 ได้มีผู้ค้นพบว่า Reserpine และ Chlorpromazine สามารถทำให้ผู้ป่วย คลุ้มคลั่งสงบลงได้ และได้จัดกลุ่มยาประเภทนี้ว่าเป็นยากล่อมประสาท (tranquilizers) ต่อมาได้มีการค้นพบยากล่อมประสาทชนิดอื่นๆ อีกมากมายทำให้การรักษาทางจิตเวชได้ก้าวหน้ามากขึ้นเรื่อยๆ

ค.ศ. 1973 จากการศึกษาในโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา (Walker, 1982) พบว่า ผลการให้ยาทางจิตเวชทำให้จำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชในโรงพยาบาลลดลงไปกว่าครึ่งหนึ่ง แสดงให้เห็นว่าการให้ยาทางจิตเวชเป็นสิ่งจำเป็นและมีคุณค่าในการบำบัดผู้ป่วย

ความสำคัญ

การรักษาทางจิตเวชแต่เดิมนิยมใช้การรักษาด้วยน้ำ ด้วยวิธีสะกดจิตและการบำบัดรูปแบบต่างๆ ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชมีพัฒนาการก้าวหน้าขึ้นมาก การให้ยาทางจิตเวช ทำให้ได้ผลดีและรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในระยะรุนแรง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง หรือมีอาการซึมเศร้ารุนแรงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อยับยั้งพฤติกรรมดังกล่าว และเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่รวดเร็วและแน่นอน

นอกจากนี้ยายังมีบทบาทในการรักษาอาการต่อเนื่องจากระยะรุนแรงจนอาการค่อยๆ ดีขึ้น ยายังคงจำเป็นต้องใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอื่นๆ ได้ดีขึ้น การให้ยาทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

ประเภทของยาทางจิตเวช

ยาทางจิตเวชมักแบ่งออกเป็น 6 ประเภท

1. ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drugs)
2. ยารักษาอาการวิตกกังวล (antianxiety drugs)
3. ยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant drugs)
4. ยาควบคุมอารมณ์ (mood-stabilizing drugs)
5. ยารักษาอาการชัก (anticonvulsant drugs)
6. ยาแก้ฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตเวช (anticholinergic/antiparkinson drugs)

ยาทางจิตเวชกับบทบาทการพยาบาล

ยามีส่วนสำคัญในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีโอกาสรับรู้ผลของยา ฤทธิ์ต่างๆของยาต่อผู้ป่วย รวมถึงปัญหาต่างๆ ดังนั้นพยาบาลควรต้องมีความรู้ในเรื่องของยา ทางด้านชีวเคมีในสมองและระบบประสาท รู้วิธีการให้ยา และการให้ความรู้เรื่องยากับผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลควรมีบทบาทสำคัญต่างๆ ดังนี้[18]

1. ความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย
2. การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยาที่ใช้
 - 2.1 การปฏิบัติตนโดยทั่วไปขณะได้รับยา
 - 2.2 ปฏิกริยาของยานี้กับยาหรือสารอื่นๆ ที่ผู้ป่วยควรระวัง
 - 2.3 อาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยควรรายงานผู้บำบัด
 - 2.4 อาการข้างเคียงบางอย่างที่ไม่เป็นอันตราย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการใช้ยาต่อไป
 - 2.5 เป้าหมายในการใช้ยาและแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับยาใหม่ อยู่เสมอ

วัยรุ่น

ดวงใจ กสานติกุล[19] ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่า วัยรุ่น หมายถึงช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ตามด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ซึ่งขบวนการนี้จะสิ้นสุดเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบดูแลตนเองได้ การสิ้นสุดของขบวนการนี้ไม่ปรากฏชัดเจนเหมือนช่วงเริ่มเป็นวัยรุ่น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างเห็นได้ชัด

นิยมจำแนกวัยรุ่นเป็น 2 แบบ แบบแรก จำแนกวัยรุ่นเป็น 2 กลุ่มคือ วัยรุ่นระยะต้น (อายุ 10-14 ปี) และวัยรุ่นระยะปลาย (อายุ 15-19 ปี) ซึ่งเหมาะสำหรับการจำแนกทางสถิติ (WHO 1977) เพื่อเปรียบเทียบกับวัยเด็ก (5-9 ปี) และวัยหนุ่มสาว (20-24 ปี) ทางจิตวิทยานิยมจำแนกวัยรุ่นเป็นสามช่วงๆ ละ 3 ปี (Miller 1972) เพราะวัยรุ่นแต่ละช่วงมีความแตกต่างกันในด้านความรู้สึกนึกคิด และความสัมพันธ์ของบิดามารดา โดยแบ่งดังนี้[4]

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

วัยรุ่นตอนกลาง หรือ transitional phase อายุ 14-16 ปี เป็นวัยที่ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดเชิงนามธรรม (abstract) จึงหันมาใฝ่หาอุดมการณ์และเอกลักษณ์ของตนเองเพื่อความเป็นตัวของตัวเอง และพยายามเอาชนะความผูกพันเกาะยึดพึ่งพิงบิดามารดา

วัยรุ่นตอนปลาย หรือ adolescent proper อายุ 17-19 ปี เริ่มหลังจากมี puberty ประมาณ 4 ปี เป็นเวลาของการฝึกวิชาชีพ ตัดสินใจเลือกอาชีพที่เหมาะสม และการมีความสัมพันธ์แบบผูกพันแน่นแฟ้น (intimacy) ลักษณะดังกล่าวอาจคาบเกี่ยวกันได้ในแต่ละช่วง

การเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่นมี 2 ทางใหญ่ๆ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งทางเพศ
2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งรวมทั้งอารมณ์ สังคม สติปัญญา และคุณธรรม

Roger [20] ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น โดยพิจารณาเกณฑ์ทางด้านร่างกาย ช่วงอายุ และเกณฑ์ด้านสังคม ซึ่งเกณฑ์ทางด้านร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 2 อย่าง คือ เสี่ยงเปลี่ยนโดยเพศชายจะเสี่ยงแตกหัว เด็กหญิงจะเสี่ยงแหลมขึ้น มีขนขึ้นตามที่ต่างๆ สัดส่วนของร่างกายเปลี่ยนไป เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือนและเด็กชายมีการหลั่งน้ำกามครั้งแรก ส่วนเกณฑ์ตามช่วงอายุนี้อาจไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเพราะการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายของเด็กแต่ละคนเจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นไม่พร้อมกัน

ปัญหาวัยรุ่น

1. ปัญหาการปรับตัวในวัยรุ่น (adjustment disorder of adolescence)

ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าวัยรุ่นตอนปลาย (16-21 ปี) เป็นช่วงที่มีโอกาสเกิดปัญหาการปรับตัวได้มากที่สุด เนื่องจากเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะต้องทำตัวเป็นอิสระ (independence) ตีตัวออกห่างจากครอบครัวทำให้มีความขัดแย้งในจิตใจระหว่างความปรารถนาที่จะเป็นอิสระกับความหวาดหวั่นที่จะต้องดูแลรับผิดชอบตนเองอย่างผู้ใหญ่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนาและก่อร่างบุคลิกภาพ (developing ego) กับการสูญเสียความผูกพันกับมารดา (maternal symbiosis) แสดงเป็นอาการเฉพาะของภาวะเศร้าโศก (mourning) นั่นคือปฏิเสธ (denial) ซึมเศร้า (depressed) และความโกรธก้าวร้าว (rage)

2. ความผิดปกติของเอกลักษณ์

วัยรุ่นที่มีความผิดปกติของเอกลักษณ์ จะรู้สึกกลัดกลุ้มใจ (subjective distress) และไม่แน่ใจกับเอกลักษณ์ของตัวเองในด้านต่างๆ เช่น เป้าหมายอนาคต การเลือกอาชีพ สัมพันธภาพกับเพื่อน บทบาทและพฤติกรรมทางเพศ ค่านิยมในด้านศาสนา ศีลธรรม และความจงรักภักดีต่อหมู่คณะ เป็นต้น โดยเป็นอยู่นานไม่น้อยกว่า 3 เดือน ส่งผลกระทบต่อในด้านสังคม การงาน (หรือการศึกษา) และไม่ใช่อาการของโรคทางจิตอื่นๆ ความผิดปกติของเอกลักษณ์นี้เคยถูกจัดอยู่ในกลุ่ม transient situation disturbance ใน DSM-II

3. โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า

วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่ปนกลุ้มใจ วิตกกังวล ในเรื่องการเรียน การสอบ การเงิน การคบเพื่อน หรือปัญหาครอบครัว โดยมีอาการปะปนไปกับอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งผู้เชี่ยวชาญบางท่านเชื่อว่าโรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้าเป็นคนละโรคกัน บางท่านกลับเชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการร่วมกันได้

ผู้ดูแล

Lubkin [21] ได้จำแนกลักษณะของผู้ดูแลไว้เป็น 2 กลุ่มได้แก่

1. ผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider) เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคลตามความจำเป็น และความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นมักจะยึดติดกับแบบแผนการรักษาที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การให้ยาตามเวลา และอื่นๆ เป็นต้น มักจะเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษา ดูแลร่างกายให้สุขสบายแต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

2. ผู้จัดการดูแล (care manager) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือดูแล โดยจะทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานที่มีอยู่แสวงหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมและจัดการติดต่อให้กับผู้ป่วยได้รับบริการต่างๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น เป็นผู้พาผู้ป่วยไปรับจ่ายของหรือผลิตเพลินชักชวนเพื่อนสนิทสนมผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเพื่อนเดินทางไปพักผ่อน เป็นต้น

ภาระในการดูแลและเวลาที่ในการดูแลจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค และความพิการ (disability) ของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยเฉพาะช่วงเฉียบพลัน (acute depressive episodes) มักมีผลกระทบกับครอบครัวอย่างมากโดยเฉพาะ negative symptoms เช่น ความรู้สึกไม่เบิกบาน สิ้นหวัง ฯลฯ ซึ่งถือว่าเป็นตัวบรกดวนในการอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย ทำให้บรรยากาศในครอบครัวเสียไป และถือว่าเป็นภาระมากกว่าอาการของโรคซึมเศร้าอื่นๆ และ

ถึงแม้ว่าอาการเหล่านี้จะลดลงหลังจากที่ได้รับการรักษา ครอบครัวก็ยังคงมีความรู้สึกยากที่จะดีขึ้น

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล[9] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาความชุกของอาการและลักษณะของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยทางจิต-สังคมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory ฉบับภาษาไทย ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1-3 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,264 คน มีอายุระหว่าง 10-17 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก (CDI เท่ากับ 15 ขึ้นไป) มีร้อยละ 40.8 และผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (CDI เท่ากับ 21 ขึ้นไป) มีร้อยละ 13.3 และพบว่า กลุ่มที่มีอาการซึมเศร้ามีปัญหาทางจิต-สังคม สูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่งในทุกด้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผลการเรียนต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา การที่บิดามารดาไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู การศึกษาและรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในเกณฑ์ต่ำ สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข และปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา

นอกจากนี้ยังได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในเด็กที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยอาการเจ็บป่วยทางกาย อายุ 10-15 ปี จำนวน 92 ราย โดยการสัมภาษณ์ ตรวจสุขภาพจิตและใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory ฉบับภาษาไทย พบว่าความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 38 และเด็กที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมาก่อน มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้พบว่าภาวะซึมเศร้า การไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง การเจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรังของเด็ก และการถูกทารุณทางกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในเด็ก

กัญญา แก้วอินทร์[22] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 582 คน โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามเพื่อวัดปัญหาความเครียดในครอบครัว The Adolescent Family Inventory of Life Events and Changes (A-FILE) และแบบวัดพฤติกรรมเด็ก The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.9 และความชุกของปัญหาพฤติกรรมร้อยละ 21.2 ตามลำดับ ผลการเรียนต่ำ สุขภาพไม่ดี และสถานภาพสมรสของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภัทรีนาฏ บุญชู[23] ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิต-สังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 1,700 คนโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ในความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของนักเรียน ซึ่งสร้างโดยโกสุม เศรษฐวงค์ แบบสอบถามการปรับตัวทางสังคม และแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES- D scale) ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 60.5 และพบในนักเรียนหญิงมากกว่านักเรียนชาย ปัจจัยทางเพศ ผลการเรียน จำนวนพี่น้อง เศรษฐฐานะของครอบครัวและการอยู่ร่วมกับบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

วรพร อินทบุหรณ์[24] ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ วัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง ได้แก่ สถานฝึกและอบรมบ้านกรุณา สถานแรกรับบ้านเมตตา สถานฝึกและอบรมบ้านปราณี และสถานกักและอบรมบ้านอุเบกขา จำนวน 300 คน โดยใช้แบบทดสอบ Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES- D scale) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย ร้อยละ 66.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจของบิดามารดา และพี่น้อง สถานภาพทางการศึกษารายได้ครอบครัว สถานที่ที่วัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายอยู่ในขณะเก็บข้อมูล ความสัมพันธ์กับบิดามารดาและพี่น้อง การเจ็บป่วยทางจิตใจของวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย การคาดหวังต่ออนาคต ภายภาคหน้า ระยะเวลาที่สารคดีติดสินให้เข้าอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก และวิธีการแก้ปัญหาเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดปัญหาขึ้น

ลำเจียก กำธร[25] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 360 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 86.4 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 49.8 ระดับรุนแรง ร้อยละ 18.3 และระดับน้อยร้อยละ 18.3

จริยา วัฒนใจสภณ[26] ได้ศึกษา ผลการทำกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางกาย และหรือทางเพศที่มีอายุ 12-18 ปี ที่อยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์บ้านพญาไท จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินระดับสติปัญญาแบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

(Coopersmith Self-Esteem, Inventory : CSEI) และประเมินภาวะซึมเศร้า (Children Depression Inventory : CDI) กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด เป็นเวลา 5 สัปดาห์ 15 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Unpaired t-test ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ภายหลังการทดลองทำกิจกรรมบำบัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทำกิจกรรมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม โปรแกรมกิจกรรมบำบัดที่นำมาใช้ในการทดลองครั้งนี้ มีผลทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น และภาวะซึมเศร้าน้อยลง

ช่อเพชร เบ้าเงิน[27] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ รวม 7 โรงเรียน จำนวน 600 คนโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CDI พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ร้อยละ 49.8 เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.9 เพศชายร้อยละ 41.1 และการศึกษาของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวและปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิระวรรณ อุประมาณ[7] ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CDI กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 12-15 ปี ที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นศิริราชพยาบาล แผนกจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ และแผนกผู้ป่วยนอกศูนย์สุขภาพจิต และบิดามารดาของผู้ป่วยจำนวนกลุ่มละ 50 ครอบครัว (300 ราย) จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กจำนวน 100 ราย พบว่า เด็กที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 82 อายุ 12 ปี กำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาที่ 1-3 เป็นบุตรคนโต มีพี่น้อง 2 คน และได้รับการวินิจฉัยว่า มีปัญหาการปรับตัว เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของทั้ง 2 กลุ่มพบว่าเพศและการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ โดยอายุการศึกษา จำนวนบุตรในครอบครัวและลำดับการเกิด พบว่า มีจำนวนไม่แตกต่างกัน

ประภัสสร สิริวิชัย[28] ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในกรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียน

มัธยมศึกษาที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีค่าร้อยละ 43 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 53.9 และร้อยละ 46.1 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีอายุ 16-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก นักเรียนคือ ปัจจัยความภูมิใจในตัวเอง ($p < 0.05$) และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม คือ ปัจจัย การศึกษาของมารดา ($p < 0.05$)

นัยนา อุปมา[29] ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิด จำนวน 350 คน มีอายุ 10-15 ปี มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก ณ โรงพยาบาลศิริราช จุฬาลงกรณ์ รามาธิบดี และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยใช้แบบ วัดอาการซึมเศร้า CDI ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดคิดเป็นร้อยละ 30.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ($p < .05$) ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ($p < .01$) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว ($p < .05$) เศรษฐฐานะของครอบครัว ($p < .01$) ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ($p < .01$) เป็น เพศหญิงร้อยละ 56.6 และเป็นเพศชายร้อยละ 43.4 โดยมีอายุ 10-12 ปี และอายุมากกว่า 12-15 ปี ในจำนวนไล่เลี่ยกันคือ ร้อยละ 50.6 และร้อยละ 49.4 ตามลำดับ

วาริรัตน์ หอมโกศล[30] ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหืด ณ คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลรามาธิบดี อายุ 10-15 ปี จำนวน 115 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง CSEI (Coopersmitt Self-Esteem Inventory) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืดเท่ากับร้อยละ 34.8 การศึกษาภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยเด็กโรคหืด ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปี เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิงซึ่งส่วนมากมีระดับอายุระหว่าง 10-11 ปี ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิด ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรุนแรงของโรค (ที่ระดับ.001) ความรู้สึกเห็น ค่าในตัวเอง (ที่ระดับ.001)

รุติรัตน์ สิริพิทุไธวรรณ[31] ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยนอกเด็กธาลัสซีเมีย ณ คลินิกโรคเลือดเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 370 คน ผลศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียคิดเป็นร้อยละ 35.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะ ซึมเศร้ามีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ มีเพศหญิงร้อยละ 52.3 และเพศชายร้อยละ 47.7 ปัจจัยที่

มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ($p < .01$) ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิก ($p < .01$) ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ($p < .01$) ผลการเรียน ($p < .05$) ประวัติถูกทารุณกรรม ($p < .05$) ระดับการศึกษาของมารดา ($p < .05$)

อรรวรรณ หนูแก้ว[32] ศึกษาเปรียบเทียบความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ด้านปัจจัยสังคม ระหว่างเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ จำนวน 628 คน โดยใช้แบบวัด CDI พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดสระแก้วพบร้อยละ 58.9 และความชุกของภาวะซึมเศร้าของเด็กในครอบครัวปกติพบร้อยละ 20.8 เปรียบเทียบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดสระแก้ว มากกว่าเด็กในครอบครัวปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ

Rutter [33] ได้ทำการสัมภาษณ์วัยรุ่น 184 คน อายุ 14-15 ปี พบว่าเด็กชายร้อยละ 42 และเด็กหญิงร้อยละ 48 มีอารมณ์เศร้า และเด็กชายร้อยละ 7 เด็กหญิงร้อยละ 8 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

วรสรรพ และคณะ[34] ได้ศึกษาความชุกของสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต GHQ-28 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและ แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของทวี ตั้งเสรี และคณะ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ต้องขังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.4 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7

รัชนิย์ อุดชาชน[35] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะจิตสังคมของเด็กชายที่กระทำผิดกฎหมาย พบว่า ลักษณะที่กระทำผิดและข้อหาที่เด็กกระทำผิดส่วนใหญ่ร้อยละ 44.2 เป็นข้อหาลักทรัพย์ รองลงมา มีสารเสพติดในครอบครอง ร้อยละ 18.5 พกพาอาวุธกับวิงราว ร้อยละ 1.4 สาเหตุส่วนใหญ่ ทำตามเพื่อนหรือเพื่อนชวน รองลงมา ต้องการเงินและถูกบังคับ ส่วนสภาวะจิตหลังกระทำผิดกฎหมายพบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และมีภาวะซึมเศร้ามคิดเป็นร้อยละ 52.8

สุวรรณี พุทธิศรี และ ศศิธร ยิ่งสำหรี [36] ได้ศึกษา ความชุกของโรคทางจิตเวชในเด็ก และวัยรุ่นก่อนเข้ามาอยู่ในสถานพินิจ ผลการศึกษาพบโรคทางจิตเวชรวมร้อยละ 96 โดยเป็น Conduct disorder ร้อยละ 74, Substance dependence ร้อยละ 66, Separation anxiety disorder ร้อยละ 45, Oppositional defiant disorder ร้อยละ 28, Attention deficit hyperactivity disorder ร้อยละ 28, Substance abuse ร้อยละ 10 , Major depressive disorder ร้อยละ 7, Mania ร้อยละ 5, Schizophrenia ร้อยละ 1 , Dysthymic disorder ร้อยละ 1 , Brief psychotic disorder ร้อยละ 1, Substance induced psychosis ร้อยละ 1, Alcohol hallucinosis ร้อยละ 1

Marriage, Fine, Moretti และ Haley [35] ได้ทำการศึกษาศึกษาเด็กและวัยรุ่นจำนวน 60 คน มี 11 คนที่มีปัญหา affective disorder ร่วมกับพฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorder) และอาการของความรุนแรง ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เป็นลักษณะของพฤติกรรมแปรปรวน (conduct disorder) ร่วมกับ affective disorder และแนะนำว่าในกลุ่มนี้มีอัตราเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าในกลุ่มอื่นๆ

Charlotte Waddell and Cody Shepherd [37] ได้มีการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในเด็กและเยาวชนโดยได้ทำการวิเคราะห์จากการศึกษา 6 การวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ คือเด็กและเยาวชนใน Canada, the United States, Great Britain, Australia, New Zealand พบว่า มี Anxiety disorder ร้อยละ 6.5, Conduct disorder ร้อยละ 3.3, ADHD ร้อยละ 3.3, Depressive disorder ร้อยละ 2.1, Substance abuse ร้อยละ 0.8, PDD ร้อยละ 0.3, OCD ร้อยละ 0.2, Schizophrenia ร้อยละ 0.1, Tourette's disorder ร้อยละ 0.1, Eating disorder ร้อยละ 0.1, Bipolar disorder น้อยกว่าร้อยละ 0.1 ซึ่งพบความชุกทั้งหมดร้อยละ 15 หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาประมาณตัวเลขความชุกของโรคทางจิตเวชเปรียบเทียบกับ British Columbia จากจำนวนเด็กทั้งหมด 936,500 คน มีผู้ที่เป็นโรคทางสุขภาพจิตถึง 140,000 คนซึ่งส่งผลเสียในการดำเนินชีวิตทั้งที่บ้าน โรงเรียน เพื่อนและสังคมได้

Mckelvey R และคณะ[38] ได้ทำการศึกษาศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในเด็กและเยาวชนชาวเวียตนามที่อาศัยอยู่ใน ออสเตรเลีย อายุ 9-17 ปี โดยใช้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ DISC-C กับเด็กและ DISC-P กับผู้ปกครอง สุ่มตัวอย่างเด็ก 519 คนพบว่า เด็กเป็นโรคทางจิตเวชเพียงโรคเดียวร้อยละ 4 และ 2 โรค ร้อยละ 0.4 เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็ก ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง พบว่า มีความผิดปกติ โรคเดียว ร้อยละ 10, เป็น 2 โรค ร้อยละ 3.7, 3 โรค ร้อยละ 1.3, 4 โรค ร้อยละ 0.6 และ 5 โรค ร้อยละ 0.2 สำหรับโรคที่ผิดปกติจากการสำรวจข้อมูลจากเด็กพบเด็กมี Major depression ร้อยละ 1.10 และ Anxiety disorder เป็นโรคที่พบมากที่สุด

Lynch F และคณะ[39] ได้ศึกษาอัตราความชุกของโรคทางจิตเวชและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในไอริช ซึ่งได้ศึกษาในเด็กอายุ 12-15 ปี จากโรงเรียนมัธยมจำนวนทั้งสิ้น 8 แห่ง จำนวน 723 คน เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และประเมินเบื้องต้น ผลการวิจัยพบว่า จากการประเมินเบื้องต้น 19.4% มีภาวะเสี่ยงและนำกลุ่มเสี่ยงนี้มาทำการสัมภาษณ์พบว่า 15.6% ของกลุ่มเสี่ยง มีปัญหาโรคทางจิตเวชซึ่ง ประกอบด้วย Affective disorder 4.5%, Anxiety disorder 3.7%, ADHD 3.7% และ 1.9% เป็นกลุ่มที่มีประวัติเคยคิดฆ่าตัวตาย 1.5% เคยคิดฆ่าตัวตาย

และพยายามฆ่าตัวตาย และยังพบว่ากลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมในเด็ก

การเกิดโรคทางจิตเวชในเด็กนั้นมีส่วนมาจากหลายปัจจัย [40] เช่น ทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การที่เด็กถูกทารุณกรรมและทอดทิ้งก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชในเด็กเป็นอย่างมาก สภาพปัญหาทางสุขภาพจิตของเด็กไทยจากกรมสุขภาพจิตพบว่า เด็กถูกทอดทิ้ง 3.7 แสนครัวเรือน เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศอายุต่ำกว่า 18 ปี 16,000 – 25,000 คน เด็กและผู้หญิงถูกข่มขืน 7,000 รายต่อปี เยาวชนมีแนวโน้มที่จะขายบริการทางเพศ ร้อยละ 2.4 ดื่มแอลกอฮอล์ 37.1 และเยาวชนมีค่านิยมยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน

จิราวรรณ และคณะ[41] ได้ศึกษา การทารุณกรรมและปล่อยปละละเลยเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือผลการศึกษาพบอุบัติการณ์ร้อยละ 73.7 รูปแบบที่พบมากที่สุด คือ ด้านร่างกายร้อยละ 54.6 ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านปล่อยปละละเลย และด้านเพศ ร้อยละ 52.2, 37.6, 2.8 ตามลำดับ ถูกกระทำในระดับรุนแรงเล็กน้อยร้อยละ 85.0 ผู้กระทำเป็นบิดามารดา ร้อยละ 92.2 เด็กที่ถูกกระทำมีผลต่อพฤติกรรมร้อยละ 86.0 และไม่มีผลกระทบบ้างร้อยละ 24.0 โอกาสเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 5.77 เท่าของกลุ่มอ้างอิง ด้านเพศมีโอกาสเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูงสุดคือ 12.99 เท่า เด็กที่ถูกกระทำในระดับรุนแรงเล็กน้อย โอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูงสุด 5.94 เท่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การจัดการด้วยตนเองถึงร้อยละ 87.5 วิธีที่ใช้สูงสุด ได้แก่ 1) โยน ขว้างปาข้าวของ 2) ร้องไห้ 3) เงียบเก็บกดความรู้สึก 4) ต่ำได้ตอบ 5) คิดว่าตนเองเป็นคนผิด

David N. Sanger [35] ได้ทำการศึกษาเด็กและเยาวชนจำนวน 150 คน เป็นเด็กชาย 99 คน เด็กหญิง 51 คนซึ่งอยู่ในความคุ้มครองของสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก Odyssey House รัฐ New Hampshire ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ทารุณทางกาย มากที่สุด คือ เด็กชาย 53 คน และเด็กหญิง 32 คน พบการทารุณกรรมทางเพศเป็นเด็กชาย 4 คน และเด็กหญิง 19 คน ครอบครัวเด็กที่ศึกษาส่วนมากเป็นครอบครัวที่มีปัญหา เกือบครึ่งหนึ่งที่บิดามารดามักจะทะเลาะวิวาททุบตีกันบ่อยครั้ง และพบว่า ลักษณะการถูกกระทำทารุณไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Briere and Runtz [35] ผู้ที่มีประวัติถูกกระทำทารุณทางกายมักจะมีความรู้สึกในการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ เป็นอาชญากร มีอาการทางจิต มีปัญหาทางเพศ

พรทิพย์ และคณะ [42] ได้ศึกษา การส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในสถานศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าเด็กและ

เยาวชนมีภาวะซึมเศร้าในระดับมากถึงระดับรุนแรงจากร้อยละ 85.00 เป็นร้อยละ 67.50 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าเด็กและเยาวชนมีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติถึงเครียดมากลดลงจากร้อยละ 55.00 เป็นร้อยละ 32.50 ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดกิจกรรมในระดับมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.60

ชไมพร ทวีศรีและคณะ [42] ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่ความรุนแรงและความผิดในประชากรวัยรุ่นที่อยู่ในสถานฝึกอบรมเด็กและเยาวชนเชียงใหม่ จำนวน 180 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คือ ประชาชนวัยรุ่นที่สุ่มจากสถานที่สาธารณะทั่วไป (สถานีขนส่งทางสรรพสินค้า) จำนวน 187 ราย พบว่าลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงและการกระทำผิดในวัยรุ่นคือ ลักษณะทางครอบครัว ได้แก่ บิดามารดาแยกกันอยู่ สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด ผู้ปกครองดุด่าเย็บตี และลักษณะเชิงพฤติกรรมและสังคม ได้แก่ การใช้สารแอมเฟตามีน การสูบบุหรี่ การไม่เข้าสังคม และพกพาอาวุธ และผลการเรียนต่ำกว่า 2.00 มีความสัมพันธ์ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่สะท้อนปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นได้วิธีหนึ่ง

ธีรภา เกษประดิษฐ์ [43] ได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 4 ภาค ซึ่งได้ทำการศึกษาในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน 4 แห่งในจำนวน 1,170 คน 84 % จากผลการศึกษาพบว่า ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจเป็นชาย 90.7% อายุ 15-18 ปี 91.5% การศึกษาระดับประถมศึกษา 48.9% ระดับมัธยมศึกษา 45.8% สถานภาพครอบครัวบิดามารดา ยังคงอยู่ด้วยกัน บิดามารดามีอาชีพรับจ้าง คดีที่ถูกจับคือ คดียาเสพติด ปัญหาพฤติกรรมที่พบเมื่อเทียบในรายภาคจะพบภาคเหนือ เด็กจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงสุด 65.4% รองลงมาปัญหาทางเพศ 58.8% ภาคกลางปัญหาพฤติกรรมที่สูงที่สุดคือพฤติกรรมก้าวร้าว 53.8% รองลงมาปัญหาทางเพศ 50.4% ภาคตะวันออกเชิงเหนือ ปัญหาพฤติกรรมปัญหาทางเพศเป็นอันดับหนึ่ง 64.1% รองลงมาคือปัญหาพฤติกรรมเกรง/กระทำผิดกฎระเบียบ ภาคใต้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวสูงที่สุด 55.9% รองลงมาปัญหาพฤติกรรมทางเพศ 52.0% ระดับความรุนแรงพบว่าภาคเหนือในระดับที่ต้องให้การรักษา 81.8% ภาคใต้ 69.0% ภาคตะวันออกเชิงเหนือ 66.0% ภาคกลาง 62.4% ในผู้หญิงจะพบความรุนแรงของปัญหาที่ผิดปกติ ภาคกลาง 79.2% รองลงมาคือภาคเหนือ 68.4% ระดับความคิดเห็นของผู้ดูแล/ครูอยู่ในระดับที่เห็นด้วยกับระบบการดูแลในสภาพรวมเกิน 50%

สลิลลา มากะจันทร์ [44] ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาและโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 350 คน พบว่าความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เจตคติต่อผู้ป่วยมีคะแนนเจตคติ

ทางบวก ร้อยละ 67.7 ทางลบร้อยละ 32.2 ด้านรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า เป็นไปในทางบวกร้อยละ 53.4 รูปแบบการสื่อสารทางลบร้อยละ 46.6 โดยเจตคติมีผลต่อการพยากรณ์รูปแบบการสื่อสารมากกว่าปัจจัยด้านอื่น

รุ่งศรี ศรีสุวรรณ [45] การศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษาพยาบาล โดยศึกษาในนักศึกษาพยาบาลผู้มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทั่วประเทศ ปีที่ 1 และ ปีที่ 4 จำนวน 390 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบวัดอ้อมโนทัศน์ แบบวัดเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช และแบบวัดเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีเจตคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช แต่มีเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และนักศึกษาพยาบาลที่มีอายุ สังกัด ภูมิภาค และประสบการณ์การเรียนต่างก็มีเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับอ้อมโนทัศน์ของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน

แสงเดือน คงวิวัฒนากุล[15] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการใช้คู่มือการเรียนด้วยตนเองต่อความรู้ และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่รับคู่มือการเรียนด้วยตนเองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับคู่มือการเรียนด้วยตนเอง สำหรับทัศนคตินั้น พบว่า ไม่แตกต่างกัน

